

**IMPACTO QUE HA TENIDO LA MEDIDA DE PROMOCION Y PREVENCION EN
SALUD ORAL EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS DE LA POBLACION
CORRESPONDIENTE AL REGIMEN SUBSUDIADO DE LA ESE EMPRESA DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA**



LILIANA ANDREA ACEVEDO ANGULO

YANETH MONROY GARIBELLO

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSTGRADOS

ADMINISTRACION HOSPITALARIA

BOGOTA 2013

**IMPACTO QUE HA TENIDO LA MEDIDA DE PROMOCION Y PREVENCION EN
SALUD ORAL EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS DE LA POBLACION
CORRESPONDIENTE AL REGIMEN SUBSUDIADO DE LA ESE EMPRESA DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA**

LILIANA ANDREA ACEVEDO ANGULO

YANETH MONROY GARIBELLO

Informe Final de Investigación para optar al título de

Administradora Hospitalaria

TUTOR

HUMBERTO LUNA REYES

DOCENTE DE POSTGRADO EN SALUD

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSTGRADOS

ADMINISTRACION HOSPITALARIA

BOGOTA 2013

Nota de aceptación:

Aprobado por el comité de grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad EAN para optar por el título de Administradora Hospitalaria.

Prof.

Jurado

Prof.

Jurado

Bogotá D.C, Enero de 2013

DEDICATORIA

Agradecemos primero a Dios que siempre nos guío y nos dio la sabiduría para realizar este proyecto, gracias a nuestras familias que con su carácter y constante apoyo nos han ayudado a alcanzar nuestros objetivos.

De corazón mil gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

Las realizadoras de este trabajo de grado desean dar agradecimientos primero que todo a Dios, pues sin su sabiduría y acompañamiento espiritual nada sobre esta tierra sería posible. A nuestras familias que siempre estuvieron de nuestro lado incluso en momentos difíciles que complicaban el desarrollo de esta importante actividad, ellos fueron la fuente de vitalidad que hizo posible lograr este proyecto. A la Universidad EAN con su cuerpo docente y en especial a nuestro guía y asesor Humberto Luna Reyes que con su preciado tiempo y su inmensa paciencia hiciera posible la culminación de este trabajo, a la Empresa de Salud Del Municipio de Soacha que facilito la información para dicha investigación. A todos ustedes infinitas gracias por su aporte a nuestro desarrollo de personas útiles de bien en la difícil igualdad de condiciones en esta Sociedad, ¡Gracias!

CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCION	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	12
2. JUSTIFICACION	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
4. MARCO LEGAL	15
5. MARCO CONCEPTUAL	17
5.1 HISTORIA DE LA EMPRESA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA	17
5.1.1 SERVICIOS	17
5.1.2 NUESTROS CANALES DE COMUNICACIÓN	18
5.1.3 UBICACIÓN	19
5.1.4 MISION	19
5.1.5 VISION	19
5.1.6 SEDES	19
5.2 ANTECEDENTES	20
5.3 PROMOCION EN SALUD ORAL	20
5.4 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	22
5.5 PREVENCION EN SALUD ORAL	22
5.5.1 PREVENCION PRIMARIA	23
5.5.2 PREVENCION SECUNDARIA	23
5.6 HIGIENE ORAL	23
5.6.1 BIOPELICULA	24
5.6.2 FORMCION BIOPELICULA	24
5.6.3 PLACA BACTERIANA BLANDA	25
5.6.4 PLACA BACTERIANA CALCIFICADA	25

5.6.5 DISTRIBUCION DE LA BIOPELICULA	25
5.7 ACCIONES DE PREVENCION EN SALUD ORAL	25
5.7.1 INDICE DE PLACA BACTERIANA	25
5.7.2 INDICE DE SINLESS Y LÖE MODIFICADO	26
5.7.3 PASO A PASO	26
5.7.4 EVIDENCIA	27
5.8 DETERMINACION DEL NIVEL DE RIESGO GINGIVAL Y CARIES	28
5.9 EDUCACION EN SALUD ORAL	29
5.9.1 ESTRATEGIA DE MOTIVACION EN SALUD ORAL	30
6 DESCRIPCION DEL SISTEMA SUBSIDIADO A NIVEL ODONTOLOGICO, POBLACION Y COBERTURA ATENDIDA	32
6.1 DESCRIPCION DEL SISTEMA	34
6.1.1 ODONTOLOGIA EN EL POS-C	35
6.1.2 ODONTOLOGIA EN EL POS-S	35
6.2 POBLACION	37
6.3 COBERTURA ATENDIDA	37
7 DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	39
7.1 CONTROL Y REMOCION DE PLACA BACTERIANA	39
7.1.1 INDICE DE CPB	39
7.2 APLICACIÓN DE FLUOR	39
7.3 APLICACIÓN DE SELLANTES	40
7.3.1 FORMA DE APLICAR LOS SELLANTES	40
7.4 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	41
8. LA CARIES DENTAL	42
8.1 QUE ES LA CARIES	42
8.2 INCIDENCIA	42
8.3 CUALES SON SUS CAUSAS	43
8.4 CARIES CAUSADAS POR BIBERONES	43
8.5 Y LA LACTANCIA MATERNA	44

8.6 CUANTO ANTES SE DETECTE MEJOR	44
8.7 QUE SE PUEDE HACER	45
8.8 QUE TRATAMIENTO SEGUIR	45
8.9 PARA QUE SIRVE EL FLUOR	46
8.10 PARA QUE SIRVE LOS SELLANTES	48
9. ANALISIS DE MORBILIDAD POR CARIES Y TRATAMIENTOS PARA ERRADICAR LA CARIES	52
9.1 PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE LA PATOLOGIA BUCAL EN LA ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA	52
9.2 RELACION ENTRE SALUD BUCAL Y SALUD GENERAL	61
9.3 CARGA DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN LA POBLACION COLOMBIANA	61
9.4 SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA	61
10. ANALISIS IMPLICACIONES SOCIALES, ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS	64
10.1 ANALISIS IMPLICACIONES SOCIALES	64
10.2 ANALISIS IMPLICACIONES ECONOMICAS	67
10.3 ANALISIS IMPLICACIONES ADMINISTRATIVAS	69
11. ACCIONES PARA LAS SOLUCIONES DEL TRABAJO PROPUESTO ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS	72
11.1 ACCIONES ADMINISTRATIVAS	72
11.2 ACCIONES ECONOMICAS	74
12 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
12.1 CONCLUSIONES	76
12.2 RECOMENDACIONES	77
13. BIBLIOGRAFIA	78

LISTA DE TABLAS

	PAG
TABLA 1 POBLACION ATENDIDA EN EL MUNICIPIO DE SOACHA	53
TABLA 2 POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO	53
TABLA 3 POBLACION ATENDIDA EN LA ESE POR SEDES	54
TABLA 4 POBLACION ATENDIDA EN LA ESE POR PROGRAMAS	55
TABLA 5 PREVALENCIA DE CARIES POR EDADES	56
TABLA 6 PREVALENCIA DE CARIES POR SEXO	57
TABLA 7 PREVALENCIA DE CARIES PREDOMINANTE POR SEXO Y EDAD	57
TABLA 8 PREVALENCIA DE CARIES POR AÑO	58
TABLA 9 DENTICION TEMPORAL	59
TABLA 10 DENTICION PERMANENTE	59
TABLA 11 ANALISIS DE LOS TRATAMIENTOS PARA ERRADICAR CARIES	62
TABLA 12 POBLACION CUBIERTA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA	64
TABLA 13 METAS EXIGIDAS POR LAS DIFERENTES ARS EN EL 2012	66
TABLA 14 AUMENTO UPC	69

LISTA DE GRAFICAS

	PAG
GRAFICA 1 POBLACION TOTAL EN SOACHA	53
GRAFICA 2 POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO	54
GRAFICA 3 POBLACION ATENDIDA EN LA ESE POR SEDES	54
GRAFICA 4 POBLACION ATENDIDA EN LA ESE POR PROGRAMA	55
GRAFICA 5 PREVALENCIA DE POBLACION AFECTADA POR EDADES	56
GRAFICA 6 ANALISIS DE CARIES POR SEXO	57
GRAFICA 7 PREVALENCIA DE CARIES POR SEXO	58
GRAFICA 8 PREVALENCIA DE CARISE EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS	59
GRAFICA 9 DENTICION TEMPORAL	60
GRAFICA 10 DENTICION PERMANENTE	60
GRAFICA 11 TRATAMIENTOS REALIZADOS DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS	63
GRAFICA 12 POBLACION CUBIERTA	64
GRAFICA 13 METAS EXIGIDAS POR LAS DIFERENTES ARS EN EL 2012	66
GRAFICA 14 AUMENTO UPC	69
GRAFICA 15 PROCESO DE LA ESE PARA TRATAMIENTOS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	71

INTRODUCCION

Esta guía de Práctica clínica ofrece a los odontólogos y auxiliares en salud oral, parámetros que unifican criterios en cuanto a las acciones de higiene oral, mediante la implementación de estrategias específicas para el control de factores desencadenantes de las patologías orales, brindando estándares de alta calidad y teniendo en cuenta la flexibilidad propia de su aplicación en las diferentes etapas de ciclo de vida y las características de los prestadores del servicio.

La guía de Práctica clínica de Higiene Oral es una herramienta de calidad, que se desarrolló bajo el marco de odontología basada en la evidencia, teniendo en cuenta la información científica, experiencia clínica y población objeto. Además, permite estandarizar las acciones y estrategias de higiene oral. Esta guía contiene el proceso de actividades de atención en higiene oral, desde que el paciente ingresa al servicio, hasta terminar su fase de prevención; también contempla la fase de mantenimiento.

Para su construcción, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva, teniendo en cuenta los niveles de evidencia científica, con su consecuente contextualización en el sistema de salud y en el marco de la Política Pública de Salud Oral.

En este contexto, se reconoce a la salud bucal como un componente importante de la salud general, que involucra complejos procesos en los cuales se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales así, la salud oral es fundamental para el adecuado desarrollo del individuo, como parte integral del complejo craneofacial y del aparato estomatognatico, que participa en funciones vitales, entre ellas la alimentación, masticación, la comunicación, fonación, y en la parte psicológica el afecto y la autoestima.

La salud oral se ve afectada, principalmente, por patologías como la caries Dental y la Enfermedad Periodontal que, por su alta prevalencia, son consideradas como un problema de salud pública. Para su control y prevención, es importante considerar factores de riesgo biológicos y determinantes sociales, que juegan un papel fundamental en el proceso salud - enfermedad de la cavidad oral.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la Empresa de Salud del Municipio de Soacha realiza tratamientos de promoción y prevención de la salud oral en la población del régimen subsidiado, para disminuir la incidencia de caries que en dicho sector tiene mucha prevalencia debido a factores sociales tales como falta de educación acerca del autocuidado de la salud oral, también factores económicos como ausencia de recursos para adquirir los implementos básicos para un adecuado aseo, para ello el equipo investigador estudiara si estos tratamientos realmente son efectivos.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Los procedimientos que se han realizado en promoción y prevención en salud oral de la población del régimen subsidiado de la ESE empresa de salud del municipio de Soacha que asistió al servicio de odontología durante los años 2008 al 2012, están siendo efectivos para la disminución en la morbilidad por caries?

2. JUSTIFICACION

En la legislación Colombiana se definió como estrategia de salud pública la promoción y prevención en salud oral en la población con el fin de evitar y/o disminuir la aparición de la caries y enfermedad periodontal principal causa de la morbilidad en salud oral.

En este proyecto se pretende identificar la eficacia de los tratamientos de promoción y prevención de pacientes del régimen subsidiado atendidos en la empresa de salud del municipio de Soacha y los costos que han representado para el municipio.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis sobre la eficacia de los tratamientos de promoción y prevención en salud oral en la disminución de la caries de la población del régimen subsidiado atendida en la ESE Empresas de Salud del Municipio de Soacha durante el periodo 2005 al 2010

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la aparición de la caries y enfermedad periodontal pacientes con tratamientos de promoción y prevención en salud oral.
- Definir las posibles causas de la aparición de la caries a través de la historia clínica.
- Establecer la eficacia de los tratamientos de promoción y prevención en salud oral.
- Identificar los costos que representa para la empresa los tratamientos de promoción y prevención.

4. MARCO LEGAL

- **Constitución política de Colombia de 1991¹** : Establece la seguridad social en salud como un derecho público de carácter obligatorio, que se debe prestar bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia y universalidad, en los términos que establezca la ley.
- **Ley 100 de 1993²** : Artículo 1. “Sistema de Seguridad Social Integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro”.
- **Resolución 412 de 2000³**: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- **Resolución 3384 del 2000⁴**: Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000.

2

¹COMOSION SEPTIMA DEL SENADO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Artículo 48 de 1990, Bogotá, salud en constitución política de Colombia,

²EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Artículo 1 Ley 100 de 1993, Bogotá, por el cual se crea el sistema de seguridad social en integral y se dictan otras disposiciones, dada el 23 de Diciembre de 1993.

³MINISTERIO DE SALUD, resolución 00412 de 2000, Bogotá, director general de promoción y prevención, Carlos Arturo Sarmiento Limas.

⁴MINISTERIO DE SALUD, Resolución 3348 de 2000, Bogotá, por la cual se modifica las resoluciones 412 y 1745 de 2000.

- **Decreto 3616 del 2005**⁵: Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 1011 del 2006**⁶: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de garantía de calidad de la atención de Salud, del Sistema general de Seguridad Social en Salud.
- **Ley 1122 del 2007**⁷: Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema general de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 3039 del 2007**⁸: Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que comprende acciones del Plan de Salud Pública, de Intervenciones colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), del Régimen contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema general de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.
- **Resolución 425 del 2008**⁹: 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.
- **Acuerdo 008 del 2009**¹⁰: Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes contributivo y Subsidiado.
- **Circular 034 del 2010**¹¹: Establece las siguientes precisiones con relación a algunas acciones que benefician la salud bucal de la población: en el acuerdo 008 de diciembre 29 de 2009 se incluye la educación grupal en salud por higiene oral (CUPS 990121), la educación individual en salud por odontología (CUPS 990203), así como los procedimientos contenidos en la norma técnica de la Resolución 412.

⁵ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Decreto 3616 de 2005, Bogotá, Diario Oficial 46060 del 13 de octubre de 2005.

⁶ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 de 2006, Bogotá, Diario oficial 46230 del 03 de abril de 2006.

⁷ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Ley 1122 de 2007, **por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Bogotá, Diario Oficial 46506 del 09 de enero de 2007.**

⁸ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Publica, Bogotá, Diario Oficial, publicado el 10 de agosto de 2007.

⁹ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Decreto 425 de 2008, Bogotá, Diario Oficial 46902 del 14 de febrero de 2008.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 HISTORIA DE LA EMPRESA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA

La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha nace como tal el nueve (9) de Enero de 1.997, mediante el acuerdo 49 del Concejo Municipal de Soacha.

Sin embargo la historia de la E.S.E. se remonta trece (13) años atrás cuando fue creado el Centro de Salud Compartir, mediante un proceso de autogestión comunitario, iniciándose de esta forma la conformación de sistema de salud municipal.

El proceso fue continuado con la creación posterior de los centros de salud San Marcos, Ciudadela Sucre y finalmente San Mateo y Los Olivos. Todos siguiendo el modelo inicial, con el incondicional apoyo de la Alcaldía Municipal.

A lo largo de estos trece (13) años se ha fortalecido el proceso de autogestión y autofinanciamiento, creándose una cultura corporativa, que nos coloca en una posición de ventaja competitiva sobre entidades de similar origen, ante las transformaciones dadas por la ley 100 de 1.993. La infraestructura física, técnico -científica y profesional, lograda en este período de tiempo permite brindar servicios integrales y de calidad en la atención ambulatoria de primer nivel en salud. Con ventajas adicionales, como la entidad administradora que permite lograr un convenio con alta cobertura dentro del municipio.

5.1.1 Servicios

La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha cuenta con servicios de consulta médica, atención odontológica, apoyo asistencial, medicina preventiva, detección temprana, unidad móvil y ambulancia, consulta de terapia respiratoria, consulta de nutrición.

Nuestros servicios son:

- **Consulta Médica:** Es la sesión personalizada entre el médico y el paciente ambulatorio; Comprende la entrevista inicial, anamnesis, examen físico, diagnóstico presuntivo, exámenes diagnósticos y el tratamiento requerido.

- Atención Odontológica: Implica la elaboración de historia clínica basada en la entrevista inicial, anamnesis, examen clínico, diagnóstico y rehabilitación del paciente. Se cuenta con 12 odontólogos, los cuales cubren el servicio de 8:00 a.m. A 6:00 p.m. de Lunes a Viernes y los Sábados de 8:00 a.m. a 12:00m. En cada Centro se desarrollan actividades como prevención de la enfermedad y promoción de la salud PYP Periodoncia, Operatoria, Cirugía Oral Simple, Endodoncias, Urgencias.
- Laboratorio Clínico: Se ofrece el servicio en las cinco sedes de toma de muestras y análisis por parte de personal especializado. Se toman todos los exámenes incluidos en el POS-s del primer nivel ambulatorio y los exámenes especializados se atienden mediante convenio con el Laboratorio de Referencia Andrade.
- Servicio de Imagenología: se cuenta con un moderno equipo de rayos X, ecografía de primer nivel y especializada, la cual es tomada por profesionales idóneos y con gran experiencia en el área de imagenología.
- Medicina Preventiva: Vacunación, Salud Oral, Planificación Familiar, Detección Temprana, Detección de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo en los Niños, Detección de las Alteraciones del Desarrollo en los Jóvenes.
- Unidad móvil y ambulancia: Atención Médica y Odontológica.
- Consulta de Terapia Respiratoria: Comprende la interacción entre el paciente y el profesional en esta área. Maneja pacientes con problemas respiratorios, como apoyo fundamental al tratamiento médico, lográndose una recuperación más rápida del paciente ambulatorio.
- Consulta de Nutrición: Comprende la interacción del profesional del área con el paciente, manejando terapéuticamente problemas de salud relacionados con la alimentación logrando así un manejo integral en pro del mejoramiento del paciente se cuenta con una profesional que atiende en las diferentes sedes distribuyendo su jornada de atención.

5.1.2 Nuestros canales de comunicación

- Atención Personalizada
- Atención Telefónica
- Buzones de Sugerencias, quejas y reclamos

- Encuestas de satisfacción mensual
- Emisión de mensajes por medios masivos de comunicación local volantes, plegables, carteleras, Reuniones
- Asociación de usuarios
- Comité de Participación Comunitaria (COPACO)
- Comité de Ética Hospitalaria

5.1.3 Ubicación

Ubicada en la entrada de la sede principal SAN MARCOS Cra 2 N° 12-38 ahí se le facilitará la información que necesite de la institución. Sus profesionales están para ayudarle ante alguna sugerencia, queja o reclamo.

5.1.4 Misión

Somos una E.S.E del orden municipal que presta servicios de salud en el primer nivel de atención con actividades de promoción y prevención a la población contratada y particular, enmarcada en un trato humanizado, cálido y profesional generando confiabilidad y bienestar

5.1.5 Visión

Para el año 2.016, la empresa de salud será reconocida por su avance en el proceso de acreditación, posicionándose como líder municipal con reconocimiento departamental en el primer nivel de atención y con el funcionamiento de los servicios de segundo nivel que dan respuesta a las necesidades de la población del municipio.

5.1.6 Sedes

La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha cuenta con cinco sedes ubicadas estratégicamente en el municipio. San Marcos sede principal, san Mateo, Ciudadela Sucre, Compartir y Olivos.

5.2 ANTECEDENTES

Las patologías bucodentales han ocupado las primeras causas de morbilidad, sin distinción de raza, género, edad y estrato socioeconómico, lo cual representa un problema de salud pública, que afecta un gran porcentaje de la población, como lo muestran los resultados del Tercer Estudio Nacional de Salud bucal (ENSAB III-1998) y, más recientemente, la estrategia centinela del Subsistema de vigilancia Epidemiológico de Salud bucal (SISVESO).

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS-2007) presenta como las principales causas de morbilidad bucal la caries Dental, con una prevalencia entre el 60 y 80%; y la Enfermedad Periodontal como segunda causa, afectando en su mayoría a grupos vulnerables, debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas. Cabe mencionar la situación de los países industrializados, donde la prevalencia e incidencia de las enfermedades orales, específicamente la caries Dental, ha disminuido gracias a la implementación de medidas preventivas y educativas integrales.

En Latinoamérica, la situación de salud oral se caracteriza por la alta prevalencia de caries (90%) y Enfermedad Periodontal. Las cifras relacionadas con Enfermedad gingival no son contundentes. En la mayor parte de los países, éstas generan alarma, con excepción de Brasil, donde el modelo de salud oral y la atención primaria ha logrado abarcar diferentes comunidades.

En Colombia, según el último Estudio Nacional de Salud bucal (ENSAB III), realizado en el 1998, la prevalencia de caries Dental fue del 65,3% para la población general, con un COP-D de 10. Siendo la prevalencia mayor en los hombres, 67,8%, en comparación con las mujeres, de 63%. El grupo de edad comprendido entre los 15 y 19 años fue el que más se afectó, mostrando una prevalencia del 89%. Respecto a la Enfermedad gingival, el estudio presenta cifras relacionadas con la presencia de marcadores periodontales (Sangrado) a partir de los 7 años de edad, en el 78,3%. Los adolescentes presentan dos marcadores Periodontales (Hemorragia y cálculos), en un 98,8%; y en la población adulta, el 96% presenta los tres marcadores Periodontales.

5.3 PROMOCIÓN EN SALUD ORAL

La promoción es una práctica social ligada a la salud, que se centra en alcanzar la equidad y consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un auto control sobre la misma. Por consiguiente, el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana. La promoción, no concierne exclusivamente a la odontología como tal, sino a medidas de salud pública y políticas de Estado que deben ser partícipes, permitiendo una respuesta articulada a la complejidad de los determinantes que, directa o indirectamente, están relacionados con los problemas, no sólo porque es importante evitar o prevenir su aparición, sino porque la superación demanda asegurarse de hacer todo lo indispensable para proteger y preservar el desarrollo de una vida plena en todos sus ámbitos y etapas, de acuerdo con la configuración individual, social y territorial de las necesidades, dentro de las mejores condiciones posibles, es decir, garantizar que exista calidad de vida y salud, y que sea perdurable. (Organización Mundial de la Salud 1986).

El Plan Nacional de Salud Pública define Promoción en Salud: “como un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva”.

“Se asume la promoción de la salud como una dimensión del trabajo que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud”. (Organización Mundial de la Salud 1986).

“Para lo cual es necesaria la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social. El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y

satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva”(Organización Mundial de la Salud 1986).

5.4 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Son las circunstancias donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; éstas son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen, a su vez, de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales explican la mayor parte de las inequidades en salud. (Organización Mundial de la Salud, 2010).

5.5 PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

Son todas aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causante de las diferentes patologías orales.

La prevención específica en odontología tiene un elemento común que es el control de placa bacteriana mediante una adecuada higiene oral, teniendo en cuenta que la supresión de la actividad microbiana ha demostrado ser eficaz en la prevención del desarrollo de lesiones cariosas y pérdidas de inserción periodontal (Miranda ,2006)

La prevención ha ganado impulso por las investigaciones realizadas, demostrando que, tanto la caries Dental, como las Enfermedades Periodontales, son infecciones bacterianas. Los resultados de estas investigaciones han generado una mejoría creciente en salud oral, dando nuevos enfoques sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades dentales.

La promoción y prevención de salud oral está dirigida a toda la población y orienta sus mayores esfuerzos a grupos prioritarios como niños/as, adolescentes, ancianos, discapacitados, mujeres gestantes y poblaciones marginales. Como en muchos de los problemas de salud, el éxito de estas actividades preventivas radica en una adecuada clasificación de riesgo de cada

sujeto y en su participación activa de su autocuidado y en la continuidad que tengan con la terapia de mantenimiento (Organización Mundial de la Salud 1986).

5.5.1 Prevención Primaria

Es “el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia”. La prevención primaria contempla dos niveles: en el primero, la Promoción general de la Salud”; y en el segundo, “la Protección Específica”. El objetivo de la Promoción general, así entendida, plantea la necesidad de crear las condiciones más favorables para resistir la enfermedad, aumentar la resistencia y colocarlo en un ambiente favorable a la salud; si se analiza este objetivo, se ve cómo se involucra la presencia de enfermedad y no el fomento y el cuidado de la salud y de la vida, que es lo primordial de la promoción de la salud. La Protección Específica es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud 1986).

5.5.2 Prevención Secundaria

Cuando se ha producido y ha actuado el estímulo causante de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas.

La presunción básica de la prevención secundaria es que el diagnóstico y el tratamiento precoz mejoran el pronóstico de la enfermedad y permiten mantenerla bajo control con más facilidad (Organización Mundial de la Salud 1986).

5.6 HIGIENE ORAL

Es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante

en el desarrollo y evolución de la caries y Enfermedad Periodontal (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

5.6.1 Biopelícula (placa bacteriana)

Es definida como una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y superficies blandas de la cavidad oral, formada principalmente por colonias de bacterias (60-70%), agua, células epiteliales descamadas, leucocitos y restos alimenticios(Lindhe,Thorkild, Niklaus; 2003).

El conjunto de bacterias que se colonizan en los diferentes hábitats orales estará determinado, no solo por las características anatómicas, sino por factores físicos, nutricionales y, especialmente, por la adhesión bacteriana. Por lo tanto, la placa se define como un depósito que se adhiere sobre la superficie de los dientes y consiste en una matriz orgánica con una densa concentración de bacterias. Aunque todas las superficies orales están colonizadas por bacterias, en gran parte esta colonización dependerá del tipo de superficie a considerar. Es decir, el epitelio de la mucosa oral está en constante renovación y, por ello, las bacterias depositadas sobre él se descamarán continuamente y pasarán a la saliva. En cambio, la superficie del diente no se renueva y las bacterias que las colonizan no se eliminan de manera espontánea. Sin embargo, la facilidad para la adhesión y el crecimiento de las bacterias será distinta en las superficies más expuestas a las fuerza de la masticación o al roce de la lengua, los labios o los carrillos, que en las superficies más protegidas, como son los espacios interproximales o el fondo de la fosas y fisuras de los dientes. además de las superficies dentarias y las mucosas, hay una localización anatómica de especial interés que es el surco gingival, el cual está formado por una pared dura y otra blanda, estando además en contacto con el fluido crevicular, que influirá en la colonización a este nivel (Lindhe, Thorkild, Niklaus;2003).

5.6.2 Formación de la Biopelícula

La biopelícula comienza a formarse con el depósito de glicoproteínas salivales sobre la superficie dentaria. Posteriormente, son las bacterias quienes se adhieren mediante fuerzas electrostáticas y sistemas específicos de unión, formando conglomerados; después se añaden polisacáridos (glucanos, fructanos y heteroglucanos), los cuales son sintetizados por las bacterias.

La acumulación y el metabolismo de las bacterias en la cavidad bucal se consideran causas principales de la caries Dental, gingivitis, Periodontitis, Infección Perimplantaria y Estomatitis. Los depósitos masivos suelen estar asociados con la enfermedad localizada en los tejidos subyacentes blandos y duros. Aunque se han aislado e identificado más de 300 especies en estos depósitos, aún falta por identificar muchas más. (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

5.6.3 Placa Bacteriana Blanda

Definida como un depósito blando que forman una biopelícula adherida a la superficie dentaria y otras superficies de la boca. (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

5.6.4 Placa Bacteriana Calcificada

El cálculo dental no es más que biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentales, bien sean coronales o radiculares, y podría llegar a considerarse como la etapa final de la formación de la biopelícula (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

5.6.5 Distribución de la Biopelícula

1. Placa Bacteriana Supragingival: Definida como la placa dental localizada en el margen gingival o por encima de éste. También, la placa supragingival es considerada como un biofilm adherido a una superficie sólida, no descamativa, formada por multitud de colonias heterogéneas (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).
2. Placa Bacteriana Subgingival: Es considerada la placa dental localizada por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival. La placa subgingival es el único caso de dos biofilms adyacentes, uno adherido a la superficie radicular del diente y el otro adherido a las células epiteliales del surco o bolsa periodontal (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

5.7 ACCIONES DE PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

5.7.1 Índice De Placa Bacteriana: Se define como índice la medida empleada para cuantificar y comparar la prevalencia de diferentes enfermedades (caries, Enfermedad Periodontal o acumulo de placa, entre otras). Se hace de la siguiente manera:

1. Determine el nivel de riesgo individual de acuerdo con el porcentaje de placa bacteriana: tome el índice de placa bacteriana de Sinless & Løe modificado en cada paciente y dependiendo de éste, clasifique la higiene oral en buena, regular y deficiente.
2. Identifique determinantes sociales que influyen en la clasificación del riesgo individual del paciente, como son: nivel socioeconómico, nivel educativo, etnia, estructura familiar, estilos de vida, factores culturales, hábitos, creencias y costumbres

5.7.2 Índice De Sinless Y Løe Modificado: El índice de placa bacteriana de Sinless y Løe fue desarrollado por Løe y Silness en 1967 y nuevamente fue modificado en 1984, por Mombelli. Es un complemento del Índice gingival para evaluar la presencia y cantidad de placa dentobacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo. La ausencia o presencia de placa se realiza en forma visual o deslizando una sonda con punta a través de la superficie dentaria en la entrada del surco gingival; no se utiliza revelador de placa bacteriana. Este índice está basado en el grosor de la placa bacteriana y esto se relaciona con el tiempo que ha permanecido en las superficies dentales sin ser removida.

5.7.3 Paso A Paso

1. Seleccione los dientes: 11 ó 51, 23 ó 63, 44 ó 84 y los cuatro últimos molares presentes en cada cuadrante.
2. Observe las superficies vestibular, lingual/palatino, mesial, distal y en dientes posteriores, además la superficie oclusal.
3. Si en la superficie dental examinada existe evidencia de placa gruesa, aquella que es fácilmente notoria por ser de espesor considerable, o, si al aplicar aire y/o pasar una sonda suavemente, evidencia placa delgada: marque en la Tabla 1, el código “1”; si no hay placa, marque el código “0”.
4. Si no está presente algún diente, examine el diente vecino hacia distal y si no hacia mesial (Nota: en menores de 3 años y en pacientes parcialmente edéntulos que no tengan el número de dientes necesarios para este examen, valore los dientes presentes).

5. Para calcular el resultado:

- Cuento el número de superficies con placa (valores “1”).
- Multiplique ese valor por 100.
- Divida ese valor resultante por el número de superficies evaluadas (Si están todos los dientes índice, son 33 superficies) Ese será el porcentaje de placa de su paciente.

5.7.4 Evidencia

Se define control de placa bacteriana como las acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de las técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos por parte del odontólogo o la auxiliar en salud, con las indicaciones respectivas al paciente para mantener la cavidad bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana.

Esta práctica incluye la evaluación de los hábitos de higiene oral, observando la cantidad de depósitos bacterianos presente en la boca, así como la calidad del cepillado y uso de seda dental. Enseñando la forma de eliminarla adecuadamente de los dientes y tejidos circundantes de la cavidad oral como lengua, paladar y surco vestibular; entre otros, e indicar al paciente la forma apropiada de realizar el cuidado oral diario.

La placa bacteriana no es de fácil identificación por ser de color blanco, por esta razón el uso de sustancias reveladoras que tiñen la placa, permiten su visualización tanto para el paciente como para el evaluador. Una sustancia reveladora es un compuesto químico en forma de tinta compuesta por un químico que contiene eritrosina, fucsina o fluoresceína que tiñe la placa blanda y la torna visible para el paciente, ya sea con luz normal o ultravioleta. Los reveladores de placa son útiles porque proporcionan al paciente una herramienta de autoeducación y motivación. Se presentan en el mercado en forma de líquidos o de comprimidos que tiñen cualquier superficie con material orgánico.

El uso de sustancias reveladoras antes y después del cepillado para determinar la cantidad de placa residual es un procedimiento eficaz para la valoración de adecuados hábitos de higiene oral

y como indicador para el paciente en el mejoramiento de la remoción de placa con el fin de prevenir enfermedades de origen gingival y caries.

5.8 DETERMINACION DEL NIVEL DE RIESGO DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y CARIES

Establezca el riesgo del paciente de desarrollar Caries Dental y/o gingivitis teniendo en cuenta la anamnesis y el examen clínico, luego evalúe el riesgo desde el primer año de vida.

Las decisiones de tratamiento deben estar basadas en un Diagnóstico Integral Definitivo el cual incluye:

- Clasificación de riesgo del paciente
- Diagnósticos específicos a nivel de la superficie dental. caries coronal primaria, caries secundaria, caries radicular, defectos del esmalte, lesiones no cariosas, estado de las restauraciones.
- Para consignar el riesgo siga el esquema propuesto en la Guía de Práctica Clínica en Salud Oral caries; 2007. S.D.S.

5.8.1 Pacientes de alto riesgo

Diagnostique el paciente de alto riesgo cuando presenta cualquiera de los siguientes riesgos por sí solos:

- Presencia de biopelícula.
- Retención de placa bacteriana que no esté siendo controlado.
- Experiencia de Caries.
- Identifique determinantes sociales de madres y cuidadores que influyen en la clasificación del riesgo individual del paciente, como nivel socioeconómico, nivel educativo, etnia, estructura familiar, estilos de vida, factores culturales, hábitos, creencias y costumbres.

- Consumo de biberón con leche, agua de panela o uso indiscriminado de éste en la noche.
- Hábitos de succión prolongada.

5.9 EDUCACION EN SALUD ORAL

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también la motivación, el desarrollo de habilidades personales y la autoestima, condiciones necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la calidad de vida. Esta educación incluye no sólo la información relativa de las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos, además de la asistencia a los servicios de salud. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación, dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales.

La educación para la salud se empleaba como un término que abarcaba una amplia gama de acciones, que incluían la movilización social y la abogacía por la salud (Organización Mundial de la Salud -1998). Propiedades del proceso salud - enfermedad

Para entender el proceso salud - enfermedad, es necesario entender las dimensiones en donde se produce su determinación, la relación de lo general a lo particular y lo singular, como dimensiones distintas de la condición unitaria del mundo real.

El objetivo fundamental de la educación en salud es producir cambios en el conocimiento, en el entendimiento o en las maneras de pensar, lo que puede influenciar o clarificar los valores en las personas, llevando a un cambio en las creencias o actitudes. De esta forma, se facilita la adquisición de habilidades y se origina, en algunos casos, modificaciones en comportamientos y/o estilos de vida.

La educación en salud oral es el medio utilizado para promover la salud en la población. Puede ser abordada desde diferentes perspectivas, para generar la adopción de actitudes apropiadas y estilos de vida, con el fin de prevenir y tratar adecuadamente patologías que se

puedan presentar y suscitar, con el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud. Por su parte, la educación en salud oral es una parte esencial de la actividad profesional por parte de las auxiliares, higienistas en salud oral y odontólogos, y es considerada como un proceso comunicativo interpersonal, dirigido a suministrar información necesaria, a responsabilizar a los individuos, a grupos sociales y a desarrollar una actitud consciente y responsable ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud. Es importante considerar que tiene un impacto significativo en la salud general de las personas y en su bienestar.

Un elemento importante para lograr los objetivos de la educación para la salud, es conocer los aspectos sociales y económicos, pues sobre la base de estos se lograrán las modificaciones en los estilos de vida. Las técnicas educativas y medios de enseñanza a emplear, para la ejecución de las acciones educativas, dependerán del grupo de edad a las que estarán dirigidas y de sus características particulares. Los temas se seleccionarán de acuerdo con el análisis de la situación de salud realizado, en el que se identifican las condiciones de vida, actitudes, factores de riesgo y comportamiento de las enfermedades.

5.9.1 Estrategias de Motivación en salud oral

En la educación en salud no solo se debe dar información, sino desarrollar estrategias para comunicarse y lograr la motivación del paciente, como una vía para alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos.

La comunicación requiere de realimentación como un medio para reconocer si se están presentando cambios (Fombelli Cortázar et al, 2006).

La comunicación es un proceso planificado, encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales. Promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es un componente importante de todos los servicios y actividades de promoción de la salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una

combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales. (Suárez, Y, 2006).

Existen diferentes estrategias y medios con las cuales se estimula y motiva al paciente de forma didáctica, para que entienda la importancia de desarrollar actitudes y prácticas adecuadas hacia su salud oral, las cuales se nombran a continuación:

1. Charla: (colectiva e individual): Es una técnica que nos permite hacer una presentación hablada de uno o más temas. Es fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información. Debe estar preparada con un guion, emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extra verbal y utilizar medios de apoyo. La realimentación permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido. La eficacia de la charla dependerá de

- Autodominio y confianza en sí mismo.
- Seguridad y pleno dominio del tema a tratar.
- Planeamiento que asegure el buen orden y concatenación de los hechos que se expondrán.
- Los esfuerzos del lenguaje, pertenecientes a la llamada “fase gesticuladora-visual”; ellos son: gesticulación, expresión fisonómica y mirada.

2. Demostración: (colectiva e individual): En la demostración, como técnica educativa, la vista es el medio dominante de comunicación. Es un proceso de observación, si bien puede ir seguida por un “hacer algo” por parte del que observa. Se aplica la palabra demostración al tipo de lección caracterizada por la acción de mostrar algo. Que sea realmente eficaz, la demostración debe ir seguida de alguna forma de aplicación por parte del alumno.

3. Elementos y técnicas de higiene oral: Para la remoción de la placa bacteriana se requiere establecer condiciones que conduzcan a su control óptimo y así prevenir el crecimiento microbiano subgingival, evitando la inflamación y la pérdida de inserción o reducirlas al mínimo.

6. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA SUBSIDIADO A NIVEL ODONTOLÓGICO, POBLACIÓN Y COBERTURA ATENDIDA.

El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

Para afiliarse al REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD debe tener aplicada la encuesta SISBEN que quiere decir: Sistema de Selección de Beneficiarios y permite establecer en qué nivel se encuentra. Esta encuesta es la puerta de entrada a los programas sociales que ofrece el Estado para las personas con más necesidades. Dentro de esos programas está la salud a través del Régimen Subsidiado de Salud, que le permite contar con los servicios ofrecidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

La encuesta SISBEN, la aplica la Secretaría Distrital de Planeación, y si a una persona aun no se le han aplicado (no ha sido identificado como posible beneficiario de los subsidios), o requiere que le actualicen el nivel del SISBEN, debe presentar ante esta entidad en cualquier CADE o SUPERCADÉ de la ciudad, un recibo de servicio público y su documento de identificación. Una persona puede hacer parte del RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD, si es identificado en los niveles 1 o 2 por encuesta del SISBEN y no está afiliado al Régimen Contributivo.

Igualmente, pueden afiliarse a este Régimen las personas que hacen parte de grupos especiales como: desmovilizados, indígenas, habitantes de la calle, niños en protección y desplazados.

Como beneficiario de este régimen, usted debe afiliarse a una Empresa Promotora de Salud Subsidiada (EPS-S) y para hacerlo debe estar atento a las convocatorias que realiza la Secretaría Distrital de Salud, para que los beneficiarios de los subsidios, puedan gozar de los servicios de salud en una **EPS-S**.

El régimen subsidiado de la Salud se encuentra definido en el artículo 211 de la ley 100 de 1993, como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general

de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad “.

Por consiguiente, este régimen se orienta a garantizar este derecho a la población más vulnerable de la sociedad y sin capacidad de pago, quienes se vinculan al sistema general de seguridad social en salud, a través del pago de una unidad de pago por capitación subsidiada - UPC-S.

Los objetivos de este régimen se describen en el artículo 212, en los siguientes términos:

“ART. 212. —Creación del régimen. Créase el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el consejo nacional de seguridad social en salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990”.

Los criterios de identificación de la población beneficiaria de este sistema subsidiado han sido definidos por el CNSSS (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud), el cual, a su vez, se ha encargado de ajustar los mecanismos de afiliación para garantizar la viabilidad y de estabilidad de la operación del mismo.

Sobre las características generales de este régimen, la Corte Constitucional, en sentencia C-828//01, manifestó:

“El régimen subsidiado por su parte, es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la ley 100 de 1993.

Su propósito fundamental es financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, teniendo especial importancia dentro de este grupo, personas como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, entre otros.

El carácter del subsidio que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda. Las personas que cumplan con los criterios fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio. (...)

La administración del régimen subsidiado corresponde a las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, las cuales suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto. Las EPS que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el POS”.

6.1 DESCRIPCION DEL SISTEMA

El financiamiento de los servicios de salud oral dentro de un sistema de aseguramiento se basa en estudios actuariales. Estudios que deben partir de la estimación de las potenciales necesidades de atención en salud de la población, identificadas a través de las encuestas nacionales de salud oral, de la demanda atendida en los servicios (frecuencia de uso) y de la cobertura (progresividad) que el servicio pretende alcanzar en un tiempo determinado. Deben además tener como base los elementos de progresividad, disponibilidad, accesibilidad, suficiencia y calidad.

En el caso del servicio de salud oral, durante los últimos años se han calculado frecuencias de uso diferentes, que con el paso del tiempo han venido generando una disminución de los recursos asignados para su financiamiento.

6.1.1 Odontología en el Pos -c

El Plan Obligatorio de Salud a nivel odontológico del Régimen Contributivo (POS C) cubre procedimientos de Obturaciones Dentales (calzas) de hasta tres superficies tanto en resinas como amalgamas en un mismo diente en cualquier diente según criterio del odontólogo tratante; Endodoncia (tratamientos de conductos) y Cirugía Oral y Maxilofacial (extracciones de dientes y otros procedimientos quirúrgicos en boca), Está incluida la exodoncia de molares (extracción de muelas) incluyendo los últimos molares permanentes. En el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C) están incluidos también los molares temporales y además los casos de dientes incluidos y/o en posición anormal, en las que sea necesario utilizar cirugía.

Tal como está descrito en el Acuerdo 008 de 2009 de la CRES.

Una consulta odontológica en el POS: Es la valoración que hace un odontólogo general o especializado a un usuario, en la cual practica un examen clínico, diagnóstico y puede ejecutar además tratamiento. La consulta puede ser de urgencias o programada.

Los tratamientos odontológicos excluidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C) son los de Periodoncia, Ortodoncia, Implantología, Prótesis no mucosoportadas y Blanqueamiento Dental. Los insumos y medicamentos excluidos son los enjuagues bucales, cremas dentales, cepillos y sedas dentales.

El plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud cubre: Atención Preventiva en Salud Bucal (sellantes, flúor, detartraje, control de placa, educación en salud oral.

6.1.2 Odontología en el Pos-s.

El Plan Obligatorio de Salud a nivel odontológico del Régimen subsidiado (POS S) cubre procedimientos de Obturaciones Dentales (calzas) de hasta tres superficies tanto en resinas como amalgamas en un mismo diente en cualquier diente según criterio del odontólogo tratante,

Endodoncia (tratamientos de conductos) y Cirugía Oral y Maxilofacial (extracciones de dientes y otros procedimientos), la exodoncia de los terceros molares permanentes En el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S) están incluidos también los molares temporales y además los casos de dientes incluidos y/o en posición anormal, en las que sea necesario utilizar cirugía. Tal como está descrito en el Acuerdo 008 de 2009 de la CRES.

Consulta inicial odontológica es la valoración que hace un odontólogo general a un usuario, en la cual hace un examen clínico, diagnóstico y además tratamiento. La consulta puede ser de urgencias o programada.

Los tratamientos odontológicos excluidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S) son los de Periodoncia, Ortodoncia, Implantología, Prótesis y Blanqueamiento Dental. Los insumos y medicamentos excluidos son los enjuagues bucales, cremas dentales, cepillos y sedas dentales.

Las prótesis dentales no mucosoportadas (puentes y cajas dentales) no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S).

El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre la mayoría de las actividades, procedimientos e intervenciones individuales y familiares para la promoción y fomento de la salud y la prevención de la enfermedad. Todo de acuerdo a “las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”, expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Atención Preventiva en Salud Bucal (sellantes, flúor, detartraje, control de placa, educación en salud oral.

A la vez se aplica la norma 412 de 2000 donde se especifican todos los procedimientos registrados en salud preventiva y promoción de la salud a nivel odontológico.

Las patologías bucodentales han ocupado las primeras causas de morbilidad, sin distinción de raza, género, edad y estrato socioeconómico, lo cual representa un problema de salud pública, que afecta un gran porcentaje de la población, como lo muestran los resultados del Tercer

Estudio Nacional de Salud bucal (ENSAB III-1998) y, más recientemente, la estrategia centinela del Subsistema de vigilancia Epidemiológico de Salud bucal (SISVESO). A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS-2007) presenta como las principales causas de morbilidad bucal la caries Dental, con una prevalencia entre el 60 y 80%; y la como segunda causa, afectando en su mayoría a grupos vulnerables, debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas. Cabe mencionar la situación de los países industrializados, donde la prevalencia e incidencia de las enfermedades orales, específicamente la caries Dental, ha disminuido gracias a la implementación de medidas preventivas y educativas integrales.

En Latinoamérica, la situación de salud oral se caracteriza por la alta prevalencia de caries (90%) y Enfermedad Periodontal. Las cifras relacionadas con Enfermedad gingival no son contundentes. En la mayor parte de los países, éstas generan alarma, con excepción de Brasil, donde el modelo de salud oral y la atención primaria ha logrado abarcar diferentes comunidades.

En Colombia, según el último Estudio Nacional de Salud bucal (ENSAB III), realizado en el 1998, la prevalencia de caries Dental fue del 65,3% para la población general, con un COP-D (Diente cariados, obturados, perdidos) de 10. Siendo la prevalencia mayor en los hombres, 67,8%, en comparación con las mujeres, de 63%. El grupo de edad comprendido entre los 15 y 19 años fue el que más se afectó, mostrando una prevalencia del 89%. Respecto a la Enfermedad gingival, el estudio presenta cifras relacionadas con la presencia de marcadores periodontales (Sangrado) a partir de los 7 años de edad, en el 78,3%. Los adolescentes presentan dos marcadores Periodontales (Hemorragia y cálculos), en un 98,8%; y en la población adulta, el 96% presenta los tres marcadores Periodontales.

⁴ Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Norma técnica de atención preventiva en salud bucal, resolución 412 de 2000.

6.2 POBLACION

- Densidad de población 286.06 Hab/hab Km²
- Habitantes del municipio: No. Habitantes Zona Urbana: 940.900, No. Habitantes Zona Rural: 14.936, Total: 955.836 habitantes.

6.3 COBERTURA ATENDIDA

- Datos dados en número de habitantes: 955.836
- Población afiliada al régimen contributivo: 306.965
- Población afiliada al régimen subsidiado: 84.140 (atendidos por ARS):
- Población atendida en ESE (empresa de salud ESE del municipio de Soacha : 48.000
- Población atendida en otras entidades : 36.140
- Población vinculada sin régimen atribuido: 324.435 (afiliados al SISBEN que no cuentan con ARS).
- Población sin vinculación: 240.296 (no cuentan con atención por SISBEN, ARS o EPS.

7. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

7.1 CONTROL Y REMOCION DE PLACA BACTERIANA

Población objeto: 2 a 19 años cada 6 meses, 20 años en adelante anual.

7.1.1 Índice de CPB: (Control Placa Bacteriana) Se establece el índice de placa bacteriana I.P.B presente en boca enseñar las técnicas de Higiene Oral en el cuidado bucal diario. Al usuario demostrar su técnica de cepillado, luego mediante el uso de sustancias reveladoras (pastillas) se hace el recuento del I.P.B (O'Leary).

La actividad se inicia con el suministro de una pastilla reveladora de placa bacteriana, se identifican las superficies teñidas y se le muestra al usuario frente con la ayuda de un espejo de mano. Se registra el número de superficies teñidas en el formato de I.B.P

Conducta: Si el porcentaje del I.P.B. es mayor del 15%. Se evalúa la forma como el paciente realiza su cepillado diario, se realiza la motivación e instrucción correcta de la técnica de cepillado y uso de seda dental. Finalmente se realiza profilaxis o limpieza de los dientes con una copa o un cepillo con pasta profiláctica. Se recomienda usar en las superficies vestibulares, linguales, palatinas y en las superficies oclusales de molares y premolares con cepillos de profilaxis.

Si el Índice del P.B. es menor del 15%, nos evidencia que el usuario realiza su cepillado adecuadamente, se realiza retroalimentación de técnicas de higiene oral, nos indica que el paciente puede iniciar el tratamiento asistencial si lo requiere.

7.2 APLICACIÓN DE FLUOR

Población Objeto: 5 – 19 años.

Es importante conocer los criterios de Aplicación, teniendo en cuenta los usuarios diagnosticados con Fluorosis dental leve, moderada o severa a los cuales se les aplicará Flúor Neutro con técnica pincelada. Se realiza aislamiento parcial con rollos de algodón y se secan. Se aplica el flúor por las superficies de los dientes (Aplicadores) durante 4 minutos,

se retira los excesos con gasas o algodón y se le indica al usuario No debe ingerirse el producto en tal caso, debe tratarse con sales de (Gluoconato de calcio) puede recomendarse también una bebida láctea(Yogurt, leche), No debe ingerirse alimentos hasta después de una hora. A los 6 meses se repite este procedimiento.

7.3 APLICACIÓN DE SELLANTES

Población Objeto: 3 – 15 años

Pacientes indicados para la aplicación de sellantes: usuarios con molares con surcos y figuras angostas y profundas, surcos profundos no remineralizados, en dientes deciduos o permanentes con hábitos de higiene bucal deficiente, alta incidencia de caries, mal posición, dieta rica en azúcares, aparatología ortodóntica, esmaltes irregulares, morfología dentaria retentiva, xerostomía, discapacidad física y mental.

Pacientes que presenten caries incipiente se puede realizar sellante preventivo.

Pacientes que no necesitan aplicación de sellantes: en aquellos pacientes en los cuales se encuentra una morfología dental no retentiva buenos hábitos de higiene bucal, condiciones sistémicas normales, adecuada posición dentaria y buen flujo salivar no es necesario la aplicación de sellantes.

7.3.1 Forma de aplicación de los sellantes

1. Profilaxis: Inicialmente se remueve la placa bacteriana de las superficies donde se va a aplicar el sellante, se realiza con cepillos y/o copas, con pieza de baja velocidad con pasta profilaxis y/o agua oxigenada se realiza la limpieza de las superficies oclusales.
2. Aislamiento y secado: Se realiza aislamiento parcial con rollos de algodón, se seca con la jeringa triple.
3. Desmineralización y lavado: Se grava la superficie del diente mediante aplicación de ácido fosfórico al 35% por un minuto para dientes permanentes y 30 segundos para dientes temporales, se realiza con pinceles ; inmediatamente se lava con agua durante 15 segundos, seca y se observa que la superficie queda con un aspecto lechosos y opaco.

4. Aplicación: Se aplica el sellante de fotocurado con explorador o cucharilla evitando los excesos, se polimeriza de 20 a 30 segundos con lámpara de fotocurado. Control de oclusión Finalmente se realiza el control, de oclusión. Se recomienda realizar control y supervisión de los sellantes cada 6 meses.

7.4 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL

Población Objeto: Mayores 12 años, cada seis meses.

El primer paso de esta actividad es la realización de una evaluación de los sitios donde se encuentran depósitos de placa bacteriana y cálculos supragingivales. Si presenta cálculos supragingivales y placa bacteriana, se procederá a la remoción de cálculos y manchas ubicados en la porción coronal de los dientes con instrumentos de corte tipo: curetas, instrumentos ultrasónicos como el cavitron.

Profilaxis: Se realiza profilaxis o pulimento de superficies con cepillo de profilaxis (no capas de caucho) y pasta profiláctica.

Verificación: los dientes se re diagnostican para asegurar que los superficies dentales estén libres de placa bacteriana y cálculos.

Ayuda antisépticas: Se le recomienda el uso de enjuagues antisépticos una vez al día si lo consideramos conveniente. Control al año o dos veces al año si lo requiere

⁶ GUIA PARA LA PROTECCION ESPECIFICA DE LA CARIES Y ENFERMEDAD GINGIVAL, Carlos Agudelo Calderon, director del proyecto, Bogotá, octubre diciembre 2005

⁷ Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Norma técnica de atención preventiva en salud bucal, resolución 412 de 2000.

8. LA CARIES DENTAL

8.1 ¿QUÉ ES LA CARIES?

Los dientes están recubiertos de un esmalte especial que los protege de cualquier agresión externa. Cuando esta capa va desapareciendo progresivamente por su descalcificación, deja de protegerlos y permite a los gérmenes presentes en la boca que puedan atacarlos.

El principal culpable de la caries es una bacteria llamada **Streptococcus mutans** (o *S. mutans*). Esta bacteria se transmite de la saliva de la madre o cuidadora al niño durante sus 30 primeros meses de vida y reside en la dentición, por lo que al menos el niño debe tener un diente para que se produzca la transmisión efectiva. La bacteria se alimenta de sucrosa y produce ácido como subproducto, degradando con ello el esmalte dentario.

En 1996, científicos de la Universidad de Helsinki observaron que los niños sin caries, tenían niveles muy bajos de esta bacteria. En cambio, los niños con caries tenían concentraciones extremadamente altas, como unas 100 veces superiores.

La caries aparece en los dientes como manchas blancas, depósitos de placa o sarro marronoso, y puede llegar a causar pequeñas fracturas o cavidades. La destrucción del diente se extiende propagándose al diente definitivo que aún se encuentra escondido. Una vez empieza, es cuestión de tiempo que se extienda y ataque a toda la dentadura.

8.2 INCIDENCIA

Se considera que la caries es la enfermedad infecciosa más habitual en los niños americanos (de 5 a 8 veces más que el asma), con un 8,4% de niños afectados menores de dos años y un 40,4% a los 5 años. De esos casos, un 47% de los niños entre dos y nueve años nunca recibe tratamiento. La caries en los dientes de leche es uno de los motivos principales de hospitalización en niños y tiene un elevado coste sanitario.

8.3 ¿CUÁLES SON SUS CAUSAS?

Varios factores pueden producir la caries dental. La principal causa es una alimentación rica en azúcares que ayudan a las bacterias a corroer el esmalte, aunque, dependiendo del tipo de azúcar, su incidencia varía. Otras causas son una mala higiene dental, la ausencia de flúor en el agua y la propia genética, que como se ha demostrado provoca la aparición de caries en algunos niños especialmente sensibles a pesar de seguir unos hábitos profilácticos correctos.

Si bien la bacteria *S. mutans* es la principal responsable de la caries, se han encontrado otros factores que también muestran una inesperada correlación con este problema: complicaciones durante el embarazo o el parto, nacimiento prematuro o por cesárea, diabetes materna, enfermedades renales, incompatibilidades del Rh, alergias, gastroenteritis frecuentes y diarrea crónica. Además, una dieta rica en sal o baja en hierro y el uso de chupete parecen favorecer también la aparición de caries.

Antes de la aparición del primer diente, alrededor de la mitad de los niños de 6 meses ya están infectados con *Streptococcus mutans*. Según una investigación, a los 24 meses de edad el 84% de los niños había desarrollado una colonia considerable. Los factores asociados a estos casos fueron la ingesta de bebidas dulces antes de dormir, tomar demasiados alimentos dulces, picar entre comidas, compartir comida con adultos y una presencia muy alta de dichas bacterias en la madre. Por el contrario, la falta de bacterias se asoció básicamente con el cepillado habitual de los dientes.

8.4 CARIES CAUSADAS POR BIBERONES

Una vez que los dientes empiezan a salir, una de las causas más habituales de su aparición se denomina **caries del biberón**, producida por un contacto frecuente con la leche o zumos, especialmente si se deja al bebé con el biberón para dormir, usándolo como un chupete. Si el bebé necesita del biberón para usarlo como chupete, es imprescindible que sólo contenga agua. Nunca se debe mojar con miel o azúcar.

8.5 ¿Y LA LACTANCIA MATERNA?

Según La Liga de la Leche Internacional (LLLI), “habitualmente se considera que la lactancia materna es la causa de la caries dental, puesto que no se hace distinción entre las diferentes composiciones de la leche materna y artificial, y entre los diferentes mecanismos de tomarla. Al pecho, el pezón se sitúa al final de la cavidad bucal, evitando que la leche caiga alrededor de los dientes, a diferencia de cuando se succiona de una tetina. Sólo tenemos que considerar la abrumadora mayoría de niños amamantados con dientes sanos para saber que deben haber otros factores implicados.”

Kevin Hale, asesor de pediatría dental de la academia Americana de Pediatría, comenta que "la mayoría de dentistas y madres lactantes no se llevan muy bien porque los dentistas no acaban de creerse los estudios científicos que demuestran que la lactancia no contribuye a la caries." Aunque la leche humana no provoca caries, algunos estudios han mostrado que puede contribuir a su desarrollo en aquel pequeño porcentaje de niños que están en la zona de riesgo (por razones hereditarias, por ejemplo).

Según la Academia de Medicina de la Lactancia, “sería evolutivamente suicida que la leche materna causara caries porque la selección natural hubiera eliminado los casos más serios. Hay 4.650 especies de mamíferos y todos ellos amamantan a sus crías. La raza humana es la única con problemas serios de caries”

La Liga de La Leche insiste en que "un pequeño porcentaje de niños amamantados desarrolla caries a pesar de la leche materna, no por su culpa”, y añade “cuando se plantea el destete, se debería tener en cuenta las múltiples ventajas de la leche materna frente a la leche artificial, por lo que se debería respetar la decisión de la madre. En lugar de proponer un destete por culpa de la caries, el dentista debería investigar la causa de fondo del problema.”

8.6 CUANTO ANTES SE DETECTE MEJOR

El problema principal de la caries es encontrarla a tiempo. Nos puede parecer imposible que un bebé pueda desarrollar tal problema, ya que siempre lo asociamos a un adulto, con lo que las

visitas al dentista se demoran hasta que, a veces, resulta demasiado tarde. Los pediatras a menudo no reconocen los primeros síntomas, en parte porque tampoco es su tarea (ésta correspondería a los dentistas infantiles). Las caries recientes no suelen verse a simple vista y necesitan de ciertos artilugios para ser descubiertas; en cambio, las de larga evolución si suelen verse fácilmente. Los bebés y niños con caries tienen una gran probabilidad de desarrollarla también en sus dientes definitivos, así que el problema es bastante grave.

8.7 ¿QUÉ SE PUEDE HACER?

Las recomendaciones básicas se centran en aquellos casos en que las personas que están en contacto más estrecho con el niño tengan problemas de caries. Es básico que estas personas sigan una dieta equilibrada y tengan una buena higiene dental para disminuir considerablemente el riesgo de caries del bebé.

8.8 ¿QUE TRATAMIENTO SEGUIR?

Una vez se ha diagnosticado caries en un bebé, el tratamiento debe ser de choque para frenar su desarrollo y evitar la cirugía. Algunos dentistas recomiendan usar una minúscula cantidad de pasta de dientes fluorada, mientras que otros prefieren un cambio en la dieta. Consideran que la salud dental de un bebé empieza desde el momento de su fecundación, con lo que la dieta materna es fundamental. Lo mismo se puede decir una vez nacido, pues la dieta del bebé depende básicamente de lo que coma su madre.

Un estudio publicado en la revista Lancet informa de la relación existente entre la ingesta de plomo por parte de la madre y la incidencia de caries en sus hijos, y explica con ello el incremento de caries en niños que habitan en zonas industriales.

La **vitamina D** incrementa la absorción de calcio, por lo que ayuda a tratar la caries, pero es tóxica si se toma en grandes cantidades. En un estudio de 1996, se encontró que una combinación de vitamina D, C y calcio, mejoró la salud bucal de los niños.

Como el flúor es una neurotoxina que inhibe la absorción de calcio, muchos médicos están en contra de tratamientos con flúor y prefieren un cambio de dieta (sin dulces y con vitaminas) e

higiene dental.

8.9 ¿PARA QUÉ SIRVE EL FLÚOR?

El flúor es una sustancia natural que refuerza el esmalte dental haciéndolo más resistente a la caries. También interfiere en el proceso en el que las bacterias metabolizan el azúcar para producir ácido, denominado *glicólisis*.

Normalmente se presenta como pasta de dientes fluorada (usada por 450 millones de personas), sal (50 millones) o añadida al agua de beber (210 millones). La principal fuente de flúor natural se presenta en el agua de beber, aunque también en algunos lugares puede encontrarse en el aire y en ciertas plantas. Se ha demostrado que una proporción de 0,5 a 1,0 mg/litro reduce la aparición de la caries dental. Pero la ingesta excesiva puede causar fluorosis dental, que se caracteriza por la aparición de manchas, falta de brillo o cambio de color de la dentadura a amarillo o marrón.

Remineralizar los dientes tan pronto como se detecta el problema, mediante un cambio en la dieta y la ingesta de flúor, puede repararlos pero no destruirá las bacterias. Para ello es primordial cepillarse o enjuagarse los dientes.

Actualmente existe evidencia científica que nos indica la necesidad de incorporar en el cepillado de dientes el uso de una pasta dental fluorurada, relevando su uso al grado de considerar indispensable el uso de un dentífrico fluorurado en el marco de las buenas prácticas de higiene bucal. Se reporta una fracción preventiva de 24% atribuible únicamente a la práctica de higiene bucal con pasta dental fluorurada. Sin perjuicio de lo anterior es necesario precisar que parte de la evidencia científica disponible se ha construido sobre la base de estudios realizados en dentición permanente joven de niños, desde donde se extrapolan los resultados a la dentición temporal de niños preescolares.

La frecuencia de cepillado con pasta dental fluorurada en niños preescolares es un factor importante a considerar. La evidencia científica muestra que la mayor frecuencia de exposición aumenta la protección de caries, estimando un aumento del 14% de la capacidad preventiva cuando se realiza un cepillado con fluoruros dos veces al día en comparación a realizar la

práctica solo una vez por día. Se ha observado que el aumento de la frecuencia de cepillado con pasta dental con flúor por sobre dos veces al día en los preescolares, podría aumentar el riesgo de alcanzar niveles de fluoruros que producen *fluorosis*. La Fluorosis es un defecto de la mineralización que se caracteriza por una alteración leve o severa del esmalte de los dientes. Se presenta como una mancha blanca, en su signo más leve, o de color café en su forma más severa, debido a una deficiente mineralización y a un aumento de la porosidad del esmalte. Se produce por la ingesta excesiva de fluoruros durante la formación del esmalte dental. Por lo que es necesario establecer, para evitar con un considerable y suficiente margen de seguridad la aparición de alteraciones por fluorosis, que este programa propone ***el uso de pasta fluorurada de 500 ppm, en el cepillado de dientes en preescolares de 2 a 5 años en una o dos ocasiones como máximo durante la jornada en el jardín infantil.*** Esto no significa restringir el número de cepillados de dientes, solo se refiere al uso de pasta dental con flúor en el cepillado. La supervisión de las actividades de cepillado de los preescolares por parte de un ***adulto capacitado*** es muy importante, dado que esto disminuye los riesgos de fluorosis, por ingesta o exposición excesiva. Con relación a la edad de comienzo del cepillado dental, mientras más temprano se comienza la actividad de cepillado se reconoce una mayor protección. Ahora bien el uso de pasta dental con flúor debe iniciarse sólo después de los 24 meses de edad, dado que el riesgo de fluorosis aumenta cuando se implementa su uso antes de los 2 años de edad.

La principal medida, según los expertos, para la reducción de caries en los países desarrollados que han logrado disminuir sostenidamente los niveles de esta enfermedad, ha sido precisamente el uso masivo de pastas dentales fluoruradas en una frecuencia y concentración adecuadas en sus poblaciones. En Chile, la Norma de Uso de Fluoruros en la Prevención Odontológica 2008, recomienda el uso de pastas de dientes fluoruradas en niños y niñas ***mayores de 2 años*** con concentraciones de 400 a 500 ppm de fluoruros hasta los seis años de edad, desde los 6 años de edad pueden utilizar pastas dentales con concentraciones superiores que fluctúan entre los 1000 ppm hasta máximo 1500 ppm. Esta restricción en el uso de pasta dentales fluoruradas se relaciona con la necesidad de disminuir al máximo los riesgos de exposición a dosis que puedan producir fluorosis dental.

8.10 ¿PARA QUE SIRVE LOS SELLANTES?

A pesar de que sellar las fisuras ha sido reconocido como un método efectivo para la prevención de las caries de fosas y fisuras en niños, existen cuestiones clínicas a cerca de sus indicaciones, los criterios para su colocación y las técnicas para optimizar su retención y efectividad.

Estos protocolos se basan en una revisión de la literatura, siguiendo las directrices de los protocolos de otras Sociedades Científicas, además de las recomendaciones clínicas basadas en la evidencia acumulada durante los últimos años. Estas recomendaciones tienen como objetivo integrar el juicio clínico profesional con las necesidades individuales del paciente.

Los sellados de fosas y fisuras pueden ser utilizados efectivamente como parte de las medidas preventivas de la caries con base individual o como medida de salud pública en poblaciones de alto riesgo.

Se describen como un material colocado en las fosas y fisuras de dientes susceptibles al desarrollo de caries, actuando como una barrera física por la unión micromecánica al diente que evita el acceso de las bacterias cariogénicas y de su fuente de nutrientes. Es, sin ninguna duda, aceptado que la efectividad de los sellados para la prevención de la caries depende de su retención a largo plazo. Su retención debe ser evaluada periódicamente mediante examen visual y táctil y en aquellas situaciones donde se ha perdido total o parcialmente, los sellados deben ser recolocados para asegurar su efectividad.

Las caries de fosas y fisuras representan entre el 80 y el 90% de todas las caries que afectan a los dientes posteriores y el 44% en los dientes primarios. Los sellados reducen el riesgo en estas zonas susceptibles y su colocación en niños y adolescentes ha mostrado una reducción de la incidencia de caries del 86% después de un año y del 58% a los 4 años.

La literatura sobre el tema recomienda la colocación de los sellados en dientes permanentes, así como en molares primarios, aunque en este último caso la evidencia científica que lo soporta es más limitada y como apreciación clínica no habría que olvidar el alto porcentaje de caries interproximales que afectan a los molares primarios. Para algunos autores su aplicación resulta más efectiva justo después de la erupción o no más de 4 años después de la erupción, pero no

existe en este punto una evidencia científica clara.

Sí existe una evidencia científica unánime en la determinación del riesgo de caries del paciente antes de su colocación. La evaluación del riesgo de caries debe realizarla el profesional con su experiencia clínica y mediante el uso de indicadores como son; morfología dentaria (forma y profundidad de la fisuras), diagnóstico clínico, historia de caries, y hábitos de aplicación de flúor e higiene oral del paciente.

Las revisiones de este estudio concluyen que el sellado de fisuras estaría indicado en aquellos pacientes de alto riesgo de caries y además realizándolo tan pronto sea posible. Sin embargo, la colocación de sellados estaría contraindicada en aquellos casos con caries rampante o lesiones interproximales. Los pacientes de bajo riesgo no precisarían la aplicación de sellados. Sin embargo, en estos casos de bajo riesgo, habría que considerar que se pueden producir cambios en los hábitos orales de higiene del paciente así como en la microflora y condiciones físicas del paciente que harían indicada la aplicación de los sellados de fosas y fisuras. Por lo que el riesgo de caries del paciente debe ser reevaluado periódicamente.

Por otra parte, no hay que olvidar que en pacientes de alto riesgo se tendrían que revisar y reforzar los pilares básicos de la prevención; higiene oral eficaz, control de dieta y aplicación de flúor, pues sólo con la aplicación de sellados de fosas y fisuras no se controlaría el riesgo de caries del paciente.

Con un adecuado diagnóstico y monitorización periódica, los sellados de fosas y fisuras podrían aplicarse en lesiones incipientes, no cavitadas de fosas y fisuras.

Distintos estudios han observado que existe posibilidad de inhibir el desarrollo de la lesión incipiente tras la colocación del sellado, con un adecuado control de la microfiltración de los márgenes. En estos casos el examen visual nos permitirá detectar una fisura no cavitada con una tinción amarillo-marrón que bordea la fisura. La superficie del diente no debe tener evidencia de ninguna sombra o mancha por alteraciones en el desarrollo de la estructura del diente.

Es importante limpiar previamente la superficie eliminando los restos de placa y se aconseja no ejercer una presión en la zona con el explorador para evitar mayor daño en el esmalte. Destacar que una tinción no siempre es equivalente a una lesión no cavitada. Existe la

posibilidad de lesiones de caries en dentina por lo que en estos casos es fundamental un buen criterio diagnóstico. Si se disponen de radiografías previas, pueden ser de utilidad para el diagnóstico.

Existen principalmente dos tipos de materiales para sellados, los sellados de resina y los de ionómero de vidrio (convencionales o modificados con resina). Se recomiendan materiales de baja viscosidad que facilite la penetración en la fisura.

Los sellados de resina pueden ser fotopolimerizables o autopolimerizables. Los ionómeros de vidrio se caracterizan por su liberación de flúor, sin embargo el efecto de la liberación del flúor no está bien definido y preciso más estudios; además, la retención del material es menor. Pueden considerarse como sellado provisional en situaciones donde el aislamiento no es fácil o en niños con poca colaboración.

En cuanto a la técnica, se realizará una adecuada limpieza previa de la superficie y es necesario un aislamiento adecuado para garantizar el éxito del sellado, ya que la contaminación de la saliva supondrá una menor adhesión de éste al esmalte y por lo tanto mayor microfiltración marginal.

La aplicación de flúor antes del sellado no parece que suponga un efecto adverso en la retención. El grabado de la superficie se realizará según las instrucciones del fabricante y se recomienda el uso de agentes adhesivos para mejorar la adhesión y minimizar la microfiltración. Se recomienda revisar la oclusión y ajustarla si fuese necesario, así como eliminar los excesos.

Aunque la técnica es simple, no por simple deja de ser meticulosa; lo que indica que los sellados deben ser aplicados por parte de personal competente entrenado a tal efecto y, en aquellos casos donde la colaboración del paciente no sea la adecuada para la correcta realización del tratamiento, es mejor posponerlos hasta que puedan ser adecuadamente realizados.

Algunos estudios recomiendan la realización de ameloplastias previo a la colocación del sellado pero, aunque esto podría aumentar la retención del sellado, los resultados no muestran diferencias respecto a la técnica convencional. Para algunos autores la penetrabilidad del sellado depende más del material y del tipo de fisura. Además, en caso de pérdida del sellado, el diente

quedaría más susceptible a la caries.

Por último, los sellados deben mantener su retención en el diente y su adecuado sellado marginal para resultar efectivos. La pérdida parcial del sellado llevaría a un incremento en el riesgo de caries, por lo que resulta preciso su monitorización y mantenimiento periódico.

La colocación de sellados de fosas y fisuras en molares permanentes en niños y adolescentes es un método efectivo para la reducción de la caries.

Los sellados no deben colocarse en dientes parcialmente erupcionados o con lesiones de caries cavitadas o dentinarias.

La indicación de su colocación debe basarse en el riesgo de caries del paciente.

Los sellados aplicados en superficies con lesiones incipientes de caries y no cavitadas pueden inhibir la progresión de la lesión, pero precisa un cuidadoso diagnóstico.

La técnica para la colocación del sellado incluye una limpieza de la superficie, un buen aislamiento y se recomienda el uso de agentes adhesivos para mejorar la retención

Es fundamental una monitorización y un mantenimiento periódico para garantizar la efectividad del sellado.

La aplicación de los sellados debe ser considerada como una medida complementaria dentro de la estrategia de prevención que incluirá otras actuaciones como la educación dental, el control de dieta, la aplicación de flúor, higiene oral y visitas periódicas semestrales con el odontopediatra.

9. ANALISIS DE MORBILIDAD POR CARIES Y TRATAMIENTOS PARA ERRADICAR LA CARIES

La caries es la enfermedad oral más común de las patologías crónicas y son un problema por su alta prevalencia, impacto en los individuos, en la sociedad y en el mundo. La cual se inicia en pacientes de muy corta edad presentando un incremento importante.

9.1 PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE LA PATOLOGÍA BUCAL EN LA ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA CUNDINAMARCA

Los estudios realizados han mostrado que se han presentado importantes cambios en la salud bucal de nuestra población, como resultado de las modificaciones en las tendencias de la morbilidad y de las nuevas técnicas terapéuticas como se presentan en los tratamientos de prevención y promoción en la población.

Para la vigilancia de la patología bucal la OMS propone las siguientes edades: 5 ó 6 años, 12 años (edad de vigilancia internacional de la caries), 15 años, 35 a 44 años y 65 a 74 años

La caries dental se considera dentro del grupo de enfermedades crónicas que son complejas o multifactoriales desde una perspectiva de causalidad, de manera similar a otras enfermedades como cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas

Esta enfermedad se manifiesta con lesiones cariosas en los dientes, las que son reversibles (pigmentación blancuzca) antes que se produzca la cavitación. Dentro de los factores de riesgo se encuentran la placa bacteriana (biofilm), alimentación, factores socioeconómicos y la susceptibilidad individual; la caries dental es la principal causa de pérdida dentaria.

Imagen 1 Caries del Esmalte



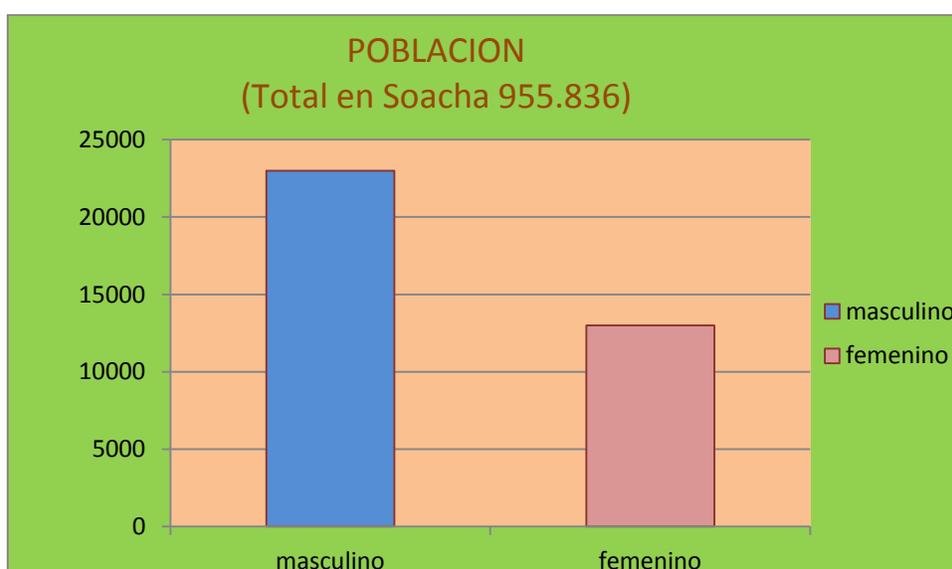
Imagen 2 caries cavitacional.



TABLA 1. POBLACION ATENDIDA EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

SEXO	POBLACION
Masculino	23000
Femenino	13000
Total atendida	48000

GRAFICA 1.



La tasa de habitantes en el Municipio de Soacha presenta un indicador de 955.836 habitantes, siendo la población masculina la más predominante en dicha población.

TABLA 2. POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO.

POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO	
Población atendida en la ESE del municipio de Soacha	48.000
Población atendida en otras entidades	36.140

TABLA 3. POBLACION ATENDIDA EN LA ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA POR CENTROS DE SALUD

POBLACION	
San Marcos	13.540
San Mateo	10.438
Compartir	9.843
Ciudadela Sucre	8.112
Olivos	6.067

GRAFICA 2.



GRAFICA 3.



Como se muestra en las graficas 2 Y 3 se analiza la población atendida en la ESE (Empresa de Salud del Municipio de Soacha) con la cual se realizó el muestreo de la efectividad del programa de PYP (prevención de la enfermedad y promoción de la salud) a nivel odontológico en pacientes atendidos en los cinco centros que representan a dicha entidad como son San Marcos, San Mateo, Compartir, Ciudadela Sucre, Olivos. Y con base en los RIPS (registro individual de prestación de servicios de salud) manejados en cada sede.

TABLA 4. POBLACION ATENDIDA EN LA ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA POR PROGRAMAS

PROGRAMAS EN	SALUD
Pacientes que asisten a diferentes programas en salud	48.000
Pacientes que asisten a consulta odontológica	36.000

GRAFICA 4.

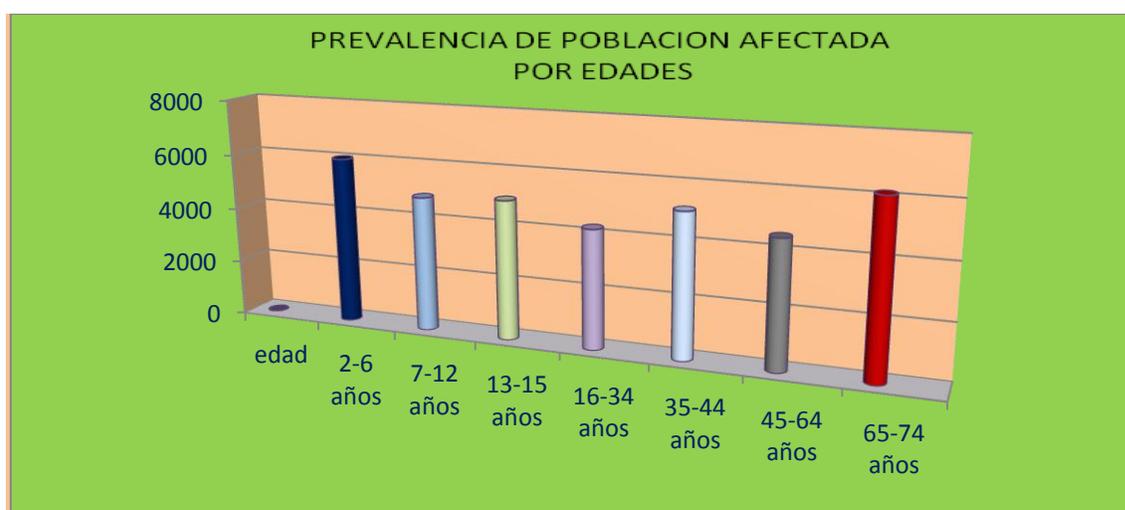


Analizando la población que asiste a consulta odontológica frente a la que asiste a los diferentes programas en salud como son (medicina general, crecimiento y desarrollo, vacunación, laboratorio clínico) en la entidad ESE de Soacha se observa una disminución del 2 por ciento en la consulta odontológica.

TABLA 5. PREVALENCIA DE CARIES POR EDADES:

EDAD	POBLACION AFECTADA
2-6 años	6012
7-12 años	4857
13-15 años	5002
16-34 años	4273
35-44 años	5150
45-64 años	4542
65-74 años	6164

GRAFICA 5.



En la anterior grafica observamos que la presencia de caries se hace más alta en la edad preescolar (2-6 años) y que la cual puede ser debido a diferentes factores socio económico de la población como son: el consumo de alimentos ricos en carbohidratos - azúcares y la falta de orientación a las madres de los menores en cuanto a hábitos saludables en salud bucal. A la vez observamos que en la edad adulta alcanza su máximo pico en la edad de los adultos mayores (65-

74 años) la cual puede estar influenciada por la desventaja de movimientos matriciales perdidos por la edad y la falta del auto cuidado personal de cada individuo.

TABLA 6. PREVALENCIA DE CARIES POR SEXO:

SEXO	POBLACION
masculino	23000
femenino	13000
atendida en la ESE (odontología)	48000

GRAFICA 6.



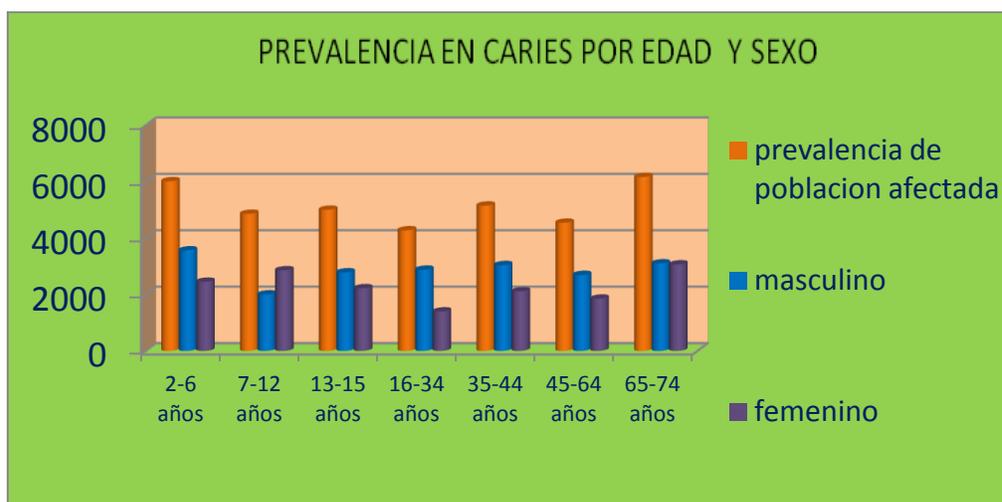
La prevalencia de la caries aumenta significativamente en la población masculina frente al sexo femenino de la población estudiada.

TABLA 7. PREVALENCIA DE CARIES PREDOMINANTE POR SEXO Y EDAD.

SEXO	PREVALENCIA DE POBLACION AFECTADA	MASCULINO	FEMENINO
2-6 años	6012	3562	2450
7-12 años	4857	2000	2857

13-15 años	5002	2782	2220
16-34 años	4273	2876	1397
35-44 años	5150	3040	2110
45-64 años	4542	2690	1852
65-74 años	6164	3100	3064

GRAFICA 7.



En la población observada se pudo verificar que siempre se nota más predominio de caries en el sexo masculino, con una excepción en las edades de (7-12 años), donde se evidenció un bajo porcentaje en los niños, lo cual nos confirma que la población masculina se hace más predominante frente a la femenina.

TABLA 8. PREVALENCIA DE CARIES POR AÑO:

AÑO	POBLACION AFECTADA
2008	45790
2009	44623
2010	42980
2011	40569
2012	38623

GRAFICA 8.



Se observa una disminución de caries en los últimos años, lo que significa una presente evolución de los tratamientos preventivos en salud bucal y su efectividad.

Relación de dentición afectada con caries teniendo en cuenta dientes temporales (ceod) y dientes permanentes (copd):

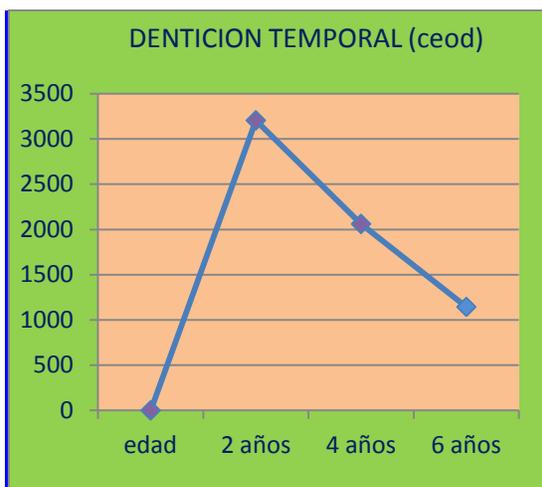
TABLA 9. DENTISION TEMPORAL (ceod)

EDAD	POBLACION VULNERABLE
2 años	3204
4 años	2060
6 años	1144

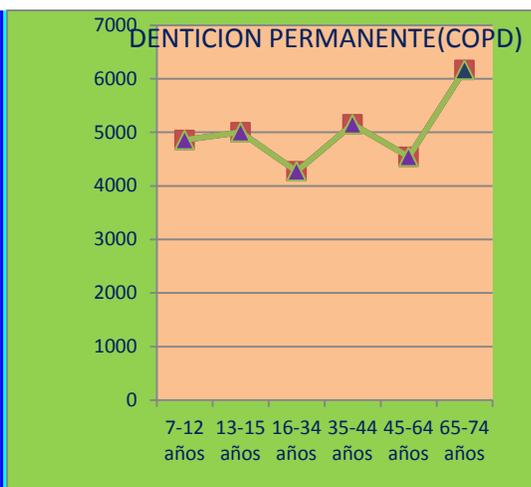
TABLA 10. DENTISION PERMANENTE (COPD)

EDAD	POBLACION VULNERABLE
7-12 años	4857
13-15 años	5002
16-34 años	4273
35-44 años	5150
45-64 años	4542
65-74 años	6164

GRAFICA 9.



GRAFICA 10.



ceod: número de dientes temporales cariados, obturados y perdidos por caries.

COPD: número de dientes permanentes cariados obturados y perdidos por caries.

La severidad de la caries dental, medida a través del número de dientes afectados por caries aumenta con la edad, tanto en dentición temporal (ceod) como en dentición definitiva (COPD).

Según el estudio realizado, la caries es una enfermedad común a las patologías crónicas siendo determinante el nivel Socioeconómico, en desmedro de los niveles más bajos. Se observan importantes inequidades en Salud Bucal, existiendo un importante desafío para disminuir la brecha existente entre niveles socioeconómicos, económicos y financieros.

Otros factores de riesgo comunes entre la patología bucal y las otras patologías crónicas destacan la alimentación poco saludable. La alimentación rica en azúcares refinadas es un factor asociado a la caries dental Otro factor relevante es la higiene bucal que tiene una fuerte asociación con esta patología.

A la vez, otros factores de riesgo están relacionados con los hábitos; por lo tanto, es importante trabajarlos tempranamente en la vida. Un factor protector relevante en relación a la caries dentaria, tiene que ver con el uso adecuado de fluoruros, para permitir mantener una sobresaturación significativa y permanente en la saliva y/o biofilm dental, lo que asegura un control en la disolución del esmalte.

Se reconocen mecanismos principales que explican la acción cariostática de los fluoruros: interferir en la disolución del esmalte; favorecer la remineralización e interferir en el metabolismo y desarrollo bacteriano.

9.2 RELACIÓN ENTRE SALUD BUCAL Y SALUD GENERAL

La interrelación entre la Salud Bucal y la Salud General se demuestra de manera creciente mediante evidencia científica. La cavidad bucal es el primer lugar donde pueden diagnosticarse enfermedades como por ejemplo, deficiencia de vitamina B-12, cáncer oral, desórdenes alimenticios y los primeros signos clínicos de HIV.

La boca es un lugar con millones de microorganismos e infecciones oportunistas, que pueden afectar varios órganos. La enfermedad bucal ha sido relacionada con enfermedades cardiovasculares, diabetes, y resultados obstétricos adversos.

9.3 CARGA DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA

Las condiciones orales representan el 2,5% de la carga de enfermedad medida a través de los años de vida ajustados por discapacidad. Dentro de las condiciones orales, la mayor carga está dada por la caries dental. La carga es mayor en el hombre que en mujer, al considerar todas las edades. Esta diferencia es especialmente importante en el grupo de (65-74 años).

9.4 SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA

La salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional que afecta su calidad de vida.

El grupo de edad (13-15 años) se ven más afectados que el grupo (16-34 años) debido probablemente a que su daño bucal es mayor. La caries dental ha disminuido su severidad en el último tiempo; sin embargo, aún representa una importante carga de enfermedad para la población atendida en la ESE de Soacha. Por lo tanto, es necesario mantener un objetivo

estratégico que apunte a reducir el incremento de esta patología a lo largo de ciclo vital y las diferencias existentes entre los niveles socioeconómicos.

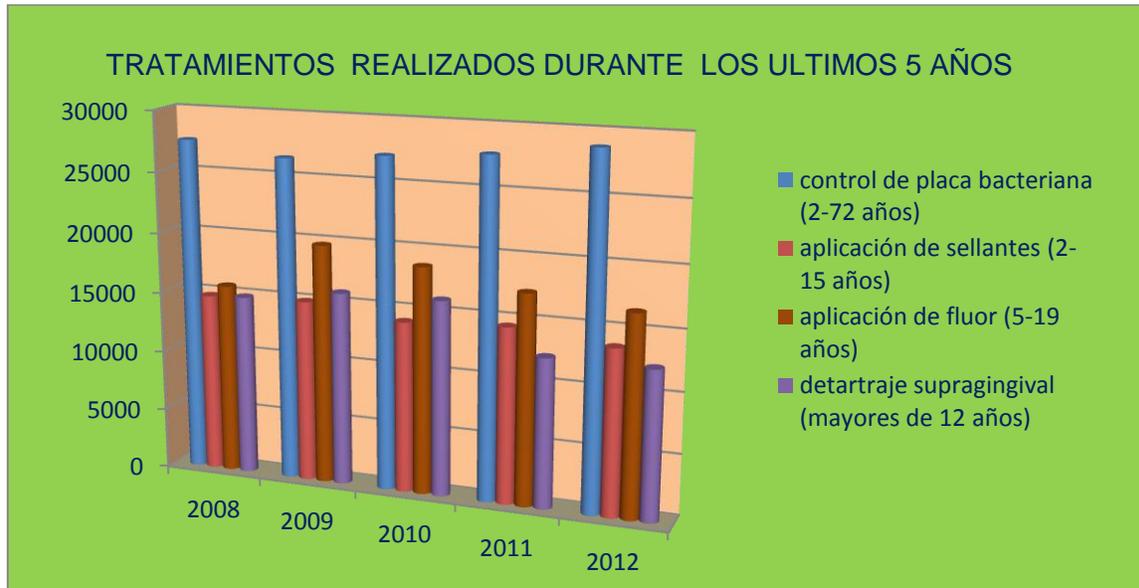
El gran daño que tienen los adultos actualmente implica tratamientos complejos y costosos, que si no cambian las condiciones que llevan a enfermar, son poco efectivos, ya que la patología se presenta nuevamente.

Desde el punto de vista sanitario, es necesario realizar intervenciones desde la infancia, que conduzcan a la instalación de hábitos saludables y a un adecuado acceso a los servicios de salud, ofreciendo un mayor número de prestaciones de tipo preventivo, evitando que los individuos se enfermen. De esta manera, se logrará, en el mediano y largo plazo, tener una población adulta con mejor salud bucal y calidad de vida.

TABLA 11. ANALISIS DE LOS TRATAMIENTOS PARA ERRADICAR LA CARIES:

TRATAMIENTOS	2008	2009	2010	2011	2012
Control de placa bacteriana (2-72 años)	27546	26547	27219	27800	2880 0
Aplicación de sellantes (2-15 años)	14765	15000	14100	14500	1367 2
Aplicación de flúor (5-19 años)	15700	19756	18700	17326	1656 0
Detartraje supragingival (mayores de 12 años)	14900	15972	16123	12350	1232 9

GRAFICA 11.



En el cuadro y gráfica anteriores se evidencia la población atendida en los diferentes programas de prevención en salud bucal con sus diferentes rangos de edad según Resolución **412** del 2000.

El propósito del estudio fue determinar la relación existente entre el ceod y el COPD con la aplicación periódica y constante de medidas preventivas basadas en control de placa, sellantes, fluoruro tópico y detartrajes supra gingivales, y se basó en el registro diario de los pacientes atendidos en consulta odontológica teniendo como soportes: RIPS y CUPS de la ESE de Soacha.

10. ANÁLISIS IMPLICACIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

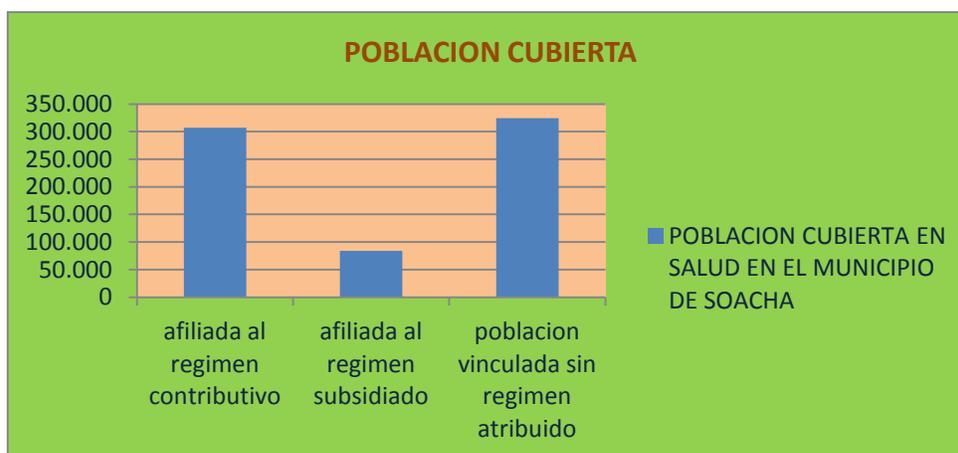
10.1 ANALISIS IMPLICACIONES SOCIALES

La Empresa de Salud ESE del municipio de Soacha promueve el uso de los servicios ofrecidos con calidad y garantía dentro de las instalaciones de la entidad, encontrando los programas de promoción y prevención donde se encuentra incluida salud oral para una mejor calidad de vida de los usuarios de dicho programa.

TABLA 12. POBLACION CUBIERTA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA.

POBLACION CUBIERTA EN SALUD EN	EL MUNICIPIO DE SOACHA
afiliada al régimen contributivo	306.965
afiliada al régimen subsidiado	84.140
población vinculada sin régimen atribuido	324.435

GRAFICA 12.



Con base a la población como se muestra en la tabla y grafica 12. Se analizaron las diferentes coberturas en salud para la población afiliada en los diferentes tipos de vinculación a nivel del municipio. Denotándose que la cobertura en el régimen subsidiado es menor frente al régimen contributivo pero que a su vez se presenta un alto porcentaje frente a la población sisbenizada

vinculada sin régimen atribuido. Lo que nos muestra el alto porcentaje de población de escasos recursos sin ningún tipo de afiliación permanente en el sistema de garantía de seguridad social en la población.

Aunque existen eventos que son materia de preocupación dada la afectación en la calidad de vida de la población, ante lo cual se han buscado conjugar políticas, recursos económicos y humanos, para responder a las necesidades de los mismos; sin embargo, pese a los esfuerzos por intervenir y elevar los niveles de conciencia hacia la construcción de una cultura de prevención aún perduran deficiencias, por tanto, es ineludible, comprender el ambiente social en el cual se establece la interacción de los individuos para analizar estructuras sociales, que condicionan los riesgos en salud, y comprometen la calidad de vida de la población de Soacha.

En la Empresa de Salud del Municipio de Soacha la toma de decisiones se realiza bajo los parámetros de la imparcialidad y transparencia. Se realiza la rendición de cuentas con la respectiva participación de la comunidad. Sirve a la sociedad y se puede observar cómo hoy por hoy, ha mejorado su funcionamiento logrando credibilidad y confianza, además del reconocimiento por parte de la misma, de las diferentes entidades contratantes y de los entes de control, se mantiene el compromiso de cumplir a cabalidad la normatividad vigente, respondiendo a los criterios de transparencia, eficiencia e integralidad.

De igual forma se busca mantener los 48000 afiliados de los niveles uno, dos y tres de la empresa proporcionando una atención basada en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con un enfoque esencial en el núcleo familiar, respetando y caracterizando cualquier tipo de familia que encontremos en el municipio.

Los usuarios en las cinco sedes siempre han recibido el servicio de prevención y promoción con garantías de orden administrativo y/o económico, Sin embargo se ven afectados en el momento de la consulta por no encontrarse en base de datos enviados de las diferentes Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las citas son asignadas de manera rápida personalizada en horarios estrictamente adecuados una hora en las mañana y una hora en la tarde, todavía no se tiene implementado el servicio telefónico para solicitar citas, lo cual evitaría tiempos perdidos a los usuarios. Se evidencia que el único servicio que se sale de los tiempos establecidos por los contratos asignados por las ARS (Administradoras de Régimen Subsidiado) es Promoción y Prevención en Salud Oral. Se busca

constantemente cumplir las metas para seguir sosteniendo la empresa ha beneficio de la comunidad.

TABLA 13. METAS EXIGIDAS POR LAS DIFERENTES ARS 2012:

METAS EXIGIDAS POR LAS DIFERENTES 2012	ECOOPSOS	COMPA RTA	CAPRECOM	CONVID A
CONTROLO DE PLACA BACTERIANA	34863	838	530	5300
DETARTRJE SUPRAGINGIVAL	4016	402	397	2524
APLICACIÓN DE FLUOR TOPICO	16716	120	126	773
APLICACIÓN DE SELLANTES	5052	96	61	600

GRAFICO 13.



En la anterior grafica observamos las diferentes entidades por medio de las cuales se les presta el servicio a la población de Soacha en la Empresa de Salud del Municipio de Soacha con las diferentes metas a cumplir con cada una de ellas y donde observamos que Ecoopsos hoy en día intervenida por el Estado es una de las más altas en metas propuestas para prevención y promoción en sus cuatro ítems.

Como parte del análisis a las metas de salud oral es válido identificar y reconocer ingredientes sociales inmersos para generar cambios favorables, como posicionar la salud oral como parte esencial de un estado de salud. La salud oral se encuentra vinculado al estado general de la boca, es por donde pueden ingresar enfermedades, por medio de lo que comemos, de ahí el esfuerzo educativo como es el manejo del Plan de Intervención Comunitaria (PIC) y con el ejercicio Escuelita Saludable programas que se realizan a través de la Gobernación de Cundinamarca y que a nivel de Soacha es realizada por la ESE para que la población capte esas ideas, para tener una mejor salud oral. Las enfermedades se pueden generar a raíz de un deterioro por no tener una buena salud oral, integralmente, evidencian factores de riesgo para el deterioro de la salud oral es importante conocer conceptualmente que es mantener una buena salud oral y los beneficios. Ya que la salud oral es fundamental en los principios de autocuidado la edad constituye un riesgo, desde la infancia, se marca este hecho, sin embargo, los padres no le prestan mucho cuidado a los dientes temporales, los estilos de vida inapropiados por el tabaquismo el consumos de sustancias psicoactivas y la mala alimentación el alto nivel de consumo de carbohidratos, lo cual aportan malas condiciones de la salud oral. La empresa ESE de Soacha intenta cubrir las metas en promoción y prevención en salud.

10.2 ANALISIS IMPLICACIONES ECONÓMICAS

Las implicaciones Económicas están sujetas a diferentes factores como son: el tipo de contratación por parte del régimen subsidiado manejado en diferentes legislaciones a nivel de Colombia y a la vez de las diferentes Gobernaciones en este caso veremos a nivel de Cundinamarca y como su diferente tipo de contratación a nivel subsidiada como en la UPC (Unidad de Pago por Capitación) de las diferentes ARS como (ecoopsos, convida, caprecom, Comparta).

Empecemos por definir UPC: La Unidad de Pago por Capitación no representa simplemente el pago por los servicios administrativos que prestan las EPS sino representa en especial, el cálculo de los costos para la prestación del servicio de salud. Esto significa, "la prestación del servicio en condiciones de homogenización y optimización.". Siendo la UPC-S, una remuneración que la ARS recibe por la administración del régimen subsidiado. Para respetar el equilibrio económico de los contratos que suscriban las entidades territoriales con las ARS.

Los aspectos económicos están asociados a los costos de atender una mayor población por la prevalencia directa de las caries y por las enfermedades secundarias derivadas de las mismas, y la efectividad de los tratamientos empleados en el programa de promoción y prevención con los recursos del sector salud (personal odontológico auxiliar y técnico, medicamentos y elementos hospitalarios, equipos, instalaciones físicas).

Sin duda hace falta mejorar políticas que contribuyan a la salud oral, que garanticen los servicios a la población, superar barreras de acceso, pero así mismo, hace falta mejorar los niveles de conciencia en la población frente a la importancia de mantener hábitos y estilos de vida saludables, generar un cambio en la prevención de enfermedades de salud oral.

Para la operatividad de este proceso La Entidad cuenta con diez Odontólogos tres Higienistas Orales y cinco auxiliares en el área de odontología, a parte de la Coordinadora de los programas de Prevención y Promoción donde se encuentra incluida salud Oral, auxiliar de dicho programa y los referentes con los cuales cuenta la empresa para promocionar sus servicios en los cinco centro de salud. El Manual de Procesos y Procedimientos describe los programas y las actividades propias de cada uno según la norma técnica. Res. 412.

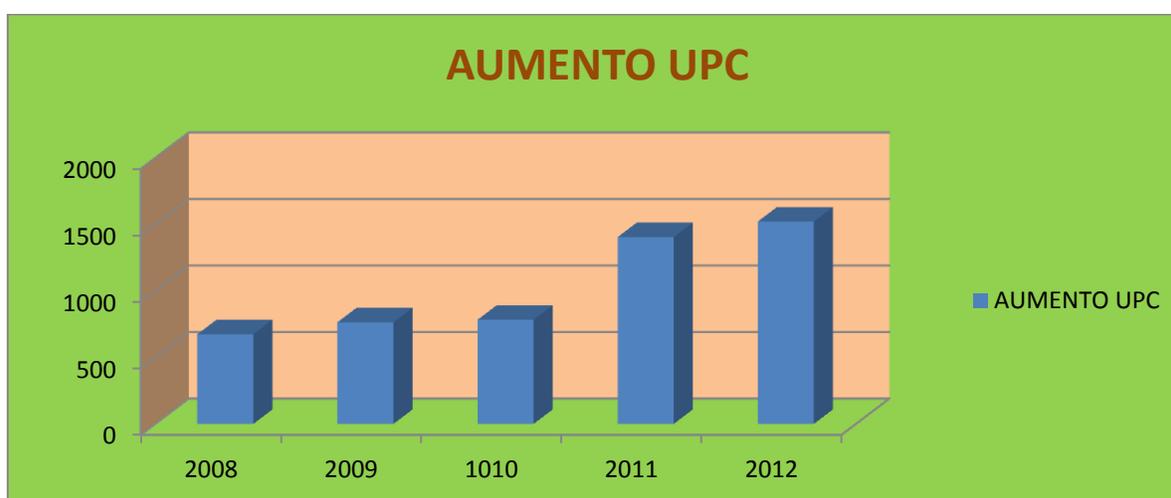
UPC es producto de un análisis estadístico elaborado en conjunto con los técnicos de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) los ministerio de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público, que tuvo en cuenta el comportamiento histórico del gasto per cápita, frecuencia de uso y costo promedio de cada uno de los servicios incluidos en el POS y que fueron prestados a los usuarios del Sistema en todo el país.

Por lo cual la empresa ESE del Municipio de Soacha debe someterse a la anterior norma de contratación para sus objetos contractuales en sus programas de promoción y prevención en salud de todas sus dependencias incluida Salud Oral.

TABLA 14. AUMENTO UPC

2008	2009	2010	2011	2012
673,25	763,78	782,88	1.404,52	1.521,22

GRAFICA 14.



Como se observa el UPC aumenta a medida de los años de esta manera ha aumentado en la ESE el financiamiento de los procedimientos en prevención en Salud Oral con las metas propuestas de cada ARS con las que se tienen contrato pero se percibe que el factor económico no tendría importancia si no se educa a la población ya que con solo estos tratamientos y con la población cubierta no se alcanza a lograr a tener un margen importante de la disminución de la caries o de la erradicarla a nivel del municipio.

10.3 ANALISIS IMPLICACIONES ADMINISTRATIVAS

En este aspecto se requiere una mejor preparación de los administradores de las entidades de salud, para desarrollar esquemas administrativos y operativos que maximicen la utilización de los recursos escasos frente a las necesidades crecientes. En este sentido, la creación de una

cultura y clima organizacionales propicios son posibles por administradores idóneos y éticamente preparados. Las implicaciones administrativas van orientadas por parte de la empresa hacia las personas en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas vigentes.

Es el área administrativa encargada de efectuar el proceso de admisión de los pacientes, con el fin de recibir atención en los diferentes servicios de promoción y prevención en salud la institución a garantizando el correcto ingreso administrativo del paciente a la institución. El propósito del servicio de admisiones es facilitar a los pacientes que acuden a la empresa un proceso ágil, eficaz y eficiente. El área de archivo de la empresa se encarga principalmente de la búsqueda de las historias odontológicas de los pacientes de acuerdo a las consultas programadas para cada profesional y direccionan a cada uno de ellos con las higienistas orales las cuales realizan procedimientos como son sellantes, control de placa bacteriana, aplicación tópica de flúor y detartraje supragingival. El área de contabilidad de la empresa encarga principalmente de la facturación de la prestación de servicios a las diferentes ARS correspondientes y como vimos anteriormente por UPC.

La educación en salud oral se realiza a través de las promotoras de las empresa y por segunda instancia se realiza a través de las consultas con el personal auxiliar e higienistas orales actividades que son registradas en los RIPS los cuales son sistematizados en una base de datos y entregados a la coordinadora de promoción y prevención la cual registra todo los procedimientos de la empresa.

7

⁷ SOCIAL, MINISTERIO DE PROTECCION, Decreto 379 de 2008, consejo nacional de seguridad social en salud, por el cual se fija el Valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, 23 de enero para el año 2008 a pago de la unidad, Bogotá Diario Oficial 46907 del 19 de Febrero de 2008

¹ SOCIAL, MINISTERIO DE PROTECCION, Acuerdo 005 de 2009, comisión de regulación de salud, Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la Sentencia T – 760 de 2008 Regímenes Contributivo y Subsidiado. 30 de septiembre para el año 2009 a pago de la unidad, Bogotá Acuerdo rige a partir del 1º de octubre de 2009.

⁷ SOCIAL, MINISTERIO DE PROTECCION, Acuerdo 11 de 2010, comisión de regulación de salud, Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la Sentencia T – 760 de 2008 Regímenes Contributivo y Subsidiado. 29 de enero para el año 2010 a pago de la unidad, Bogotá Acuerdo rige a partir del 1º de octubre de 2009.

⁷ SOCIAL, MINISTERIO DE PROTECCION, Acuerdo 019 de 2010, comisión de regulación de salud, Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento a partir del 01 de abril de 2011 a pago de la unidad, Bogotá.⁷ SOCIAL, MINISTERIO DE

⁷ SOCIAL, MINISTERIO DE PROTECCION, Acuerdo 30 de 2011, comisión de regulación de salud, Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2012. 28 de diciembre de 2011 para el año 2012 a pago de la unidad, Bogotá, Diario Oficial 48298

Pag. Web:

http://www.cres.gov.co/Portals/0/___MACOSX/Acuerdos%202011/ESTUDIO_TECNICO_SOPORTE_UNIFICACION_2011%20_final%2014%20octubre%20acuerdo%2027.pdf

GRAFICA 15: PROCESO DE LA EMPRESA ESE DE SOACHA PARA TRATAMIENTOS DE PROMOCION Y PREVENCION.



El funcionamiento de la empresa es dinámico y cambiante, continuamente se deben estar implementando eventos y mejor formas de hacer las actividades por lo tanto todos los mecanismos involucrados en la entidad, más aun teniendo en cuenta su función, son parte del proceso integral, ya que la prestación de los servicios de salud no se debe ofrecer por partes sino integralmente, siempre teniendo en cuenta que el resultado final debe ser satisfactorio para los usuarios.

Y a la vez lograr mayor compromiso, liderazgo, eficiencia y productividad en la importante e indispensable gestión que se debe cumplir para el desarrollo eficaz de su proceso.

11. ACCIONES PARA LAS SOLUCIONES DEL TRABAJO PROPUESTO

ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS

11.1 ACCIONES ADMINISTRATIVAS

Para la disminución de la caries y aumentar la efectividad de los diferentes tratamientos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad se hace necesario realizar un análisis de diferentes maneras con el fin de dar solutibilidad a dicho programa dirigido a diferentes entidades de salud incluyendo a la ESE del municipio de Soacha.

Las soluciones para mejorar promoción de la salud involucran a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar a dirigirse a grupos de población con riesgo de la enfermedad específica.

En las unidades ejecutoras donde se realiza los programa de P y P es necesario orientar a odontólogos e higienistas involucrados a ofertar dicho programa en cada consulta de menores orientar a los padres de familia sobre la prevención realizando un adecuado cepillado dirigidos en sus hogares, entre las consultas lo cual se observa el resultado con el control de placa bacteriana el cual como vimos en capítulos anteriores está incluido en el plan de gestión de salud oral de la empresa ESE del municipio de Soacha bajo la resolución 412 del ministerio de salud.

Mantener el diagnóstico actualizado de los diferentes pacientes vistos en salud oral en cada uno de los centros de salud de la ESE bajo la responsabilidad del odontólogo e higienista.

En la parte administrativa tener en cuenta los siguientes parámetros y lineamientos para dar una mejor efectividad en los procedimientos teniendo en cuenta los aplicados en la norma (resolución 412 en salud bucal).

- Crear programas de concientización de promoción y prevención dándoles a conocer los beneficios y la importancia de lucir dientes sanos.
- Tiempo durante las consultas para aclarar dudas y ofrecer así una socialización con el paciente.

- Buen trato con el paciente por parte del profesional para lograr así un feliz término del tratamiento.
- Planificar las acciones de salud bucal para el cumplimiento de objetivos y metas.
- Coordinar, supervisar y evaluar periódicamente el funcionamiento de los servicios de salud bucal (cumplimiento de normas, abastecimiento, recursos humanos, equipamiento e infraestructura) en conjunto con los diferentes centros de salud de la ESE.
- Promover el desarrollo de actividades extramurales con el fin de abarcar mas población respetando el derecho a la salud en el municipio.
- Implementar las técnicas y procedimientos administrativos desarrollados a través del análisis y síntesis de la información generada del nivel local y regional, bajo la coordinación del nivel nacional.
- Establecer un sistema de comunicación y coordinación eficaz sobre aspectos administrativos y técnicos de salud bucal.
- Supervisar la administración y el uso de los recursos materiales, equipos y demás insumos administrativos.

La promoción de la Salud combina procesos y planes diversos complementarios que, incluyen comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo, sistema administrativo y financieros. Sin dejar de lado la parte del desarrollo comunitario. La participación efectiva de la población, favorece la autoayuda y estimula a las personas para reconocer la importancia de la efectividad de los planes ejecutados en la institución para garantizar unos buenos hábitos en salud oral. Teniendo en cuenta:

- La garantía de los tratamientos realizados como son los sellantes y flúor para la prevención de la caries.
- La asistencia de los pacientes a consulta odontológica promovidos a través de campañas comunales.
- Realizar campañas que contribuyan al mejoramiento de la calidad en insumos de buena calidad.

Se evidencia la importancia de los determinantes de la salud. Esto nos plantea la necesidad de identificar recursos personales y sociales en los diferentes sectores que tienen que ver con el bienestar de la salud. Las acciones encaminadas a mejorar las conductas del individuo para maximizar la efectividad de los tratamientos educando a la población sobre un buen manejo del cepillado enseñando y recalcando la técnica de cepillado y la frecuencia del mismo.

A la vez tener en cuenta:

- La Custodiar de la historia clínica en el proceso de prestación de servicios según normas vigentes.

11.2 ACCIONES ECONOMICAS

Por ser una población de escasos recursos, los implementos de aseo como cepillo de dientes, seda dental etc. no está dentro de sus prioridades.

Debido a la poca participación de la comunidad se realizan pocas campañas de promoción y prevención, abandonando así un punto clave para la detección temprana de caries.

Generando esto prevalencia directa de la caries y enfermedades secundarias derivadas de las mismas en la población, y aumentando los costos para la atención, asociados a los escasos recursos del sector salud (personal médico, odontológico y especializado, personal auxiliar y técnico, medicamentos y elementos hospitalarios, equipos, instalaciones físicas, 'presupuestos exigidos, etc.). Además, los mayores esfuerzos para atender estas situaciones limitan la atención de otros temas sociales como la educación, la vivienda, la infraestructura, etc.

Esto también por falta de inversión por parte del estado a las áreas de prevención en poblaciones como este Municipio por ser alejadas.

En este sentido, la aplicación de temas financieros para la racionalización de esos escasos recursos es un elemento vital para tratar de solucionar esos inconvenientes.

De igual forma la manera de Identificar las necesidades del cliente interno y externo según políticas de mercado y segmentación de clientes teniendo en cuenta:

- Proporcionarle información a la población de la manera como puede ser partícipe del sistema de salud garantizando la forma de aumentar las metas establecidas.

- Mejorar la forma de atención para que los usuarios del servicio no se vean afectados por la desafiliación inoportuna de las entidades creando una base de datos con pacientes ya programados en los diferentes servicios de salud e identificar el ente pagador según normatividad vigente.
- Facturar la prestación de los servicios de salud según normatividad y contratación.
- Generar documentos contables para cobrar la prestación del servicio según las condiciones contractuales.
- Identificar los costos para cada procedimiento y analizar el factor costo beneficio.
- Determinar la necesidad de insumos odontológicos para períodos determinados en base a los recursos financieros disponibles para la empresa.
- Supervisar la administración y el uso de los recursos materiales, equipos y demás insumos administrativos.
- Planificar los recursos humanos de odontología según la necesidad de la empresa en unión con la Coordinadora de promoción y prevención.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12.1 CONCLUSIONES

La empresa de Salud del municipio de Soacha es una Empresa de carácter público ubicada en el departamento de Cundinamarca que presta sus servicios de promoción de la Salud y prevención de la enfermedad incluyendo Salud Oral a los niveles económicos 1, 2 y 3 a quienes se les aplica la encuesta SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios) y a la vez no están afiliados al Régimen Contributivo en el Municipio y los cuales son atendidos en cinco centros ubicados estratégicamente y que trata de abarcar toda la población que necesite de sus servicios basándose en la ley 100 de 1993 y la resolución 412.

Tratamientos que se realizan para la disminución de la caries que es el resultado de una alimentación rica en carbohidratos, deficiencia en el cepillado, el autocuidado del individuo, la educación que se tenga sobre el tema y en ocasiones la efectividad de los procedimientos en prevención en salud oral

La caries dental, es junto con la gingivitis, la enfermedad más frecuente en el hombre. Si se controla a tiempo, se puede reparar y evitar que su lento avance pueda destruir el diente y afectar secundariamente a los tejidos que lo rodean, así como que pueda dar lugar a enfermedades sistémicas a distancia, que afecten a otros órganos, como riñón, corazón, etc. Además, cuando la caries da lugar a pérdidas de uno o varios dientes, estas ausencias, a su vez, conducirán a problemas masticatorios y digestivos, así como estéticos y de relación social.

Como se pudo observar en el estudio realizado la población más afectada es la edad preescolar lo que puede presentarse por la falta de tiempo por parte de los padres a los menores y del nivel de educación en la población y que en la edad adulta se podría decir que se presenta por falta del cuidado personal del individuo y por la pérdida motriz de los adultos mayores.

La empresa ESE de Soacha siempre se ha preocupado por el bienestar de su población por lo cual ha seguido con alta disposición y eficacia que sus tratamientos de prevención sean los mejores con procedimientos auditados e insumos de alta calidad.

A la vez promueve el aumento de la población atendida con campañas extramurales con su programa PIC (Plan de Intervención Comunitaria). El cual es ejecutado por la Gobernación de Cundinamarca a través de la empresa ESE de Municipio de Soacha y las cuales contribuyen al aumento de las metas propuestas por cada ARS. Con las cuales la Empresa maneja el tipo de contratación como se explico anteriormente contratos de acuerdo al UPC y las cuales varían cada año.

En la parte Administrativa se cuenta con un equipo eficiente que maneja el programa con responsabilidad y asistencia que le permite al prestador del servicio seguridad y tranquilidad hacer uso de sus servicios.

12.2 RECOMENDACIONES:

- A pesar de las campañas ejecutadas en la empresa la población más desfavorable no presenta la mejor educación en hábitos saludables por lo que conlleva a una mala higiene oral por lo cual se hace importante realizar brigadas más grandes donde toda la población sea cubierta.
- Aumento de la población menor de edad en estado de gestación, ocasionando descuido en los niños por la falta de madurez ante la crianza y de la conciencia de las adolescentes lo cual se hace importante realizar capacitaciones en las escuelas de autocuidado y en cursos psicoprofilacticos en Salud Oral.
- Los programas de promoción y prevención serían de mejor efectividad si se pudiera proporcionar utensilios de aseo como cepillo de dientes, crema dental, hilo o seda dental y enjuague a toda la población de escasos recursos ya que el mantenimiento de los programas incluidos en el programa no presentan la misma efectividad si el individuo no colabora desde sus hogares.
- Establecer en la parte administrativa un registro de metas a cumplir y cumplidas por año ya que no se pudo obtener con claridad de los años anteriores al año 2011.
- Establecer los precios por procedimientos teniendo claro los factores económicos directos e indirectos para obtener de una mejor forma el costo beneficio de cada uno de ellos.

13. BIBLIOGRAFIA

- <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20de%20Salud%20Oral/HigieneOral.pdf>
- www.bapp-eafit.info/uploads/docs/OB0230194.doc
- www.sogeocol.edu.co/documentos/soacha_pot.pdf
- http://aplicaciones.ceipa.edu.co/biblioteca/biblio_digital/virtualteca/cartillas/Cartilla_Seguridad_social_integral_RG_ene_11_-23p.pdf
- <http://esesoacha.gov.co/SEDES.html>
- www.senado.gov.co/normatividad/constitucion-politica?tmpl...1
- www.pos.gov.co/Documents/Archivos/.../resolucion_3384_2000.pdf
- <http://www.gestarsalud.com/cms/files/poscartilla.pdf>
- RIPS ESE del municipio de Soacha de 2008 al 2012
- <http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/ministerios/mprotecciones/acuerdos/2008/379-2008.pdf>

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Liliana Andrea Acevedo Angulo

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 53.153.064

Nombre Completo Yaneth Monroy Caribello

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 52.379.566

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Impacto que ha tenido la medida de promoción y prevención en salud oral en los últimos años de la población correspondiente al régimen subsidiado de la Empresa de Salud del Municipio de Sacha.

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>Liliana A. Acevedo A.</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>Yaneth Monroy Carbello</u>
FIRMA: <u>Liliana Acevedo</u>	FIRMA: <u>Yaneth Carbello</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>53.153.064</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>52399566</u>
FACULTAD: <u>Postgrado</u>	FACULTAD: <u>Postgrado</u>
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Administración Hospitalaria.</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Administración Hospitalaria.</u>

NOMBRE COMPLETO: _____	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: _____	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: _____	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

Fecha de firma: Enero 22 / 2013