



LINEAMIENTOS

ESTRATEGIA INCREMENTAL DE CUIDADO BUCAL Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA EN SALUD BUCAL PARA LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ESTRATEGIA “SOY GENERACION MÁS SONRIENTE”



Bogotá, Versión 4 – Febrero 2017

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Viceministro (E) de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

GERARDO LUBIN BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA VERGARA

Subdirector Enfermedades Transmisibles encargado de las Funciones de la Subdirección de Enf. No Transmisibles

OMAIRA ROLDAN SANCHEZ

Coordinadora Grupo Gestión Integrada de la Salud Cardiovascular, Bucal, del Cáncer y otras condiciones crónicas.

**LINEAMIENTOS ESTRATEGIA INCREMENTAL DE CUIDADO BUCAL Y
PROTECCIÓN ESPECÍFICA EN SALUD BUCAL,
PARA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

**ESTRATEGIA
“SOY GENERACION MAS SONRIENTE”**

**Subdirección de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
Grupo Gestión Integrada de la Salud Cardiovascular, Bucal, del Cáncer y otras
condiciones crónicas.**

© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32 76
PBX: (57-1) 330 50 00
FAX: (57-1) 330 50 50
Bogotá D.C., Colombia, Febrero de 2017

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web www.minsalud.gov.co

ELABORACION

Dra. SANDRA TOVAR VALENCIA

Profesional Especializado
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles – SENT
Dirección de Promoción y Prevención

Dra. MARTHA JARAMILLO BUITRAGO

Consultor
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles – SENT
Dirección de Promoción y Prevención

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 2017	7
SALUD BUCAL E INTERDEPENDENCIA CON LA SALUD GENERAL	9
PROBLEMÁTICA A INTERVENIR	10
AVANCES DE LA ESTRATEGIA 2015-2016 A PARTIR DE LOS REPORTES DE ENTIDADES TERRITORIALES, EAPB Y PRESTADORES.	14
<i>ANÁLISIS A PARTIR DE LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS - RIPS</i>	14
<i>Educación en cuidados bucales:.....</i>	<i>14</i>
<i>Aplicación de Barniz de Flúor</i>	<i>16</i>
<i>ANÁLISIS A PARTIR DE REPORTES EN EL ANEXO 4 DE LA ESTRATEGIA EN 2016</i>	17
<i>Educación en cuidados bucales:.....</i>	<i>18</i>
<i>Aplicación de Barniz de Flúor.....</i>	<i>19</i>
PROPÓSITO ESTRATEGIA 2017	21
OBJETIVO GENERAL ESTRATEGIA 2017	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS ESTRATEGIA 2017	21
POBLACIÓN SUJETO ESTRATEGIA 2017.....	21
META 2017	21
PROMOCION DE LOS CUIDADOS EN SALUD BUCAL.....	22
<i>Población beneficiada.....</i>	<i>23</i>
<i>Definición</i>	<i>23</i>
<i>Recomendaciones</i>	<i>23</i>
<i>Descripción de la actividad</i>	<i>24</i>
APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR COMO ACCIÓN PREVENTIVA COSTO-EFECTIVA.....	26
<i>Población beneficiada.....</i>	<i>29</i>
<i>Definición</i>	<i>29</i>
<i>Recomendaciones</i>	<i>29</i>
<i>Descripción de la Actividad</i>	<i>30</i>
<i>(Nevada State Health Division Maternal and Child Health Oral Health Initiative); (J., 2000); (Nickerson A, 1999); (Department of Health and Family Services Division of Health Care Financing State of Wisconsin)</i>	<i>30</i>
MECANISMOS PARA AMPLIAR LAS COBERTURAS DE EDUCACION EN CUIDADOS BICALES Y APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR.	31
<i>Educación en cuidados bucales y aplicación de barniz de forma regular y continua en los servicios de odontología (modalidad intramural)</i>	<i>31</i>
<i>Educación en cuidados bucales y aplicación de barniz en espacios fuera de los servicios (modalidad extramural / brigadas-eventos, puntos fijos y móviles).....</i>	<i>32</i>

<i>Jornadas Nacionales para 2017</i>	34
OTRAS ACCIONES DE PROTECCION ESPECÍFICA CONTENIDAS EN LA RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	34
FINANCIACIÓN	35
REPORTE PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN 2017	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

PRESENTACIÓN 2017

La Estrategia Soy Generación más Sonriente, surge en 2014 como una herramienta operativa para incrementar acciones de educación en cuidado bucal y aplicación de barniz de flúor en población menor de 18 años, como respuesta a la necesidad de reducir desde la primera infancia los riesgos de presentar enfermedades bucales prevenibles, de los muy bajos reportes de acciones de protección específicas en el sistema de información (RIPS) y de las altas prevalencias que aún se mantienen morbilidad por caries y enfermedad periodontal evidenciadas en el ENSAB 2013-2014.

Desde el momento en que se inicia la gestión de la estrategia a la fecha, los marcos de política pública en el sistema han tenido ajustes, que obligan por tanto también a realizar ajustes a las estrategias operativas como en el caso de Soy Generación más Sonriente.

Si bien persiste la necesidad de cumplir con las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública,¹ el marco establecido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el que se regula la salud como derecho fundamental y orienta reorganizar la atención para garantizar la integralidad de la prestación de servicios, impone la necesidad de procurar un mayor trabajo para lograr resultados en salud para la población en el territorio Colombiano. Esta Ley señala que la salud como derecho fundamental es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud por lo que el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las

¹ Metas del Plan Decenal de Salud Pública relacionadas con la Salud Bucal:

- A 2021, se incrementan en un 20% las prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva, desde la primera infancia, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014.
- A 2021, se aumenta anualmente el número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT, a nivel nacional, en coordinación con las entidades territoriales, a partir de la línea de base que se identifique en el 2014.
- A 2021, incrementar en un 20% en el decenio las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo, a partir de la línea de base que se defina en el 2014
- A 2021, incrementar en el 20% la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0).
- A 2021, incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible.
- A 2021, lograr en el 100% de los servicios de salud odontológicos, el cumplimiento de los lineamientos para el uso controlado de flúor y mercurio.
- A 2021, se cuenta con un sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los Determinantes Sociales de la Salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT.
- A 2021, se cuenta con al menos un nodo de investigación por región del país que permita la construcción de una agenda para el estudio de los Determinantes Sociales de la Salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT.

personas en el marco del Sistema de Salud², dentro del cual la salud bucal se encuentra inmersa y dentro del cual la estrategia se ampara en el principio **Pro homine**³.

En ese sentido el Plan Nacional de Desarrollo 2014 -2018 “Todos por un nuevo país” (adoptado por la Ley 1753 de 2015) prevé que la población debe recibir atención en el marco de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, estableciendo en el artículo 65 y que: “... para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, la articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación”.

En cumplimiento de lo ordenado el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 429 del 2016 adopta la Política de Atención Integral en Salud –PAIS-, cuyo objetivo está dirigido “hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución”. Establece como marco estratégico y operacional el desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, en el que se debe “...poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías y documentos técnicos), que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación”.

El Modelo Integral de Atención en Salud, trasciende la dimensión técnico instrumental de las acciones en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), que deben transformarse en medios para garantizar la Salud como derecho fundamental, dado que se pone en el centro de toda la gestión a las personas, su bienestar y desarrollo, no solo con la realización de acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, sino con toda una gestión y reorientaciones de componentes para que se realicen las atenciones con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad.

Para ello el modelo cuenta con diez componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo, con base en la definición de Rutas Integrales de

² Entendido según la misma Ley 1751 de 2015, como el conjunto articulado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, información y evaluación que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.

³ Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

Atención en Salud (RIAS) –unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan adaptan los demás componentes-, los requerimientos de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y su adaptación en el territorio, el rol de los aseguradores en los territorios donde esté autorizado para operar, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las características del recurso humano en salud, los esquemas de incentivos y pago; así como los reportes obligatorios de información requeridos y los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento. Otros instrumentos regulatorios deben adaptarse a las RIAS, lo que incluye tanto el plan de beneficios como el plan de intervenciones colectivas.

Con la Resolución 3202 de 2016, se da inicio a la implementación de las RIAS con la adopción de las primeras rutas contempladas en el modelo, dentro de las cuales se encuentra la Ruta de Promoción y Mantenimiento que presenta el listado de intervenciones que acorde con el momento del curso de vida por el que pasan las personas, deben ser realizadas de forma integral a las personas, en procura de que gocen y/o mantengan las mejores condiciones posibles de salud. En dichas rutas, se contemplan acciones de protección específica como lo son, las actividades de vacunación para el control de enfermedades inmunoprevenibles y acciones de salud bucal para el control de enfermedades de alta prevalencia como la caries y la enfermedad periodontal.

La Estrategia Soy Generación más Sonriente, se mantiene como un mecanismo o instrumento, a través del cual se continua brindando educación para toda la población en cuidados de salud bucal, se realiza la aplicación de barniz de flúor a todos los menores de 18 años y se realizan las demás intervenciones contenidas en las rutas de promoción y mantenimiento, según lo establecido en la Resolución 3202 de 2016.

SALUD BUCAL E INTERDEPENDENCIA CON LA SALUD GENERAL

Las condiciones de salud bucal, se consideran como uno de los aspectos que afectan las percepciones sobre calidad de vida; la Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas, que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza⁴. Sheiham comparte esta visión, al mencionar que la salud bucal afecta a las personas, física y psicológicamente, influenciando su crecimiento, el disfrute de la vida, el mirar, hablar, masticar, saborear la comida y disfrutar de la vida social, así como sus sentimientos sobre su bienestar social⁵. La boca participa de procesos y funciones como la alimentación, la nutrición y la masticación, la socialización, la comunicación, el desarrollo del lenguaje y el habla, la expresión de los afectos humanos e incluso en procesos inmunológicos, todos ellos presentes en todas las etapas del ciclo vital y del desarrollo humano.

⁴ Canadian Dental Association. Oral health complications. What is oral health? (Approved by Resolution 2001.02, Canadian Dental Association Board of Governors, March 2001). Available at: "www.cda-adc.ca/en/oral_health/complications/index.asp".

⁵ Sheiham Aubrey, Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. September 2005 , 83(9)

Por ello la boca, sus componentes y funciones, son más que dientes sanos y representan un espejo de la salud, siendo condición indispensable del bienestar general. Al hacer parte de los procesos de aprendizaje, y de la conformación y consolidación de la identidad personal, son también parte esencial para la potencialización de capacidades y oportunidades para las personas. La boca, incluye no sólo los dientes y las encías (gingiva) y sus tejidos de apoyo, sino también el paladar duro y blando, las mucosas de la boca y la garganta, la lengua, los labios, las glándulas salivares, los músculos de la masticación, y la mandíbula inferior y superior. Hacen parte también el sistema nervioso, inmunológico y vascular, que protegen y nutren los tejidos y proveen las conexiones al cerebro y al resto del cuerpo para funcionar. El patrón genético de desarrollo en el útero revela aún más la relación íntima de los tejidos de la cara y la cabeza que rodean la boca, estructura a la cual se refieren como craneofacial.⁶

PROBLEMÁTICA A INTERVENIR

La caries dental sigue siendo la condición que con mayor frecuencia afecta la salud bucal en el mundo, llegando a presentarse entre el 60 y 90% de la población escolar y adulta (World Health Organization, 2002).

Las caries de la primera infancia, afecta de forma rápida a los dientes temporales según su cronología de erupción siendo un riesgo para la dentición permanente; se dice que los niños con caries de la primera infancia presentan el doble de dientes cariados, obturados y perdidos a los 4 y 6 años de edad en relación con los que no la poseen. En estudios epidemiológicos se ha obtenido relación significativa entre la experiencia previa de caries en dentición temporal, dentición permanente o ambas con la actividad posterior de caries (Rivero LA, 2000).

Infirri y Barmes señalaban en 1979, que estudios en niños con difícil acceso a los servicios de salud revelaban que, aproximadamente el 5% de los niños con 1 año de edad presentan caries, aumentando para el 10% en el segundo año de vida, de manera que a los 5 años, 3 de cada 4 niños en edad preescolar presentan caries en dientes temporales. Los datos más recientes de los países desarrollados demuestran que el rango de porcentaje de niños libres de caries a la edad de 5-6 años va de 50% en EE.UU., hasta 72% en Suecia, mientras que en los países europeos en desarrollo, la experiencia de caries en niños de 5 y 6 años es más alta, con un rango de variación del porcentaje de niños libres de caries solo entre 10 y 30% (Cabrera D, 2009).

Por primera vez el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), incluyó el análisis de la situación de salud bucal de la población menor de 5 años (niños de 1, 3 y 5 años), de los jóvenes de 12, 15 y 18 años, y de la población adulta entre 20 y 79 años de edad. En dicho Estudio, los cuidadores reportan que solo el 58,9% de los niños menores de 5 años han asistido a consulta odontológica, siendo mayor la proporción de niños de 5 años que los de 1 y 3 años, lo que implica un retraso en la recepción de orientaciones para cuidado bucal. El 79,7% ha acudido a consulta a través de EPS, el 11,1% a través de centros de salud y el 9,2% a través de consulta privada.

⁶ Política Pública de Salud Oral con Participación Social 2004-2010. Distrito de Política Bogotá.

También los cuidadores señalan que al 55,3% de los niños, les iniciaron sus hábitos de higiene entre los 6 y 12 meses de edad, al 20,2% antes de los 6 meses y un 17,9% inicia entre los 12 y 36 meses, es decir de forma tardía. El 45% de los cuidadores se responsabilizan por la higiene de los niños de 1, 3 y 5 años; el 39,6% señalan que comparten la responsabilidad de la higiene con los niños y el 15,4% señalan que el niño realiza por sí solo la higiene bucal, lo cual no debe ser aceptado dado que apenas están desarrollando su motricidad y su capacidad de comprender el proceso de higiene y por tanto su importancia.

Los cuidadores refieren que el 88.7% de los niños de estas edades utiliza crema dental pero el 74.2% indica que no ha recibido información sobre su uso y el 78.2% no ha recibido explicación sobre la cantidad de crema dental que debe usarse en el cepillado. Así es que el 78.3% de los niños usa un cuarto de la superficie de las cerdas del cepillo, mientras el 15.3% usa la mitad de esa superficie. Llama la atención que el 44.3% de los niños se come siempre la crema y el 19.1% lo hace algunas veces.

Con relación a la presencia de eventos que afectan la salud bucal en los menores de 5 años, se identificó que el 6.02% de los niños de 1 años, en su corta vida han tenido **experiencia caries dental** (es decir presencia de dientes con caries avanzada, dientes obturados por caries y perdidos por caries), pero cuando además se considera la caries incipiente⁷ (previa a la cavitación) el 29.31% de los niños menores de 1 años han tenido experiencia de caries dental. Para los niños de 3 años la experiencia de caries se incrementa ostensiblemente hasta llegar a 47.10% y en los niños de 5 años llega a 62.24%, y para estas mismas edades la **experiencia modificada c_(2-6 ICDAS)op** llega a 83.03% y 88.91% respectivamente.

Para estas tres edades, la prevalencia de caries (proporción de personas que al momento del examen presentan una o más lesiones de caries dental no tratada), se identificó en 5.89% para los de 1 año, incrementándose a 43.77% para los niños de 3 años y a 52.20% para los de 5 años. De igual forma al considerar la caries incipiente la **prevalencia modificada c_(2-6 ICDAS)op**, al primer año es de 26.85%, a los 3 años se aumenta a 77.47% y a los 5 años a 81.86%. Con relación al Índice cop, en los niños de 1 año el índice fue de 0,19, incrementándose para las edades de 3 y 5 años, a 1,86 y 2,83 respectivamente en la dentición temporal.

La presencia de caries en edades tan tempranas y la presencia además de un 8.43% de niños de 5 años con fluorosis dental según los resultados del recién ENSAB IV, soportan aún más la necesidad de realizar desde edades tempranas acciones efectivas de protección específica, en procura de buscar controlar el avance de la caries dental y reducir el riesgo de ingesta de fluoruros de forma que se reduzca a su vez el riesgo de presencia de fluorosis dental, como parte de la atención humanizada, integral e integrada que las personas requieren y que necesitan para continuar creciendo con las mejores condiciones posibles de bienestar y calidad de vida.

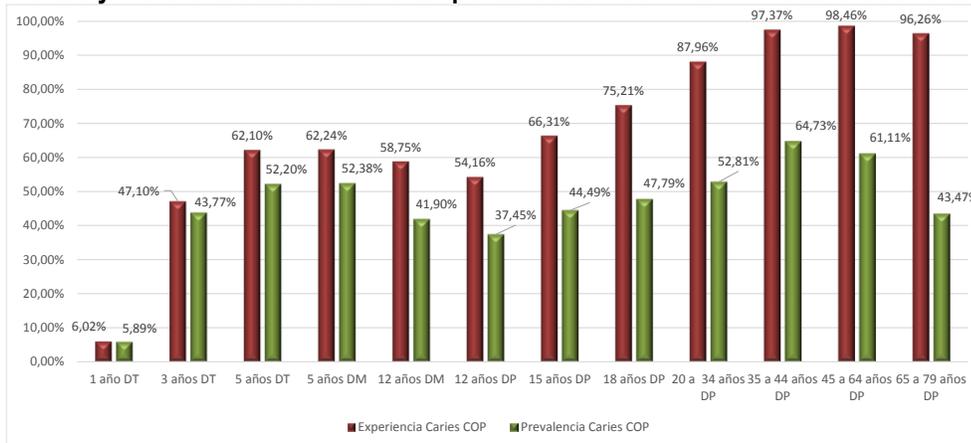
La práctica de cuidados bucales, el control de riesgos y el control temprano de enfermedades que afectan la salud bucal deben iniciarse desde las primeras edades de vida, para propiciar la instauración de hábitos y de condiciones de salud, que permitirán reducir los indicadores de morbilidad a lo largo del resto del curso de vida. El ENSAB IV evidencia por ejemplo, que solo el 38.1% de los jóvenes de 12, 15 y 18 años le

⁷ Denominada en el ENSAB IV como **experiencia modificada c_(2-6 ICDAS)op**

dedican tiempo al cuidado bucal al finalizar el día; solo el 35.8% refiere haber recibido actividades educativas; solo el 35.4% refiere que le han realizado control de placa y profilaxis y solo al 26% le aplicaron flúor, lo cual resulta ser coberturas muy bajas teniendo en cuenta que estos procedimientos se encuentran cubiertos en el plan obligatorio de salud y en la Norma Técnica de protección específica de salud bucal (Ministerio de Salud , 2000). En los adultos entre 20 y 79 años, también es relevante reconocer estas situaciones, encontrándose que el 61.1% de ellos, siempre le dedica tiempo al cuidado de su boca al finalizar su jornada diaria, pero en servicios solo el 24.8% ha recibido control de placa y profilaxis; el 20.4% retiro de cálculos y el 16.4% solamente refiere haber recibido actividades educativas.

Las bajas coberturas en procedimientos educativos y de cuidado preventivo y el limitado acceso a los servicios de consulta odontológica para la atención temprana y resolutive, se evidencian en la presencia de alteraciones de la bucal a lo largo de la vida, como en el caso de caries dental y en la presencia de sus secuelas como la pérdida dental. Es así como entre el 1 año y los 12 años, la experiencia de caries pasa de 6% a 54.16% y la prevalencia pasa de 5,89% al primer año de vida a 37,45% a los 12 años. En las edades adultas la experiencia de caries sigue en aumento, llamando la atención que en la población entre 20 y 34 años ya el 88% presenta experiencia y un 52,81% se encuentra sin atención.

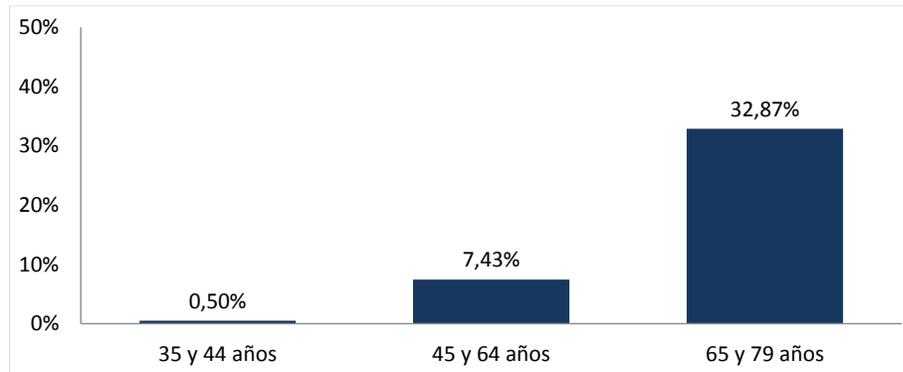
Experiencia y Prevalencia de Caries Dental por curso de vida. ENSAB IV - Colombia 2013-2014.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV 2013-2014. Colombia
DT: Dentición Temporal; DM: Dentición Mixta; DP: Dentición Permanente

Finalmente la evidencia, a través del ENSAB IV, da cuenta que en las edades adultas la experiencia de caries continúa en incremento pero la reducción en la prevalencia de caries se está dando por cuenta de la pérdida dental, lo cual debe ser intervenido y controlado a partir de la aplicación de medidas por parte de los servicios de odontología con la disponibilidad del conocimiento y tecnología actual.

Prevalencia de Edentulismo Parcial. ENSAB IV - Colombia 2013-2014.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV 2013-2014. Colombia

Los resultados obtenidos en el ENSAB IV, implican un reto para el sector y la profesión odontológica, no solo para lograr el acceso y la atención con calidad en los servicios de odontología de los niños que presenten alteraciones de la salud bucal, sino especialmente para mantener con bajos riesgos de presentar enfermedad prevenibles a los que no presentan experiencia de caries y fluorosis, y mantener al resto de la población a través de todo el curso de vida con las mejores condiciones posibles de salud bucal, mediante la atención resolutoria de la carga acumulada de enfermedad pero sobre todo mediante la atención preventiva e interceptiva temprana (lo más anticipatoria posible), de los problemas a través de las edades jóvenes y adultas.

Teniendo en cuenta la situación actual se hace evidente la necesidad de desarrollar capacidades para articularse a estrategias que permitan aproximarse a los espacios de vida cotidiana de las personas y para enfilarse a cambiar realmente el paradigma de la atención curativa hacia la promoción y favorecimiento de condiciones que permitan mejores condiciones, con la participación de los servicios, de otros sectores y de la propia comunidad como sujeto con derecho sobre sí mismo, y no solo como objeto de atenciones externas, lo cual está contemplado en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria y en la Resolución 429 de 2016 que adopta a Política de Atención Integral en Salud y actualmente la Resolución 3202 de 2016 que adopta las Rutas de Promoción y Mantenimiento que contiene entre otras las acciones de protección específica a las que tiene derecho la población a través del curso de vida.

Con este panorama, el fortalecer estrategias de acción que progresivamente contribuyan a modificar la tendencia acorde con las necesidades, logros y los hallazgos de los seguimientos, se constituye en una necesidad para avanzar en el logro de las metas y resultados establecidos en las políticas y especialmente en el Plan Decenal de Salud Pública, establecido mediante la Resolución 1841 de 2013.

La estrategia SOY GENERACION MAS SONRIENTE, no se constituye en sí misma en la estrategia de APS en salud bucal, pero si hace uso de algunos de sus elementos y se constituye en una herramienta o mecanismo práctico para entregar a la población las intervenciones de salud bucal contenidas en la ruta de promoción y mantenimiento. A través de la estrategia es posible:

- ✓ Desarrollar acciones intersectoriales, que permitan modificar determinantes que afectan la salud.

- ✓ Desarrollar acciones de información, educación y divulgación de mensajes claves como una de las acciones de la promoción para la salud bucal, que propicien la toma de decisiones a partir de la información adecuada.
- ✓ Procurar el desarrollo de aptitudes en padres y cuidadores, para contribuir al bienestar de los menores de 18 años pero también al propio bienestar de la familia a través de la entrega de mensajes claves que puede aplicarse a su autocuidado en todo el curso de vida así como al de quienes están en sus entornos.
- ✓ Incentivar a la comunidad para que se movilice y participe activamente en la planeación, implementación y seguimiento de estrategias que le permitan apropiarse del cuidado de la salud bucal y la difusión de los mensajes claves en sus diferentes entornos, al reconocer la interacción de la salud bucal y la salud general.
- ✓ Abrir puertas de oportunidad para que los administradores del riesgo y los prestadores de servicios, generen procesos de innovación para la reorientación de los servicios sanitarios, en este caso los relacionados con la salud bucal, en procura de reducir barreras de acceso, de contar con recurso humano capacitado para generar un primer contacto eficiente y efectivo, para que las acciones e intervenciones sean oportunas y resolutorias, para realizar acciones promocionales y preventivas en otros espacios diferentes al institucional cuando sea posible y para procurar entre otros complementarse mutuamente en procura de atenciones más integrales e integradas.

AVANCES DE LA ESTRATEGIA 2015-2016 A PARTIR DE LOS REPORTES DE ENTIDADES TERRITORIALES, EAPB Y PRESTADORES.

A pesar de la inclusión del barniz en el plan de beneficios en 2011, durante los siguientes años no se evidenció incremento en la realización de este procedimiento, especialmente en la primera infancia. Dada dicha situación y la necesidad de incorporar medidas preventivas de forma temprana y de mantener condiciones de salud a través el curso de vida, en 2014 se socializa la estrategia Soy Generación más Sonriente con el propósito de procurar el incremento de coberturas para la entrega de intervenciones de educación y protección específica principalmente en la primera infancia, por ser una población con pocas intervenciones de protección específica para la salud bucal pero con importantes situaciones de vulnerabilidad. A continuación se presentan algunos de los avances que con la colaboración de los territorios, prestadores y EAPB que ha logrado ir consolidando.

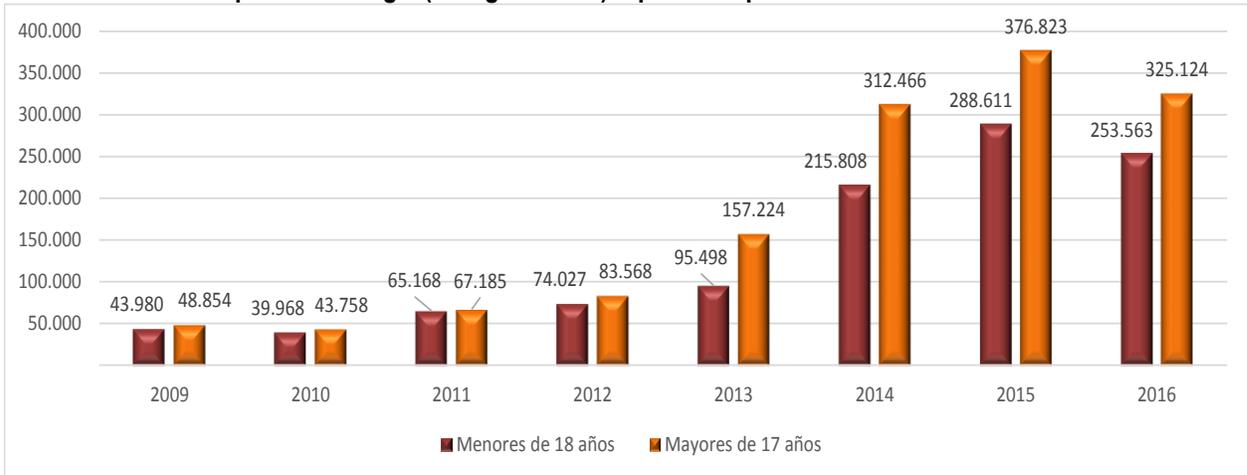
Análisis a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS⁸

Educación en cuidados bucales:

A través de los reportes realizados al RIPS para el procedimiento de educación individual por Odontología, se evidencia un incremento de la población cubierta a partir de la implementación y gestión con la Estrategia Soy Generación más Sonriente, como se aprecia en la siguiente gráfica. Es así como, se ha incrementado en 2016 en un 228% la proporción de personas reportadas como beneficiadas con información y educación en cuidados bucales frente a las reportadas en 2012.

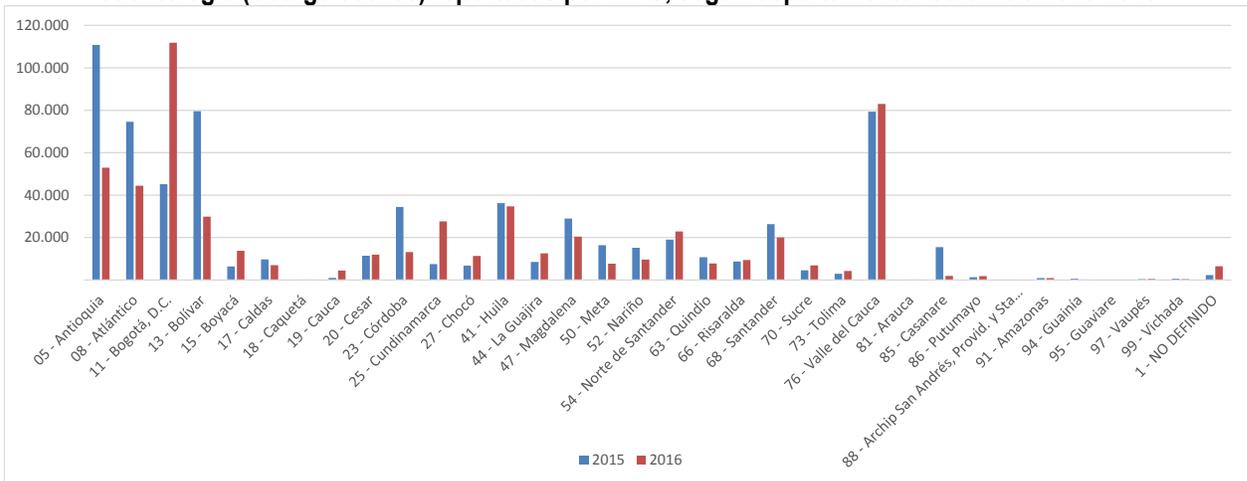
⁸ Fuente: Cubos RIPS del SISPRO a corte de octubre de 2016. Consulta realizada entre el 25 y 31 de enero de 2017 en los cubos de RIPS del SISPRO.

Número de personas menores de 18 años y mayores 17 años que se beneficiaron de educación individual en salud por odontología (Código 990203) reportadas por RIPS. Colombia 2009-2016



Fuente: Fuente: RIPS a corte de Octubre de 2016 – Consulta SENT entre el 25 y 31 de Enero de 2017⁹.

Número de personas, de todas las edades, que se beneficiaron de educación individual en salud por odontología (Código 990203) reportadas por RIPS, según departamento. Colombia 2015-2016



Fuente: Fuente: RIPS a corte de Octubre de 2016 – Consulta SENT entre el 25 y 31 de Enero de 2017¹⁰.

Por departamentos los comportamientos son diferenciales, y debe tenerse presente que en 2015 hubo 2278 reportes no definidos y en 2016 se incrementaron a 6428, es decir que en este número de registros no se registró de forma adecuada el departamento notificados.

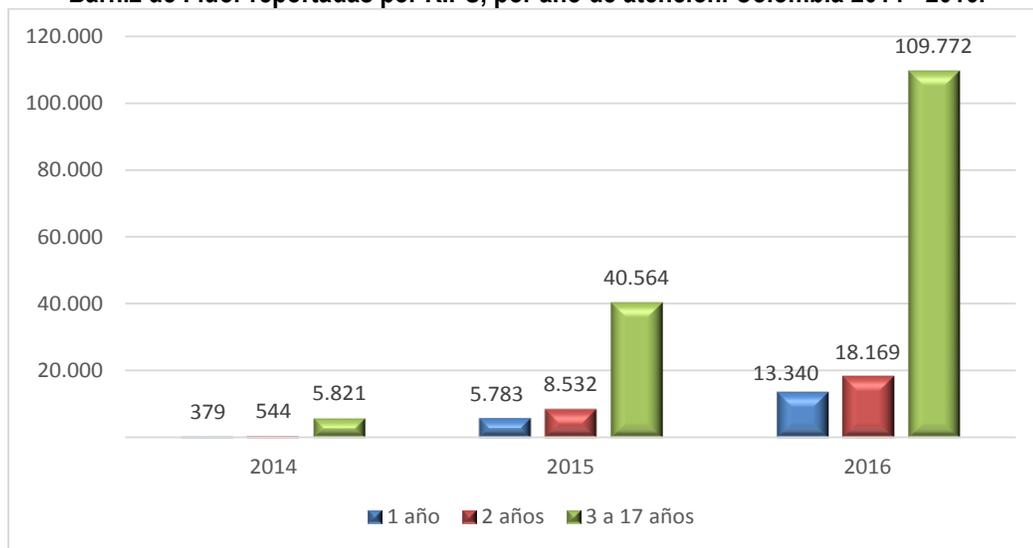
⁹ Variables empleadas en la consulta: procedimiento CUPS 990203, fecha de atención, edad de la atención (edades simples DANE), municipio de residencia y número de personas atendidas.

¹⁰ Variables empleadas en la consulta: procedimiento CUPS 990203, fecha de atención, edad de la atención (edades simples DANE), municipio de residencia y número de personas atendidas.

Aplicación de Barniz de Flúor

A raíz del impulso dado a la Estrategia en procura de mejorar las coberturas, se han tenido dos momentos diferentes para el reporte. En 2015 se hizo uso del Código C0015 para la aplicación del barniz de flúor y en 2016 se oficializó la inclusión en los CUPS del código 997106 que se adoptó como el único código para el reporte específico de barniz.

Número de personas menores de 18 años con realización del procedimiento C0015/ 997106 Aplicación de Barniz de Flúor reportadas por RIPS, por año de atención. Colombia 2014 - 2016.



Fuente: Fuente: RIPS a corte de Octubre de 2016 – Consulta SENT entre el 25 y 31 de Enero de 2017¹¹.

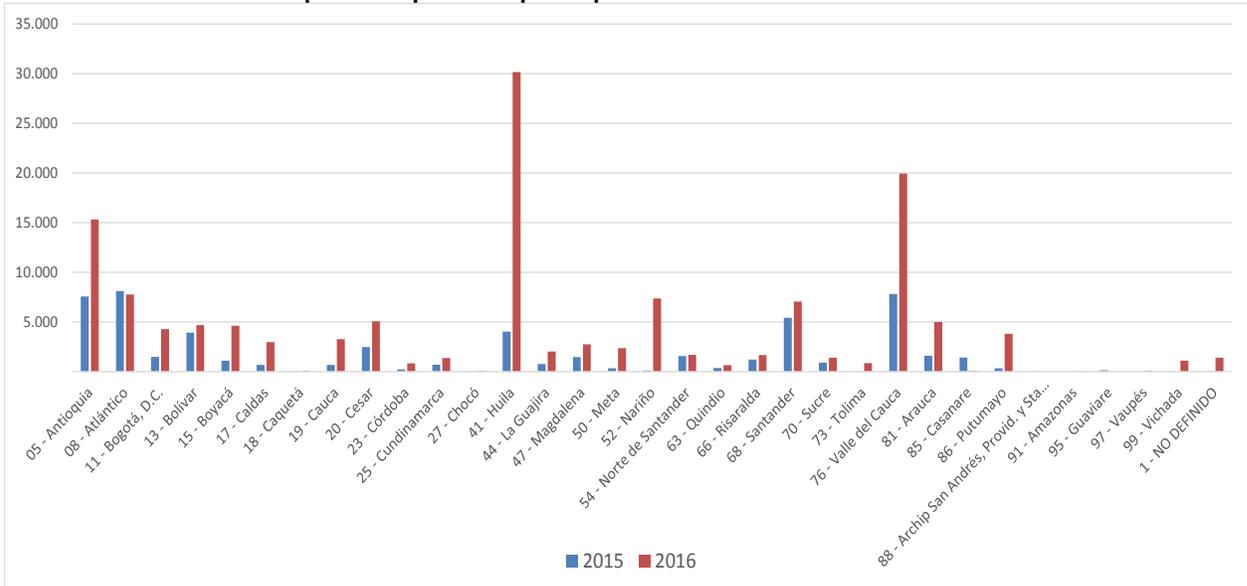
A partir de la implementación de la Estrategia, se aprecia un importante incremento de las personas menores de 18 años con aplicación de barniz de flúor frente a lo reportado en los RIPS de 2014 (representado en un incremento de 813,74% en 2015 frente a 2014). A su vez para 2016 se aprecia igualmente un importante incremento en la población reportada con los códigos de aplicación de barniz de flúor frente a 2015 y a 2014 (siendo el incremento del 2094,91% con relación a 2014 y de 257,446% frente a lo reportado en 2015).

A partir de los reportes realizados a los RIPS a octubre de 2016 y la población afiliada al sistema para la misma fecha de corte, las coberturas alcanzadas en 2016, son de 2,02% en los niños de 1 año (frente a 0,88% a diciembre de 2015); de 2,63% en los niños de 2 años (frente a 1,23% en 2015) y de 0,85% para la población entre 3 y 17 años (frente a 0,31% en 2015). Sin embargo, a pesar del incremento en la gestión y en las coberturas durante la implementación de la Estrategia, las coberturas de aplicación de barniz de flúor en los grupos de interés, aún distan mucho de lograr valores útiles y de lograr las metas establecidas en los ABECE para las Jornadas de 2016.

Los incrementos en la gestión son evidentes en la mayoría de los departamentos del país, para la aplicación del barniz de flúor, aunque hay un mayor reporte en los departamentos de Huila, Valle del Cauca y Antioquia, seguidos por los departamentos de Atlántico, Nariño y Santander.

¹¹ Variables empleadas en la consulta: procedimiento CUPS C00015 y 997106, fecha de atención, edad de la atención (edades simples DANE), y número de personas atendidas.

Número de personas menores de 18 años beneficiadas con Aplicación de Barniz de Flúor (C00015 y 997106), reportadas por RIPS por departamento. Colombia 2015-2016.



Fuente: Fuente: RIPS a corte de Octubre de 2016 – Consulta SENT entre el 25 y 31 de Enero de 2017¹².

Los resultados acorde con los reportes realizados a los RIPS, obligan a fortalecer los esfuerzos, las capacidades y las gestiones, para avanzar en el incremento de coberturas en la atención de la población así como para el registro y reporte de la información, teniendo presente que a partir de 2017 se inicia además la obligatoriedad de las rutas de promoción y mantenimiento para garantizar el derecho de toda la población beneficiaria acorde con lo establecido en la Resolución 3202 de 2016.

Los resultados también permiten evidenciar de forma satisfactoria la adopción del código 997106¹³, para el registro de la aplicación de barniz de flúor.

Análisis a partir de reportes en el Anexo 4 de la Estrategia en 2016

El Anexo 4 de la Estrategia, fue una propuesta planteada de común acuerdo con varios actores, a fin de procurar monitorear el avance de la misma procurando especialmente tener información de primera mano y en tiempos más cortos que los RIPS, especialmente para las jornadas nacionales.

A partir de los reportes realizados por prestadores, EPS y Entidades Territoriales y allegados hasta el 30 de enero de 2017, a través de este anexo es posible mencionar que:

- La oportunidad de este reporte no fue el previsto (en el siguiente mes a las jornadas o al periodo bimensual dispuesto)
- Solamente tres EPS y 5 Entidades Territoriales, cumplieron la cadena o conducto regular de notificación establecido en los lineamientos de los años 2015 y 2016.

¹² Variables empleadas en la consulta: procedimiento CUPS C00015 y 997106, fecha de atención, edad de la atención (edades simples DANE), municipio de residencia y número de personas atendidas.

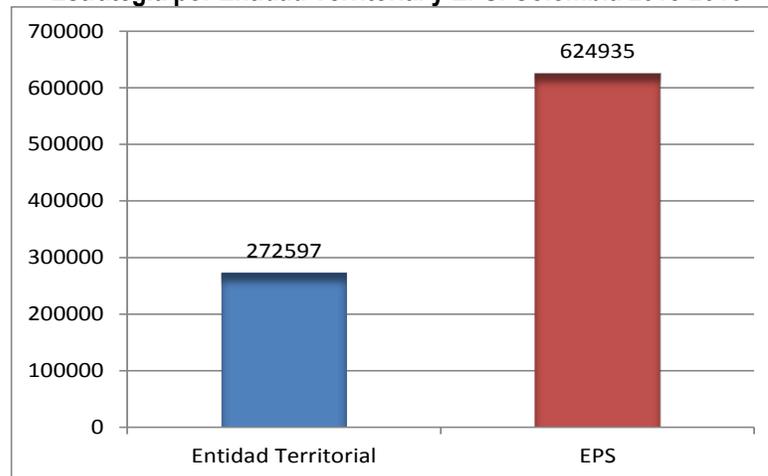
¹³ Acorde con el código establecido en la Resolución 5975 de 2016, que contiene los códigos únicos de procedimientos en salud - CUPS

- Por lo anterior la información con la que se cuenta de la mayoría de departamentos es parcial y es debida principalmente al esfuerzo e interés de los profesionales de cerca de 70 instituciones prestadoras en todo el país, de principalmente 5 referentes territoriales y 3 EPS especialmente del régimen contributivo.
- Las diferencias identificadas entre los mecanismos (RIPS y Anexo 4), frente a los reportes de personas beneficiadas con intervenciones de cuidado bucal, son debidas a los reportes realizados por algunas ET municipales y departamentales, de las actividades realizadas con cargo a los recursos de PIC.
- En 2016 no se presentan diferencias marcadas entre los reportes por RIPS y los del Anexo, en lo relacionado con Barniz, lo que permite el desmonte del Anexo 4 y la necesidad de fortalecer la calidad, cobertura y procesos de reporte solamente a través de la fuente oficial de RIPS (o de los mecanismos que a partir de las Rutas de Atención Integral se definan).

Educación en cuidados bucales:

A través del Anexo 4 concertado con EPS, ET y Prestadores, en 2016 se reportaron como beneficiados con actividades de información, educación y/o acceso a estrategias de comunicación, un total de 897.532 personas de todas las edades frente a 353.681 personas reportadas en 2015. Del total reportado en 2016 el 30,37% de las personas tuvo acceso a través de acciones PIC y el 69,62% a través de la educación individual o grupal de los servicios que prestan el plan de beneficios con cargo a la UPC.

Número de personas que se beneficiaron de educación individual o grupal reportadas en el Anexo 4 de la Estrategia por Entidad Territorial y EPS. Colombia 2015-2016



Fuente: Reportes en Anexo 4 de la Estrategia, realizado por ET y EPS hasta el 20 de Febrero de 2017.

En 2016 tanto las ET como las EPS y sus prestadores han reportado población en todo el curso de vida, que ha accedido en todos los departamentos del país, a estrategias para recibir información en cuidados bucales, como se aprecia a continuación.

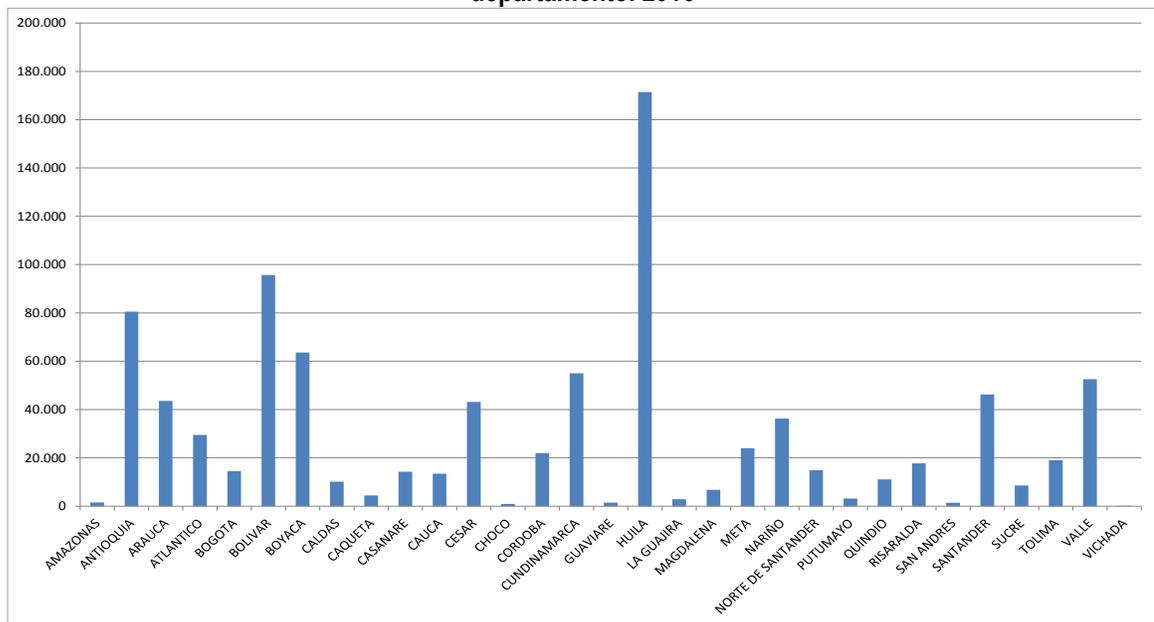
Número de personas que recibieron información y educación en cuidados bucales, a través de los prestadores que hacen parte de la red de las ET y EPS en diversos momentos del curso de vida.

	NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS	NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS	NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS	ADOLESCENTES Y JOVENES DE 13 A 17 AÑOS	ADOLESCENTES Y JOVENES DE 18 A 19 AÑOS	ADULTOS DE 20 A 34 AÑOS	ADULTOS DE 35 A 44 AÑOS	ADULTOS DE 45 A 64 AÑOS	ADULTOS DE 65 A 79 AÑOS	ADULTOS DE 80 AÑOS Y MAS	ADOLESCENTES Y JOVENES GESTANTES	TOTAL PERSONAS
ET	32906	18982	46066	30310	11770	45937	29759	34373	9565	3527	9402	272597
EPS	48101	39747	111746	46920	24957	135116	84687	90479	25036	3351	14795	624935
TOTAL PERSONAS	81007	58729	157812	77230	36727	181053	114446	124852	34601	6878	24197	897532

Fuente: Reportes en Anexo 4 de la Estrategia, realizado por ET y EPS hasta el 20 de Febrero de 2017.

Por departamento a través del reporte directo a la Estrategia, el departamento del Huilla es el que reporta el mayor número de personas beneficiadas con educación e información en cuidados bucales a través de las intervenciones de educación individual por Odontología a través de las EPS y de las acciones del PIC por las Entidades Territoriales, seguido de los departamentos de Bolívar y Antioquia.

Número de personas beneficiadas con educación en cuidados bucales reportadas a la Estrategia, por departamento. 2016

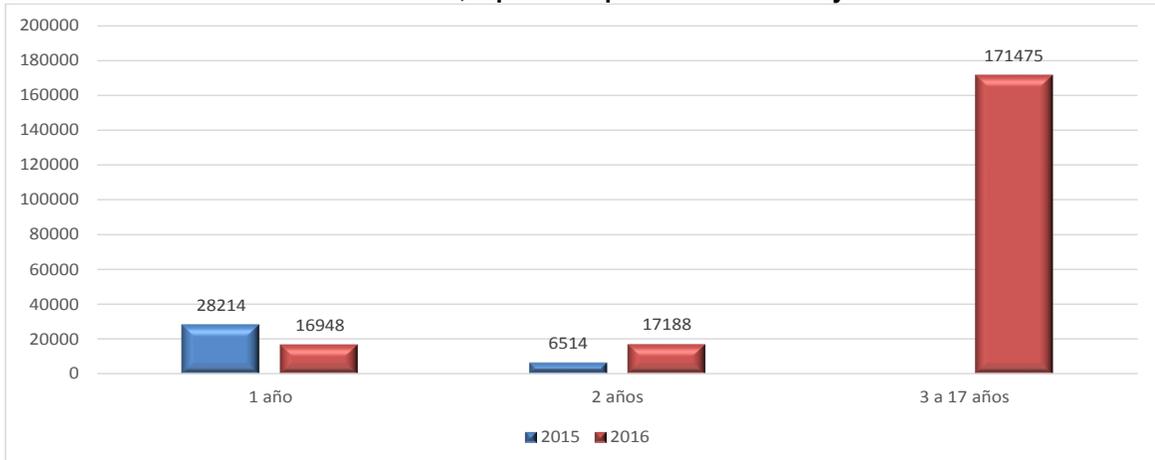


Fuente: Reportes en Anexo 4 de la Estrategia, realizado por ET y EPS hasta el 20 de Febrero de 2017.

Aplicación de Barniz de Flúor

En 2016 se evidencia un incremento del total de la población beneficiada con la aplicación de barniz de flúor reportada de forma directa a la Estrategia, en las edades de interés (menores de 18 años). Sin embargo, y a pesar de ser población priorizada dentro de la Estrategia, se evidencia reducción en el número de niños menores de 1 año cubiertos en 2016 frente a lo reportado en 2015, aunque si se incrementó en 2016 la población de niños de 2 años y de 3 a 17 años cubiertos frente a 2015.

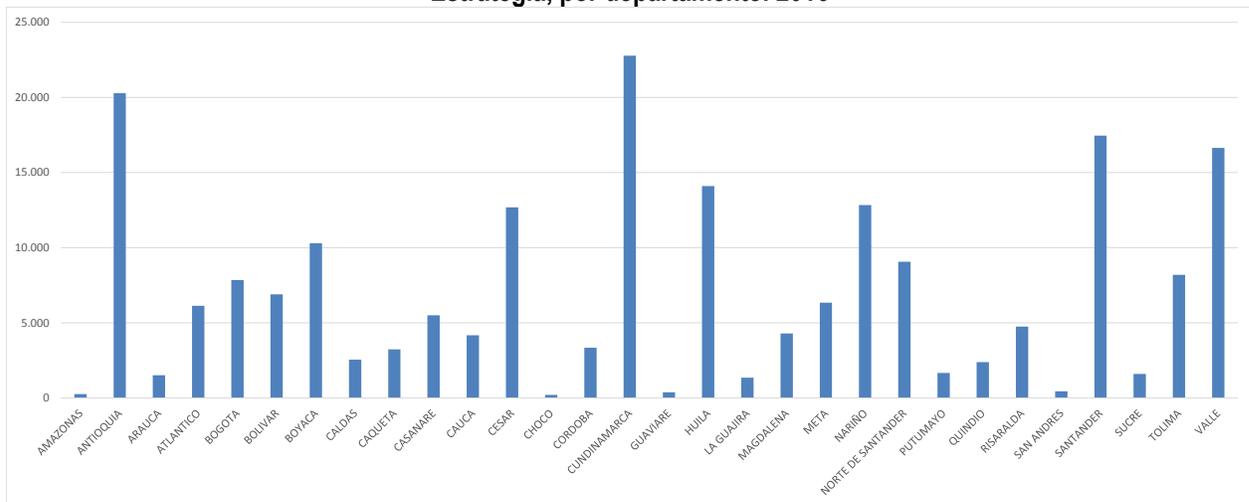
Número de personas menores de 18 años reportadas a la Estrategia, que recibieron aplicación de barniz de flúor, reportados por la red de las ET y EPS.



Fuente: Reportes en Anexo 4 de la Estrategia, realizado por ET y EPS hasta el 20 de Febrero de 2017.

Por departamentos, Cundinamarca, Antioquia, Santander y Valle son los departamentos que reportaron la mayor población beneficiada con barniz de flúor, seguidos de Huila, Cesar, Nariño y Boyacá.

Número de personas menores de 18 años beneficiadas con aplicación de barniz de flúor, reportadas a la Estrategia, por departamento. 2016



Fuente: Reportes en Anexo 4 de la Estrategia, realizado por ET y EPS hasta el 20 de Febrero de 2017.

PROPÓSITO ESTRATEGIA 2017

Servir de herramienta a la Ruta de Promoción y Mantenimiento (Ministerio de Salud y Protección Social), para aplicar las intervenciones de protección específica de salud bucal en menores de 18 años, a fin de aportar a la consolidación de cohortes de población infantil, adolescente y joven con mejores condiciones de salud bucal, en particular con reducción en la historia y prevalencia de caries dental.

OBJETIVO GENERAL ESTRATEGIA 2017

Incrementar las coberturas de personas en todo el curso de vida, intervenidos con acciones de educación para la realización de prácticas de cuidado bucal e incremento de la cobertura de niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años), con aplicación de barniz de flúor y otras intervenciones de protección específica, para reducir progresivamente la historia de caries dental y mejorar las condiciones de salud bucal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS ESTRATEGIA 2017

- Lograr incrementos progresivos en las coberturas de población, con prácticas diarias de cuidado bucal para la prevención de la caries dental.
- Lograr incrementos progresivos en las coberturas de población menor de 18 años, con aplicaciones de barniz de flúor como medida de intervención preventiva para reducir el riesgo de caries.

POBLACIÓN SUJETO ESTRATEGIA 2017

La población directa a intervenir son los todos menores de 18 años del territorio nacional, independientemente de su condición de afiliación, pertenencia étnica o presencia de condiciones de discapacidad, e indirectamente serán beneficiarias las familias y comunidades de las que hacen parte.

META 2017

- El 100% de los municipios del país implementan las intervenciones de salud bucal para población menor de 18 años, contenidas en las Rutas de Promoción y Mantenimiento acorde con los lineamientos que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Incrementar en un 20% la cobertura de población menor de 18 años con intervenciones de barniz de flúor, respecto a la cobertura reportada en RIPS 2016.
- Incrementar en un 50% la cobertura de población con intervenciones de educación en cuidados bucales, respecto a la cobertura reportada en RIPS 2016.
- Canalizar a los puestos de vacunación a los menores de 6 años, gestantes y adultos de 60 y más años, población objeto de vacunación con la cual se tenga contacto, teniendo presente las metas del PAI para las Jornadas (ver lineamientos del PAI).

PROMOCION DE LOS CUIDADOS EN SALUD BUCAL

“La prevención en el ámbito de la comunidad y la población, es el enfoque más rentable y tiene el mayor impacto en una comunidad o población (escuela, barrio, o nación). Un programa eficaz de prevención comunitaria es un procedimiento planificado que previene la aparición de una enfermedad en un grupo de individuos. Existen muchos enfoques diferentes para la prevención de enfermedades dentales y el método más rentable es la educación sanitaria” (A, July-December 2013).

La entrega de información por sí misma, no significa necesariamente la transformación de comportamientos; sin embargo la entrega de información coherente, permanente, veraz y entregada con enfoque diferencial teniendo presentes las características de las personas, familias y comunidades, aunada a procesos estructurados de educación en salud, buscan que los conocimientos adquiridos, acumulados y sostenidos, puedan servir como una herramienta para empoderar a los grupos de población en su cuidado de la salud. La información acerca de las tecnologías de salud, (blandas y duras), y de atención médica, permite a las personas tomar decisiones informadas, ajustar sus prácticas para proteger su salud, y a partir de ello generar capacidades para apropiarse de su derecho a participar en diversos espacios en procura de hacer parte de la transformación de su salud, de la de su familia y comunidad.

La información, educación y comunicación en salud, hacen parte de las acciones de la promoción de la salud, pero deben estar articuladas con otras acciones como la implementación de políticas a través del uso de herramientas como planes, programas, proyectos y estrategias; también debe articularse con estrategias de movilización social, de modificación de modos, condiciones y estilos de vida, y de ajuste a los servicios de salud.

Por tanto, la participación de los profesionales de la odontología en la promoción de cuidados de salud bucal, se constituye hoy día en un reto aún más importante, para de una parte proveer de información útil a las personas para recuperar su salud y sobre todo para mantenerla; pero el reto se concentra en el desarrollo de capacidades de los profesionales para hacer uso del conocimiento científico, y transformarlo en la práctica acorde con las condiciones y características de las diversas poblaciones, comunidades y personas con las que interactúan diariamente para hacer entrega de información continua y útil a través del plan de beneficios con cargo a la UPC (PB), pero también a través de tecnologías contenidas en el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC).

Desarrollar procesos de información y educación en salud, conlleva numerosas acciones en las que es necesario que los profesionales de la salud bucal, progresivamente se involucren y desarrollen, y sean formados para:

- Identificar previamente los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las personas, para reconocer y potencializar las que sean favorables para mantener y lograr salud bucal y las que deban ser modificadas positivamente en favor de la salud bucal.
- Reconocer las realidades individuales y/o colectivas y particulares que se relacionan con la salud bucal, normas sociales, creencias, actitudes, desarrollo de habilidades, cultura de la población, motivaciones y contexto bio-psico-sociales que afectan las prácticas en salud bucal.

- Favorecer acercamiento con las personas, poblaciones y comunidades, para concertar procesos de desarrollo del saber, comprender, sentir y actuar en relación con los temas de interés, en procura de favorecer la participación y movilización social.
- Diseño e implementación de estrategias y selección de medios, a través de los cuales se hagan llegar los contenidos, de acuerdo a las particularidades de la población a quienes se busca acompañar.
- Seleccionar las herramientas de información y educación pertinentes para lograr el acercamiento positivo que permita llevar los contenidos de cuidado en salud bucal.
- Diseñar e implementar conjuntamente, procesos formativos basados en diálogos de saberes y fomentando la participación comunitaria para la multiplicación de acciones de cuidado bucal.
- Acompañar a las personas, familias y colectivos para aplicar y transformar conceptos que favorezcan la salud bucal.
- Promover estrategias y proyectos colaborativos con participación ciudadana para difundir y fomentar cuidados de salud bucal.
- Desarrollar procesos de seguimiento, acompañamiento y asistencia, de forma sistematizada y documentada que permita identificar avances, logros y aspectos de interés a través del tiempo, como insumos para modificar estrategias, contenidos y acciones e implementar planes de mejoramiento.

Las estrategias para guiar las buenas prácticas para el cuidado de la salud son amplias y están supeditadas solo a las posibilidades e iniciativas que puedan desarrollar los profesionales, la comunidad, los servicios y los sectores, en los espacios de vida cotidiana de la población objeto, incluyendo los servicios de salud, los hogares, las establecimientos educativos, entre otros, identificando los mecanismos, tecnologías, medios de difusión y otras estrategias disponibles.

Población beneficiada

Las prácticas de cuidado bucal, lideradas y orientadas por los equipos de salud bucal (profesionales odontólogos y auxiliares de salud oral) con el apoyo de otros profesionales de la salud y otros sectores, deben fomentarse en todas las familias, padres, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, cuidadores y gestores comunitarios quienes se mantienen en contacto con los menores de 18 años, procurando que sean apropiadas como parte de las acciones de cuidado de la salud. Estas orientaciones deben aplicarse independientemente de la condición de seguridad social, pero si deben ser aplicarse de forma diferencial acorde con las características de las personas, poblaciones y comunidades y por tanto ser adaptadas acorde con sus características diferenciales en los diversos territorios y entornos.

Definición

Las prácticas de cuidado bucal, son el conjunto de acciones que deben realizarse desde la primera infancia y a lo largo de todo el curso de vida, para controlar factores de riesgo, reducir la posibilidad de enfermar y mantener, cuidar y lograr las mejores condiciones posibles de salud bucal.

Recomendaciones

Para el logro de las prácticas de cuidado bucal, el equipo de salud bucal, otros profesionales de la salud y los gestores comunitarios, deben realizar de forma continua procesos de acompañamiento, asesoría, monitoreo, y evaluación a las personas, familias, y comunidades en sus ámbitos de vida cotidiana de forma

continua y sostenida para ir logrando de forma progresiva la apropiación de conocimientos y el desarrollo de habilidades para la práctica de los cuidados que lleven a mejorar la salud bucal.

Deben tenerse presentes, las particulares y los diferenciales (edad, características socioeconómicas, étnicas, culturales, creencias, percepciones, entre otras) de las personas que hacen parte de las familias y comunidades de los menores de 18 años en todos los entornos (familias/viviendas, jardines infantiles, hogares de ICBF, establecimientos escolares de primaria y de secundaria, entornos universitarios y laborales, espacios sociales, entre otros) así como en los servicios de salud a través de todos los profesionales, otras disciplinas y la comunidad, con especial participación y liderazgo de los equipos de salud bucal.

Las recomendaciones para el fortalecimiento de las prácticas de cuidado bucal deben ser orientadas a fin de:

- Lograr el desarrollo de capacidades mediante la información, comunicación y educación para la salud, tanto de los actores de la salud, como de otros sectores, la comunidad y la sociedad civil en general, llevando la información y guiando a la población beneficiaria, durante visitas domiciliarias, eventos por concentración, jornadas locales, programas regulares en población escolar, interacción con las propias culturas de comunidades, entre otras.
- A través de la integración horizontal de contenidos orientadores de prácticas de salud bucal, en los espacios de entrega de información (planes educativos, proyectos pedagógicos y educacionales extramurales, proyectos de pares, entre otros).
- Las consultas de crecimiento y desarrollo por enfermería, consulta médica general o por pediatra, consulta odontológica, y cualquiera otra que se relacione con esta población, a fin de reducir oportunidades perdidas.

Descripción de la actividad

El fortalecimiento de las prácticas de cuidado bucal, incluye guiar de forma regular y mediante el uso de diversas estrategias y metodologías pedagógicas, el desarrollo de capacidades y habilidades para modificar positivamente en los entornos los conocimientos y las prácticas relacionadas al menos con:

- Alimentación saludable: fomentando prácticas como lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; alimentación complementaria saludable desde el sexto mes de vida con consumo de frutas y verduras al menos 5 veces al día, y control de alimentos que generan riesgo como sal, azúcares añadidos, bebidas carbonatadas, entre otros.
- Identificación y acción sobre situaciones que ameritan cuidado: implica que se oriente sobre los procesos de erupción dentaria (primaria, recambio y secundaria), sobre prevención de riesgos ante prácticas deportivas, sobre orientaciones para identificar signos de alerta que requieran de atención inmediata basados en el Libro Clínico de AIEPI (Ministerio de la Protección Social, Sociedad Colombiana de Pediatría y OPS, 2010), riesgos en el uso de piercing intra y peribucales y sobre el consumo de tabaco, entre otros.
- Inicio de la higiene bucal desde la primera infancia, al menos dos veces diarias para interferir con el crecimiento y la ecología del biofilm, teniendo presente que pesa más la calidad del cepillado que la frecuencia (Martignon), para lo cual se requiere del compromiso y cooperación de los niños

- y adolescentes pero también el de los padres y cuidadores de esta población, especialmente cuando adicionalmente presentan condiciones de discapacidad.
- La efectividad del cepillado se mejora con una adecuada calidad y con el uso de elementos adecuados para higiene bucal:
 - Cepillos de tamaño acorde a la edad, al tamaño y forma de los maxilares.
 - Crema dental fluorurada en todas las edades, debiendo ser debidamente supervisada por los cuidadores responsables, lo cual implica:
 - ✓ Que la cantidad de crema empleada sea mínima, incluso menor al tamaño de una lenteja
 - ✓ Se incentive al niño para que elimine (“escupa”) los excesos de crema
 - ✓ Se cepillen todas las áreas de todos los dientes y muelas, procurando que se ejerza el efecto tóxico de las cremas
 - ✓ Incentivando que el cepillado se realice al menos dos veces al día, y que se incremente cuando hay mayores riesgos como cuando se incrementa la cantidad y frecuencia de consumo de azúcares, cuando hay aparatos en boca (aparatos de ortopedia, ortodoncia o prótesis aun en adolescentes, y cuando hay elementos externos como piercing), cuando hay condiciones sistémicas que afectan la salud general, incluyendo condiciones de discapacidad.
 - ✓ Se verifique que siempre se realice el cepillado dental y la higiene bucal en la noche antes de ir a dormir.
 - Uso de seda dental para la remoción de residuos pero especialmente para la remoción de placa bacteriana interproximal y complemento con uso de cepillos interproximales.
 - Uso de enjuagues bucales con clorhexidina y no con alcohol, para contribuir a la reducción en la formación de placa bacteriana y alterar el desarrollo bacteriano. Sin embargo se recomienda su uso por periodos cortos de tiempo (como una semana) en intervalos de 30 días o más, y no de forma rutinaria, para evitar algunos efectos adversos que pueden presentarse y por los cuales debe acudir a la consulta odontológica, como manchas en los dientes, descamaciones o ampollas en las mucosas, ardor y picazón en boca, y en algunos casos cambios en la percepción de los sabores de los alimentos (Bascones, 2006).
 - Adaptación de elementos y prácticas, respetando prácticas diferenciales pero cuidando el equilibrio con las demás prácticas preventivas.
 - Consulta odontológica dos veces al año en menores de 18 años, y desde el nacimiento para el reconocimiento de las condiciones de salud bucal y para la entrega de información sobre cuidados:
 - Valoración de las estructuras anatómicas, de las condiciones de funcionalidad y de los cuidados bucales.
 - Entrega de información sobre hábitos de riesgo: alimentación inadecuada, consumo de tabaco en adolescentes, guía de cesación de consumo de tabaco para adolescentes y familia; recomendaciones ante presencia de hábitos como onicofagia, empuje lingual, entre otros.
 - Seguimiento y control de crecimiento y desarrollo dentomaxilofacial
 - Realización de actividades de protección específica establecidas en las normas que se encuentren vigentes.

- Realización de actividades de diagnóstico, detección temprana, atención oportuna de menor invasión y de atención rehabilitadora, acorde con las necesidades y orientaciones para su realización acorde con los contenidos normativos.
- Control, seguimiento y monitoreo a pacientes sanos y sanos rehabilitados.
- Orientación a padres y cuidadores, sobre cesación del consumo de tabaco y alcohol, entre otros

APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR COMO ACCIÓN PREVENTIVA COSTO-EFECTIVA

La American Academy Pediatric Dentistry (AAPD), en su Guía Clínica de Cuidados de Salud Oral para los Adolescentes, estableció las principales alteraciones sobre las cuales es importante intervenir en estas edades, siendo la caries dental una de las principales condiciones por su impacto en la morbilidad bucal (American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), 2013), lo cual ocurre también en el país. Recomiendan la evaluación del riesgo de caries como un elemento clave para el cuidado preventivo contemporáneo en bebés, niños, adolescentes, y en personas que requieren cuidados especiales; de esta forma se busca prevenir la enfermedad al identificar y minimizar los factores causales y optimizar los factores protectores.

Los bebés y los niños pequeños tienen factores de riesgo de caries únicos: en esta edad se está estableciendo la flora oral a la vez que se están consolidando los sistemas de defensa del cuerpo; los dientes son susceptibles porque están en proceso de erupción en un momento en que apenas se están desarrollando los hábitos alimenticios, de higiene y de cuidado (American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), 2013); es un período vulnerable para la transmisión de las bacterias orales de la madre o de otro cuidador al niño y es a menudo el momento en que el exceso de alimentos que contienen azúcar se introducen en la alimentación diaria de los bebés y niños pequeños, incluso a través de la alimentación con biberón pudiendo derivar caries dental de forma desenfrenada (Slavkin, 2001). Adicionalmente en la primera infancia los niños dependen de los cuidados que les provean otras personas toda vez que no son autosuficientes y es un momento en que las complicaciones de la caries aparte de los problemas estéticos y de pérdida de la función, generan especialmente un importante impacto cuando no es prevenida y tratada oportunamente por que causa dolor e infecciones que pueden comprometer su salud general (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006).

Ser conscientes de la coexistencia de factores médicos, sociales, ambientales e individuales que interactúan desde el momento de la gestación, refuerza la necesidad de lograr la interacción entre las disciplinas de la salud (pediatras, obstetras, enfermeras, odontólogos y otros profesionales) y de estas con otros profesionales del sistema social que tienen mayor interacción con los niños, jóvenes y adolescentes (proveedores de servicios públicos, cuidadores de día, personal de hogares y escuelas, entre otros), para desarrollar acciones integrales en procura de favorecer los modos y condiciones de vida para la salud, favorecer estilos de vida y la apropiación del cuidado bucal, identificar y controlar tempranamente los riesgos y mejorar el acceso al mantenimiento de la salud a través de diversas estrategias no necesariamente institucionales. Por tanto todos los profesionales, incluyendo los profesionales para la salud bucal, deben estar bien informados sobre la salud pública, los determinantes sociales, las formas de aproximación a las comunidades, entre otros (Mouradian, 2001), con el propósito de implementar acciones intersectoriales y comunitarias que colaborativamente aporten a proveer mejores condiciones de salud.

En el caso de la caries, como la enfermedad más prevalente que afecta la salud bucal desde la primera infancia, el mejoramiento en el conocimiento del proceso de formación de la misma, ha permitido cada vez con mayor énfasis identificar que es posible trabajar desde las etapas tempranas y que es posible también intervenirla con estrategias que permitan su control a través de la re mineralización de las superficies dentales y de la práctica de una odontología cada vez menos curativa. La evidencia reciente sugiere que sólo el 40,9% de las superficies proximales de los dientes permanentes y 28,3% en los dientes primarios con lesiones en la mitad exterior de la dentina no son cavitadas, lo que significa que los dientes con estas lesiones pueden ser controlados antes de recibir restauraciones cuando la lesión ha progresado a dentina (K, Present and Future Approaches for the Control of Caries, 2005).

La pasta dental con flúor como medida domiciliaria que hace parte de las prácticas de cuidado bucal y la aplicación semestral de barniz de flúor como el método profesional en niños para controlar el riesgo de caries, se han evidenciado en varios estudios como métodos que brindan resultados costoefectivos (Twetman, 2008). El uso de barniz de flúor desde los 9 meses hasta los 42 meses de edad, ha sido identificado como que mejora los resultados clínicos al brindar un mayor tiempo libre de caries y además un menor costo clínico frente a tratamientos para atender en los servicios la presencia de caries cavitacional, incluyendo los servicios hospitalarios (Quiñonez, 2006).

Anusavice ha recopilado el resultado de varias revisiones sobre los resultados de la aplicación de barniz de flúor frente a otros vehículos con flúor. Entre sus resultados, analizo la revisión de 1.435 artículos, con los que se evaluó la fuerza de la evidencia sobre la eficacia de métodos preventivos para caries aplicados por profesionales a personas de alto riesgo frente a la eficacia de prácticas de tratamiento realizadas por profesionales para detener o revertir las lesiones de caries cavitacional, encontrando en general, que la fuerza de la evidencia era "favorable" para los barnices de flúor e "insuficiente" para todos los otros métodos incluyendo la atención de lesiones cavitacionales (K, Present and Future Approaches for the Control of Caries, 2005). Al comparar su uso frente a un placebo, estudios muestran reducciones de caries de 28% cuando se aplica en gel y, en barniz, de 33% en dentición primaria y 46% en dentición permanente (Martignon).

En una revisión Cochrane, Marinho y Colaboradores, sugieren que la aplicación de barnices fluorados de dos a cuatro veces al año, tanto en la dentición permanente como en la temporal, está asociada con una reducción considerable en el incremento de caries, aunque no encontraron pruebas de que este efecto relativo dependiera del nivel inicial de caries o de la exposición a otras fuentes de fluoruro (Marinho VCC, 2008).

El barniz de fluoruro se ha ido convirtiendo en un método común para proporcionar fluoruro a los niños pequeños para la prevención de caries incluida la Caries de Infancia Temprana, debido a la seguridad para su aplicación (dosis previamente medida y la reducción de la ingesta), a que no requiere preparación especial de los dientes, a que se pega a la superficie del diente hasta eliminarse lentamente por la repetición del cepillado y a que todo ello ha conducido a una mejor aceptación por parte de los niños, lo cual es una práctica respaldada por la Asociación Dental Americana (ADA), la Association of State & Territorial Dental Directors (ASTDD), y la Asociación Americana de Odontología en Salud Pública (AAPHD). Alrededor del

50% de los estados de Estados Unidos, han iniciado programas de barniz de flúor para los niños de alto riesgo en tanto en clínicas como unido a programas como el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) entre otros (Association of State & Territorial Dental Directors).

La evidencia apoya el uso de barniz de flúor para prevenir la caries desde la primera infancia y reducir el incremento de caries en los niños más pequeños (www.aapd.org, 2004). Se apoya la evaluación dental desde antes del primer cumpleaños, incluso desde cuando se inicia la primera erupción dentaria. Se considera que la eficacia del barniz en este grupo de edad, proporciona una justificación adicional para incentivar el inicio temprano de visitas a la consulta odontológica, especialmente para los niños de alto riesgo de caries, como excusa para la aplicación de barniz de flúor contribuyendo a reducir la enfermedad en el futuro. Si bien se tenían dificultades con la cooperación de los niños, con el barniz esta se logra con la ayuda de los padres; también se menciona que los sistemas de salud pueden presentar dificultades para controlar a los niños en intervalos regulares de seis meses, y que si bien puede haber eficacia con una sola aplicación de barniz comparada con ninguna aplicación, si son más beneficiosas las aplicaciones de barniz de forma más frecuente (Weintraub, 2006).

Sin embargo, si bien el barniz reduce el costo de atención clínica, la inversión desde la atención primaria se incrementa porque debe centrarse no en la atención curativa sino en procesos de construcción de materiales educativos y en su divulgación (Milgrom, 2005).

En la infancia y adolescencia, se consolida la madurez biológica de las estructuras dentomaxilofaciales, pero también se consolidan muchos hábitos de vida y de autocuidado como los de higiene los cuales se reflejan en el estado físico de los adolescentes que son muy valorados por ello y que repercuten de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social (Mafla, 2001), que en la mayoría de los casos implica los primeros contactos con algunos factores de riesgo, al darse inicio al consumo de alcohol y tabaco, y al uso de elementos como piercing con lo que manifiestan su autonomía e independencia, y que repercuten con consecuencias no solo en la salud bucal, sino en las condiciones integrales de su vida.

El barniz de fluoruro, por tanto es un material que se adhiere a la superficie del diente, contiene una alta concentración de fluoruro en forma de sal o en la preparación de silano, tiene un secado rápido y permite formar una película transparente o ligeramente amarilla que libera de forma lenta y continua iones de fluoruro hacia la superficie del diente subyacente, cubriendo los cristales de apatita del esmalte dental para reducir su desmineralización y disolución, mejorando el depósito de mineral y por tanto la remineralización del esmalte dental (Dahiya, 2007).

Esta medida unida a prácticas de cuidado bucal como la higiene bucal con cremas fluoruradas, bajo consumo de azúcares, y control periódico por odontología entre otros, contribuye a reducir el riesgo de ruptura del esmalte y la consecuente formación de cavidades por caries dental.

El incremento de las coberturas de aplicación de barniz de flúor, requiere del esfuerzo del equipo de salud bucal, para encontrar espacios y mecanismos innovadores que permitan realizar este procedimiento de forma amplia, para lo cual se requiere de la participación activa de las EAPB, IPS, profesionales de los equipos PIC y profesionales de APS, y de alianzas con otras entidades para la identificación de las

personas objeto de la aplicación del barniz y para realizar las gestiones que permitan garantizar dicha aplicación de forma efectiva y sin pérdida de oportunidades.

Población beneficiada

Los niños y jóvenes entre 1 y 17 años, son la población objeto para la aplicación de barniz de flúor, siendo concordantes con lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud, según la normatividad vigente.

Definición

Actividad que busca retardar y controlar el proceso de formación de caries dental al poner en contacto la porción coronal o radicular del diente con un vehículo que contiene altas concentraciones de flúor, pero que por su secado rápido al entrar en contacto con la saliva permite la formación de una película que libera de forma lenta y continua iones de fluoruro hacia la superficie del diente subyacente cubriendo los cristales de apatita del esmalte dental para reducir su desmineralización y disolución por la acción de microorganismos (estreptococo mutans y lactobacilos, principalmente) y la producción de ácidos que se acumulan durante la formación del biofilm y de la placa bacteriana.

Recomendaciones

El barniz de flúor puede ser aplicado por los odontólogos o por auxiliares de salud oral, con la debida capacitación y supervisión por el odontólogo quienes son los responsables directos. Dadas las características de las diversas presentaciones del barniz de flúor, este puede ser aplicado además de las consultas odontológicas regulares, en otros espacios como los propios hogares, establecimientos educativos, o en otros lugares de permanencia de los niños (hogares de bienestar por ejemplo), adolescentes y jóvenes, e incluso pueden realizarse mediante estrategias por concentración, jornadas locales, correrías, brigadas, ente otras, como parte de un programa o proyecto de salud pública.

El barniz se aplica mínimo dos veces por año de vida en la población de 1 a 17 años, teniendo presente que entre aplicación y aplicación debe existir un periodo de al menos 6 meses (más o menos 1 mes), dada la liberación prolongada del flúor y las condiciones de riesgo para caries dental de esta población, según la evidencia de los estudios nacionales de salud bucal de 1977/80 y de 1998, a su situación de dependencia para la práctica de cuidados bucales y de atención odontológica, y a su proceso de desarrollo motriz, de crecimiento y de autopercepción.

Sin embargo, cuando los profesionales identifican durante la valoración clínica riesgos o situaciones adicionales como presencia de xerostomía, mal posición dentaria, discapacidad física o mental, falta de habilidad manual, presencia de aditamentos dentales (piercing, brackets, u otros), altos índices de placa dental por inadecuados hábitos higiénicos, alto índice COP/ceo (historia de caries por encima de 3), presencia de caries no cavitacional, alto consumo de carbohidratos (azúcares refinados), entre otros, la aplicación del barniz puede requerir una mayor frecuencia (cada tres meses).

La población sobre la que se inicie la cobertura con barniz de flúor, **NO DEBE** recibir adicionalmente aplicaciones de flúor en gel, para no realizar sobre-exposición y mantener un adecuado control de la exposición al flúor, con miras a no generar riesgo de presencia de otras condiciones.

Descripción de la Actividad

(Nevada State Health Division Maternal and Child Health Oral Health Initiative); (J., 2000); (Nickerson A, 1999); (Department of Health and Family Services Division of Health Care Financing State of Wisconsin).

- Previo a la aplicación
 - Indíquelo a los padres o cuidadores que los niños y adolescentes deben comer y beber algo antes de llegar para recibir la aplicación del barniz de flúor.
 - Debe informarse a los padres o cuidadores que debido al color del barniz, puede presentarse un cambio temporal en el color de los dientes del niño o adolescente.
 - Prevenga a los padres y cuidadores, que en especial los niños pequeños, pueden manifestar queja durante la aplicación pero que este se debe a la falta de costumbre de tener elementos extraños en boca, pero que no se debe a que se genere dolor o lesiones o mal sabor por el uso del barniz.
 - Instruya a los niños, adolescentes, padres y cuidadores de que una vez aplicado el barniz, debe realizarse cepillado solo hasta el día siguiente.
- Para la aplicación del barniz
 - Los niños de 1 a 3 años pueden ser colocados en el regazo de los padres (método rodilla-rodilla), con la cabeza del niño dirigida hacia el profesional y las piernas alrededor de la cintura de los padres o bien en el sillón o una mesa de examen.
 - Haciendo uso de una suave presión, abra la boca del niño y retire el exceso de saliva con una gasa; en los niños mayores y adolescentes, el cepillado de dientes puede ser suficiente y la profilaxis profesional no es requerida.
 - Aísle de forma relativa, la zona de trabajo dependiendo de la cantidad de dientes presentes y la edad del niño; no es necesario un secado a fondo.
 - Haciendo uso de un aplicador de punta de algodón o de un aplicador tipo jeringa, según las recomendaciones de la casa comercial del producto, aplique una capa delgada del barniz directamente sobre **todas las superficies de los dientes** (entre 0,3 y 0,5 ml de barniz), buscando tener un orden para evitar que algún diente se quede sin aplicación, aún si presenta caries dental en una o más de sus superficies, aunque no lo aplique en grandes cavidades abiertas.
 - La seda, el hilo dental u otros aditamentos, puede usarse para asegurar el depósito de barniz, en las zonas interproximales.
 - El tiempo de aplicación es de unos cuatro minutos, dependiendo del número de dientes presentes y de la colaboración de niños, padres y cuidadores.
 - Una vez aplicado el barniz, no es necesario preocuparse por la contaminación de la saliva, pues el material se seca rápidamente en su presencia.
- Posterior a la aplicación
 - Instruya en que no deben consumirse alimentos durante al menos las siguientes cuatro horas posteriores a la aplicación del barniz y al hacerlo esta debe ser una dieta blanda y no abrasiva o pegajosa (dulces, chicles, entre otros) por el resto del día.
 - Instruya en no realizar cepillado ni uso de crema dental hasta el día siguiente.

En todo caso, es importante seguir las recomendaciones de los fabricantes de los diferentes productos y garantizar que el material sea de calidad.

MECANISMOS PARA AMPLIAR LAS COBERTURAS DE EDUCACION EN CUIDADOS BICALES Y APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR.

La Estrategia Soy Generación más Sonriente, busca **reducir las oportunidades perdidas** a fin de incrementar la cobertura en educación en cuidados bucales y la aplicación de barniz de flúor, que junto con otras acciones como las demás actividades de protección específica, contribuyen a reducir algunos de los riesgos que llevan a presentar condiciones prevenibles que afectan la salud bucal.

Los mecanismos que se presentan a continuación son solo algunas de las opciones que pueden ser adoptadas y adaptadas acorde con las situaciones particulares en las que se encuentra la población objeto: municipio de residencia, zona de residencia (urbana, rural o rural dispersa), acceso en tiempo y/o distancia a los servicios de odontología, contacto con equipos PIC y de APS, condiciones socioculturales y económicas de la población, entre otros.

Por tanto no solo debe considerarse la demanda espontánea de las personas a los servicios, sino que debe procurarse inducir la demanda y desarrollar otras acciones para llevar los servicios a la población (incluso búsqueda activa, jornadas, entre otras posibles), a fin de cubrir a toda la población objeto definida.

A continuación se presentan algunos mecanismos posibilidades para la entrega de las intervenciones, que sin embargo no excluyen otras posibilidades que las entidades territoriales, las EAPB o los prestadores puedan desarrollar acorde con sus capacidades y habilidades de innovación.

Educación en cuidados bucales y aplicación de barniz de forma regular y continua en los servicios de odontología (modalidad intramural)

Se debe aprovechar todo contacto que la población objeto tenga al llegar a los servicios, independiente del motivo de consulta y del estado de afiliación, buscando siempre derivar a los menores de 18 años para que reciban información y educación en salud bucal así como la aplicación de barniz de flúor.

Para ello los prestadores de servicios (IPS, ESE, consultorios particulares, profesionales), han de gestionar al interior de sus entidades, las estrategias que permitan captar, identificar desde otras consultas (médicas, enfermería, especialidades pediátricas, atenciones extramurales, entre otras), a esta población para realizar la demanda inducida o la canalizarlos respectiva a los servicios de odontología o establecer otros espacios y personal capacitado que realice estas intervenciones.

Por su parte en los servicios de odontología con los odontólogos y auxiliares de salud oral, se deben gestionar las estrategias y los procesos necesarios para realizar la educación y la aplicación de barniz de flúor en el menor tiempo posible, de la población que llega por canalización, demanda inducida o

espontánea. Ello incluye por ejemplo, ajustar los horarios de los servicios, realizar jornadas específicas institucionales, organización de atenciones extramurales, entre otras.

Adicionalmente las EAPB (EPS y ET), deberán hacer entrega de los listados, programación y acuerdos de los afiliados en las edades de interés (1 a 17 años), a las IPS de su red y contribuir a la realización de actividades y estrategias de la demanda inducida y canalización de esta población para incrementar la cobertura de la aplicación de barniz. Por tanto las EAPB deben coordinar, participar, brindar apoyo, realizar la gestión requerida y el monitoreo en su red de prestadores, para que su población afiliada cuente con la cobertura de dos aplicaciones de barniz de flúor con intervalo de al menos 6 meses. Se deben entonces establecer mecanismos de concertación y acuerdos entre las administradoras y los prestadores, para garantizar la cobertura esperada en la población objeto.

Acorde con la Resolución 3202 de 2016, las intervenciones contenidas en las Rutas de Promoción y Mantenimiento son obligatorias, por lo que tanto las IPS como las EAPB deben prepararse para incorporar en sus acuerdos de voluntades los mecanismos para poder garantizar dichas intervenciones a las poblaciones objeto.

Educación en cuidados bucales y aplicación de barniz en espacios fuera de los servicios (modalidad extramural / brigadas-eventos, puntos fijos y móviles)

La presente propuesta toma como referencia varias de las estrategias exitosas del programa ampliado de inmunización PAI¹⁴, para lo cual desde el 2016 se ha procurado un trabajo conjunto con estos equipos que se continúa en el 2017 manteniendo la alianza, a fin de potenciar los mecanismos de socialización, sensibilización, movilización y gestión para acercar las intervenciones de vacunación y de salud bucal a la población, por ser todas ellas intervenciones de protección específica. De esta forma se espera reducir las oportunidades perdidas y de otra parte ser más costo – eficientes reduciendo barreras para el acceso de los niños y de sus familias.

En las modalidades extramurales es posible el desarrollo de actividades de educación en cuidados bucales y como se ha mencionado, dada la seguridad, fácil uso y aceptación del barniz de flúor entre la población objeto, es posible realizar las aplicaciones a través de esta modalidad, en espacios diferentes a los servicios odontológicos, mediante el acondicionamiento temporal para el desarrollo de la actividad, siempre que se cumpla con los requerimientos de habilitación establecidos, acorde con la normatividad vigente, haciendo en todo casos partícipes a la comunidad e involucrarlos en los preparativos, en los procesos y en el seguimiento a las acciones.

Acorde con lo anterior, la educación y aplicación del barniz, podrá realizarse durante visitas domiciliarias (especialmente en las áreas rurales, rurales dispersas y marginales de las zonas urbanas que presentan dificultad para el acceso a los servicios), ya sea en hogares, en los jardines o guarderías, establecimientos

¹⁴ Pudiendo además articular acciones con los grupos AIEP y PAII, servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes y las instituciones amigas de la mujer y la infancia, las instituciones con la iniciativa de Escuelas de Puertas Abiertas, Departamentos con la estrategia de escuelas saludables y los semilleros juveniles de Estilos de vida saludable.

escolares. También mediante la realización de jornadas por concentración o por conglomerados, con unidades móviles, puestos semifijos o fijos especialmente en donde existe demanda natural o concentración permanente u ocasional de población objetivo, haciendo uso de espacios disponibles como salones comunales, escuelas, iglesias, centros comerciales, entre otros, con el propósito de aprovechar todo contacto con la población objeto.

Los casos de niños, adolescentes y jóvenes con presencia de compromiso sistémico, que generalmente presentan aumento en los riesgos de enfermedad bucal, pueden recibir aplicación de barniz de flúor pero las condiciones de la aplicación deberán ser valoradas de forma específica por los profesionales y acorde con su criterio clínico, remitidos para aplicación del barniz a los servicios de salud. Sin embargo debe tenerse presente, que precisamente por presentar condiciones diferenciales particulares, son una población prioritaria para la aplicación de barniz de flúor, respaldada con la información sobre los cuidados de la salud bucal.

En todo caso debe garantizarse el cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios en el marco del SGC y por ende la calidad, bioseguridad y eficacia del procedimiento, de acuerdo con los estándares establecidos en la normatividad vigente, para lo cual deben planearse y gestionarse todos los recursos que sean necesarios. Ello incluye contar con el recurso humano suficiente y adecuadamente capacitado no solo en la manipulación y aplicación del material sino también en las recomendaciones e información que deben brindar a la comunidad, a los cuidadores de la población objeto y a los mismos niños, adolescentes y jóvenes, sobre los beneficios, los riesgos, la forma de aplicación y las recomendaciones para el máximo aprovechamiento del barniz, y sobre su derecho a recibir las subsiguientes aplicaciones.

Los sitios para la aplicación del barniz deberán estar debidamente señalizados para ser plenamente identificados incluyendo las rutas de ingreso y salida, deben mantener la privacidad y la bioseguridad requerida para procedimientos no invasivos, así como mantener los procesos para el desecho de los materiales acorde con los respectivos protocolos, así estos sean aplicados mediante modelo extramural.

El material debe preservarse y mantenerse en condiciones óptimas acorde a las recomendaciones de los fabricantes y deben seguirse las recomendaciones específicas de manejo del material y deberán tenerse presentes todas las condiciones de bioseguridad y de seguridad. Para realizar el seguimiento, deberá realizarse el registro adecuado en la respectiva Historia Clínica, en los registros de prestación de servicios de salud (RIPS) y en los registros que sean definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la implementación de la estrategia extramural, también son fundamentales las gestiones de las EAPB (EPS y ET) y los acuerdos que realicen con los prestadores para gestionar el incremento de la cobertura de aplicaciones y garantizar la cobertura esperada, y por tanto para realizar el seguimiento y la demanda inducida para las aplicaciones subsiguientes.

Jornadas Nacionales para 2017

Durante el 2017, las Jornadas Nacionales se continuaran realizando en alianza con el Programa Ampliado de Inmunización, en las siguientes fechas, a partir del mes de abril:

- Semana del 22 al 30 de Abril, teniendo como día central el 29 de abril
- 8 de Julio
- 7 de Octubre

OTRAS ACCIONES DE PROTECCION ESPECÍFICA CONTENIDAS EN LA RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO

No menos importantes que las intervenciones de educación para el cuidado bucal y la aplicación de barniz de flúor, son las demás intervenciones contenidas también en las Rutas de Promoción y Mantenimiento adoptadas mediante Resolución 3202 de 2016.

Por tanto para 2017, la Estrategia Soy Generación más Sonriente, incorpora la valoración de las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad, la valoración de los hábitos y prácticas de cuidado bucal, la aplicación de sellantes, la realización de detartraje y la realización de profilaxis, que deberán garantizarse a los menores de 18 años por el equipo de salud bucal, a través de las consultas odontológicas acorde con lo definido en los lineamientos de las rutas de promoción y mantenimiento por curso de vida.

Las consultas de odontología podrán realizarse a través de modalidad intramural o extramural, y deberán gestionarse de forma articulada por parte de las Entidades Territoriales, de las EPS y de los Prestadores, los recursos humanos, de equipamiento, insumos y logísticos para llevar las intervenciones acorde con los diferenciales territoriales definidos por el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), es decir acorde con la población que habita las zonas urbanas, las zonas rurales, y las rurales dispersas, teniendo además presente los demás enfoques diferenciales.

Para tal fin por tanto la estrategia, se basa en las competencias de las entidades que hacen parte del Sistema, especialmente de las competencias de las Entidades Territoriales, EAPB y prestadores de salud para que acorde con la Ley 1438 de 2011 articulen sus competencias y los contenidos de los planes de beneficios para acordar el trabajo conjunto haciendo uso de las intervenciones contenidas en la gestión integral del riesgo y en la gestión en salud pública.

Es claro sin embargo, que la implementación de las estrategias y el logro de las acciones, implica un trabajo y una gestión continua:

- Los profesionales de salud a partir de sus conocimientos y competencias, deben desarrollar capacidad y habilidades para gestionar en sus instituciones y entidades procesos que procuren la gestión del riesgo y la mejora en la prestación de servicios acorde con los ejes de la Política de Calidad de los Servicios (accesibilidad, calidad y eficiencia), de forma que aporten a la mejora de las

condiciones de salud de su población y brindar beneficios a sus entidades, como resultado del adecuado manejo de tecnologías, entre otras como el barniz de flúor.

- Los profesionales de las entidades territoriales y de las EPS, deben desarrollar mecanismos y estrategias para sensibilizar tanto a los tomadores de decisión como a la comunidad y a las personas, en procura de movilizarlos hacia el control del riesgo tanto colectivo como individual y hacia la toma de acciones que contribuyan a controlar la progresión de la enfermedad.
- Las EAPB son los responsables de la gestión del riesgo individual y por tanto su papel no se limita a los procesos de aseguramiento sino que deben gestionar los procesos para contar con una red de prestadores de servicios a través de los cuales garanticen los contenidos establecidos en los planes de beneficios, mediante el despliegue de estrategias que permitan de forma oportuna acceder a su población afiliada.
- Las Entidades Territoriales, por su parte aportan en adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud formuladas desde el nivel nacional o construidas en el propio territorio acorde con su realidad además de prestan asistencia técnica en su jurisdicción, vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema; deben promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud y realizar acciones inherentes a la atención en salud en la población que le es definida, entre otras competencias.

El cumplir con las competencias que les son propias a cada una de las entidades y actores del sistema, requiere de forma primordial y urgente de recurso humano con conocimiento científico pero además con capacidades administrativas para gestionar, implementar, monitorear y ajustar acciones en sus instituciones y en colaboración con aliados clave, en procura de movilizar a tomadores de decisión y a la población en torno a la mejora de las condiciones de salud y en particular de la salud bucal.

FINANCIACIÓN

- Los procedimientos de información y educación en cuidados de salud bucal, se encuentran financiados a través de los procedimientos individuales contenidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y a través de los procedimientos del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas, acorde con las competencias tanto de las EPS como de las entidades territoriales.
- Para los menores de 18 años, la aplicación de barniz de flúor se encuentra incluida dentro del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, por lo que no debe generarse ningún tipo de barrera de acceso dentro de los servicios, para que los usuarios puedan acceder a este procedimiento, toda vez que dentro del análisis de impacto financiero sobre la UPC según el informe técnico de evaluación de la efectividad clínica y económica del barniz, realizado por la CRES en el 2011 para su inclusión al plan de beneficios, este procedimiento se identificó como de primera elección para la prevención de la caries dental en pacientes jóvenes.
- De otra parte, las personas que no se encuentran afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, deberán ser cubiertos con los recursos de oferta, por parte de las respectivas entidades territoriales.

- También deben considerarse por las Entidades Territoriales recursos de Gestión en Salud Pública, acorde con sus competencias, haciendo uso eficiente de los mismos potenciando las mismas gestiones tanto para las acciones PAI como para las de Salud Bucal.

REPORTE PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN 2017

En 2017, el reporte de las intervenciones de educación en toda la población y de aplicación de barniz de flúor en los menores de 18 años, realizadas durante las consultas de odontología y durante las jornadas nacionales a través de mecanismos intra o extramurales, se realizara solo a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.

A través de los reportes en RIPS se monitoreara y evaluara el incremento de las coberturas de:

- Número y porcentaje de niños y/o cuidadores que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal.
- Número y porcentaje de niños de 1 a 2 años (12 a 35 meses), con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número y porcentaje de niños de 1 a 2 años (12 a 35 meses), con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número y porcentaje de niños de 3 a 5 años (36 a 71 meses), con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número y porcentaje de niños de 3 a 5 años (36 a 71 meses), con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida. Número y porcentaje de población de 6 a 17 años con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número de entidades que promueven cuidados bucales en territorios y en el país.
- Número y porcentaje de población de 6 a 17 años con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida.

Los índices de Historia y Prevalencia, serán los indicadores de resultados finales, que se evaluarán en principio a través de Estudios Nacionales, por lo que la línea de base es la lograda a través del ENSAB IV que se comparará al menos con el próximo que se tiene proyectado se realice a continuación del periodo de culminación del actual Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021).

- Historia de caries (COP menor de 1) y Prevalencia de Caries por edad para la población de 1, 2, 3, 4 y 5 años
- Historia de caries (COP menor de 1) y Prevalencia de Caries por cada edad para la población de 6 a 17 años

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A, N. P. (July-December 2013). Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 3(2).
- al, W. J. (Febrero de 2006). Fluoride Varnish Efficacy in Preventing Early Childhood Caries. *J Dent Res*, 85(2), 172–176.
- al, W. J. (February de 2006). Fluoride Varnish Efficacy in Preventing Early Childhood Caries. *J Dent Res*, 85(2), 172–176.
- al, W. J. (February de 2006). Fluoride Varnish efficacy in Prventig Early Childhood Caries. *J dent Res*, 85(2), 172–176.
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (2013). *Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents*. Obtenido de http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/.
- Association of State & Territorial Dental Directors. (s.f.). *Best Practice Approach Prevention and Control of Early Childhood Tooth Decay*. Obtenido de <http://www.astdd.org/prevention-and-control-of-early-childhood-tooth-decay>
- Bascones, A. y. (2006). Antisépticos orales: Revisión de la literatura y perspectiva actual. *Avances en Periodoncia*. 18(1), 21-29.
- Cabrera D, H. M. (Abril-Junio de 2009). Riesgo de caries dental en niños atendidos en el hogar en el periodo 2006-2007. *Rev Cubana Estomatol*, 46(2).
- Dahiya, C. M. (2007). Fluoride Varnish: A Useful Dental Public Health Tool. *The Internet Journal of Dental Science*, 4(2).
- Department of Health and Family Services Division of Health Care Financing State of Wisconsin. (s.f.). *Nevada division of public and behavioral health*. Obtenido de <http://dphb.nv.gov/Programs/OH/OH-Home/>
- Department of Health and Family Services Division of Health Care Financing State of Wisconsin. (s.f.). *Nevada Division of Public and behavioral Health* . Obtenido de <http://dphb.nv.gov/Programs/OH/OH-Home/>
- J., B.-A. E. (May de 2000). Fluoride Varnishes A Review of Their Clinical Use, Cariostatic Mechanism, Efficacy and Safety. *JADA*, 131.
- K, A. (2005). Present and Future Approaches for the Control of Caries. *Journal of Dental Education*. Volume 69, Number 5, 69(5), 538-54.
- K, A. (2005). Present and Future Approaches for the Control of Caries. *Journal of Dental Education*, 69(5), 538-54.
- Mafía, A. (Jan/Mar de 2001). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colomb. Med.*, 56(1).
- Marinho VCC, H. J. (2008). *Barnices fluorados para la prevención de caries dentales en niños y adolescentes*. Obtenido de Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Martignon, S. (s.f.). *Manejo temprano de caries: ¿cuál es la evidencia de las estrategias preventivas actuales?* Universidad El Bosque.
- Milgrom, P. (2005). The effectiveness and estimated costs of the access to baby and child dentistry program un Washington State. *Journal of the American Dental Association*, 136(9).
- Ministerio de la Protección Social, Sociedad Colombiana de Pediatría y OPS. (2010). *Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia _ AIEPI*. Bogotá: Organización panamericana de la Salud.
- Ministerio de Salud . (2000). Resolución 412 de 2000 Norma Técnica de Salud Bucal.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). www.minsalud.gov.co.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Resolución 3202 de 2016. Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>
- Mouradian, W. E. (2001). The Face of a Child: Children's Oral Health and Dental Education. *Journal of Dental Education* , 65(9), 821-831.

- Nevada State Health Division Maternal and Child Health Oral Health Initiative. (s.f.). *Nevada Division of Public and Behavioral Health*. Obtenido de <http://dpbh.nv.gov/Programs/OH/OH-Home/>
- Nickerson A, O. G.-C. (January/February de 1999). The use of fluoride varnishes as topical preventive agents. *Continuing Education New York University*.
- otros, W. J. (2006). Fluoride Varnish Efficacy in Preventing Early Childhood Caries. *J Dent Res*.
- Quiñonez, R. B. (2006). Simulating cost-effectiveness of fluoride varnish during well-child visits fMedicaid-enrolled children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(2), 164-170.
- Rivero LA, C. E. (2000). Relación de la experiencia anterior de caries con la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. *Rev Cubana Estomatol*, 37(3), 162-5.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2006). Prevention and management of dental decay in the pre-school child. Anation al clinical guideline. *Australian Dental Journal*, 51(3), 272-275.
- Slavkin, H. C. (2001). Expanding the Boundaries: Enhancing Dentistry's Contribution to Overall Health and Well-Being of Children. *Journal of Dental Education*, 65(12).
- Twetman, S. (2008). Prevention of early childhood caries (ECC): review of literature published 1998-2007. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 9(1), 12-18.
- Weintraub, J. (2006). Fluoride Varnish Efficacy in Preventing Early Childhood Caries. *J Dent Res*, 85(2), 172-176.
- World Health Organization. (2002). *Global oral health data bank*. Obtenido de World Health Organization.