

CARACTERIZACIÓN DE LA CARIES DENTAL EN ADOLESCENTES 12 AÑOS EN EL
DEPARTAMENTO DE RISARALDA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2018, MEDIANTE
EL ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACIÓN

JOHN JAIRO OSPINA OSPINA
BEATRIZ EUGENIA ECHEVERRY CASTAÑO



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SISTEMAS DE LA SALUD
PEREIRA
2019

CARACTERIZACIÓN DE LA CARIES DENTAL EN ADOLESCENTES 12 AÑOS EN EL
DEPARTAMENTO DE RISARALDA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2018, MEDIANTE
EL ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACIÓN

JOHN JAIRO OSPINA OSPINA
BEATRIZ EUGENIA ECHEVERRY CASTAÑO

Presentado a:
Mg. JAVIER ALEJANDRO GAVIRIA MURILLO

Trabajo presentado como requisito para optar al Título de
Especialistas en Gerencia de Sistemas de Salud



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SISTEMAS DE LA SALUD
PEREIRA
2019

CONTENIDO

	Pág.
ABSTRAC.....	xii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv
1. JUSTIFICACIÓN.....	xv
2. PLANTEAMIENTO DEL AREA PROBLEMÁTICA.....	16
3. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS.....	18
3.1 Pregunta Central.....	18
3.2 Preguntas Específicas.....	18
4. OBJETIVOS.....	19
4.1 Objetivo General.....	19
4.2 Objetivos Específicos.....	19
5. MARCO REFERENCIAL.....	20
5.1 MARCO HISTÓRICO.....	20
5.1.1 Antecedentes Históricos de la Salud Bucal.....	20
5.2 MARCO TEÓRICO.....	23
5.2.1 Clasificación Internacional (CIE) Diagnósticos De Caries.....	23
5.2.2 Caries Dental.....	24
5.3 MARCO NORMATIVO.....	32
5.3.1 Plan Nacional De Salud.....	32
5.3.2 Política Pública Salud Bucodental En Colombia.....	35
5.3.3 Lineamientos Salud Bucal En El Departamento De Risaralda.....	36
5.3.4 Registro Individual De Prestación De Servicios De Salud.....	37
5.4 MARCO CONCEPTUAL.....	47
5.4.1 Estudios Realizados En Salud Bucal.....	47
5.5 MARCO SITUACIONAL.....	64
5.5.1. Reseña Del Departamento De Risaralda.....	64
5.5.2 Información Poblacional.....	65

6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	70
6.1 Tipo de Investigación	70
6.2 Definición del Diseño.....	70
6.2.2 No Experimental.....	70
6.2.3 Diseño Longitudinal	70
6.2.4 Recolección de Datos Secundarios.....	71
6.2.5 Delimitación del Estudio	71
6.3 Definición de Variables.....	71
6.3.1 Variable Independiente.....	71
6.3.2 Variables Dependientes	72
6.4 Instrumentos	72
6.5 Procedimiento.....	72
7. ANALISIS DE LA INFORMACION	74
7.1 Fase Descriptiva	74
7.2 Fase Interpretativa	89
7.2.1 La Caries Dental En El Departamento de Risaralda.....	89
7.3 Sinopsis Análisis Comportamental según RIPS.....	100
8. CONCLUSIONES.....	102
9. RECOMENDACIONES	104
GLOSARIO.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Índice De Dientes Cariados Por Niveles De Severidad, Acorde Con Los Criterios ICDAS.	28
Tabla 2. RIPS Archivo De Control, Características De Los Datos	38
Tabla 3. RIPS Archivo De Consulta, Características De Los Datos	39
Tabla 4. Muestra Final Personas Examinadas Por Regiones	63
Tabla 5. Proyección Población Adolescentes 12 Años Colombia, Según DANE, 2014–018 .	66
Tabla 6. Población Departamento De Risaralda Adolescentes 12 Años, 2014 - 2018.....	66
Tabla 7. Población Municipio De Apía - Risaralda Adolescentes 12 Años, 2014 - 2018	66
Tabla 8. Población Municipio De Balboa - Risaralda Adolescentes 12 Años	67
Tabla 9. Población Municipio De Belén De Umbría - Risaralda Adolescentes 12 Años	67
Tabla 10. Población Municipio De Dosquebradas - Risaralda Adolescentes 12 Años.....	67
Tabla 11. Población Municipio De Guática - Risaralda Adolescentes 12 Años	67
Tabla 12. Población Municipio De La Celia - Risaralda Adolescentes 12 Años.....	67
Tabla 13. Población Municipio De La Virginia - Risaralda Adolescentes 12 Años	68
Tabla 14. Población Municipio De Marsella - Risaralda Adolescentes 12 Años.....	68
Tabla 15. Población Municipio De Mistrató - Risaralda Adolescentes 12 Años.....	68
Tabla 16. Población Municipio Pueblo Rico - Risaralda Adolescentes 12 Años	68
Tabla 17. Población Municipio De Quinchía - Risaralda Adolescentes 12 Años.....	68
Tabla 18. Población Municipio De Santa Rosa De Cabal - Risaralda Adolescentes 12 Años.	69
Tabla 19. Población Municipio De Santuario - Risaralda Adolescentes 12 Años	69
Tabla 20. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pereira, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	75
Tabla 21. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Apía, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	76

Tabla 22. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Balboa, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	77
Tabla 23. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Belén De Umbría, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	78
Tabla 24. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Dosquebradas, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	79
Tabla 25. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Guatica, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	80
Tabla 26. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio La Celia, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	81
Tabla 27. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio La Virginia, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	82
Tabla 28. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Marsella, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	83
Tabla 29. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Mistrató, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	84
Tabla 30. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pueblo Rico, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	85
Tabla 31. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Quinchía, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	86

Tabla 32. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Santa Rosa De Cabal, Departamento De Risaralda 2014 - 2018.....	87
Tabla 33. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Santuario, Departamento De Risaralda 2014 - 2018.....	88
Tabla 34. Población Risaralda Niños 12 Años Vs Población Risaralda Niños 12 Años Consulta Salud Por Primera Vez Periodo 2014 - 2018	89
Tabla 35. Población Risaralda Adolescentes 12 Años Vs Población Niños 12 Años Consulta Salud Oral Por Primera Vez Periodo 2014 - 2018.....	91
Tabla 36. Clasificación Internacional Diagnósticos (Cie) Caries K020 – K029, Información Reportada Por Los RIPS.....	93
Tabla 37. Comportamiento Diagnóstico Caries De La Dentina K021 Niños 12 Años, Departamento De Risaralda 2014 - 2018	94
Tabla 38. Población Adolescentes 12 Años Departamento Risaralda Vs Población Diagnosticada Con Caries K020 – K029 Años 2014 – 2018 Departamento De Risaralda.....	95
Tabla 39. Datos Población Adolescentes 12 Años Género Masculino Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018	96
Tabla 40. Datos Población Adolescentes 12 Años Género Femenino Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018	97
Tabla 41. Valores Porcentuales Población Adolescentes 12 Años Género Femenino Y Masculino, Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018.....	98
Tabla 42. Valores Promedio Para Ambos Géneros Población Niños 12 Años Consulta Salud – Consulta Salud Oral Y Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda Periodo 2014 – 2018.	99

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pereira, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	75
Gráfico 2. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pereira, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	76
Gráfico 3. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Balboa, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	77
Gráfico 4. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Belén De Umbría, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	78
Gráfico 5. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Dosquebradas, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	79
Gráfico 6. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Guatica, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	80
Gráfico 7. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio La Celia, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	81
Gráfico 8. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio La Virginia, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	82
Gráfico 9. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Marsella, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	83

Gráfico 10. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Misstrató, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	84
Gráfico 11. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pueblo Rico, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	85
Gráfico 12. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Quinchía, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	86
Gráfico 13. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Santa Rosa De Cabal, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.	87
Gráfico 14. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Santuario, Departamento De Risaralda 2014 - 2018.	88
Gráfico 15. Población Risaralda Niños 12 Años Vs Población Risaralda Niños 12 Años Que Consulta Salud Por Primera Vez Periodo 2014 - 2018	90
Gráfico 16. Porcentaje Niños 12 Años Consulta Salud Por Primera Vez En El Departamento De Risaralda Periodo 2014 – 2018.	90
Gráfico 17. Población Risaralda Niños 12 Años Vs Población Que Consulta Salud Oral Por Primera Periodo 2014 - 2018.	91
Gráfico 18. Porcentaje Niños 12 Años Consulta Salud Oral Por Primera Vez En El Departamento De Risaralda Periodo 2014 – 2018	92
Gráfico 19. Comportamiento De Cada Diagnóstico Caries K020 – K029 Años 2014 – 2018 Para El Departamento De Risaralda	93
Gráfico 20. Comportamiento Diagnóstico Caries De La Dentina K021 Niños 12 Años, Departamento De Risaralda 2014 - 2018	94
Gráfico 21. Población Adolescentes 12 Años Departamento Risaralda Vs Población Diagnosticada Con Caries K020 – K029 Años 2014 – 2018 Departamento De Risaralda.	95

Gráfico 22. Comportamiento En Adolescentes 12 Años Género Masculino Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018	96
Gráfico 23. Comportamiento En Adolescentes 12 Años Género Femenino Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018	97
Gráfico 24. Comportamiento Población Adolescentes 12 Años Género F Y M, Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018	98

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Enfermedades De La Cavityad Bucal, De Las Glándulas Salivales Y De Los Maxilares (K00 – K14).....	23
Figura 2. Índice De Caries Dental Coronal: Primaria Criterios ICDAS Modificado: Ditección Y Severidad De La Lesión.....	28
Figura 3. Índice Cariados Obturados Perdidos A Los 12 Años Frente A Los Países De América	48
Figura 4. Promedio De Dientes Con Caries, Obturados Y Perdidos Por Caries	54
Figura 5. Prevalencia De Caries – Estudios Nacionales (Caries No Tratada – Total Personas Dentición Permanente)	56
Figura 6. Índice COP Con Caries Cavitada Vs COP Y Caries Incipiente Por Curso De Vida – Ensab IV	58
Figura 7. División Política Administrativa y Límites, Risaralda	64

ABSTRAC

Analyze the Secondary Information Sources (SIS), which were provided by the Risaralda Department Secretariat of Health, concerning dental cavity in 12-year-old- adolescents, for both genders, in the Risaralda Department, 2014-2018 period, diagnostics International Classification (ICD) K020-K029, to determine its behavior, by means of the descriptive methodology. The search of our group population information was provided by the National Statistics Department (DANE –in Spanish), where the population trend was observed, contrasting this information with the Secondary Information Sources (SIS), about the attendance to consultation in health for the first time and consultation in dental health for the first time.

Key words: Cavities, SIS, Consultation, Information, Population.

.

RESUMEN

Analizar los datos de las fuentes secundarias de información (RIPS), las cuales fueron aportadas por la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda, en relación con la caries dental en adolescentes 12 años, para ambos géneros, en el Departamento de Risaralda, periodo 2014 – 2018, diagnósticos Clasificación Internacional (CIE) K020 – K029, para determinar el comportamiento de la misma, mediante la metodología descriptiva. La búsqueda de información poblacional de nuestro grupo objeto de estudio fue aportada por parte del Departamento Nacional de Estadística (DANE), donde observamos la tendencia de esta población, contrastando esta información con las Fuentes Secundarias de Información (RIPS), a cerca de la asistencia a consulta en salud por primera vez y consulta en salud oral por primera vez.

Palabras clave: Caries, RIPS, Consulta, Información, Población.

INTRODUCCIÓN

Colombia como país miembro de Naciones Unidas ONU desde el 5 de noviembre de 1945, debe alinear sus políticas públicas con los objetivos de desarrollo del milenio. Los objetivos de desarrollo sostenible del Milenio se crearon como la hoja de ruta Con base en los valores y principios acordados por los Estados Miembros en la Cumbre del Milenio de 2010, los ODM han servido de marco mundial para la acción colectiva orientada a la reducción de la pobreza y a la mejora de las vidas de las personas de pocos recursos.

Al identificar las políticas públicas orientadas a la promoción y prevención en salud oral para jóvenes de 12 años en el departamento de Risaralda en el periodo 2014-2018 y analizar la misma población, en relación a las caries dentales con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, se observará cuál es su tendencia en el Departamento de Risaralda.

El análisis de estos datos son fundamentales, sobre cómo los programas de promoción y prevención tienen una incidencia en la disminución de la caries dental y los registros Individuales de información de prestación de Servicio de salud (RIPS) del departamento, nos dan una caracterización de la caries en adolescentes 12 años en el Departamento de Risaralda para el periodo comprendido entre el 2014 – 2018.

1. JUSTIFICACIÓN

Nuestro objeto de estudio, busca caracterizar el comportamiento de la caries K020 – K029, en adolescentes 12 años para el Departamento de Risaralda, para nuestro periodo de estudio 2014 – 2018; realizando un discernimiento entre los diagnósticos de caries K020 – K029, identificando cuáles son los diagnósticos de caries que más se presentan de acuerdo a la Clasificación Internacional Diagnóstico (CIE).

Esta información es provista por fuentes secundarias: como la de base de datos de vigilancia en salud pública, Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, que aplican para el presente trabajo de grado en el periodo 2014 – 2018, reportados a la secretaria de Salud de Risaralda.

Al analizar estos resultados, derivados de la evaluación, permitirá a los entes oficiales y no oficiales, saber cuáles son los diagnósticos que más se presentan en la caracterización de la caries K020 – K029 en adolescentes 12 años para los diagnósticos nombrados, dirigidas a la salud oral, presentando resultados concluyentes.

2. PLANTEAMIENTO DEL AREA PROBLEMÁTICA

La salud oral tiene un papel esencial en la calidad de vida de la población, siendo importante la parte funcional, que incluye la masticación, respiración, deglución, el comportamiento del aparato estomagtonatico y la estética, lo cual influye en la forma en que se interrelacionan las personas. Las patologías no tratadas, afectan la salud por complicaciones locales o abscesos, celulitis facial, mal oclusión por perdida de diente afectando la persona con su entorno ya que causa una baja autoestima de las personas y su rendimiento laboral. En nuestro estudio nos enfocamos en la población adolescentes 12 años del departamento de Risaralda.

En los últimos años se cuenta con una nueva regulación para la recolección de datos, la cual está basada en las fuentes de información secundaria (RIPS). Esta información es recolectada de los diferentes actores del sistema de salud, Según estas fuentes se puede determinar la tendencia en los indicadores de las patologías bucales en dentición temporal y permanente, estos indicadores pueden permitir construir políticas públicas en salud y su respectivo impacto en los programas preventivos a nivel nacional y mundial.

La organización mundial de la salud (OMS) señalo que para el 2020 se debe disminuir el impacto de las patologías bucales (caries dental) para lograr una salud integral, a través de la reducción de enfermedades bucales, disminuyendo el efecto de las complicaciones orales y craneofaciales de las enfermedades sistémicas, buscando diagnósticos tempranos, prevención y tratamiento adecuado buscando una tendencia a la baja de estas patologías. (FDI - OMS, 2003)

Una de las primeras causas de morbilidad en la población nacional son las enfermedades de los dientes y tejidos de sostén (ministerio de salud, 1999), En Bogotá dentro de las

primeras causas de consulta, encontramos la caries de la dentina como la cuarta causa. Los procedimientos reportados en los RIPS de Bogotá, fueron la consulta de primera vez y urgencias (secretaría distrital de salud de Bogotá, Martha lucia Hincapié Molina, 2014).

Bajo esta perspectiva y según lo observado, se nota una alta carga de morbilidad del sistema estomatognático, en la población de Bogotá, por lo que es pertinente en un primer momento conocer y analizar los datos que nos pueden ofrecer las fuentes secundarias de información RIPS, para establecer nuestro caso en estudio, en adolescentes 12 años para el Departamento de Risaralda en los diagnósticos de caries K020 – K029 para el periodo 2014-2018.

Hasta el momento las fuentes de información para salud bucal se encuentran principalmente en datos publicados en las cuatro encuestas poblacionales y documentos técnicos del Ministerio de Salud y Protección, sin encontrar un gran estudio basado en fuentes secundarias de información (RIPS).

3. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

3.1 Pregunta Central

¿Cuál es el comportamiento de la caries en adolescentes de 12 años, diagnósticos K020 - K029 para el periodo 2014 - 2018 tomando como base las fuentes secundarias de información?

3.2 Preguntas Específicas

1. Según la información de fuentes secundarias de información (RIPS) para adolescentes de 12 años del Departamento de Risaralda en el periodo del 2014 - 2018, cual es el comportamiento de cada diagnóstico de caries de K020- K029?.
2. Según la información de fuentes secundarias de información (RIPS) para adolescentes de 12 años del Departamento de Risaralda en el periodo del 2014 - 2018, cuál de los diagnósticos de caries es el que más se presenta en nuestra población?.
3. De acuerdo a la información poblacional del DANE para adolescentes 12 años del Departamento de Risaralda en el periodo 2014 – 2018, cuál es la tendencia de consulta en salud por primera vez?
4. De acuerdo a la información poblacional del DANE para adolescentes 12 años del Departamento de Risaralda en el periodo 2014 – 2018, cuál es la tendencia de consulta en salud oral por primera vez?.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Analizar el comportamiento de la caries dental en la población de niños y niñas de 12 años en el Departamento de Risaralda, en el periodo 2014 y 2018, con base en las fuentes secundarias para determinar el comportamiento de la caries K020 – K029.

4.2 Objetivos Específicos

De acuerdo con el objetivo general propuesto se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar los datos suministrados por las Fuentes Secundarias de Información (RIPS) para observar el comportamiento de la caries dental, clasificación internacional de enfermedades (CIE), códigos K020 – K029 para el periodo 2014 – 2018 en el Departamento de Risaralda para ambos géneros.
2. Analizar los datos suministrados con las fuentes secundarias de información (RIPS) con respecto a la clasificación de caries K020 a K029 en el periodo 2014 - 2018 para ambos géneros, determinando cual es la que más se presenta.
3. Identificar cuál es la cantidad de consultas en salud de primera vez, a la cual asiste nuestra población objeto para el periodo 2014 – 2018 en el Departamento de Risaralda.
4. Identificar cuál es la cantidad de consultas en salud oral de primera vez, a la cual asiste nuestra población objeto para el periodo 2014 – 2018 en el Departamento de Risaralda

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO HISTÓRICO

5.1.1 Antecedentes Históricos de la Salud Bucal

La odontología, tiene relativamente una corta existencia como carrera separada de la medicina, pero su práctica tiene existencia desde tiempos remotos, sobre todo en la práctica de extracciones dentales.

El retiro de una caries fue el primer hallazgo y se encontró en el norte de Italia hace 14 milenios, pero se encuentra una mayor cantidad de casos documentados en el año 3000ac, con la medicina egipcia, ya que se han encontrado cráneos con dientes presentando incrustaciones de piedras preciosas. En el 1000ac se encontró evidencia del uso de la acupuntura para dolores dentales en china. Los etruscos y fenicios, utilizaron bandas y alambres de oro para realizar las primeras prótesis de oro, hacia el año 700ac. También hay indicios de que el pueblo maya también realizaba este tipo de prótesis. (SANZ SERRULLA, 1999)

Surge en Grecia en el siglo VI AC las primeras escuelas especialmente la escuela de Alejandría e Hipócrates tenía varias teorías sobre la enfermedad dental. Se sabe del uso de alambre caliente para tratar enfermedades de los tejidos orales, estudios sobre extracción dental, y el uso de alambres para estabilizar fracturas y dientes perdidos. Galeno llegó a realizar las primeras ilustraciones sobre el cuerpo humano.

Años más tarde entre los siglos V AL XV los monjes tradujeron numerosos libros procedentes de los países árabes, en el siglo X existía la escuela médica de Salerno, donde existía un programa regulado donde daban enseñanza rudimentaria de medicina oral la cual existió hasta la aparición de las primeras universidades.

De esta última época descrita, se debe mencionar a Bernardo de Gordon, el cual hablaba acerca del aflojamiento de dientes y Guy de Chauliac el cual por primera vez habló de la higiene dental, describió la caries, la cual constaba según el de dos etapas, producción de dolor, producción de dolor sin estímulo externo, y Giovanni da Vigo del cual se tienen indicios de ser de los primeros de hacer obturaciones en oro.

En el siglo XVI, cuando inicia el renacimiento, fue significativa la invención de la imprenta, lo cual permitió una mayor difusión de los libros con contenido médico, reinterpretando los métodos antiguos por un nuevo enfoque donde los estudiantes podían tener acceso a pacientes enfermos. El primer texto referido a la odontología es de Francisco Martínez de Castrillo, el cual se titulaba “coloquio breve y compendios sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca, con muchos aviso y remedios necesarios, y la orden de curar los diente” trabajo que fue publicado en el año de 1557. Vesalio ilustró y realizó una anatomía, la cual tiene un capítulo dedicado a ilustraciones de dientes y huesos. (DUQUE NARANJO, Camilo - LOPEZ LOPEZ Hector, 2002)

En el mundo árabe, en el año 936 dc se dio a conocer Avicena el médico más famoso de su época, el cual produjo una obra llamada Al-Tasrif, donde hace referencia y observaciones sobre los dientes y encías. Cauterizaba las fistulas, sabia de la importancia de eliminar la placa dental, emparejaba los dientes con limas, realizo reimplantes dentales, y recomendaba la sindesmotomía previa a una extracción dental.

En los siglos XVIII Y XIX, aparecen múltiples escuelas de medicina, pero es hasta la llegada de Pierre Fauchard, dentista francés, cuando se da inicio a una época más seria en la concepción de la odontología, dando grandes aportes, por lo cual es considerado el padre de la odontología. Su obra “le chirugien dentiste, ou, traite des dents”, de 1728, clasifica las enfermedades de la caries, describe las patologías de la encía y hueso de soporte, presenta casos clínicos y el diseño de prótesis e instrumentos clínicos. Pfapp en 1756 describió y uso el primer sistema de impresiones y vaciado en yeso, Chamant utilizo dientes de porcelana, Bunon que fue el primero en describir la hipoplasia del esmalte, Mouton que fue el primero en

utilizar coronas metálicas de oro, Bourdet, que se dedicó a la ortodoncia, Heistel que explico la fisiología de la masticación, también dieron inicio a esta nueva etapa en la odontología.

Entre los años 1800-1850 se comenzaron a utilizar fluoruros y la utilización en el agua, pero con la llegada de la amalgama, la cual fue utilizada por Auguste Taveau en 1816, se empezó a estudiar científicamente los materiales a ser usados en boca. En 1815 Levy Spear Parmly promueve el uso de la seda dental. En 1844 Horace Wells fue el pionero de la anestesia, al demostrar una extracción con óxido nitroso sin dolor, luego también se utilizaría el éter.

La odontología moderna inicia cuando se funda el Baltimore College of Dental Surgery, por Horae Haydn, que además inicio la american dental association (ADA).

En 1848 se patento la primera silla odontológica, en 1871 James Bell Morrison patento el primer taladro dental mecánico, que origino un gran avance en la profesionalización de la odontología. En 1890 Willoughby D Miller, describe las bases microbiológicas de la caries dental. En 1895 Wilhelm C Roentgen descubre la radiación X y Walkhof realizo la primera radiografía dental de la historia para luego ser comercializado el primer aparato dental de rayos x en 1928. Por estos mismos años G.V. Black estandariza la preparación de cavidades.

En 1929 surge la penicilina la cual tuvo un gran impacto en los protocolos para el tratamiento de infecciones dentales. En 1955 Michael Buonocore, descubre y describe la estructura dental, descubriendo e iniciando los principios de la adhesión. En 1957 John Borden invento la pieza de mano de alta velocidad y en los años 80 Ingvar Branemark describe la técnica para implantes dentales.

Con respecto a Colombia, en 1825 el dentista francés Henri Fonvielle, trajo las primeras técnicas al país, pero la odontología fue practicada por barberos y no fue hasta al año de 1888 cuando se fundó el primer colegio dental de Bogotá, por parte de Guillermo Vargas Paredes, considerado el padre de la odontología en Colombia, y su colegio en el pionero de la educación odontológica en el país, en este proyecto también colaboraron Alejandro Salcedo y Nicolás Rocha Caicedo.

En el gobierno de Rafael Reyes, año 1905, se reglamentó la profesión de la odontología, y en el año 1926 se fundó la federación odontológica colombiana.

En 1927 se creó la facultad de odontología de la universidad nacional y en 1951 la facultad de odontología de la universidad javeriana, siendo la primera privada del país.

5.2 MARCO TEÓRICO

5.2.1 Clasificación Internacional (CIE) Diagnósticos De Caries.

Los diagnósticos que extractados de las Fuentes Secundarias de Información (RIPS) para nuestro caso estudio se encuentra en el CIE 10, que es la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, para nuestro trabajo utilizamos los diagnósticos relacionados con caries dental que son:

Figura 1. Enfermedades De La Cavity Bucal, De Las Glándulas Salivales Y De Los Maxilares (K00 – K14).

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES	
K02	Caries dental
K02.0	Caries limitada al esmalte Manchas blancas [caries incipiente]
K02.1	Caries de la dentina
K02.2	Caries del cemento
K02.3	Caries dentaria detenida
K02.4	Odontoclasia Melanodoncia infantil Melanodontoclasia
K02.5	Caries con exposición pulpar
K02.8	Otras caries dentales
K02.9	Caries dental, no especificada

Fuente: CIE-10

5.2.2 Caries Dental.

La caries es una de las patologías más complejas en el área de salud bucal. Es resultado del desequilibrio fisiológico entre los minerales del tejido dental y la presencia de fluidos. Esto se debe principalmente a la acción metabólica de las bacterias que se depositan en la biopelícula (placa bacteriana), lo que sucede en caso de que dichas bacterias permanezcan por tiempos prolongados sin ser removida. (MINSALUD, 2014)

Este fenómeno se clasifica como una enfermedad en los tejidos dentales duros. La caries se da de forma continua, comenzando con la pérdida de mineral a nivel iónico, que significa la desmineralización de la superficie del esmalte y de no recibir tratamiento adecuado puede generar la destrucción de los tejidos del diente, esmalte y dentina; en los casos más severos la pérdida de la estructura dental. Algunas de sus complicaciones son “la afectación de la pulpa dental y de los soportes dentales por la diseminación de la infección produciendo incluso abscesos y celulitis faciales”. (MINSALUD, 2014)

Si bien la caries en estadios iniciales no presenta sintomatología una vez agravada la patología se puede producir sensibilidad a los cambios térmicos. Sin embargo, existen criterios para el diagnóstico de la caries, pues se requiere reconocer el tipo y la gravedad de la patología en cada uno de los pacientes, pues de ello dependerá el tratamiento adecuado. (MINSALUD, 2014),

Existen dos tipos principales de evaluación para el diagnóstico de la Caries:

- Clínica
- Radiográfica.

5.2.2.1 Criterios para la Clasificación Clínica de la Caries Dental.

Cada una de ellas con signos particulares de diagnóstico que se enlistan a continuación:

- Opacidad del esmalte visible después de secar por 5 segundos.
- Opacidad del esmalte visible sin secar con aire.

- Destrucción superficial localizada.
- Decoloración del esmalte (café) con y sin destrucción localizada superficial.
- Pérdida superficial en esmalte opaco.
- Cavidad en esmalte que alcanza dentina.

5.2.2.2 Criterios Para La Clasificación Radiográfica De La Caries Dental

- Radiolucidez visible en el esmalte y en la unión amelo-dentinaria.
- Radiolucidez limitada al 25% de la dentina.
- Radiolucidez en dentina de menos de la mitad de la profundidad de la dentina.
- Radiolucidez profunda en dentina.

5.2.2.3 Factores Predisponentes

Estos factores hacen referencia a todas las situaciones que aumentan la posibilidad de que se genere caries dental. Se puede diferenciar entre locales y sistémicos.

5.2.2.3.1 Factores Locales

Dientes en proceso de erupción: los primeros molares permanentes y los segundos molares permanentes se consideran retentivos de placa bacteriana en su superficie oclusal y son los dientes que demoran más tiempo en emerger hasta lograr contacto oclusal con el antagonista (hasta dos años).

Otras situaciones que favorecen la retención de placa bacteriana o dificultan su remoción:

- Mal-posiciones dentales.
- Aparatología ortodóncica.
- Prótesis o materiales dentales.
- Restauraciones desadaptadas o defectuosas.

- Defectos del desarrollo del esmalte/ dentina concomitantes con pérdida de estructura dental.
- Abfracción
- Dientes posteriores en infra-oclusión.
- Limitación de apertura bucal.
- Presencia de enfermedad periodontal.

5.2.2.3.2 Factores Sistémicos

- **Problemas salivares:** Xerostomía o hiposalivación
- **Por Condiciones sistémicas:** Síndrome de Sjögren, diabetes, VIH/sida, esclerodermia, sarcoidosis, lupus, enfermedad de Alzheimer, deshidratación, paperas, enfermedad injerto vs. huésped, adulto mayor.
- **Por Condiciones o enfermedades orales:** sialolitiasis, parotiditis, mucocele, obstrucción salivar.
- Como secuela de tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia en cabeza y cuello.
- Secundaria a medicamentos anticolinérgicos, antidepresivos, sedantes, tranquilizantes, antihipertensivos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes, relajantes musculares.
- **Alteraciones en la composición salivar:** desnutrición, hormonas, embarazo, drogas, ejercicio, ritmo biológico, especias/condimentos
- **Alteraciones en la tasa de flujo salivar:** Cigarrillo, vómito, reflejo nauseabundo, ingesta de alimentos.
- **Discapacidades físicas o mentales:** cuando crean una barrera y/o dependencia de terceros para la adecuada realización de la higiene oral y el control de placa.

5.2.2.4 Diagnóstico Integral En Caries Dental

La caries es una de las enfermedades de mayor prevalencia, por ello es de vital importancia realizar diagnóstico a edades tempranas, que permitan un tratamiento oportuno. De esta forma se pueden evitar graves secuelas en la población adulta. Los métodos diagnósticos más utilizados son:

5.2.2.4.1 Visual

Se aconseja utilizar el método visual, siempre sobre una superficie limpia, seca y bien iluminada. Este método diagnóstico reporta una sensibilidad del 60 % y una especificidad del 85 %. Desde que se ha demostrado que la formación de la lesión ocurre en el área de retención de placa a la entrada de la fisura (en superficie oclusal), consecuentemente la lesión debería ser visible si se remueve la placa.

Hace algunos años se propusieron nuevos criterios visuales para la detección de caries oclusal. Se describió un sistema de categorías y un estudio de laboratorio mostró que este sistema se correlaciona bien con la profundidad de la lesión a la valoración histológica. Esto significa que un odontólogo, usando sólo este sistema visual, va a tener una buena idea de la profundidad de la lesión histológicamente. (CUETO ROSTOM, 2009).

En el año 2002, aparece ICDAS – un Sistema Internacional de Detección y Valoración de Caries (International Caries Detection and Assessment System), como respuesta a las recomendaciones de las reuniones internacionales “NIH Consensus Development Conference” (2001) y “ICW Meeting on Clinical Caries Trials” (2002) y, como un reto para sintetizar la evidencia en desarrollo en los parcialmente sobrepuestos campos de la epidemiología, investigación clínica y manejo en caries dental y estandarizar la terminología, los criterios y los sistemas de registro en caries dental.

Con base en la substancial variabilidad encontrada en los sistemas de criterios visuales y visuo-táctiles de detección de caries dental en cuanto a los procesos de enfermedad medidos, los criterios de inclusión y exclusión y, las condiciones de examen. El comité de ICDAS se ha conformado para desarrollar un sistema de detección y valoración de caries dental internacionalmente aceptable, estandarizada, que pueda de una manera confiable y precisa al detectar lesiones de caries dental y valorar su severidad.

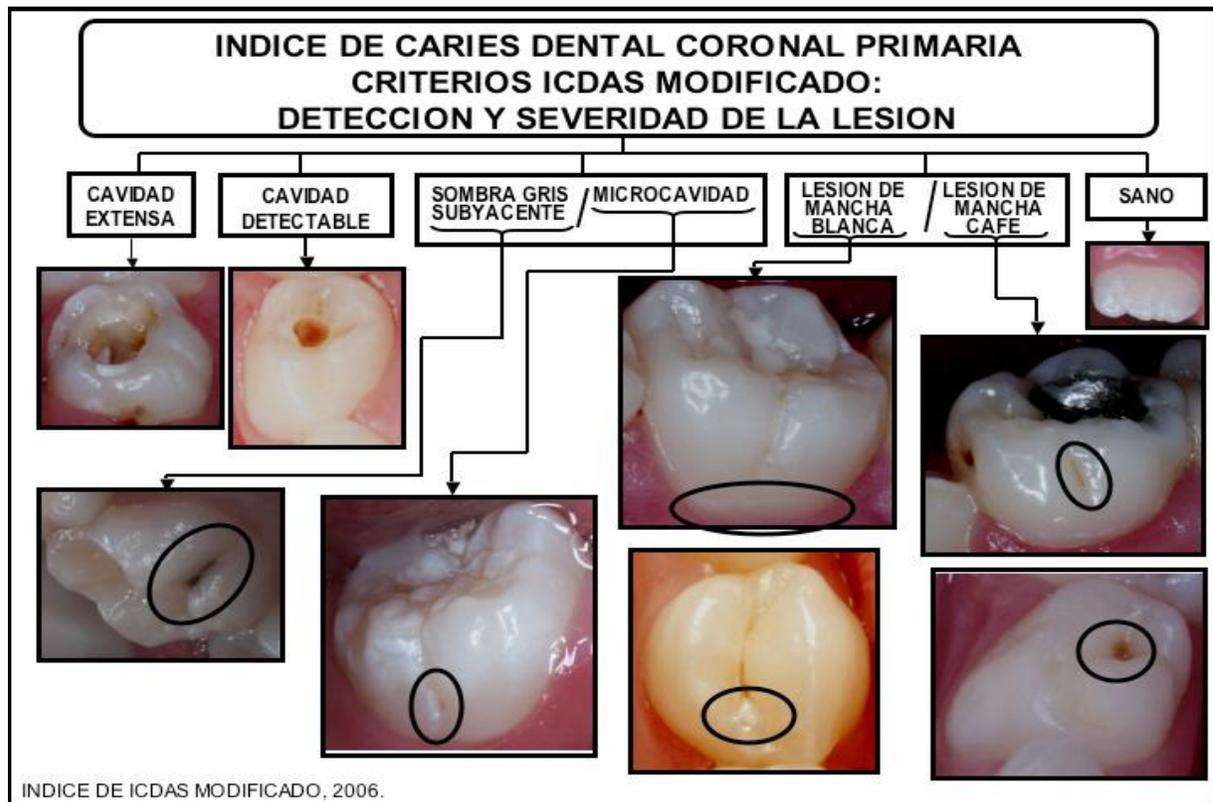
El sistema se basa en previos sistemas de registro clínico, aun cuando mucha de la evidencia base está en el área de caries coronal primaria. Considerando que el volumen y la calidad de la evidencia varía, el sistema se divide en tres componentes: Caries Coronal Primaria; Caries Secundaria o Asociada a Restauraciones (CAR) y Caries Radicular.

Tabla 1. Índice De Dientes Cariados Por Niveles De Severidad, Acorde Con Los Criterios ICDAS.

Comparación de códigos de caries para estudios epidemiológicos				
Código CIE-OE *	Código OMS **	ICDAS Completo***	ICDAS Combinado ***	Umbral Visual
Sano	A-0 (Sano)	Código 0	Código 0	Sano
K02.0 (Mancha blanca)		Código 1	Caries inicial (A)	Mancha blanca / marrón en esmalte seco
		Código 2		Mancha blanca / marrón en esmalte húmedo
K02.1 (Caries dentinaria)	B-1 / C-2 (Corona cariada)	Código 3	Caries moderada (B)	Microcavidad en esmalte seco < 0.5mm sin dentina visible
		Código 4		Sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidad
		Código 5	Caries severa (C)	Exposición de dentina en cavidad > 0,5mm hasta la mitad de la superficie dental en seco
		Código 6		Exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental

Fuente: International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)

Figura 2. Índice De Caries Dental Coronal: Primaria Criterios ICDAS Modificado: Detección Y Severidad De La Lesión



Fuente: Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS)

Para realizar un examen visual con el sistema ICDAS se sugiere: Valorar superficies dentales limpias (libres de placa bacteriana).

Cada superficie dental debe valorarse inicialmente húmeda; luego se seca con la jeringa triple por 5 segundos.

Los criterios son descriptivos y se basan en la apariencia visual de cada superficie dental, considerando que el examinador debe:

- Registrar lo que ve y NO asociar con consideraciones de tratamiento. En el odontograma registre las superficies con caries cavitacionales que requieren tratamiento invasivo (operatorio) y en el campo de observaciones y diagnóstico de antecedentes odontológicos las superficies con caries no cavitacionales que requieren tratamiento no invasivo.
- En caso de duda, asignar el código menos severo.
- No intentar en ningún momento obtener una sensación “pegajosa” o retentiva del uso del explorador.
- Usar un explorador de punta redonda suavemente a lo largo de la superficie dental y solamente para adicionar información en la apreciación visual de cualquier cambio de contorno, cavitación o uso de sellante.
- Se deben examinar de manera sistemática, primero la superficie oclusal, seguida de la mesial, vestibular, distal, lingual y radicular de cada diente.

5.2.2.4.2 Táctil.

Este método crea injuria en el esmalte, tanto sano, como con lesión no cavitacional, solo se recomienda en caries radicular, para ayudar a evidenciar reblandecimiento y así lograr diagnóstico diferencial con lesiones del tercio cervical diferentes a caries.

5.2.2.4.3 Radiografía.

Se recomienda como complemento para confirmar diagnóstico y con base en la toma de decisión del tipo de tratamiento de acuerdo a la lesión.

El uso de radiografías de aleta de mordida está indicado para el diagnóstico de caries, debe iniciarse desde que el niño complete la dentición decidua y colabore en la toma de la radiografía, el momento para retomar la radiografía dependerá del riesgo a caries individual o poblacional.

Las radiografías coronales adicionan información diagnóstica sobre la profundidad de las lesiones, principalmente a nivel interproximal. Dos investigaciones muy importantes, una de Bille y cols. (1982) y la otra de Thylstrup y cols. (1986), mostraron la relación entre el tamaño de la lesión en una radiografía y el hallazgo macroscópico de la lesión cuando se abría operatoriamente. Los estudios mostraron que cuando las radiolucideces en las radiografías estaban a nivel de la UAD, solo el 9% de estas lesiones tenían una correspondiente ruptura del esmalte en la superficie y 3% tenían compromiso en la dentina. Cuando la lesión en la radiografía involucraba el 1/3 externo de la dentina, 41% de las lesiones tenían un correspondiente compromiso del esmalte en la superficie externa y 10% tenían compromiso de dentina. Así, desde la radiografía es posible 1) estimar la profundidad de la lesión y, 2) estimar la probabilidad de tiempo en que la superficie tenga fracturas por caries. En contraste, una sola radiografía no dice nada sobre actividad.

5.2.2.5 Indicador Clínico COP-D

Aunque nuestro trabajo se fundamenta en la recopilación de información de fuentes secundarias, RIPS, es relevante dar un contexto de lo que significa el COP-D, que es un índice de dientes cariados, obturados, y perdidos de cada persona, se obtiene de sumar los dientes permanentes cariados con lesiones cavitacionales, perdidos por caries y obturados por caries, incluidos los dientes que puedan tener indicaciones para ser extraídos por caries dental.

El índice COP fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA,

en 1935, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries (cavitacional) y con tratamientos previamente realizados.

Para la medición de la experiencia de caries dental, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha establecido el índice COP-D, como indicador de referencia del estado de la dentición permanente, para lo cual se definieron los siguientes niveles de severidad de acuerdo con el valor del índice:

- Muy bajo (0,0-1,1)
- Bajo (1,2-2,6)
- Intermedio (2,7-4,4)
- Alto (4,5-6,5)
- Muy alto (6,6 y más).

El COP-D de la población se obtiene sumando todos los COP individuales y dividirlo por el total de individuos examinados, por lo cual el COP poblacional es un promedio, no se consideran dentro del examen los terceros molares, por tanto el examen se hace a un máximo de 28 dientes.

A partir de la valoración y el registro del COP-D modificado, se obtendrá el número de dientes sanos, el número de dientes con caries no cavitacional, y el número de dientes con caries cavitacional, el número de dientes obturados por caries y el número de dientes perdido por caries, así como el total de dientes presentes en boca.

Se debe obtener por edades, las recomendaciones de la OMS son:

- 5 a 6 años
- 12 años
- 15 años
- 18 años
- 35 a 44 años
- 60 a 74 años.

El índice COP-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

Signos: C Caries, O Obturaciones, P Perdido

Sin embargo, el índice COP-D es el recomendado por la OMS para estudios epidemiológicos; por lo que es utilizado en muchos países y por lo tanto es útil para el seguimiento o monitoreo de la experiencia de caries dental, a través por ejemplo de mapas de niveles de caries dental; así mismo permite evaluar las metas planteadas en salud bucal a nivel nacional, regional y local.

5.3 MARCO NORMATIVO

5.3.1 Plan Nacional De Salud.

Colombia en materia social, tiene el desafío de articular el desarrollo económico del país con lo social, enfrentando grandes retos en salud pública, originados en las grandes diferencias que existen entre las regiones y entre grupos poblacionales, buscando una ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales por ser injusto, innecesario y evitable. (DNP, DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, 2010)

El plan es producto del plan nacional de desarrollo 2010- 2014 buscando garantizar el acceso efectivo a la salud para todos, mejorando condiciones de vida que modifiquen la situación de salud disminuyendo la carga de enfermedades existentes, buscando disminuir mortalidad, morbilidad y las discapacidades.

El plan decenal es la guía de trabajo para dar respuesta a la situación actual en salud, buscando lograr las capacidades técnicas para la ejecución, planeación, seguimiento y evaluación de acuerdo a los objetivos planteados por el plan.

Este plan se sustenta en normas políticas de la constitución de 1991, donde se establece un estado social de derecho, el cual debe ser descentralizado con autonomía en sus diferentes entidades territoriales por tal motivo se constituyeron y promulgaron una serie de leyes y decretos reglamentarios:

- Con la expedición de la ley 100 de 1993 se creó el sistema general de seguridad social integral con el fin de garantizar derechos irrenunciables para las personas.

- Con la ley 715 del 2001 se determina a distribución de los recursos del sistema general de participaciones, y además las competencias de las entidades territoriales en salud y educación. Para ello se debe elaborar un plan de atención básica.
- Con la ley 1122 del 2007, se establece que el principio fundamental de la ley es mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios, fortalecer los programas de salud pública, funciones de inspección, vigilancia y control, evaluación de indicadores de gestión para todos los actores del sistema.
- En el año 2011 se expide la ley 1438, donde se determina que el estado debe realizar un plan decenal de salud pública donde se debe mejorar el estado de salud de la población incluyendo la salud mental, incluyendo objetivos, metas, recursos, responsables, indicadores de seguimiento y evaluación.

Este plan decenal compromete a más de un gobierno, lo que permite hacer propuestas estratégicas de mayor alcance enunciadas a continuación:

✓ **Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social**

En el plan decenal de salud pública se identifica que entre el 2000 y 2012 la afiliación al sistema de seguridad social en salud se incrementó en un 57% pasando del 58 al 92 por ciento del total de la población. El contributivo paso de 31 a 43%, los regímenes especiales cubren el 4.6%, un 4.4% de la población no está afiliada a ningún régimen.

✓ **Red Prestadora de Servicios de Salud**

La red prestadora en este plan está conformada por 56800 instituciones prestadoras de servicios de salud, siendo el 62.1 de baja complejidad, 32.8% de mediana complejidad y 5 % de alta complejidad. Ocho de cada diez IPS del país son privadas concentrándose la gran mayoría de ellas en las áreas metropolitanas.

- **Objetivos estratégicos del plan decenal de salud pública 2012 – 2021**
 - ✓ alcanzar mayor equidad en salud
 - ✓ mejorar las condiciones de vida y salud de la población
 - ✓ disminución de la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

- **Responsabilidades de los actores en el plan decenal de salud pública 2012-2021**
 - ✓ **De la Nación:** En lo que concierne a nuestra investigación debe incorporar indicadores para medir logros en salud. Diseñando y desarrollando metodologías para el monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión de los recursos humanos, técnicos, administrativos y financieros.

 - ✓ **Departamentos y Distritos:** Coordinar y realizar la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria inspección vigilancia y control del SGSSS en su jurisdicción, adoptando las metodología herramientas e instrumentos para el monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión de los recursos, técnicos, administrativos y financieros del plan territorial su sistematización.

 - ✓ **De los Municipios:** Generar la información requerida para el sistema de información de salud, e incorporar los indicadores para medir los logros en salud.

 - ✓ **Las EPS:** Incorporar los indicadores para medir logros en salud y transmitir esta información a los entes respectivos

 - ✓ **Las IPS:** Generar la información requerida por el sistema general de seguridad social.

➤ **Plan Decenal de Salud - Salud Bucal**

(GUADA, 2016), El enfoque de la salud bucal como un derecho humano busca que los servicios de salud bucal sean de calidad y contribuyan a la conservación de la salud y bienestar general de las personas que les permita un completo desarrollo biológico psicológico, social y económico.

En el 2009 se celebró en Brasilia el encuentro latinoamericano de coordinadores nacionales de salud bucal, estableciendo unas pautas a seguir, buscando universalidad, equidad acciones de promoción y prevención, asistencial en todos los niveles, pero haciendo hincapié en la atención primaria en salud, para mejorar la salud bucal de la población América Latina.

5.3.2 Política Pública Salud Bucodental En Colombia.

5.3.2.1 Los Lineamientos se Encuentran en el Proyecto de Ley 069 del 2015:

Donde se define la salud bucodental, como integral, buscando la funcionalidad de los dientes, estructuras de soporte, de los huesos, articulares, mucosas y músculos de toda la cavidad oral, relacionadas con la masticación, comunicación, que le den a las personas sensación de bienestar, con acciones de promoción y prevención donde a la población se le modifique o refuerce los comportamientos destinados a lograr adquirir hábitos de vida saludable, logrando prevenir, que aparezcan enfermedades actuando sobre los factores determinantes en la salud como factores biológicos, hereditarios, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, etc. si presenta patologías pueda acceder a tratamiento y rehabilitación con énfasis en los menores de edad, con el fin de mejorar los indicadores de salud bucal.

En la ley estatutaria 1751 del 2015, la salud bucodental es un derecho fundamental de la salud, irrenunciable en lo individual y colectivo, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, con calidad para el mejoramiento de la salud bucodental.

5.3.2.2 Gestión Integral y Lineamiento Para La Política Pública De Salud Bucodental.

La gestión es el conjunto de políticas, planes y programas orientados a garantizar la salud bucodental de la población mediante acciones individuales y colectivas, midiendo los resultados a través de indicadores.

Los lineamientos, quedaran integrados en el respectivo plan decenal de salud pública teniendo los siguientes componentes:

- Identificación, para determinar los factores de riesgo y sus determinantes, para lo cual se tendrá en cuenta las encuestas nacionales de salud bucal, y las diferentes investigaciones de los actores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación.
 - Promoción, buscando promover estilos de vida saludables, y con participación del nivel nacional y el nivel territorial.
 - Intervención, que será realizado y estará a cargo del estado y entidades administradoras de planes de beneficios, complementando las acciones previstas en el plan obligatorio de salud. Se deben proponer metas a ser alcanzadas por las EPS, tendientes a minimizar los riesgos propios de la salud bucal.
- ✓ Entre las intervenciones a tener en cuenta:
- Promoción de hábitos higiénicos en instituciones escolares, promoción de hábitos tendientes a disminuir la ingesta de azúcar, prevenir el uso del tabaco y reducción del alcoholismo, mantener niveles óptimos de fluoruros en agua, sal, leche pasta dentífrica, o las aplicaciones de flúor por los profesionales.
 - Prevención, el ministerio de salud y protección social, expedirá un decreto para evaluar los diferentes entes del sector los cuales presentaran anualmente un plan operativo de acción.

5.3.3 Lineamientos Salud Bucal En El Departamento De Risaralda

5.3.3.1 Objetivo general

Mediante acciones de promoción y prevención, buscar la disminución de enfermedades bucodentales como la caries dental, la enfermedad periodontal, etc, logrando un impacto en la población.

5.3.3.2 Objetivos Específicos

- Acompañar y brindar asistencia técnica, evaluación y vigilancia a los diferentes componentes del sistema de seguridad social, generando y coordinando acciones de promoción y prevención del riesgo, actualizando el análisis de la situación de salud.
- Organizar estrategias de información, educación y comunicación relacionadas con la promoción y prevención, fortaleciendo el sistema de información departamental a través de la creación de la línea base de indicadores departamental en salud bucal.
- Priorizar la población objeto: en ámbitos escolares, hogares ICBF, gestantes y comunidad en general, realizando un seguimiento a las coberturas y continuidad de la prestación de servicios en el área de odontología.
- Implementar acciones operativas: realizando vigilancia de fluorosis, participar en la evaluación anual de hospitales y direcciones locales de salud con el equipo de salud pública, realizar seguimiento y asistencia priorizando las empresas social de estado en relación a las acciones de detección temprana y protección específica según lineamientos de la resolución 412 del 2000 donde se especifica el control y prevención de placa bacteriana, desatraje, `profilaxis, sellantes y uso del flúor, 4505 del 2012 donde se determinan los procedimientos en salud bucal, y el plan de nuevos beneficios cargados a la upc descritos en la resolución 6404 del 2016 en lo que atañe a la salud bucal.

5.3.4 Registro Individual De Prestación De Servicios De Salud

El presente trabajo utiliza como base Las Fuentes Secundarias de información (RIPS), que son los datos recopilados por Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, Empresas Sociales del Estado y Consulta particular (en la atención de pacientes donde se reúnen datos tales como el diagnóstico y tratamiento).

5.3.4.1 Definición

En este registro obtenemos un conjunto de datos mínimos y básicos para que el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), tenga una información suficiente, para auditar y verificar procesos de dirección, regulación y control, este registro también se utiliza como soporte de la venta de servicios, mediante la presentación del detalle de la factura en medio magnético, la cual presenta estructuras y características donde se estandarizaron y unificaron para las diferentes entidades obligadas a reportar, facilitando la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, sin importar la solución informática que cada prestador utilice.

Es útil para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios de salud y facilitar las recopilaciones de información entre las entidades administradoras y las instituciones y profesionales independientes (prestadores).

Tabla 2. RIPS Archivo De Control, Características De Los Datos

Dato	Registrar
Código del prestador de servicios de salud	Número completo de 12 dígitos del código asignado a los prestadores de servicios de salud en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud".
Fecha de remisión	Fecha de envío de los datos con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa
Código del archivo	Dos caracteres para identificar el tipo de archivo, seis caracteres como máximo para el número de la remisión de envío. El número de remisión es un número asignado por la entidad que envía los archivos de RIPS. Puede obedecer a un número consecutivo de envío en la institución.
Total de registros	El número de registros que contiene el respectivo archivo, en número entero.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – 2016

Tabla 3. RIPS Archivo De Consulta, Características De Los Datos

Dato	Como registrar
Número de la factura	Long: 20 Numeración Consecutiva - DIAN
Código del prestador de servicios de salud	Long : 12 Código Asignado a los prestadores: Cód. Departamento + Cód. Municipio + habilitación + sede. Eje.: 050010382401
Tipo de Identificación del Usuario (paciente)	Long : 2 CC : Cédula Ciudadanía (>18 Años) CE : Cédula de Extranjería PA : Pasaporte RC : Registro Civil (< 7 Años) TI : Tarjeta de Identidad (7 a 17 Años) AS : Adulto sin Identificar MS : Menor sin Identificar (30 Días)
Número de identificación del usuario en el sistema	Nro. de identificación del usuario CC = 10 posiciones CE = 6 posiciones PA = 16 posiciones RC = 11 posiciones TI = 11 posiciones AS = 10 posiciones MS = 12 posiciones
Fecha de la consulta	Long : 10 dd/mm/aaaa
Número de Autorización	VACIO Long : 15 Número de control asignado por la entidad administradora del plan de beneficios
Código de consulta	Long : 8 Código definido según los CUPS
Finalidad de la consulta. Objetivo con el cual se realiza la consulta. Aplicable para las consultas relacionadas con promoción y prevención del 01 al 09 El 10 aplica para actividades resolutorias.	Long : 2 01 = Atención del parto 02 = Atención del recién nacido 03 = Atención en planificación familiar 04 = Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años 05 = Detección de alteración del desarrollo joven 06 = Detección de alteraciones del embarazo 07 = Detección de alteraciones del adulto 08 = Detección de alteraciones de agudeza visual 09 = Detección de enfermedad profesional 10 = No aplica
Causa externa Identificador de la causa externa que origina el servicio de salud. En el caso de actividades de promoción y prevención se utiliza el 15	Long : 2 01 : Accidente de trabajo 02 : Accidente de tránsito 03 : Accidente rábico 04 : Accidente ofídico 05 : Otro tipo de accidente 06. Evento catastrófico 07 : Lesión por agresión 08 : Lesión auto infringida 09 : Sospecha de maltrato físico 10 : Sospecha de abuso sexual 11 : Sospecha de violencia sexual 12 : Sospecha de maltrato emocional 13 : Enfermedad general 14 : Enfermedad profesional 15 : Otra
Código del Diagnóstico principal	Long : 4 Código diagnóstico confirmado o presuntivo - C.I.E. 10 Se debe relacionar con la edad y sexo
Código del diagnóstico relacionado N° 1	Long : 4 OPCIONAL Código diagnóstico confirmado o presuntivo - C.I.E. 10
Código del diagnóstico relacionado N° 2	Long : 4 OPCIONAL Código diagnóstico confirmado o presuntivo - C.I.E. 10
Código del diagnóstico relacionado N° 3	Long : 4 OPCIONAL Código diagnóstico confirmado o presuntivo - C.I.E. 10
Tipo de diagnóstico principal	Long : 1 1 : Impresión diagnóstica 2 : Confirmado nuevo 3 : Confirmado repetido
Valor de la consulta	Long : 15 Se utilizará como separadores de decimales es el punto (.)
Valor de la cuota moderadora	Long : 15 Se utilizará como separadores decimales el punto (.)
Valor Neto a pagar	Long : 15 Se utilizan como separadores de decimales el punto (.) Vr.: Valor consulta – Valor cuota moderadora

Fuente: Ministerio de Salud. Resolución 3374 de 2000

5.3.4.2 Reglamentación Fuentes Secundarias de Información (RIPS)

- Los RIPS fueron reglamentados por la resolución 3374 de 2000. “Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados” Artículo segundo.- **Ámbito de Aplicación:** Las disposiciones contenidas en la presente Resolución son de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios, definidas en el numeral 2 del artículo primero de esta Resolución y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS. En estos se proveen los datos de la prestación del servicio, facilita la comunicación entre todos los actores involucrados en la atención en salud, apoyando en la formulación de planes, estrategias y programas, para la toma de decisiones gerenciales, estratégicas, y asistenciales.

- Por su parte la resolución 4505 de 2012, normatiza los reportes relacionado con el registro de las acciones de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública, realizadas en los servicios de salud, para su integración al sistema integral de información de la protección social (SISPRO) .

- Decreto 4747 de 2007. “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones” Ratifica la obligatoriedad del envío de los datos RIPS y recalca la función del Ministerio en cuanto a la revisión, ajuste y actualización del anexo técnico, así: Artículo 20. Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS “El Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS”.

- La Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” Artículo 44: De la información en el Sistema General de Seguridad Social. b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el Artículo 2° de la presente Ley. Parágrafo 2°. La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios –RIPS- serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.

- Ley 1438 del 19 de enero de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 112°. Articulación del sistema de información. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información. Artículo 114°. Obligación de reportar. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna. Artículo 116°. Sanciones por la no provisión de información. Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios) serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia. Artículo 130°. Conductas que vulneran el sistema general de seguridad

social en salud y el derecho a la salud. No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.

- Plan Nacional De Desarrollo 2014-2018. LEY 1753 DE 2015, “por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. Define en el Artículo 65 los aspectos fundamentales de la Política de atención integral en salud. “El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. 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, en el marco de la Ley 1164 de 2007, 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.
- Resolución 1531 de 2014 “Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS y su ámbito de aplicación” Se establece el mecanismo para la transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, a través de la plataforma de Integración de datos – PISIS del Sistema de Información de la Protección Social – SISPRO, y se amplían las entidades obligadas a reportar, mediante la modificación en tal sentido, de la Resolución 3374 de 2000.

5.3.4.3 Generalidades De Las Fuentes Secundarias De Información (Rips)

Tanto el RIPS como el SISPRO son obligatorios. Existiendo una normatividad clara en la recopilación de la información, sin embargo, hay grandes falencias en relación a la cobertura y a la calidad de la información. Entre ellas la falta de registro de las enfermedades de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), la falta de estandarización para el registro de diagnósticos, procedimientos y medicamentos. El incumplimiento en el envío de los RIPS por parte de las IPS y prestadores, además de la pérdida de datos por efecto de la malla validadora, como se evidencian en el plan nacional de desarrollo 2010-2014

En lo referente a la evaluación de RIPS para atenciones odontológicas el problema es similar, lo cual se concluyen de estudios realizados por el instituto nacional de salud (INS) donde analizaron la información de los registros individuales de prestación de servicios reportados a la secretaria de salud de Bogotá, por diferentes prestadores de servicios de salud durante los años 2006 a 2010, careciendo de calidad y oportunidad para realizar análisis de la morbilidad relacionada con la salud bucal.

Los RIPS son una compilación de datos significativa para análisis de patologías que comprometen la salud bucal, además permite realizar un seguimiento anual del comportamiento de la caries dental, el impacto de los programas de promoción y prevención, los tratamientos y de la cobertura de estos.

5.3.4.4 Objetivos De Las Fuentes Secundarias De Información (RIPS)

Las entidades de dirección y control como las direcciones locales y departamentales de salud, el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, podrán contar con los datos unitarios y agregados sobre los servicios prestados en el Sistema, y por fuera de él, y podrán:

- Conocer el estado de salud o enfermedad de la población en un área territorial, en una entidad administradora, en un determinado período de tiempo, las diferencias por edad y sexo, y otras características.
 - Monitorear la cobertura de acciones de promoción y prevención, por riesgos y grupos etéreos
 - Llevar a cabo las actividades de vigilancia en salud pública,
 - Realizar el control sobre los servicios de salud prestados con cargo a los recursos de oferta
- En general, los datos del RIPS sirven para
- Formular políticas de salud
 - Realizar la programación de oferta de servicios de salud
 - Evaluar coberturas de servicios
 - Asignar recursos financieros, humanos y técnicos
 - Validar el pago de servicios de salud
 - Fundamentar la definición de protocolos y estándares de manejo clínico
 - Ajustar la Unidad de Pago por Capitación
 - Establecer mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud
 - Controlar el gasto en salud
 - Ajustar los contenidos de los planes de beneficios en salud
 - Conocer el perfil de morbilidad y mortalidad

5.3.4.5 Validación De Los RIPS

La Validación de los RIPS, ayuda en la verificación de los datos registrados en cada institución, en los siguientes términos; definición, estructura y características; que corresponda con los valores y la referencia cruzada entre las diferentes variables.

Software malla de validación: corresponde a la validación que se hace en la solución informática de validación establecida de manera estándar por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, la cual debe utilizarse obligatoriamente antes de enviar los datos. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2019)

Estándar del archivo plano:

➤ Tipos de archivos.

Los RIPS se presentan en diez (10) archivos que tienen estructuras y datos específicos (aunque algunos de estos se repiten en varias estructuras por constituirse en las llaves que permiten las relaciones entre estos).

Sólo se aceptan los archivos de texto que cumplan el estándar TXT.

Cada archivo consiste en un conjunto de registros separados por un salto de línea y cada uno de los registros está formado por campos separados por coma (,).

Los tipos de archivos son los siguientes:

- ✓ CT= Archivo de control
- ✓ AF = Archivo de transacciones
- ✓ US = Archivo de usuarios de los servicios de salud
- ✓ AC = Archivo de consulta
- ✓ AP = Archivo de procedimientos
- ✓ AU = Archivo de urgencias con observación
- ✓ AH = Archivo de hospitalización
- ✓ AN = Archivo de recién nacidos
- ✓ AM = Archivo de medicamentos
- ✓ AT = Archivo de otros servicios

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la transferencia de datos a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, deben enviar los datos en los respectivos archivos, a más tardar el día veinte (20) del mes siguiente a la facturación de los servicios de salud, de acuerdo con la especificación dada en el Anexo Técnico No. 1, de la Resolución 3374 de 2000. La especificación de la identificación externa del medio magnético – CD o DVD, deberá tener una identificación con el siguiente contenido:

➤ **Dato Descripción**

- ✓ Código de la entidad que envía los datos.
- ✓ Nombre de la entidad que envía los datos.
- ✓ Fecha de la remisión de los datos
- ✓ Número del volumen enviado Colocar el número del volumen (CD o DVD) de tantos volúmenes que contienen los datos que se están reportando (Ej: 1/3, 2/3, 3/3).
- ✓ Nombre del responsable del envío
- ✓ Teléfono del responsable del envío
- ✓ RIPS período de reporte

(MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2019): Plataforma para el envío de la información. El Ministerio de Salud y Protección Social dispone de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones.

Control de calidad de la información. La Plataforma PISIS recibe los archivos conformados según la estructura determinada en la presente Circular y realiza el proceso de validación, así:

- Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al reportante.
- Segunda validación: Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.
- Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa.
- El validador utilizado en la secretaria de salud de Risaralda es el SISAP Sistema de información de Salud Pública, administrado por la Secretaría de Salud

NOMBRE	DESCRIPCION	EMPRESA DESARROLLADORA	ARQUITECTURA	SISTEMA DE ARCHIVOS	BASE DE DATOS
SISAP	Sistema de Información Integrado de la Secretaría de Salud	Sisfo SAS	Web	Ejecutables (HTML, PHP, Imágenes, PDFs y Office)	PostgreSQL

5.4 MARCO CONCEPTUAL

5.4.1 Estudios Realizados En Salud Bucal

5.4.1.1 Estudios En Latinoamérica

La caries dental es una patología que tiene prevalencia en todos los países, aunque presenta variedad en la gravedad de sus afectaciones y en las estrategias que cada sistema de salud ha construido para combatirlo. Se considera pertinente realizar un pequeño esbozo de algunos países latinoamericanos (Perú, México, Paraguay, Chile y Brasil) que brinden una perspectiva comparada de dicho fenómeno.

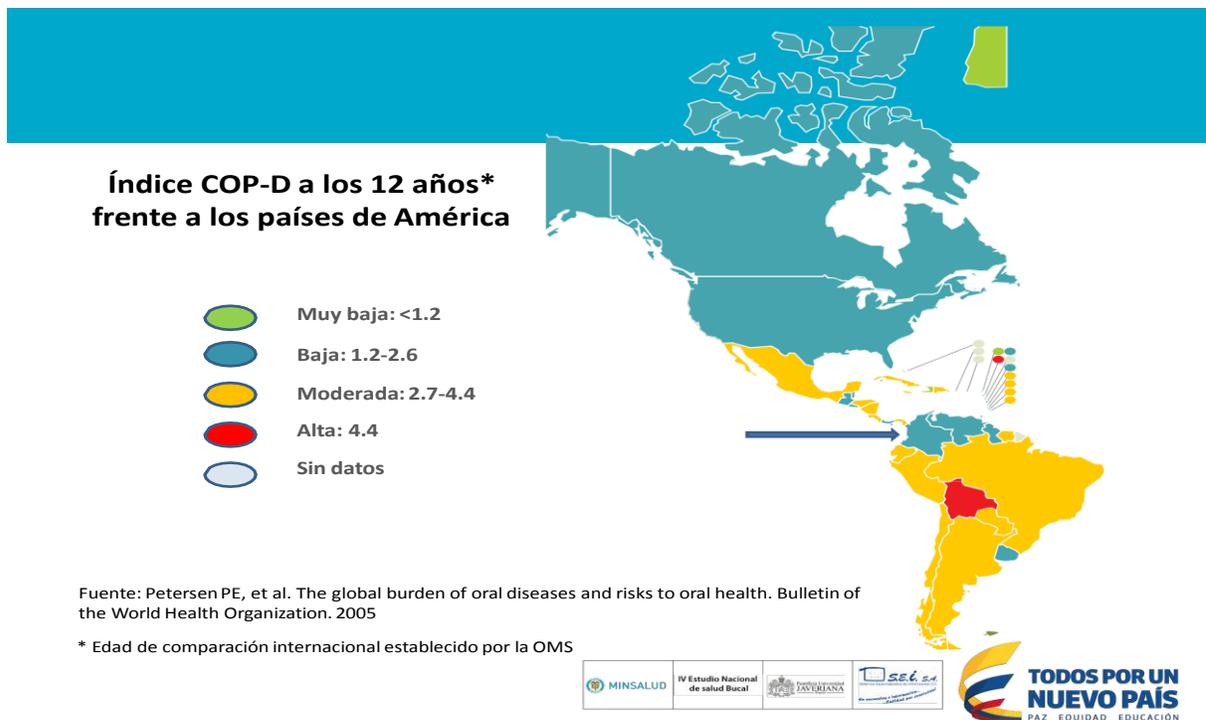
En el caso de Perú, según datos del 2005. Existía un 90% de prevalencia de caries dental en la población escolar. “El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceo-d/ COP-D) a nivel nacional fue de 5.84 y el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición permanente para la edad de 12 años (COP-D-12) a nivel nacional fue 3.67”. Mientras que en México para esta población el índice COP fue de 3 y el índice promedio para la población entre 6 y 19 años fue de 3.7. Siendo igualmente grave teniendo en cuenta que el número promedio de dientes cariados representó más del 78% del índice total. En el caso de Paraguay, según una encuesta nacional de 2008, presentó un índice CEO-D en jóvenes de 12 años de 2.9.

En el caso de Chile los últimos datos fueron del año 2007 presentando uno de los más bajos de la región siendo en jóvenes de 12 años el índice COP-D de 1.9 Actualmente se viene realizando una Estrategia Nacional de Salud (ENS) desde el año 2011 hasta el 2020, donde su principal objetivo es disminuir y prevenir la morbilidad oral. Por ejemplo “aumentar en 35% la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años y disminuir en un 15% el promedio de dientes afectados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal”. (REVISTA DE ONDOTOPEDIATRÍA LATINOAMERICANA, 2014).

Uno de los sistemas más completos en salud bucal se encuentra en Brasil, llamado SBBrasil. Este consiste en mantener actualizada la base de datos con el objetivo de realizar una vigilancia a las políticas nacionales de salud bucal. De acuerdo a este sistema en el 2010 el COP-D de jóvenes de 12 años fue de 2.1. Disminuyendo un 26% con respecto al 2003.

En el caso de Colombia para el 2014 el índice COP-D es de 1.51 para la población de 12 años, por lo que presenta mejores condiciones que Costa Rica (2.5 COP-D) y Paraguay (2.8 COP-D) aunque sus estudios corresponden a años anteriores: 2006 y 2008 respectivamente. La situación de Colombia presenta unos resultados similares a Cuba (1.5 COP-D) en 2005 y el Salvador (1.5 COP-D) en 2008. En la siguiente grafica se muestra la situación de los países de América, según el ENSAB IV.

Figura 3. Índice Cariados Obturados Perdidos A Los 12 Años Frente A Los Países De América



5.4.1.2 Estudios En Colombia

5.4.1.2.1. Estudio De Morbilidad Oral 1965- 1966 en Colombia

El primer estudio, ejecutado en los años 1965-66 (Mejía, Agualimpia, Torres, Galán, & Rodríguez, 1971) en el marco de la Investigación Nacional de Morbilidad, dio cuenta de las condiciones prevalentes en materia de caries dental, enfermedad periodontal, anomalía dentofaciales, así como el estado protésico, partiendo de la idea de los factores ecológicos que las afectan.

Encontrando un número de personas con historia de caries del 95.5%, con un promedio de dientes afectados por persona de 15,4.

La enfermedad periodontal se presentó en un 88.7% de la población.

Se observó una relación entre los dientes obturados y el COP-D (cariados/perdidos/obturados) que el 6,7% de los dientes afectados por caries fue atendido.

5.4.1.2.2. Estudio Nacional De Morbilidad Oral 1977-1980 En Colombia

El 96,7% de la población Colombiana presentó historia de caries dental, la prevalencia de esta en dentición permanente mostró un aumento según la edad: del 14,1% en el grupo de edad entre los 5 y 14 años, del 33,4% entre los 15 y 19 años y con el valor más alto del 82,8% en los mayores de 65 años.

La prevalencia de caries fue mayor en mujeres (47%) que en hombres (37,8%). La mayor prevalencia se presentó en Bogotá (47,2%), seguida de la región Oriental (46,8%) y central (43,60%).

El COP-D fue de 4.8 a los 12 años de edad, este resultado ocasiono a la Organización Mundial de la salud Clasificar a Colombia, como uno de los países con un índice muy alto de caries dental, comparándolo con la meta para el año 2000, con el indicador mundial de la salud bucodental que era (COP-D de 3.0 para los 12 años. El 11% de los dientes afectados por caries fue atendido.

5.4.1.2.3. Encuesta Nacional En Salud Bucal (ENSAB) III De 1998 en Colombia

En los resultados del III Estudio Nacional de Salud Bucal se observan algunos cambios positivos de la población colombiana con respecto a 1977-80.

Los indicadores de la evaluación clínica en las diferentes edades, permiten evaluar que existen diferencias en la salud bucal de los jóvenes con los adultos, además diferencias por regiones, nivel educativo y demás variables. Comparándolas con los datos conseguidos en los dos estudios anteriores.

Los indicadores de salud bucal muestran una mejoría general de las condiciones orales, probablemente como resultado de los programas de promoción y prevención realizados en los últimos años, así como por un aumento en el acceso a la consulta odontológica.

El 98% de la población usa el cepillo y la crema dental y el 37.4% la seda dental como hábitos orales, en comparación con el 31.5% encontrado en 1977-80.

Los índices de placa blanda en adolescentes y niños se disminuyeron de 0.4 y 1.3, respectivamente, en 1977- 80 a 0.3 y 0.8 en el presente estudio. Esta reducción en la presencia de placa blanda de aproximadamente el 25% respecto al anterior estudio, indica una leve mejoría en la higiene oral siendo más evidente en las personas de 15 años y más que en los niños.

Se observó que el 39.6% de los niños de 5 años llegan a esta edad sin historia de caries en los dientes temporales, mientras que el 13.5% y 19.9% de los niños de 6 y 7 años respectivamente presentan historia de caries en los dientes permanentes, y se observa una disminución del 13% a los 12 años;

A los 12 años, edad que han erupcionado casi la totalidad de la dentición permanente, la proporción de niños con caries pasó de 82.6% en 1977-80 a 71.9% en 1998, disminuyendo también el COP-D de 4.8 a 2.3, cumpliendo así Colombia con la meta de la OMS/FDI para el

año 2000 de un COP-D menor o igual a 3. Adicionalmente se observó que el promedio de dientes permanentes sanos era de 23.3 en esta edad, es decir el 90% de los dientes presentes, cifra que aumentó comparándolo con el estudio de 1977-80 que fue de 20.2.

La prevalencia de caries para dentición permanente fue de 65,3%; a los 12 años la prevalencia fue del 57% y se alcanzó el máximo valor 76% en el grupo de 30 a 34 años.

La prevalencia de caries en dentición temporal fue mayor en hombres (47,4%) que en mujeres (44%), y en dentición permanente el comportamiento fue diferente, 32,2% en hombres y 37% en mujeres.

La mayor prevalencia se presentó para dentición temporal en la región Oriental (54,9%), seguida de la región Atlántica (43,4%). Para dentición permanente, la mayor prevalencia se presentó en la región Occidental (63,7%), seguida de la región Central (43,9%).

El COP-D de la población total también disminuyó a 19.6, debido a la reducción de más del 70% en la cantidad de dientes perdidos por caries y en el número de cariados.

A nivel periodontal, los problemas más habituales en los niños y los adolescentes fueron los cálculos y la gingivitis, en los adultos, los resultados coincidieron con los datos mundiales con una leve prevalencia en la pérdida de inserción periodontal (50.2%) que crece con la edad aunque no supera un 10% de adultos mayores con pérdidas severas y generalizadas.

En este estudio también se observó que un 11.5% de los niños y adolescentes presentan Fluorosis en los niveles dudoso y leve principalmente.

Con relación a las patologías de ATM y tejidos blandos las prevalencias son bajas, como se observa en la disminución de los procesos infecciosos de origen dental al pasar de 5.3% (absceso y fístula de tejidos blandos) en 1977-80 a 4.4% en 1988.

De igual forma se presentó un descenso de la leucoplasia que pasó de 3.8% en 1977-80 a 0.9% en 1998.

Otro hallazgo interesante fue el aumento en la prevalencia de los aumentos tisulares asociados a prótesis y otros hábitos al pasar de 1.8% en el anterior estudio a 5.4% en el presente estudio.

En conclusión el perfil de salud bucal mejoro significativamente en todos los grupos de edad, en 1998, comparada con el estudio de 1977-80. Los cambios más significativos fueron en los indicadores de la población joven, posiblemente por múltiples medidas: la educación a las nuevas generaciones, el programa de fluorización de la sal de consumo humano, las cremas dentales con flúor y los programas de educación y protección específica, y promoción.

5.4.1.2.4. Encuesta Nacional En Salud Bucal (Ensab) Iv Del 2014 En Colombia

Para Actualizar la información acerca de la salud bucal del país, se realizó una encuesta nacional llamada ENSAB IV, en el año 2014 cuyo objetivo fue recolectar información sobre los principales problemas de salud bucal como: Caries dental, enfermedad periodontal, fluorosis dental, edentulismo, lesiones pre-malignas bucales, labio y paladar hendido y alteraciones de la oclusión, teniendo en cuenta los diferentes grupos de edad.

Esta es la primera vez que la encuesta se hace a niños de 1 a 3 años y que se realiza en regiones como la Orinoquia y la Amazonia; y además se combinan evaluaciones clínicas con análisis cualitativos.

De los 20.354 colombianos a los que se les realizó la encuesta, el 80% eran de la zona urbana y el 20% de la zona rural.

De acuerdo a la metodología que se utilizó en el estudio, la Universidad de Antioquia participante de este proyecto, definió los municipios a investigar en función a su tamaño, población y zona proyectada.

Por medio de un muestreo aleatorio simple sin reemplazamiento, se agruparon en 6 grandes regiones así: Atlántica, Oriental, Pacífica, Orinoquia-amazonia, Bogotá, por último, la región central, en la que se encuentra el departamento de Risaralda junto con los departamentos de Antioquia, Caquetá, Huila, Tolima, Caldas y Quindío.

Por otra parte, la ENSAB IV caracterizó la población de acuerdo a las condiciones de salud- enfermedad, en la caries dental hubo una reducción significativa, ya que anteriormente siempre había un incremento, según los resultados del IV Estudio Nacional de Salud Bucal, del 57% de las personas que tenían caries en el año 1998 la cifra se redujo al 37% de la población de 12 años en 2014. Igualmente sucedió con las personas en los rangos de edad entre los 20 a 34 años que tuvo una reducción del 74% al 53%, por su parte en los adultos mayores la disminución fue solo del 49% al 43%.

El ENSAB IV se realizó después de 16 años de haberse efectuado el ENSAB III. Comparando la epidemiología de la caries dental en algunos países de Latinoamérica, encontramos una situación más favorable para los adolescentes de Colombia; situación que podría ser explicada por la continuidad de los programas preventivos en salud bucal.

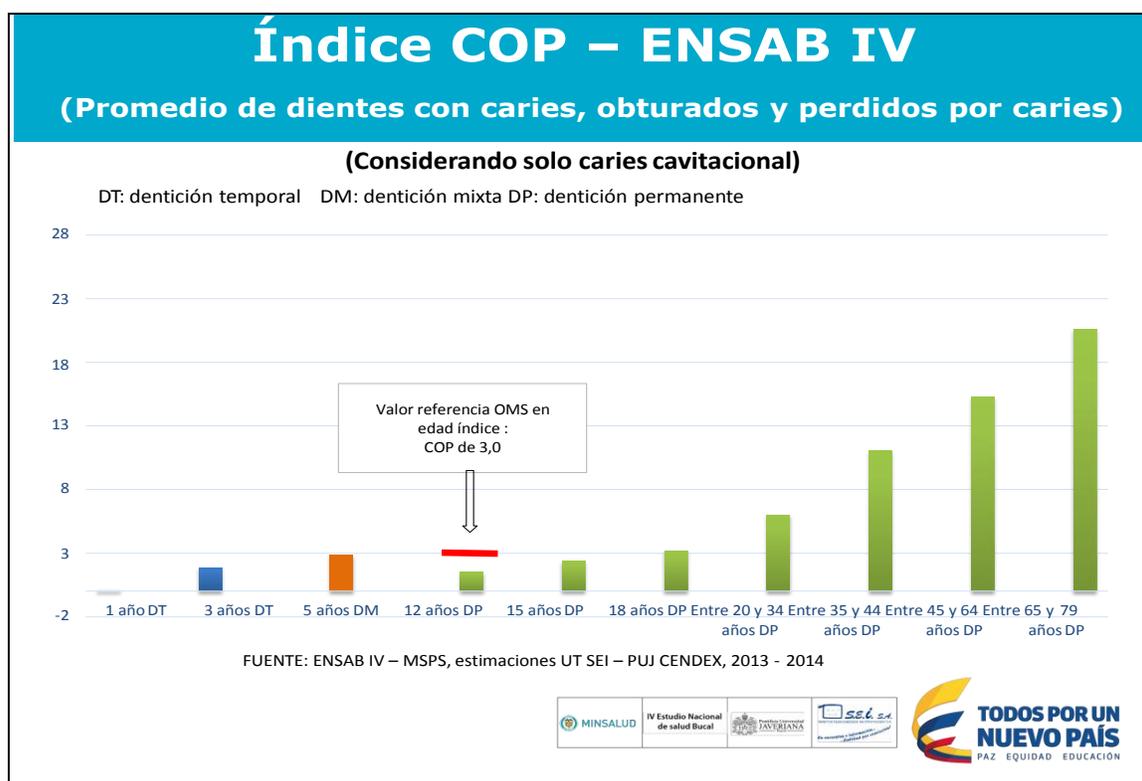
En este estudio evidencia por ejemplo, que solo el 38.1% de los jóvenes de 12, 15, 18 años le dedican tiempo al cuidado bucal al finalizar el día, solo el 35.8 refiere haber recibido actividades educativas, solo el 35,4% refiere que le han realizado control de placa y profilaxis y solo al 26% le aplicaron 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 del ministerio de salud, año 2000.

Las pocas coberturas en educación y prevención y el difícil acceso a los servicios de consulta odontológica para la atención temprana de diagnóstico y tratamiento, se evidencian en la presencia de alteraciones de salud bucal a lo largo de la vida, como en el caso de caries dental ocasionando 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% del primer año de vida a 37.45% a los 12 años.

El COP se ha reducido al pasar de 2.3 a 1.51 dientes afectados a la edad de 12 años como indicador de comparación internacional y está por debajo de la cifra de 3.0 definida por la OMS, sin embargo, la experiencia de caries se ha incrementado en todos los grupos de edad aunque la prevalencia se ha reducido.

Este estudio de corte transversal con enfoque mixto cuali-cuantitativo, permitió reconocer diversas condiciones de la salud bucal, como del contexto social en el que se generan las condiciones de salud bucal a partir de la desagregación por edad, sexo, lugar de procedencia, región, régimen de afiliación a la seguridad social de la población colombiana, así como el comportamiento de las condiciones valoradas por curso de vida en las edades y grupos de edad cubiertos en el estudio e incluidos en los grupos establecidos por el Ministerio para la primera infancia con los niños de 1, 3 y 5 años, los adolescentes y jóvenes con las personas de 12, 15 y 18 años, los adultos con las personas en los grupos de 20 a 34, 35 a 44, 45 a 64 y los adultos mayores de 65 a 79 años. Como se observa en la siguiente gráfica.

Figura 4. Promedio De Dientes Con Caries, Obturados Y Perdidos Por Caries



La experiencia de caries hace referencia a la proporción de personas que, al momento del examen en el estudio, presentan evidencia de haber sufrido en algún momento de su vida, caries en alguna de sus fases (estadio incipiente o avanzado) y secuelas (obturados o perdidos por caries).

Es importante señalar que la experiencia en permanentes a los 12 años está presente en el 54.16%, y pasa drásticamente a 75.21% en las personas de 18 años en tan sólo 6 años de vida, hasta llegar a ser de 96.26% en los individuos de 65 a 79 años.

La experiencia modificada de COP, se identifica en un rango entre 95.13% a los 12 años y 97.01% para el grupo de 65 a 79 años.

La prevalencia de caries hace referencia a la proporción de personas que al momento del examen presentan una o más lesiones de caries dental no tratada. Para el presente reporte es importante señalar que se usa la expresión prevalencia cuando se considera solo la caries avanzada pero cuando se hace uso de la expresión prevalencia modificada COP, se están considerando tanto los estadios incipientes como los avanzados de la caries.

A los 12 años, la prevalencia se encuentra en el 37.45% de estos adolescentes, edad a partir de la cual se incrementa a 47.79% a los 18 años, llega a su máximo valor en el grupo de 35 a 44 años con 64.73% y se reduce nuevamente para el grupo de 65 a 79 años a 43.47%.

Al considerar la prevalencia modificada COP para la dentición permanente, se encuentra que solo el 21.03% no tiene esta situación y que por tanto el 78.97% si la presenta.

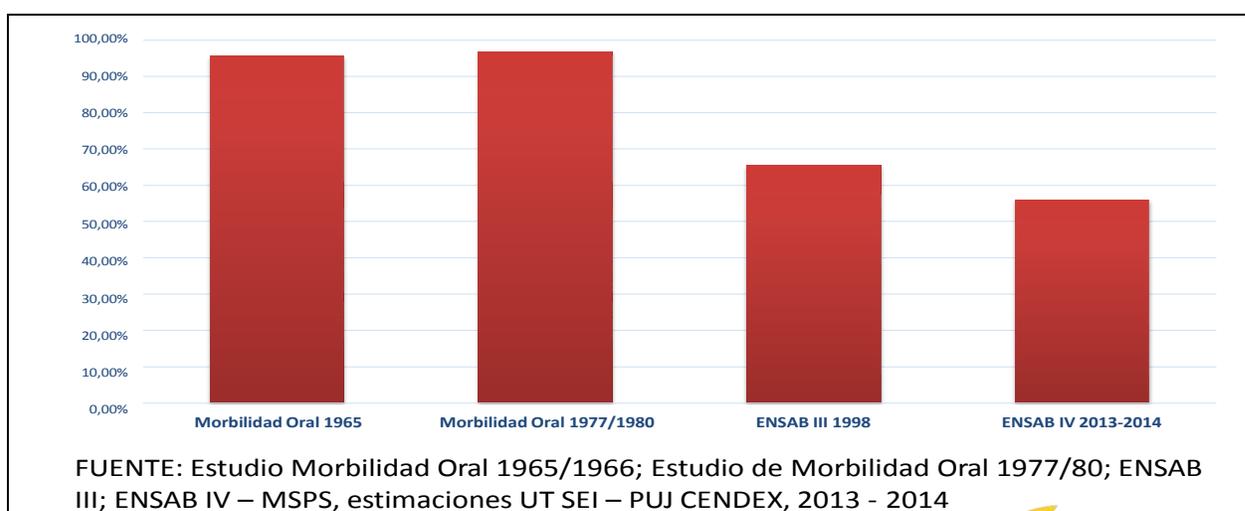
A los 12 años, la prevalencia modificada COP (2-6 ICDAS) llega a 88.49%, alcanza el 93.80% a los 18 años, para reducirse a 44.42% en las personas de 65 a 79 años.

El COP-D promedio de los niños/as de 12 años en Colombia según ENSAB IV del 2014 es de 1.51, siendo menor que el de otros países en la región de América del sur, como es el caso de Brasil en 2011 que reportó un valor promedio de COP-D de 2,1 a la edad de

12 años; en Perú según reporte del 2005 el (COP-D) en 12 años fue de 3.67; en México de 1.6 para niños de 12 años; en Argentina se evaluaron 1549 escolares de 12 años encontrando un COP-D de 1.85 y 2.59 en escolares de escuelas municipales y escuelas privadas, respectivamente. En Chile en el año del 2007, el índice COP-D para 12 años fue de 1.9; en Paraguay, según encuesta del 2008, el índice COP-D de 12 años fue de 2.9 y en Brasil los niños de 12 años tienen un COP-D de 2.1.

En el ENSAB IV el total de pacientes encuestados con edad de 12 años fue de 2.186 lo que equivale a 10.6% de la muestra. Además, se debe tener en cuenta que la población de jóvenes en esta edad para la época era de 859.258. (DANE)

Figura 5. Prevalencia De Caries – Estudios Nacionales (Caries No Tratada – Total Personas Dentición Permanente)



➤ ANALISIS DE LA SALUD BUCAL A LOS 12 AÑOS

La importancia del diagnóstico de caries en población de 12 años se debe a que en la mayoría de los casos se encuentra completa la dentición permanente.

El 54.16% de los jóvenes presentan caries y el 37.45% de ellos presentan prevalencia; “la experiencia modificada COP se encuentra en el 95.13% de las personas a esta edad y la prevalencia modificada C (2-6 ICDAS) OP, se halló en el 88.49%”

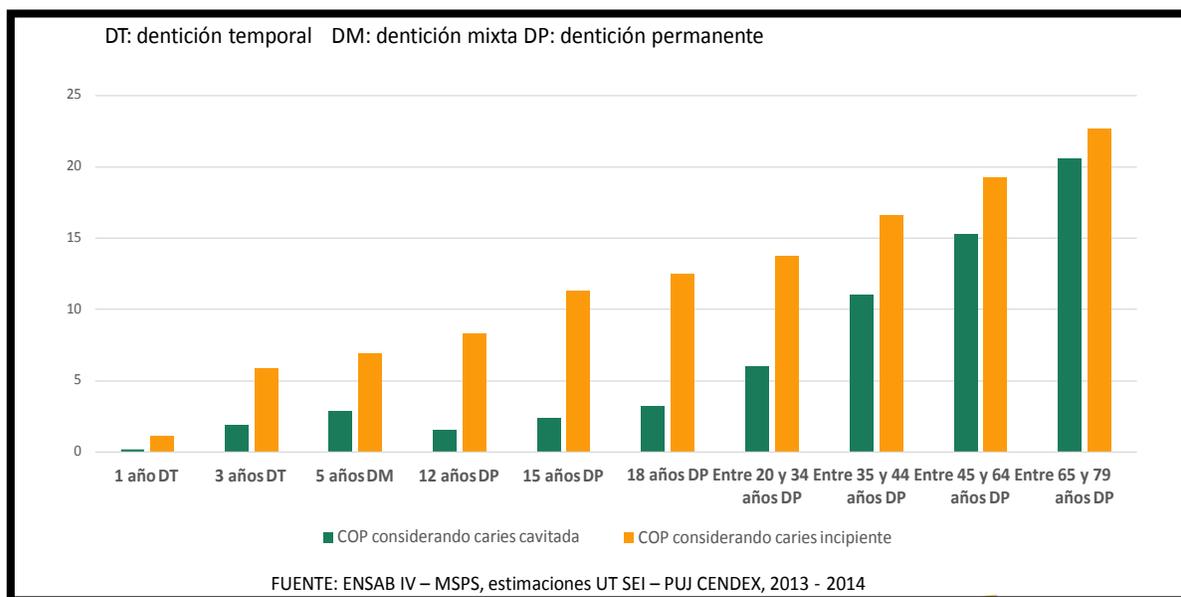
El estudio arroja resultados diferenciados por sexo, indicando que el 56.99% de los hombres de 12 años presentan experiencia y el 39.07% prevalencia de caries, mientras que las mujeres representan un 51.21% de experiencia y un 35.76% de prevalencia.

“Por procedencia, las cabeceras municipales presentan los menores valores para *experiencia* (51.54%), *prevalencia* (35.63%) y *experiencia modificada COP* (93.66%), en tanto en el centro poblado se encuentra el menor valor de la *prevalencia modificada C (2-6 ICDAS) OP* (79.37%)”. Sin embargo, la zona rural presenta una situación de mayor gravedad, teniendo en cuenta que el porcentaje de experiencia aumenta a 62.31%, y un fenómeno similar se da con los demás indicadores: *prevalencia* (44.04%) y *experiencia modificada C (ICDAS) OP* (99.9%), y *prevalencia modificada C (ICDAS) OP* 95.29%).

Al hacer un análisis comparativo entre las zonas. Se puede identificar a la Orinoquía-Amazonía, como el lugar con mayor experiencia (64.33%), mientras que la región Atlántica con la menor cifra para este indicador (49.56%). “Las regiones Oriental y Pacífica presentan los valores extremos tanto para la *prevalencia* (44.39% y 32.47% respectivamente), como para la *experiencia modificada COP* (99.40% para la Oriental y 87.56% para la Pacífica), y para la *prevalencia modificada C (ICDAS) OP* (97.48% y 70.94 respectivamente)”.

En el último estudio ENSAB IV el COP para la edad de 12 años fue de 1.51 presentando una importante avance con respecto al estudio realizado en 1998, ENSAB III, en donde este mismo indicador se encontraba en 2.3. Sin embargo, en esta cifra no se tienen en cuenta el COP modificado que para la fecha se ubicaba en 8.29. Estas lesiones iniciales deben ser tratadas oportunamente para evitar que la patología avance. “Por región los valores de los índices COP se presentan en un rango entre 1.83 en la Orinoquía-Amazonía y 1.37 en la región Central y el índice *C (ICDAS) OP modificado* se encuentra a su vez entre 11.04 en la región Atlántica y 6.40 en la región Bogotá”. Como se evalúa en la gráfica siguiente.

Figura 6. Índice COP Con Caries Cavitada Vs COP Y Caries Incipiente Por Curso De Vida – Ensab IV



El ENSAB IV también genera datos diferenciados por el tipo de régimen de Salud en la población de 12 años, reconociendo una diferencia entre quienes pertenecen al régimen subsidiado con un índice COP de 1.6 y los afiliados al régimen contributivo y no asegurados entre 1.3 y 1.2. “Los niños de 12 años presentan un índice de dientes sanos de 23.7, un índice de dientes cariados de 0.85, y un índice de dientes cariados modificado C que llega a 6.78 dientes en promedio; el índice de dientes obturados es de 0.62 y el índice de dientes perdidos para esta edad es de 0.02”

Los resultados de los diferentes estudios nacionales han presentado en los últimos años una mejoría en la prevalencia de caries en dientes permanentes.

En Colombia no existen los recursos necesarios para controlar las patologías bucales, específicamente la caries dental en toda la población, ya que el daño de los adultos es muy severo. Por esto, se ha priorizado la atención de la población de menor edad, que es cuando las medidas preventivas tienen su mayor efectividad y el daño bucal, logra ser controlado con los recursos existentes.

El sistema público de salud, en su atención odontológica, se caracteriza por ser integral, siendo relevante la educación e implementación de estrategias de promoción y prevención. Además, de tratamiento restaurador cuando así se requiera. A pesar de ello, la prevención de la patología bucal no cuenta con la permanencia ni alcance debido. Este elemento es de gran importancia pues los esfuerzos que se realizan para el tratamiento restaurador son en vano si no existe un cambio en los factores predisponentes y hábitos de higiene oral.

Colombia ha experimentado en los últimos años, un gran cambio en el sistema de salud donde se han logrado aspectos históricos como el aseguramiento de personas vulnerables, prevención de las enfermedades más prevalentes, y el aumento de la cobertura en los programas de promoción de la salud.

Sin embargo, hay factores que inciden directamente en la salud de la población como son las grandes inequidades, la situación de pobreza, el desempleo y el desplazamiento. La situación de la salud oral se ve afectada por todos estos aspectos. Esto implica que los problemas que hoy enfrentamos son más complejos, al igual que sus soluciones.

Se requiere entonces una reorientación de los programas de salud oral para lograr un verdadero impacto en enfermedades prevenibles como la caries dental acordes con la evidencia científica y a pesar de las limitaciones del actual sistema.

Entre las múltiples enfermedades que afectan la salud bucal de la población, están, la caries dental, los traumas dentales, las enfermedades de las encías, la fluorosis, causando pérdida dental a través del curso de vida, afectando funciones como la masticación, los procesos digestivos, el habla y la interacción social.

Específicamente la caries dental, es la que presenta la mayor prevalencia en los diferentes estudios realizados, sobresaliendo por su impacto en la salud general de los colombianos como en el mundo, desde las edades más tempranas hasta las edades adultas.

Las razones por las que las personas presentan enfermedades que afectan la salud bucal son múltiples y complejas, pues se debe a la interacción de diversos factores de riesgo que a su vez se ven afectados por los diversos determinantes sociales de la salud: riesgos específicos como cambios en el pH de la saliva por acumulación de placa bacteriana por inadecuados hábitos de higiene oral, entre otras.

“Determinantes sociales como la educación, la vinculación laboral, la pobreza, la distribución, capacidad y disponibilidad de servicios socio-sanitarios, el curso de vida, las condiciones y costumbres, modos y estilos de vida para que las personas puedan contar con el conocimiento y la disponibilidad de medios para realizar sus prácticas de consumo de alimentos, de elementos de higiene, y acceso a servicios de salud entre otros, para el cuidado de su salud bucal en todos sus espacios de vida.”. (MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010)

Los hábitos de cuidados bucales, el manejo del riesgo y la prevención temprana de enfermedades que inciden en la salud bucal deben iniciarse desde los primeros años de vida, para lograr la incorporación de hábitos y condiciones de salud que permitirán disminuir los indicadores de morbilidad a lo largo del curso de vida.

5.4.1.3 Estudio En Risaralda

En el presente capítulo se busca describir la situación de la población de 12 años, en relación a la caries dental en el departamento de Risaralda, para ello se realiza un recuento cronológico de los Estudios Nacionales, que si bien aportan poca información sobre la situación de Risaralda, permite observar los cambios que se han presentado e identificar retos y avances. Posterior a ello se profundiza en la situación actual a partir de la revisión de los registros de prestación de servicios RIPS de la secretaria de salud de Risaralda

En el año 1999 se realizó un estudio donde se midió la evaluación del impacto del programa de salud oral en la población escolar del municipio de Pereira 1997-1999. No se

encontraron estudios significativos desde esa fecha para el municipio de Pereira o el departamento de Risaralda hasta el ENSAB IV.

A partir del año 1994, el instituto municipal de salud, desarrollo un programa de actividades educativas sobre hábitos alimenticios y de higiene oral, incluyendo la atención odontológica.

Este programa estuvo dirigido a los escolares de primero a quinto de básica primaria, de las escuelas oficiales y hogares comunitarios del municipio de Pereira. Se seleccionaron estos grupos por tratarse de poblaciones cautiva que facilitaron las acciones de promoción y prevención. Este programa funciono básicamente en área de influencia de la empresa social de estado del barrio Kennedy de Pereira, lo que causo que su cobertura y regularidad hayan sido mayores en la población escolar de este municipio.

De esta manera, tomando como referente la mayor intensidad de las acciones en el área de influencia de la empresa social del estado de Kennedy, realizaron un estudio donde compararon los resultados y establecieron diferencia en morbilidad e higiene oral con el sector privado, el cual incluyeron en su muestra para este estudio.

Examinaron 787 niños, Él índice COP para el total de la muestra fue de 1.1 siendo ligeramente mayor en las mujeres.

En las conclusiones de dicho estudio concluyen que las actividades educativas han generado cambios en el comportamiento de los niños, y la prevalencia de caries en personas, se encontró igual en hombres y mujeres, pero la extensión del problema es mayor en mujeres. También se observó mayor prevalencia de caries dental, índices COP en la zona rural, comportamiento influido por las diferencias socioeconómicas, menor nivel educativo de la población y poca accesibilidad a los servicios de salud.

Con respecto a los estudios nacionales de morbilidad oral de la época, los índices COP, se observaron inferiores, atribuible a mejoramiento en la accesibilidad a los servicios de salud odontológicos, mayor educación de la población acerca del autocuidado en salud oral.

Concluyeron también que las acciones del programa han incidido de manera notoria en estos resultados, por cuanto sus actividades han privilegiado acciones preventivas tales como educación sobre hábitos alimenticios y de higiene oral.

Lo anterior justifico la existencia del programa de salud escolar en el municipio de Pereira.

Los mayores índices de morbilidad e higiene oral en la zona rural dejaron la obligación de investigar sobre los factores que está condicionando este fenómeno, y reorientar las actividades de este programa.

En el ENSAB IV, el Departamento de Risaralda se encuentra ubicado en la zona central, este Departamento tiene una extensión aproximada de 3.592 Km², lo que representa el 0.3% del área total del país y el 27% de la extensión total de los departamentos que conforman el eje cafetero, en la cordillera Central (Caldas, Quindío y Risaralda), limita con siete (7) Departamentos: Al Norte con los Departamento de Antioquia y Caldas, por el Oriente con Caldas y Tolima, por el Sur con el Quindío y Valle del Cauca y por Occidente con Chocó.

Tabla 4. Muestra Final Personas Examinadas Por Regiones

Región	Subregión	Personas examinadas y encuestadas				Mujeres embarazadas examinadas y encuestadas			
1. Atlántica	Guajira, Cesar, Magdalena	3.388	16,5%	<u>923</u>	4,5%	208	19,8%	<u>69</u>	6,6%
	Bolívar sur, Sucre, Córdoba			<u>1.042</u>	5,1%			<u>48</u>	4,6%
	Atlántico sin Barranquilla, San Andrés, Bolívar Norte			<u>913</u>	4,4%			<u>54</u>	5,1%
	Barranquilla			<u>510</u>	2,5%			<u>37</u>	3,5%
2. Oriental	Santanderes	3.431	16,7%	<u>1.397</u>	6,8%	153	14,6%	<u>75</u>	7,1%
	Boyacá, Cundinamarca, Meta			<u>2.034</u>	9,9%			<u>78</u>	7,4%
3. Central	Antioquia sin Medellín	3.467	16,9%	<u>1.093</u>	5,3%	148	14,1%	<u>66</u>	6,3%
	Medellín			<u>741</u>	3,6%			<u>29</u>	2,8%
	Caldas, Risaralda, Quindío.			<u>748</u>	3,6%			<u>21</u>	2,0%
	Caquetá, Huila, Tolima.			<u>885</u>	4,3%			<u>32</u>	3,0%
4. Pacífica	Litoral Pacífico	3.417	16,6%	<u>462</u>	2,2%	177	16,9%	<u>46</u>	4,4%
	Valle sin Cali ni Litoral Pacífico			<u>845</u>	4,1%			<u>34</u>	3,2%
	Cali			<u>863</u>	4,2%			<u>41</u>	3,9%
	Cauca y Nariño sin Litoral Pacífico			<u>1.247</u>	6,1%			<u>56</u>	5,3%
5. Bogotá	Bogotá D.C.	3.419	16,7%	<u>3.419</u>	16,7%	<u>186</u>	17,7%	<u>186</u>	18%
6. Orinoquia-Amazonía	Orinoquia y Amazonia	3.412	16,6%	<u>3.412</u>	16,6%	<u>178</u>	17,0%	<u>178</u>	17%
Total general		<u>20.534</u>	100%	<u>20.534</u>	100%	<u>1.050</u>	100%	<u>1.050</u>	100%

Fuente: Encuesta Nacional en Salud Bucal (ENSAB IV)

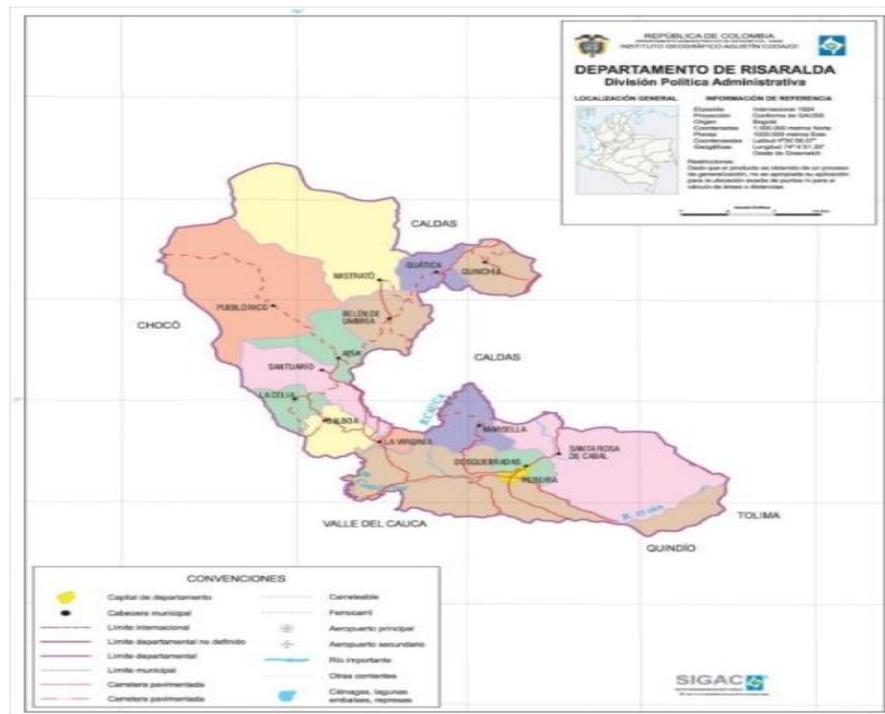
5.5 MARCO SITUACIONAL

5.5.1. Reseña Del Departamento De Risaralda

El departamento de Risaralda se encuentra ubicado en la zona central, este Departamento tiene una extensión aproximada de 3.592 Km², lo que representa el 0.3% del área total del país y el 27% de la extensión total de los departamentos que conforman el eje cafetero, en la cordillera Central (Caldas, Quindío y Risaralda), limita con siete (7) Departamentos: Al Norte con los Departamento de Antioquia y Caldas, por el Oriente con Caldas y Tolima, por el Sur con el Quindío y Valle del Cauca y por Occidente con Chocó.

Está conformado por 14 municipios: Pereira, ciudad capital, Apia, Balboa, Belén de Umbría, Dosquebradas, Guática, La Celia, La Virginia, Marsella, Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía, Santa Rosa de Cabal y Santuario; 19 corregimientos, 95 inspecciones de policía, numerosos caseríos y sitios poblados. (Ver Figura 7).

Figura 7. División Política Administrativa y Límites, Risaralda



Fuente: Secretaria de Planeación, Risaralda

El municipio de mayor extensión en el departamento es Pueblo Rico con 1020 Km², que representa el 24,9 del total de la extensión de Risaralda seguido por Pereira con 702 Km², que representa únicamente el 17,1% de ésta y Mistrató con 570 Km² y el 13,95% del total de la extensión del territorio. Los municipios con menor extensión son en su orden: La Virginia con 33 Km², Dosquebradas con 70,8 Km² y Guática con 100,67 Km². Sin embargo es el municipio de La Virginia, el que mayor extensión de área urbana posee, (30 Km²) seguido por Pereira, (29 Km²), Santa Rosa (20 Km²) y Dosquebradas (14,1Km²).

5.5.2 Información Poblacional

5.5.2.1 DANE

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) es la entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia.

El director del DANE Risaralda es Dr. Pedro Pablo Hernández, la información para esta investigación fue suministrada por la sección de servicio al público.

5.5.2.2. *Grupo Poblacional 12 Años*

Este grupo poblacional toma como línea de base la situación de salud bucal en la población de 12 años, ya que a esta edad han erupcionado todos los dientes permanentes, puede hacerse su seguimiento tomando las metas de esta edad; que implican por ejemplo, lograr un índice COP promedio a los 12 años de edad, menor de 2,3 y mantener los dientes permanentes en el 60% en los mayores de 18 años.

Lograr la reducción de la historia y la prevalencia de caries a los 12 años, implica haber desarrollado acciones de promoción de la salud y de prevención de la caries dental en las edades previas. Por tal motivo con este grupo poblacional de adolescentes 12 años se mide el impacto de las políticas públicas.

La OMS recomienda para el análisis del COP, las edades de 5-6 años, 12,15, 18, 35-44, 60-74 años, siendo la evaluación del índice COP-D a los 12 años, usada como el principal referente de comparación internacional del estado de salud bucal.

La población de Colombia según proyecciones del DANE ubicada en grupo adolescentes 12 años es la siguiente:

Tabla 5. Proyección Población Adolescentes 12 Años Colombia, Según DANE, 2014 – 2018

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	859.258	855.555	852.136	850.242	849.684
Hombres	438.747	437.042	435.432	434.590	434.402
Mujeres	420.511	418.513	416.704	415.652	415.282

Fuente: DANE

La Población del Departamento de Risaralda, discriminado por municipio según proyecciones del DANE, ubicada en grupo adolescentes de 12 años es la siguiente:

Tabla 6. Población Departamento De Risaralda Adolescentes 12 Años, 2014 - 2018

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	7.110	6.991	6.904	6.850	6.822
Hombres	3.627	3.577	3.538	3.515	3.502
Mujeres	3.483	3.414	3.366	3.335	3.320

Fuente: DANE

Tabla 7. Población Municipio De Apía - Risaralda Adolescentes 12 Años, 2014 - 2018

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	352	360	363	363	360
Hombres	182	186	187	187	185
Mujeres	170	174	176	176	175

Fuente: DANE

Tabla 8. Población Municipio De Balboa - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	111	109	107	105	104
Hombres	57	56	55	54	53
Mujeres	54	53	52	51	51

Fuente: DANE

Tabla 9. Población Municipio De Belén De Umbría - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	514	504	497	490	484
Hombres	261	254	250	247	246
Mujeres	253	250	247	243	238

Fuente: DANE

Tabla 10. Población Municipio De Dosquebradas - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	3.186	3.163	3.144	3.132	3.127
Hombres	1.618	1.608	1.600	1.595	1.594
Mujeres	1.568	1.555	1.544	1.537	1.533

Fuente: DANE

Tabla 11. Población Municipio De Guática - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	262	256	249	243	239
Hombres	130	127	123	120	118
Mujeres	132	129	126	123	121

Fuente: DANE

Tabla 12. Población Municipio De La Celia - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	155	153	151	148	146
Hombres	81	80	79	77	76
Mujeres	74	73	72	71	70

Fuente: DANE

Tabla 13. Población Municipio De La Virginia - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	546	542	539	534	530
Hombres	273	276	276	273	269
Mujeres	273	266	263	261	261

Fuente: DANE

Tabla 14. Población Municipio De Marsella - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	393	390	388	388	389
Hombres	199	198	198	199	200
Mujeres	194	192	190	189	189

Fuente: DANE

Tabla 15. Población Municipio De Mistrató - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	370	371	372	372	371
Hombres	186	184	183	183	184
Mujeres	184	187	189	189	187

Fuente: DANE

Tabla 16. Población Municipio Pueblo Rico - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	303	305	307	308	309
Hombres	152	151	151	152	153
Mujeres	151	154	156	156	156

Fuente: DANE

Tabla 17. Población Municipio De Quinchía - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	641	633	625	618	613
Hombres	324	319	314	310	307
Mujeres	317	314	311	308	306

Fuente: DANE

Tabla 18. Población Municipio De Santa Rosa De Cabal - Risaralda Adolescentes 12 Años.

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	1.230	1.215	1.204	1.197	1.194
Hombres	625	621	618	617	617
Mujeres	605	594	586	580	577

Fuente: DANE

Tabla 19. Población Municipio De Santuario - Risaralda Adolescentes 12 Años

<i>Año</i>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Total	280	277	273	270	267
Hombres	145	143	141	139	137
Mujeres	135	134	132	131	130

Fuente: DANE

6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

6.1 Tipo de Investigación

La propuesta metodológica del presente Proyecto de Investigación se ha determinado de acuerdo a las características y condiciones que esta requiere, partiendo de su enfoque Descriptivo, observando y analizando el comportamiento de un acto sin influir sobre él. Describe una actividad o proceso, para saber cómo se manifiesta determinado fenómeno que puede ser sometido a análisis. Se obtuvieron datos que la secretaria de salud del Risaralda obtuvo de su recolección de fuentes secundarias de información (RIPS), de las instituciones que aportan esta información.

6.2 Definición del Diseño

6.2.2 No Experimental

Nuestro trabajo se basa fundamentalmente en la observación de información sin manipular esta, como se dan en su contexto natural, .Teniendo en cuenta el direccionamiento investigativo, aquí planteado, se observa que el objeto de estudio en mención se realizó en El departamento de Risaralda, viendo el comportamiento basados en la clasificación internacional de la caries dental, diagnósticos (K020- K29), razón por la cual se define que la propuesta investigativa es de orden no experimental.

6.2.3 Diseño Longitudinal

La investigación se desarrolló en el periodo comprendido entre los años 2014 – 2018, con información recopilada de fuentes secundarias de información por la secretaria de salud del Risaralda en el periodo 2014-2018, permitiendo entrever que la investigación obedece a un

diseño de carácter longitudinal buscando tendencias donde se analizan cambios a través del tiempo dentro de una población en general que en nuestro caso es la población del departamento de Risaralda que se encuentra en los 12 años

6.2.4 Recolección de Datos Secundarios

Según lo esbozado, el instrumento de recolección de la información a utilizar en la presente investigación fue la recopilación de datos secundarios, ya que estos fueron recolectados previamente, y no se tiene que repetir los procedimientos de recolección directa o indirecta. Por ser datos de un ente oficial, tienen pertinencia, objetividad, validez y confiabilidad.

6.2.5 Delimitación del Estudio

Espacial: El proyecto de investigación se realizó con información recopilada para el departamento de Risaralda, y especificando en sus 14 municipios.

Demográfica: El estudio se realizó en el grupo demográfico adolescentes 12 años del departamento de Risaralda y especificando en sus 14 municipio

Lapso tiempo: el proyecto se realizó analizando información de los años 2014 - 2018

Temporal: El proyecto se llevó a cabo durante 10 meses, a partir del mes de septiembre del 2018 y finalizando en junio del 2019.

6.3 Definición de Variables

6.3.1 Variable Independiente

Las variable independiente identificada corresponde al grupo poblacional adolescentes 12 años, la cual es utilizada en los estudios de morbilidad oral, para determinar el impacto de las políticas públicas en el control de la patología caries dental, por este motivo en esta

investigación trabajaremos con la información recolectada de fuentes secundarias (RIPS) para dicho grupo poblacional.

6.3.2 Variable Dependiente

La variable dependiente corresponde a la información obtenida de fuentes secundarias de información sobre la patología caries dental, diagnósticos (K020-K029) en el departamento de Risaralda por parte de la secretaria de salud departamental de los años 2014- 2018, y su tendencia en estos años.

6.4 Instrumentos

La recolección de información se realizó, solicitando la información a la secretaria de salud del Risaralda, institución que recopila la información (RIPS) elaborados por las fuentes secundarias de información años 2014-2018, y que va almacenando en sus bancos de datos, Esta información fue solicitada a la Dra. Daniela Ospina Directora de salud oral de dicho ente. También se solicitó por escrito la información poblacional del departamento de Risaralda años 2014 – 2018 al Departamento Administrativo Nacional DANE) la cual fue suministrado por el director de dicho ente en el departamento Pedro Pablo Hernández.

Fue importante para el desarrollo de la investigación, contar con los aportes de las dos fuentes requeridas, ya que esta información es fundamental para el desarrollo de este trabajo.

6.5 Procedimiento

Para dar inicio a la definición del tema de proyecto de investigación, se presentaron diferentes propuestas, con el fin de buscar y dar respuestas a la falta de estudios que se han realizado en el departamento sobre el comportamiento de la caries dental en grupo adolescentes 12 años, encontrando gran importancia en los grandes cambios que se han

presentado en la salud del departamento con la aparición de múltiples actores, buscando una mayor cobertura poblacional.

Por tal motivo realizamos el estudio en grupo adolescentes 12 años del departamento de Risaralda, con la patología caries dental (K021-K029), entre los años 2014-2018, analizando fuentes secundarias de información (RIPS) recopilados estos, por la secretaria de salud departamental del Risaralda y observar la tendencia de esta patología.

7. ANALISIS DE LA INFORMACION

7.1 Fase Descriptiva

En esta fase se pretenden describir los elementos recopilados en las fuentes secundarias de información RIPS, los cuales decidimos utilizar para demostrar el fenómeno de la Caries Dental en niños 12 años diagnósticos K020 – K029 en el periodo de estudio 2014 - 2018, y antecedentes.

Con el fin de entregar herramientas para generar la construcción de sentido, se abordaran las categorías desarrolladas en el marco teórico, que contemplan las Leyes, El Plan Nacional de Salud, Fuentes Secundarias de Información (RIPS) y La Caries Dental, a partir de los instrumentos; en primera instancia se presentaran las siguientes tablas y gráficos tabulados a partir de información extractada en cada una de las categorías, que posteriormente dan cuenta del comportamiento de la caries K020 – K021 en el Departamento de Risaralda, en el desglose descrito anteriormente.

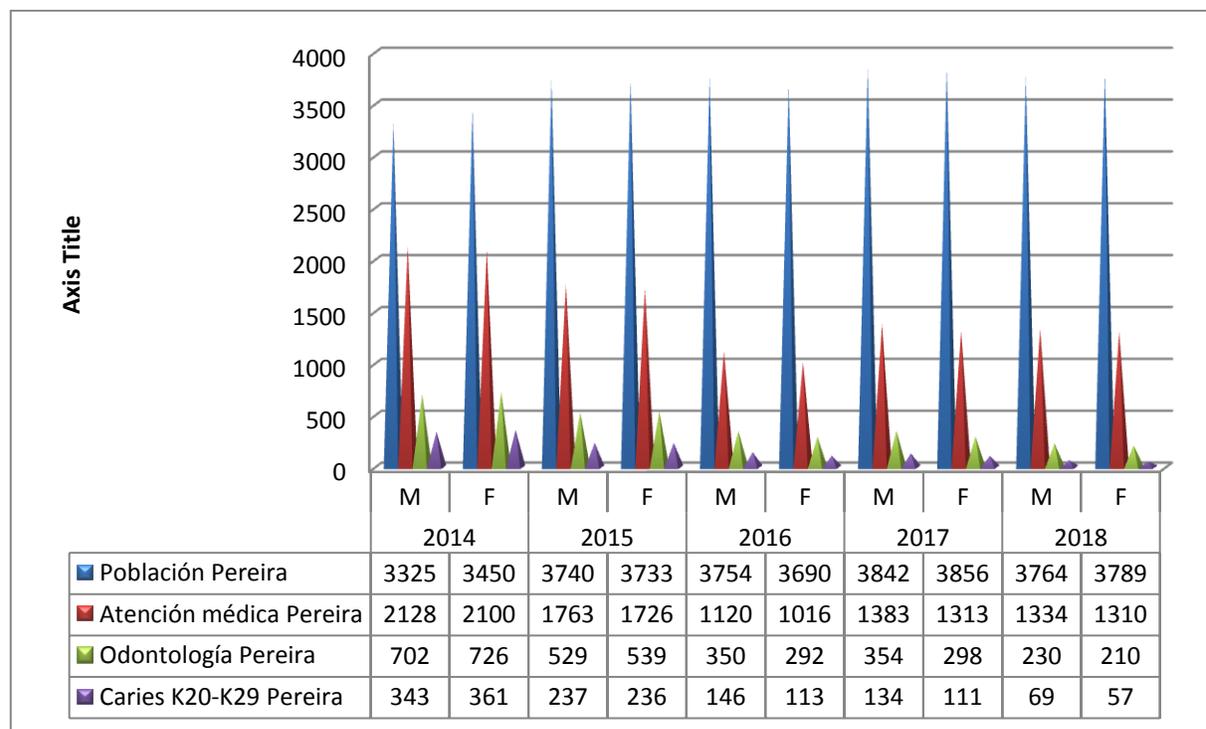
En el análisis de los gráficos por Municipio del Departamento de Risaralda, observamos una tendencia creciente en la población niños 12 años en el Departamento de Risaralda, así mismo se evidencia decrecimiento en la consulta médica por primera vez, respectivamente en la consulta odontológica de primera vez, en donde el comportamiento de la Caries K20 - K029 disminuye para ambos géneros sucesivamente.

Tabla 20. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pereira, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

PEREIRA	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Población Pereira	3325	3450	3740	3733	3754	3690	3842	3856	3764	3789
Atención médica Pereira	2128	2100	1763	1726	1120	1016	1383	1313	1334	1310
Odontología Pereira	702	726	529	539	350	292	354	298	230	210
Caries K20-K29 Pereira	343	361	237	236	146	113	134	111	69	57

Fuente: Los Autores

Gráfico 1. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pereira, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



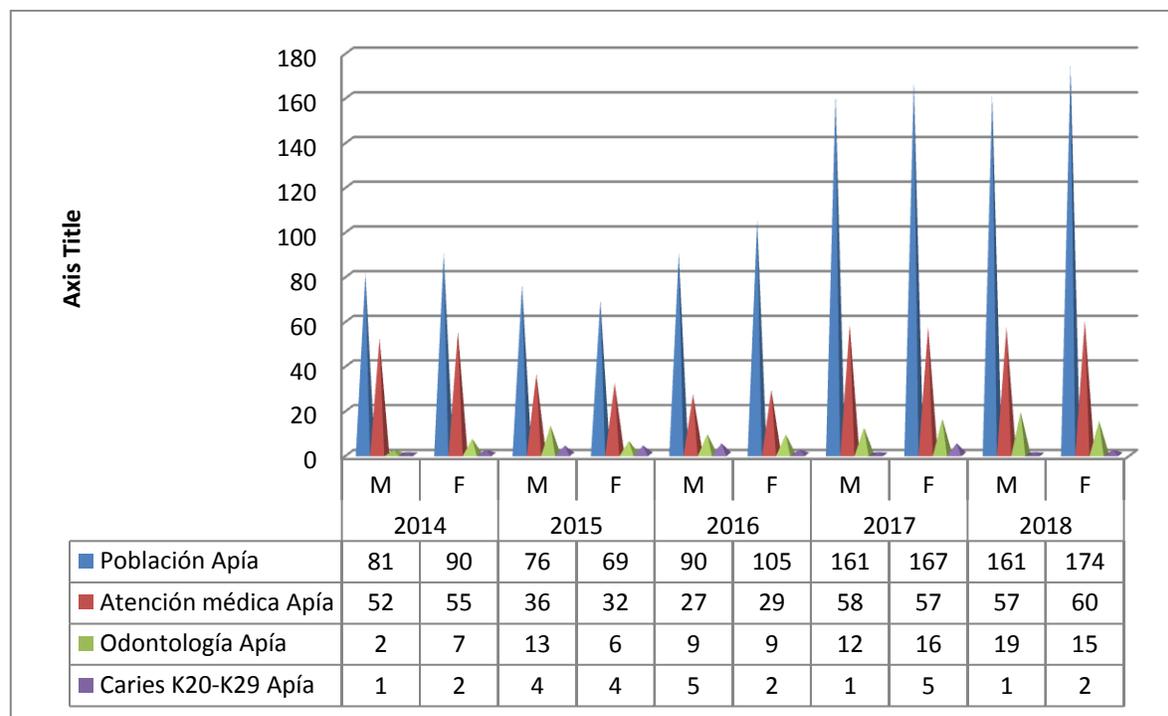
Fuente: Los Autores

Tabla 21. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Apía, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Población Apía	81	90	76	69	90	105	161	167	161	174
Atención médica Apía	52	55	36	32	27	29	58	57	57	60
Odontología Apía	2	7	13	6	9	9	12	16	19	15
Caries K20-K29 Apía	1	2	4	4	5	2	1	5	1	2

Fuente: Los Autores

Gráfico 2. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pereira, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



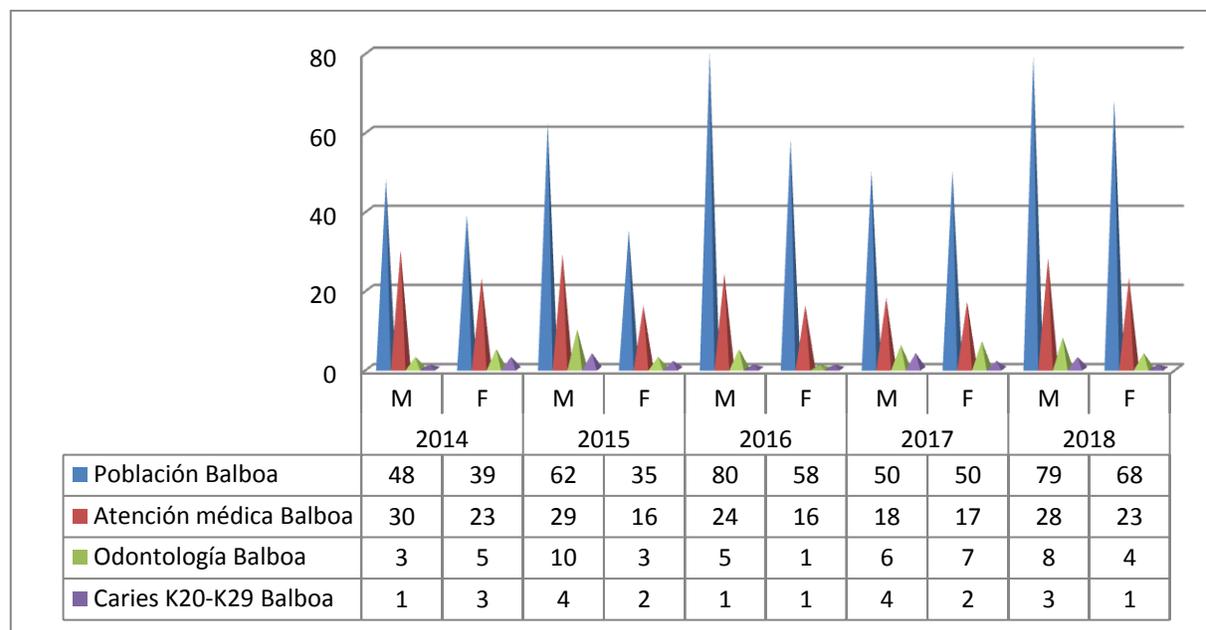
Fuente: Los Autores

Tabla 22. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Balboa, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

BALBOA	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Población Balboa	48	39	62	35	80	58	50	50	79	68
Atención médica Balboa	30	23	29	16	24	16	18	17	28	23
Odontología Balboa	3	5	10	3	5	1	6	7	8	4
Caries K20-K29 Balboa	1	3	4	2	1	1	4	2	3	1

Fuente: Los Autores

Gráfico 3. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Balboa, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



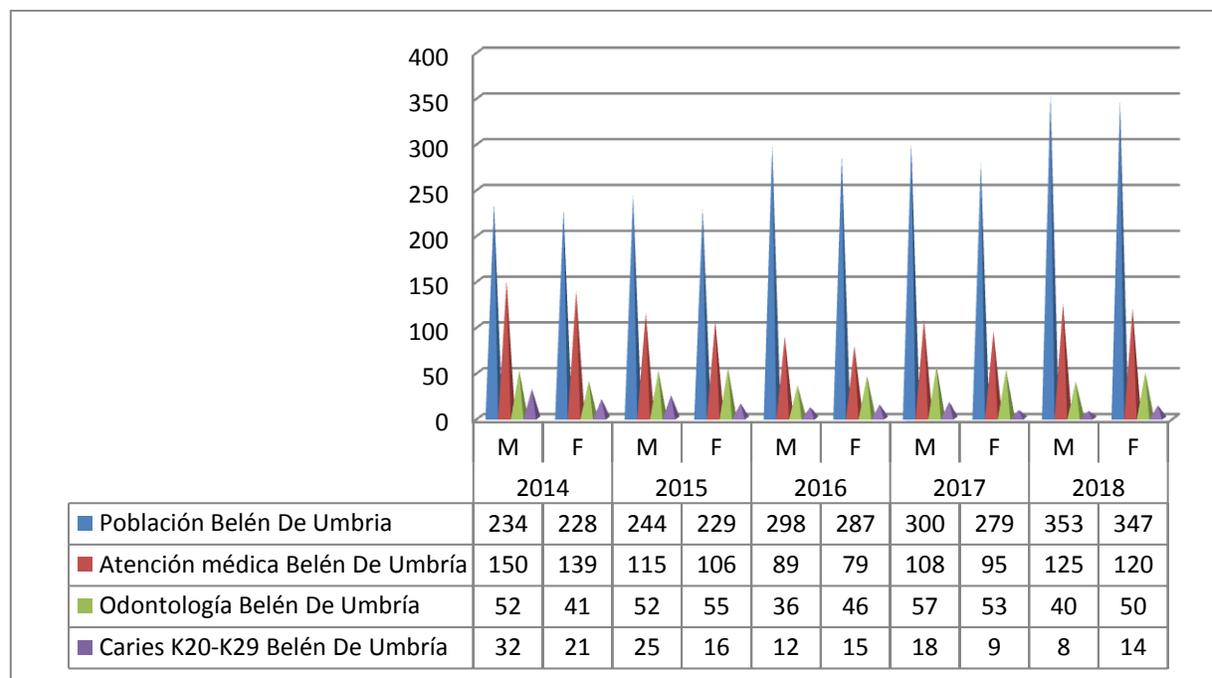
Fuente: Los Autores

Tabla 23. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Belén De Umbría, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
BELÉN DE UMBRÍA										
Población Belén De Umbría	234	228	244	229	298	287	300	279	353	347
Atención médica Belén De Umbría	150	139	115	106	89	79	108	95	125	120
Odontología Belén De Umbría	52	41	52	55	36	46	57	53	40	50
Caries K20-K29 Belén De Umbría	32	21	25	16	12	15	18	9	8	14

Fuente: Los Autores

Gráfico 4. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Belén De Umbría, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



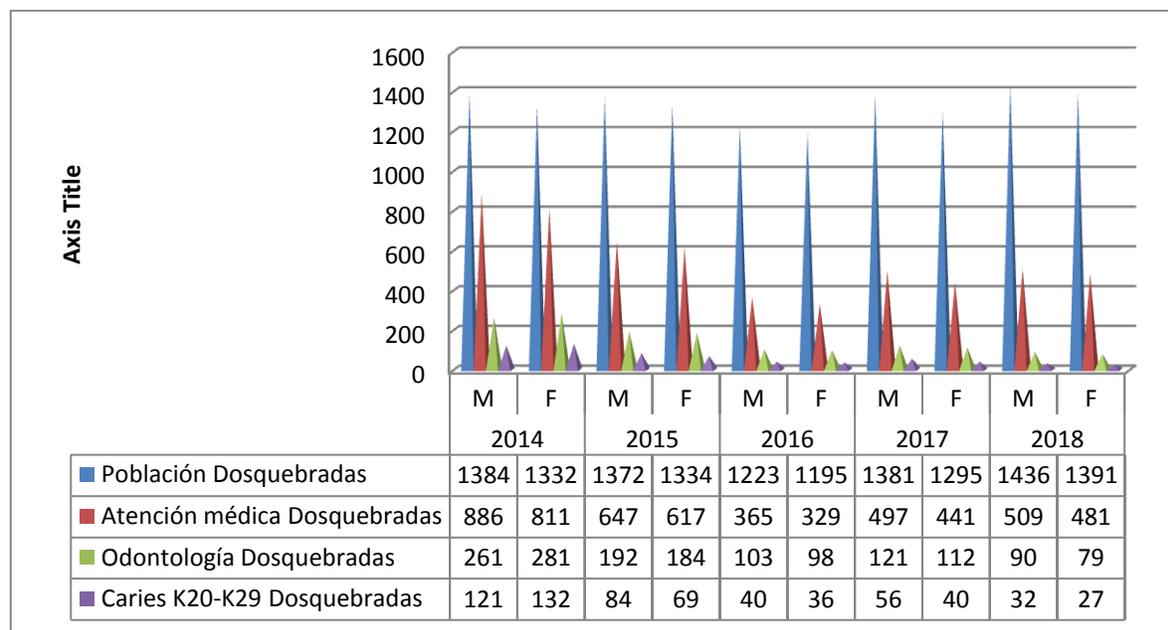
Fuente: Los Autores

Tabla 24. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Dosquebradas, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

DOSQUEBRADAS	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Población Dosquebradas	1384	1332	1372	1334	1223	1195	1381	1295	1436	1391
Atención médica Dosquebradas	886	811	647	617	365	329	497	441	509	481
Odontología Dosquebradas	261	281	192	184	103	98	121	112	90	79
Caries K20-K29 Dosquebradas	121	132	84	69	40	36	56	40	32	27

Fuente: Los Autores

Gráfico 5. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Dosquebradas, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



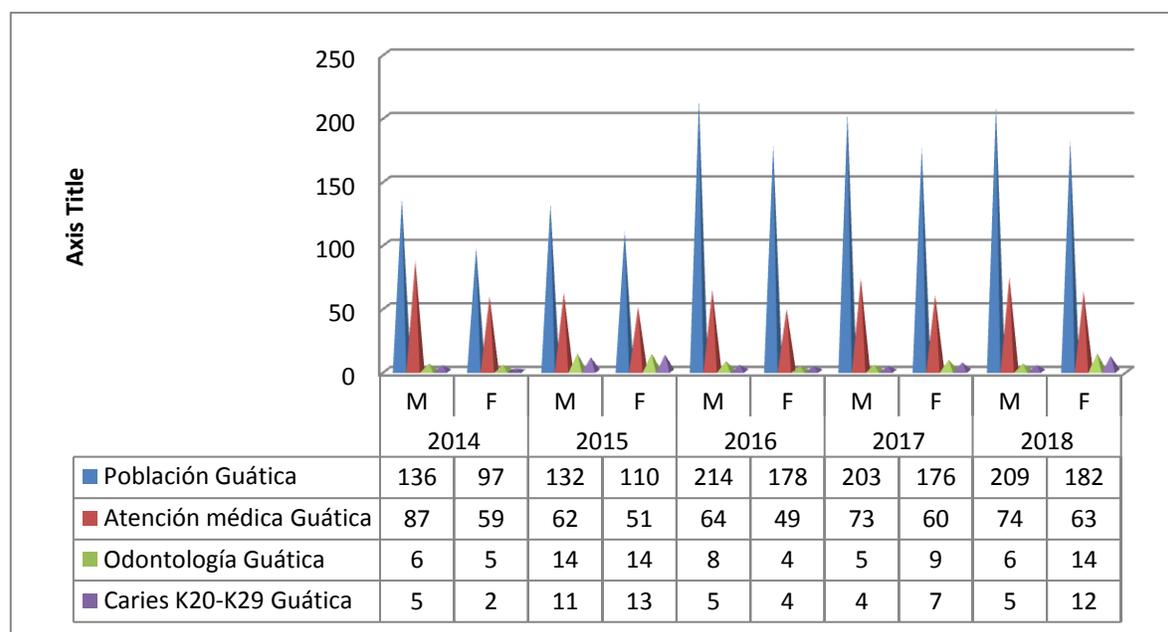
Fuente: Los Autores

Tabla 25. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Guatica, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

	2014		2015		2016		2017		2018	
GUÁTICA	M	F								
Población Guática	136	97	132	110	214	178	203	176	209	182
Atención médica Guática	87	59	62	51	64	49	73	60	74	63
Odontología Guática	6	5	14	14	8	4	5	9	6	14
Caries K20-K29 Guática	5	2	11	13	5	4	4	7	5	12

Fuente: Los Autores

Gráfico 6. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Guatica, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



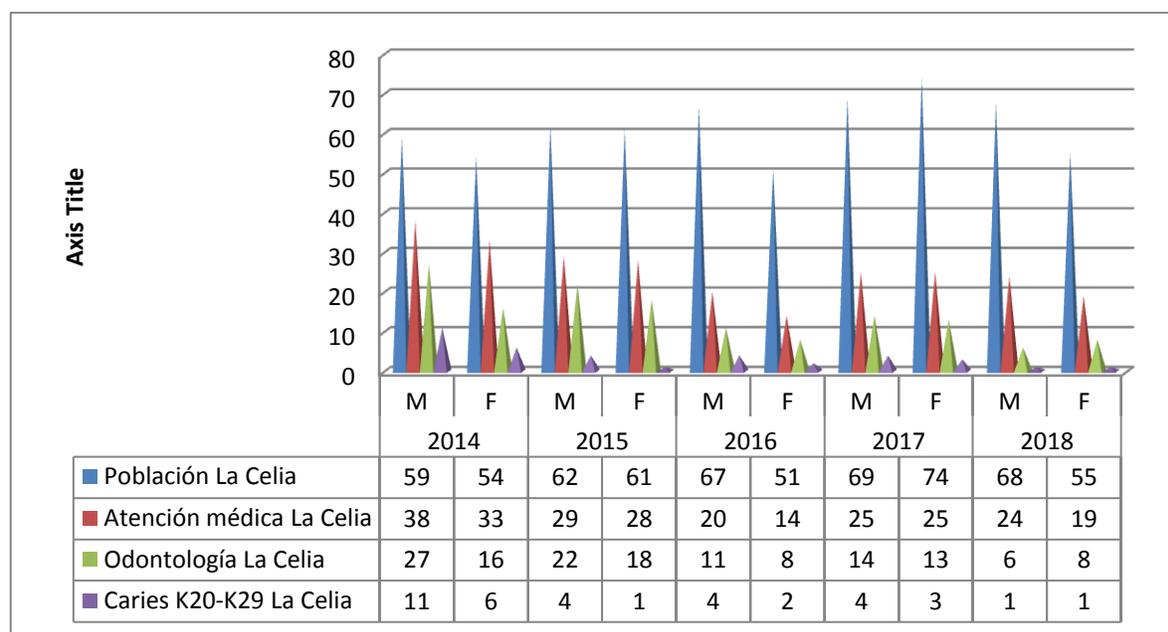
Fuente: Los Autores

Tabla 26. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio La Celia, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

LA CELIA	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Población La Celia	59	54	62	61	67	51	69	74	68	55
Atención médica La Celia	38	33	29	28	20	14	25	25	24	19
Odontología La Celia	27	16	22	18	11	8	14	13	6	8
Caries K20-K29 La Celia	11	6	4	1	4	2	4	3	1	1

Fuente: Los Autores

Gráfico 7. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio La Celia, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



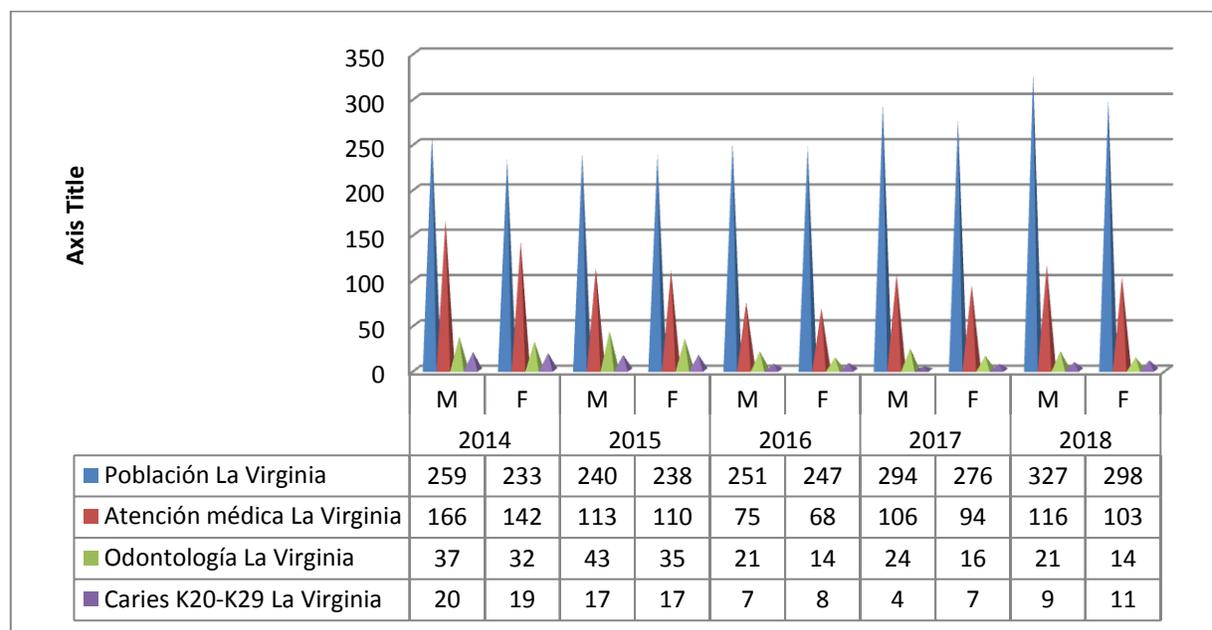
Fuente: Los Autores

Tabla 27. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio La Virginia, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

LA VIRGINIA	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Población La Virginia	259	233	240	238	251	247	294	276	327	298
Atención médica La Virginia	166	142	113	110	75	68	106	94	116	103
Odontología La Virginia	37	32	43	35	21	14	24	16	21	14
Caries K20-K29 La Virginia	20	19	17	17	7	8	4	7	9	11

Fuente: Los Autores

Gráfico 8. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio La Virginia, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



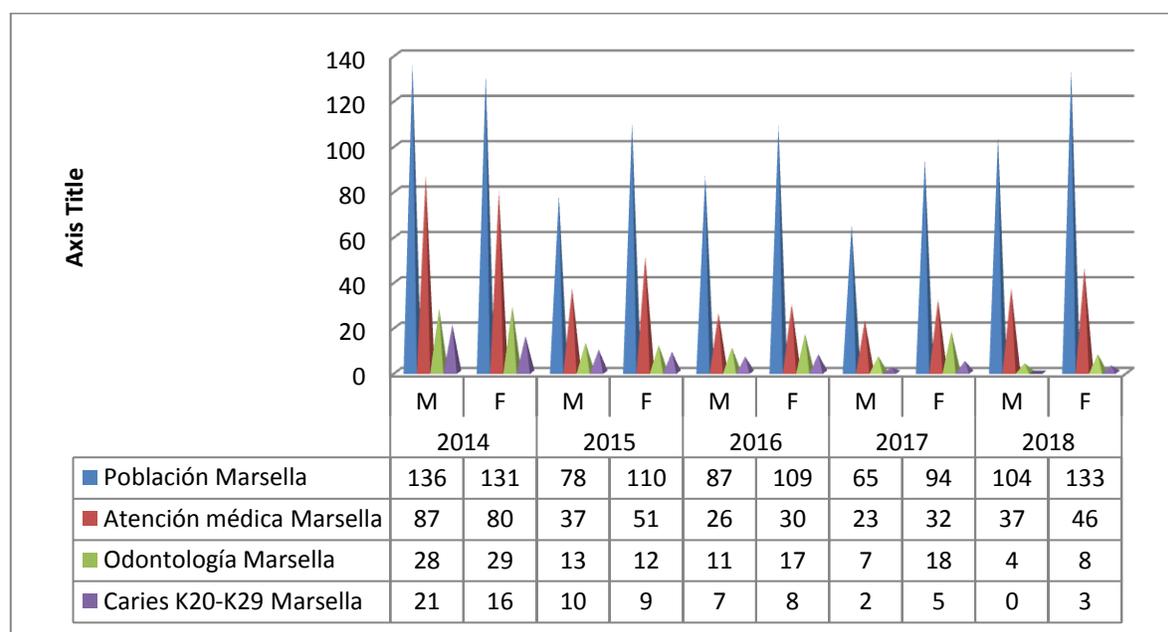
Fuente: Los Autores

Tabla 28. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Marsella, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

MARSELLA	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Población Marsella	136	131	78	110	87	109	65	94	104	133
Atención médica Marsella	87	80	37	51	26	30	23	32	37	46
Odontología Marsella	28	29	13	12	11	17	7	18	4	8
Caries K20-K29 Marsella	21	16	10	9	7	8	2	5	0	3

Fuente: Los Autores

Gráfico 9. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Marsella, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



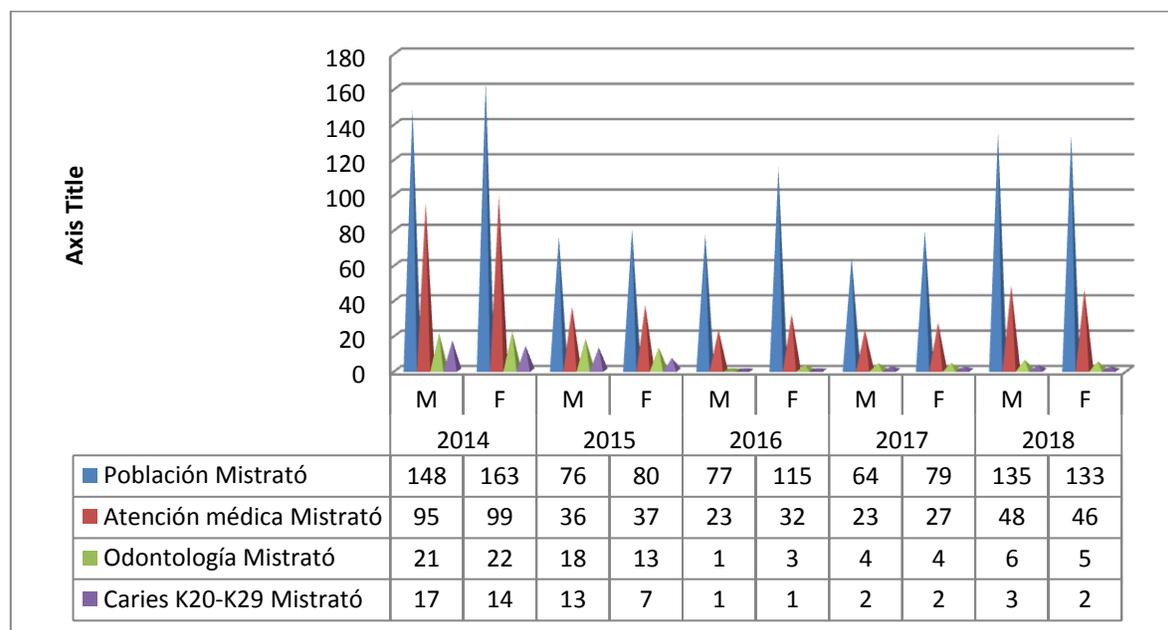
Fuente: Los Autores

Tabla 29. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Mistrató, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
MISTRATÓ										
Población Mistrató	148	163	76	80	77	115	64	79	135	133
Atención médica Mistrató	95	99	36	37	23	32	23	27	48	46
Odontología Mistrató	21	22	18	13	1	3	4	4	6	5
Caries K20-K29 Mistrató	17	14	13	7	1	1	2	2	3	2

Fuente: Los Autores

Gráfico 10. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Mistrató, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



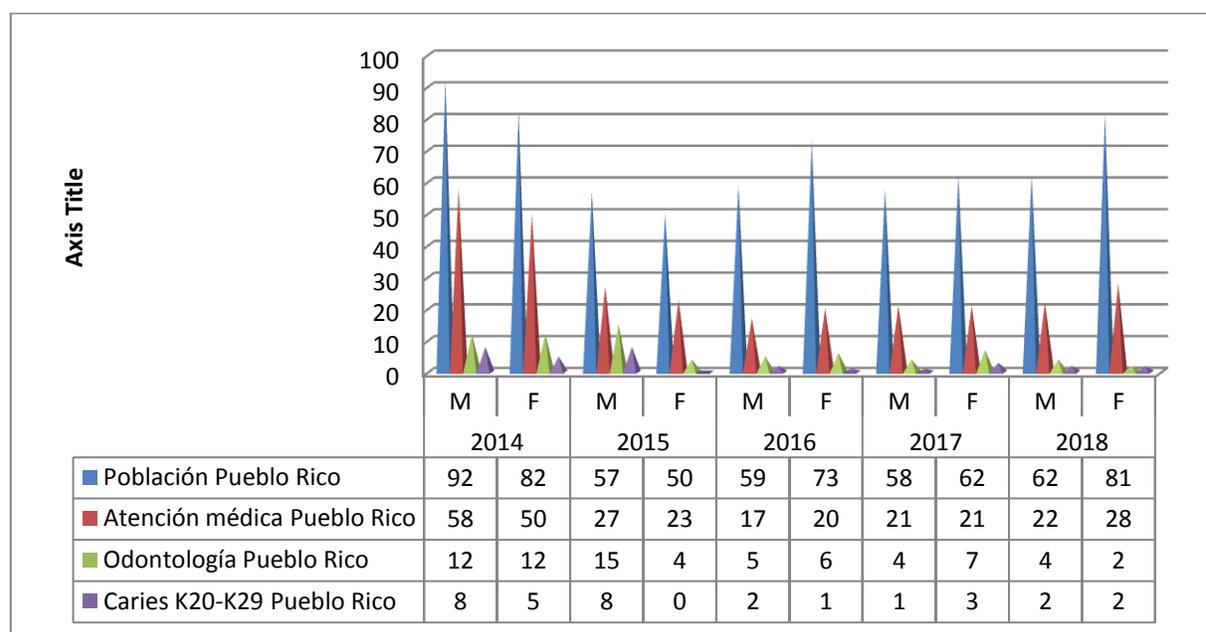
Fuente: Los Autores

Tabla 30. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pueblo Rico, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
PUEBLO RICO										
Población Pueblo Rico	92	82	57	50	59	73	58	62	62	81
Atención médica Pueblo Rico	58	50	27	23	17	20	21	21	22	28
Odontología Pueblo Rico	12	12	15	4	5	6	4	7	4	2
Caries K20-K29 Pueblo Rico	8	5	8	0	2	1	1	3	2	2

Fuente: Los Autores

Gráfico 11. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Pueblo Rico, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



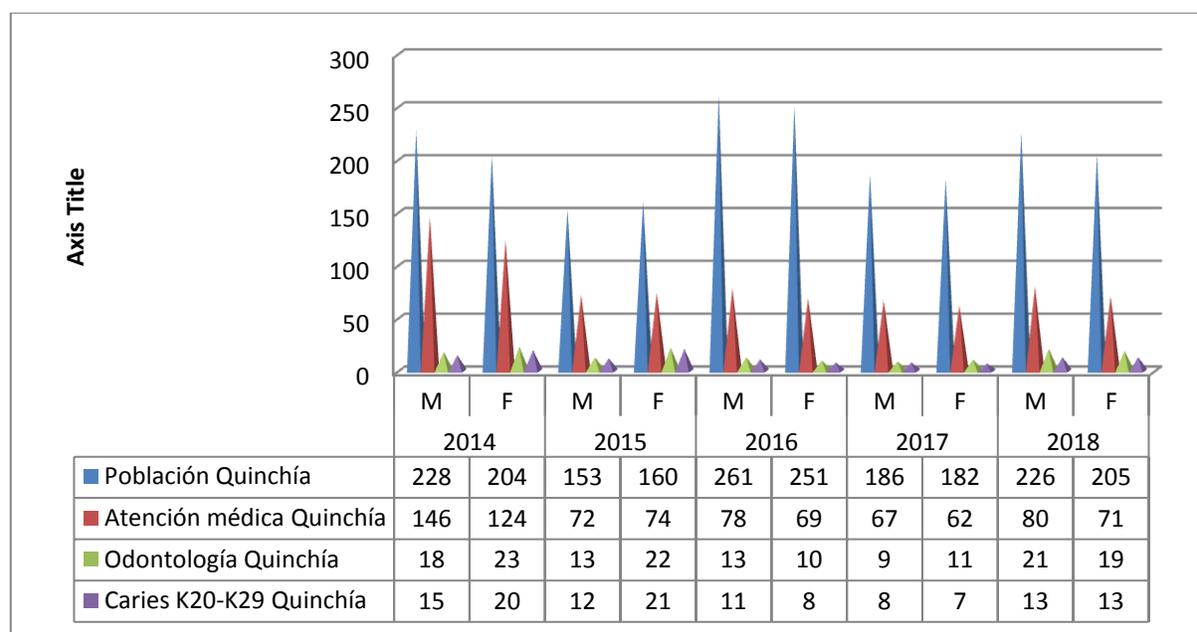
Fuente: Los Autores

Tabla 31. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Quinchía, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

QUINCHÍA	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Población Quinchía	228	204	153	160	261	251	186	182	226	205
Atención médica Quinchía	146	124	72	74	78	69	67	62	80	71
Odontología Quinchía	18	23	13	22	13	10	9	11	21	19
Caries K20-K29 Quinchía	15	20	12	21	11	8	8	7	13	13

Fuente: Los Autores

Gráfico 12. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Quinchía, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



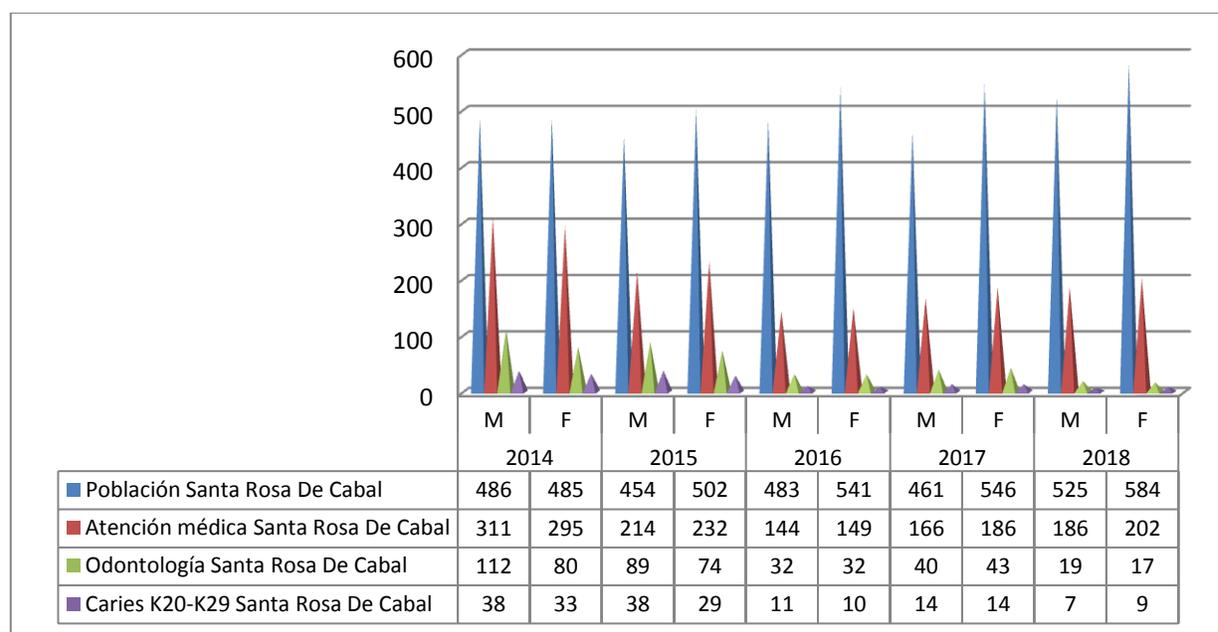
Fuente: Los Autores

Tabla 32. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Santa Rosa De Cabal, Departamento De Risaralda 2014 - 2018

	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SANTA ROSA DE CABAL										
Población Santa Rosa De Cabal	486	485	454	502	483	541	461	546	525	584
Atención médica Santa Rosa De Cabal	311	295	214	232	144	149	166	186	186	202
Odontología Santa Rosa De Cabal	112	80	89	74	32	32	40	43	19	17
Caries K20-K29 Santa Rosa De Cabal	38	33	38	29	11	10	14	14	7	9

Fuente: Los Autores

Gráfico 13. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Santa Rosa De Cabal, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.



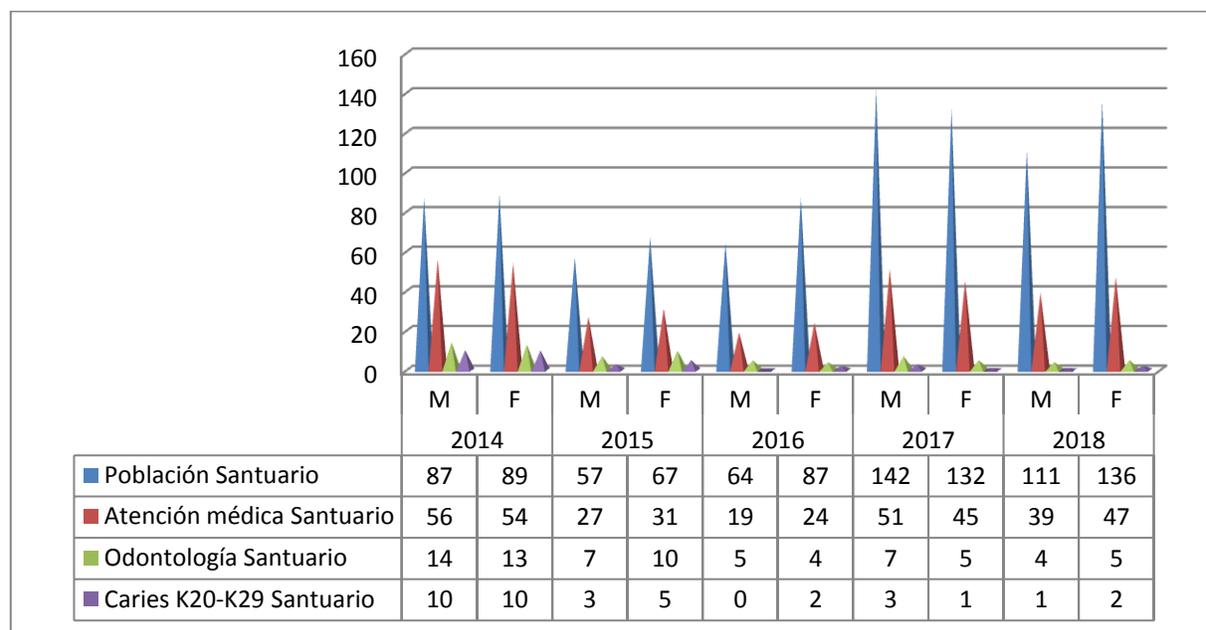
Fuente: Los Autores

Tabla 33. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Santuario, Departamento De Risaralda 2014 - 2018

SANTUARIO	2014		2015		2016		2017		2018	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Población Santuario	87	89	57	67	64	87	142	132	111	136
Atención médica Santuario	56	54	27	31	19	24	51	45	39	47
Odontología Santuario	14	13	7	10	5	4	7	5	4	5
Caries K20-K29 Santuario	10	10	3	5	0	2	3	1	1	2

Fuente: Los Autores

Gráfico 14. Datos Población – Consulta Médica Por Primera Vez – Consulta Salud Oral Por Primera Vez – Caries K020-K029 Municipio De Santuario, Departamento De Risaralda 2014 - 2018



Fuente: Los Autores

7.2 Fase Interpretativa

En la presente fase se pretende analizar la información recolectada en la fase previa. Esta información debe coincidir con las categorías propuestas en el marco teórico de la propuesta investigativa, las cuales son: Salud Bucodental, Fuentes Secundarias de Información (RIPS) y Caries Dental K020 – K029.

7.2.1 La Caries Dental En El Departamento de Risaralda

Teniendo en cuenta que Entre los ámbitos de trabajo con los cuales el Ministerio de la Protección Social, implementa la política de salud pública, de acuerdo con el (Proyecto de Ley 2015) por medio del cual se establecen lineamientos para la salud bucodental en Colombia, que actúan como eje dinamizador, para garantizar el derecho a una salud bucodental integral a toda la población y establecer como fundamentos de este derecho las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarias con énfasis en la atención a los niños, las niñas y los adolescentes, con el fin de mejorar los indicadores de salud bucodental de la población en consonancia con el perfil epidemiológico y los ámbitos y competencias de los actores del Sistema de Salud.

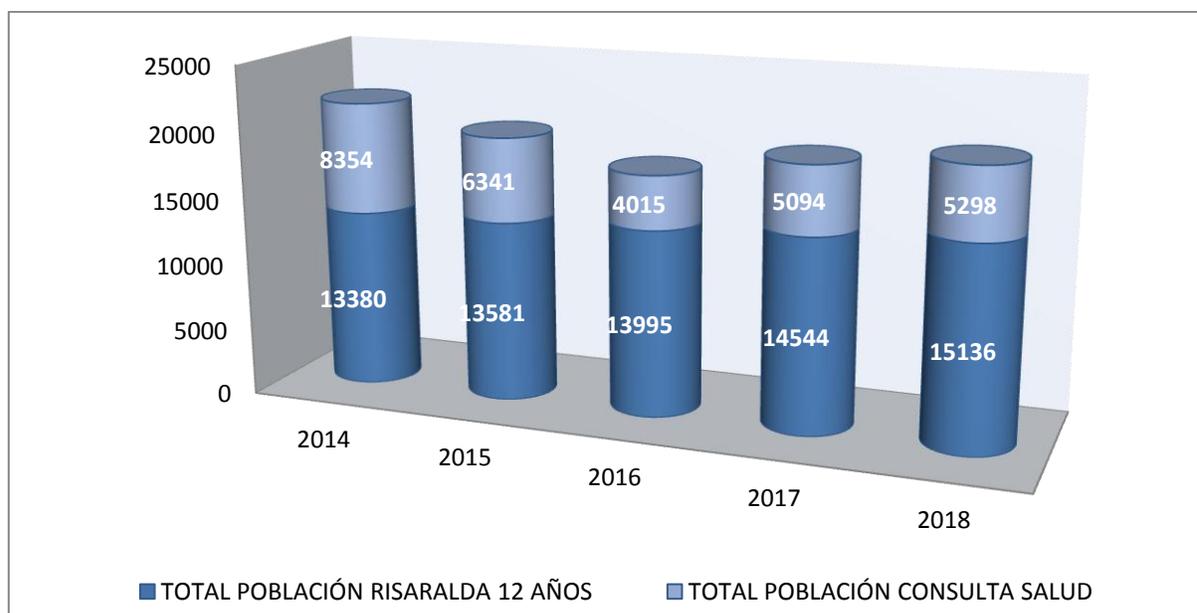
En este orden de ideas, y estableciendo un paralelo con los referentes teóricos desarrollados en la categoría de La Caries Dental K020 – K029, donde se da cuenta de su proceso y su clasificación en Caries, encontramos los siguientes hallazgos en las bases de datos, Fuentes Secundarias de Información RIPS, entre otros:

Tabla 34. Población Risaralda Niños 12 Años Vs Población Risaralda Niños 12 Años Consulta Salud Por Primera Vez Periodo 2014 - 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL POBLACIÓN RISARALDA 12 AÑOS	13380	13581	13995	14544	15136
TOTAL POBLACIÓN CONSULTA SALUD	8354	6341	4015	5094	5298
% NIÑOS 12 AÑOS CONSULTA POR SALUD	62,4%	46,7%	28,7%	35,0%	35,0%

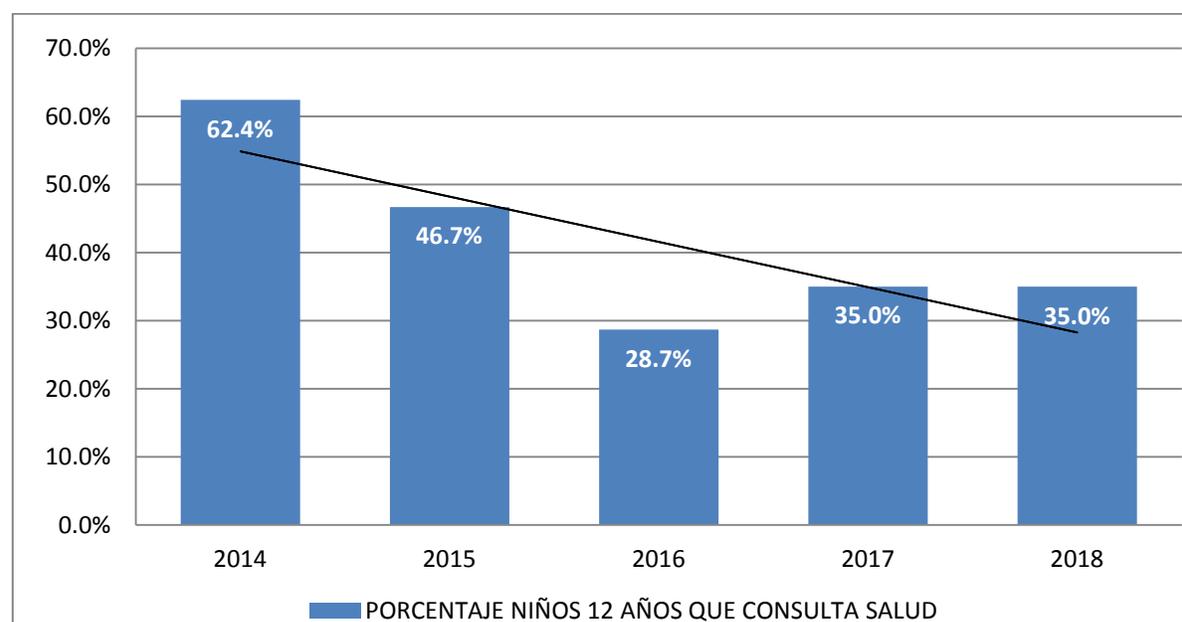
Fuente: Los Autores

Gráfico 15. Población Risaralda Niños 12 Años Vs Población Risaralda Niños 12 Años Que Consulta Salud Por Primera Vez Periodo 2014 - 2018



Fuente: Los Autores

Gráfico 16. Porcentaje Niños 12 Años Consulta Salud Por Primera Vez En El Departamento De Risaralda Periodo 2014 – 2018



Fuente: Los Autores

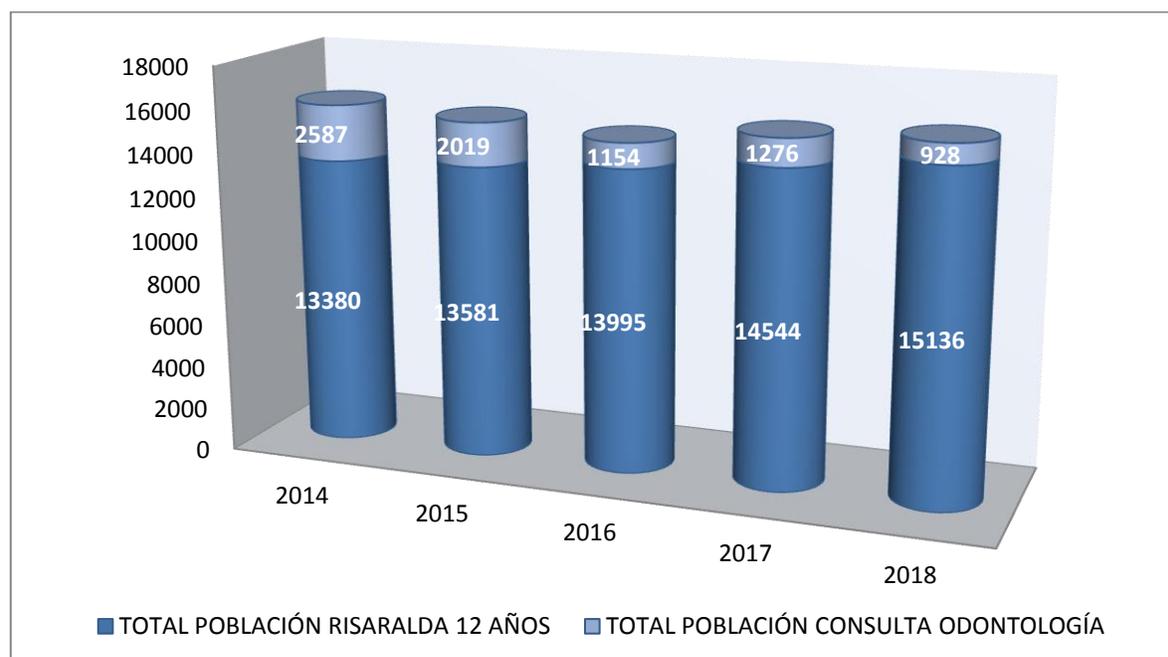
De acuerdo a las gráficas anteriores se observa una tendencia creciente en la población de adolescentes 12 años en el Departamento de Risaralda, en cuanto a la consulta en salud se evidencia una tendencia decreciente, para esta misma población en los años 2014, 2015, 2016, con un incremento para los años 2017 - 2018, donde se estabilizó la consulta.

Tabla 35. Población Risaralda Adolescentes 12 Años Vs Población Niños 12 Años Consulta Salud Oral Por Primera Vez Periodo 2014 - 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL POBLACIÓN RISARALDA 12 AÑOS	13380	13581	13995	14544	15136
TOTAL POBLACIÓN CONSULTA SALUD ORAL	2587	2019	1154	1276	928
% NIÑOS 12 AÑOS CONSULTAN SALUD ORAL	19,3%	14,9%	8,2%	8,8%	6,1%

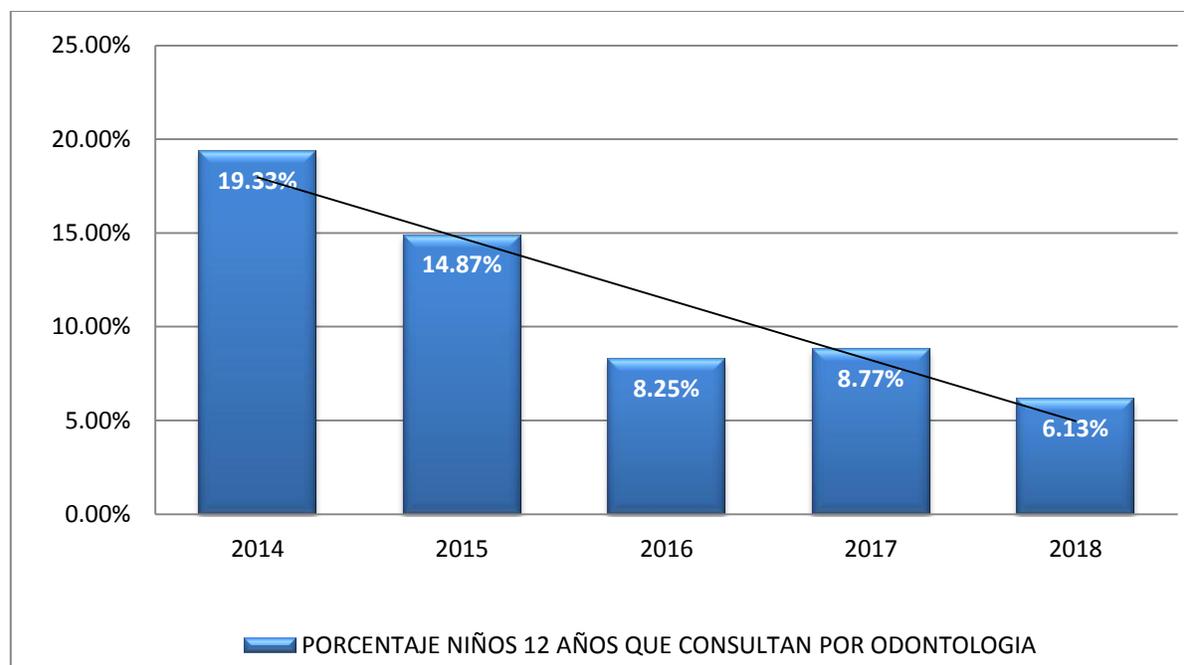
Fuente: Los Autores

Gráfico 17. Población Risaralda Niños 12 Años Vs Población Que Consulta Salud Oral Por Primera Periodo 2014 - 2018



Fuente: Los Autores

Gráfico 18. Porcentaje Niños 12 Años Consulta Salud Oral Por Primera Vez En El Departamento De Risaralda Periodo 2014 – 2018



Fuente: Los Autores

De acuerdo a las gráficas anteriores se observa una tendencia creciente en la población de adolescentes 12 años en el Departamento de Risaralda, en cuanto a la consulta por primera vez en salud oral, se evidencia una tendencia decreciente para esta misma población en los años 2014, 2015, 2016, con un incremento para el año 2017, para decrecer nuevamente en el 2018.

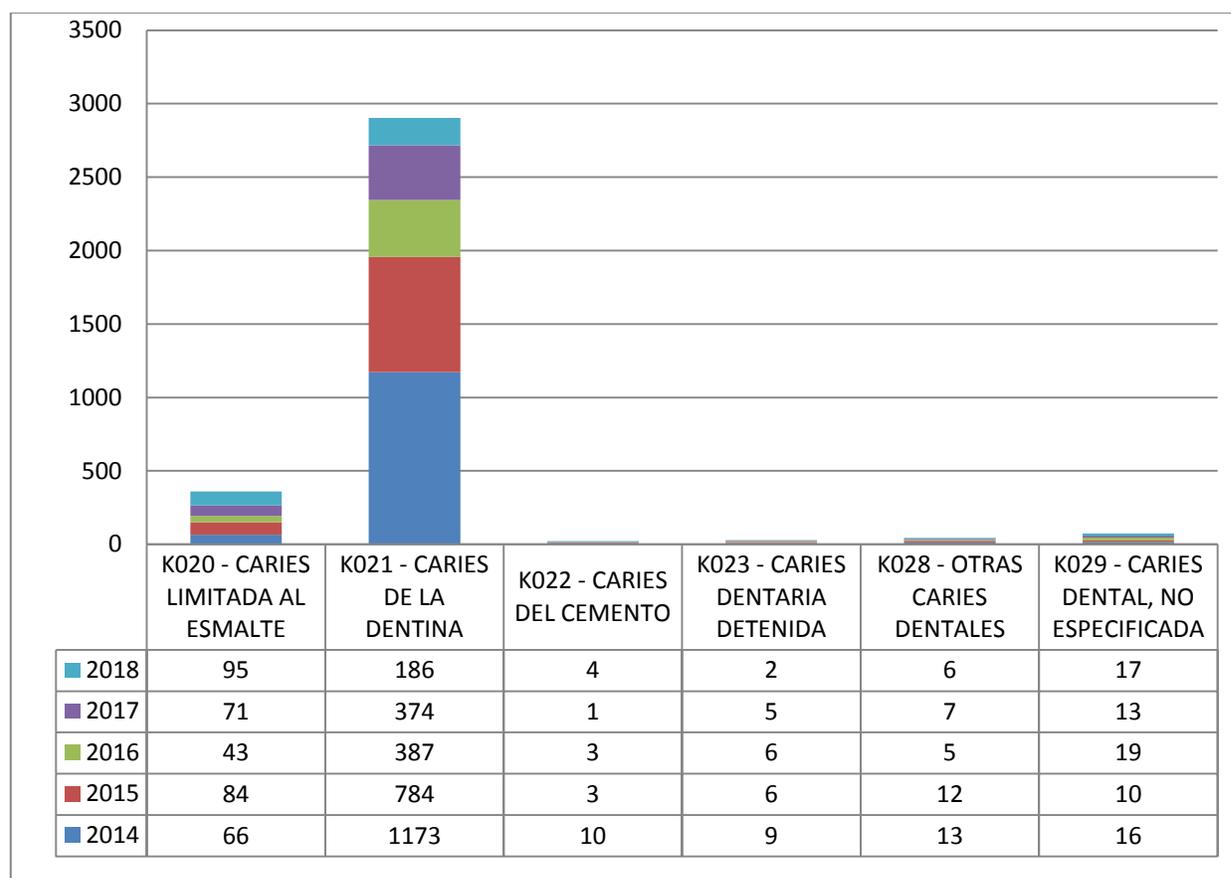
Nuestro objeto de estudio, específicamente busca caracterizar el comportamiento en la Clasificación Internacional Diagnóstico (CIE), de la caries K020 – K029, en adolescentes 12 años para el Departamento de Risaralda, para nuestro periodo de estudio 2014 – 2018; realizando un discernimiento entre los diagnósticos de caries K020 – K029, cuáles son los diagnósticos que más se presentan; para ello se especificó mediante la siguiente tabla, encontrando:

Tabla 36. Clasificación Internacional Diagnósticos (Cie) Caries K020 – K029, Información Reportada Por Los RIPS

	2014	2015	2016	2017	2018
K020 - CARIES LIMITADA AL ESMALTE	66	84	43	71	95
K021 - CARIES DE LA DENTINA	1173	784	387	374	186
K022 - CARIES DEL CEMENTO	10	3	3	1	4
K023 - CARIES DENTARIA DETENIDA	9	6	6	5	2
K028 - OTRAS CARIES DENTALES	13	12	5	7	6
K029 - CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	16	10	19	13	17

Fuente: Los Autores

Gráfico 19. Comportamiento De Cada Diagnóstico Caries K020 – K029 Años 2014 – 2018 Para El Departamento De Risaralda



Fuente: Los Autores

En nuestros hallazgos para el comportamiento de cada diagnóstico caries K020 – k029 años 2014 – 2018 para el departamento de Risaralda encontramos que el diagnóstico K021

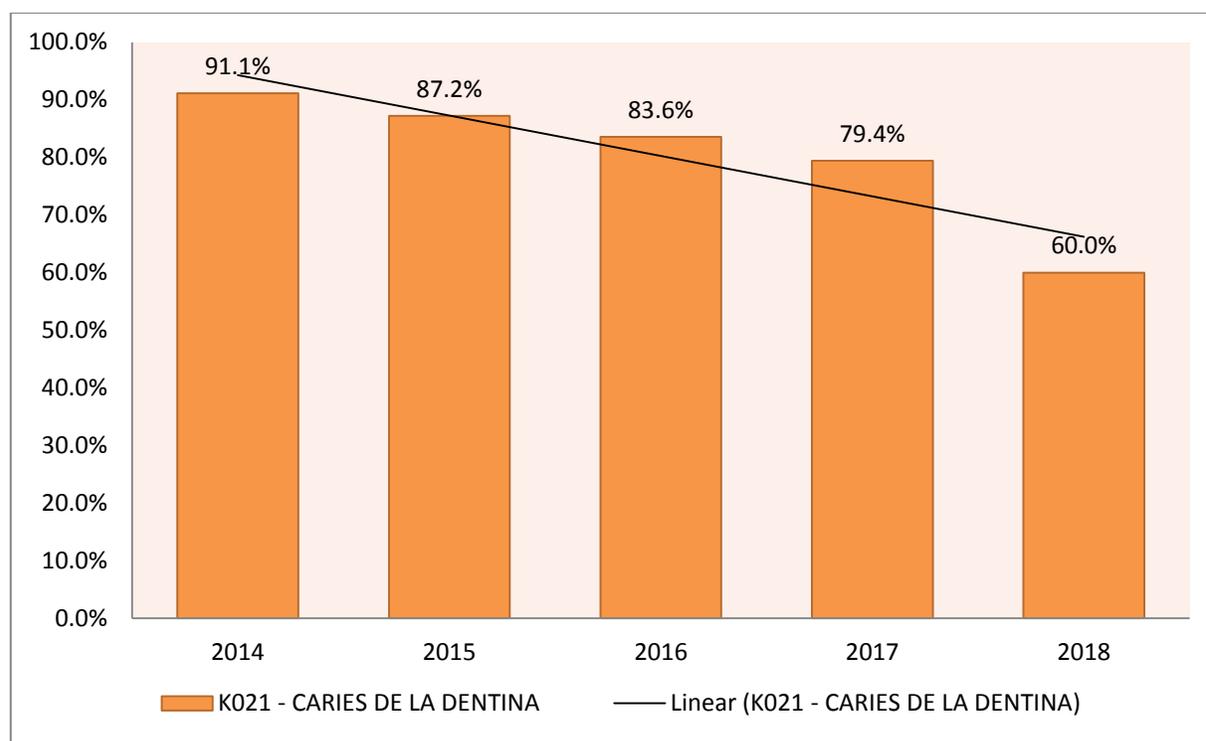
Caries de Dentina es el que más se presenta, seguido por el diagnóstico K020 Caries Limitada al Esmalte, subsiguiente tenemos la K029 Caries Dental no Especificada, las demás patologías no muestran una mayor presencia.

Tabla 37. Comportamiento Diagnóstico Caries De La Dentina K021 Niños 12 Años, Departamento De Risaralda 2014 – 2018.

	2014	2015	2016	2017	2018
K021 - CARIES DE LA DENTINA	91,1%	87,2%	83,6%	79,4%	60,0%

Fuente: Los Autores

Gráfico 20. Comportamiento Diagnóstico Caries De La Dentina K021 Niños 12 Años, Departamento De Risaralda 2014 - 2018



Fuente: Los Autores

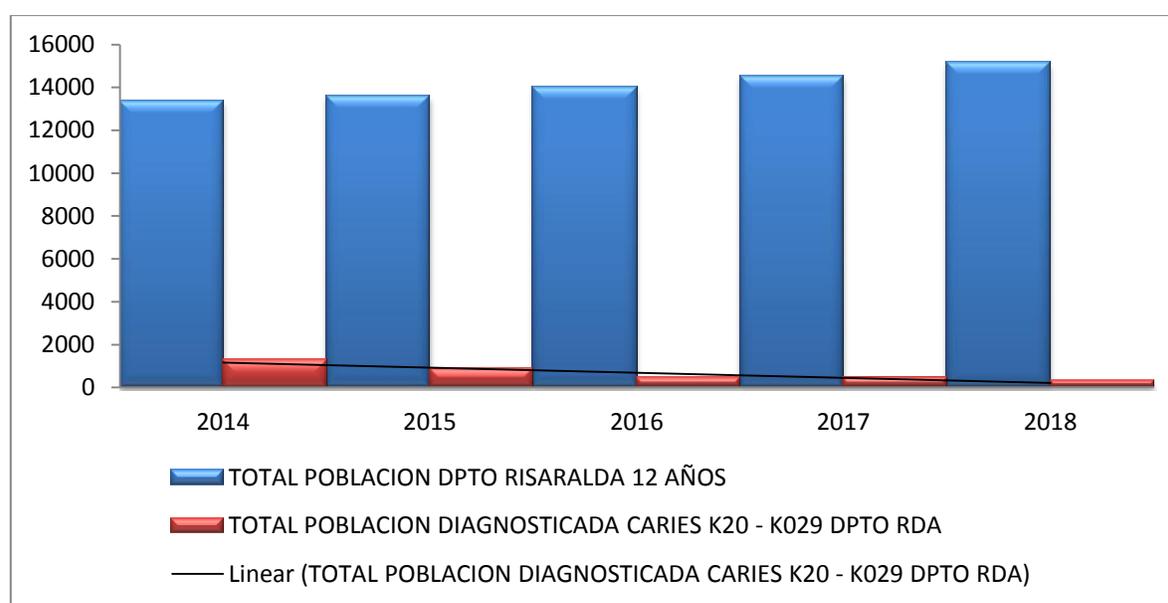
Nuestro estudio nos mostró el siguiente comportamiento para adolescentes 12 años en el Departamento de Risaralda:

Tabla 38. Población Adolescentes 12 Años Departamento Risaralda Vs Población Diagnosticada Con Caries K020 – K029 Años 2014 – 2018 Departamento De Risaralda.

	2014	2015	2016	2017	2018
POBLACION DPTO RISARALDA NIÑOS 12 AÑOS	13380	13581	13995	14544	15136
POBLACION DIAGNOSTICADA CARIES K20 - K029 DPTO RDA.	1287	899	463	471	310

Fuente: Los Autores

Gráfico 21. Población Adolescentes 12 Años Departamento Risaralda Vs Población Diagnosticada Con Caries K020 – K029 Años 2014 – 2018 Departamento De Risaralda.



Fuente: Los Autores

Para esta gráfico se observa una tendencia creciente en la población adolescentes 12 años del Departamento de Risaralda para el periodo 2014 – 2018 paralelo a una tendencia decreciente en el reporte de Caries Dental para los mismo años del estudio.

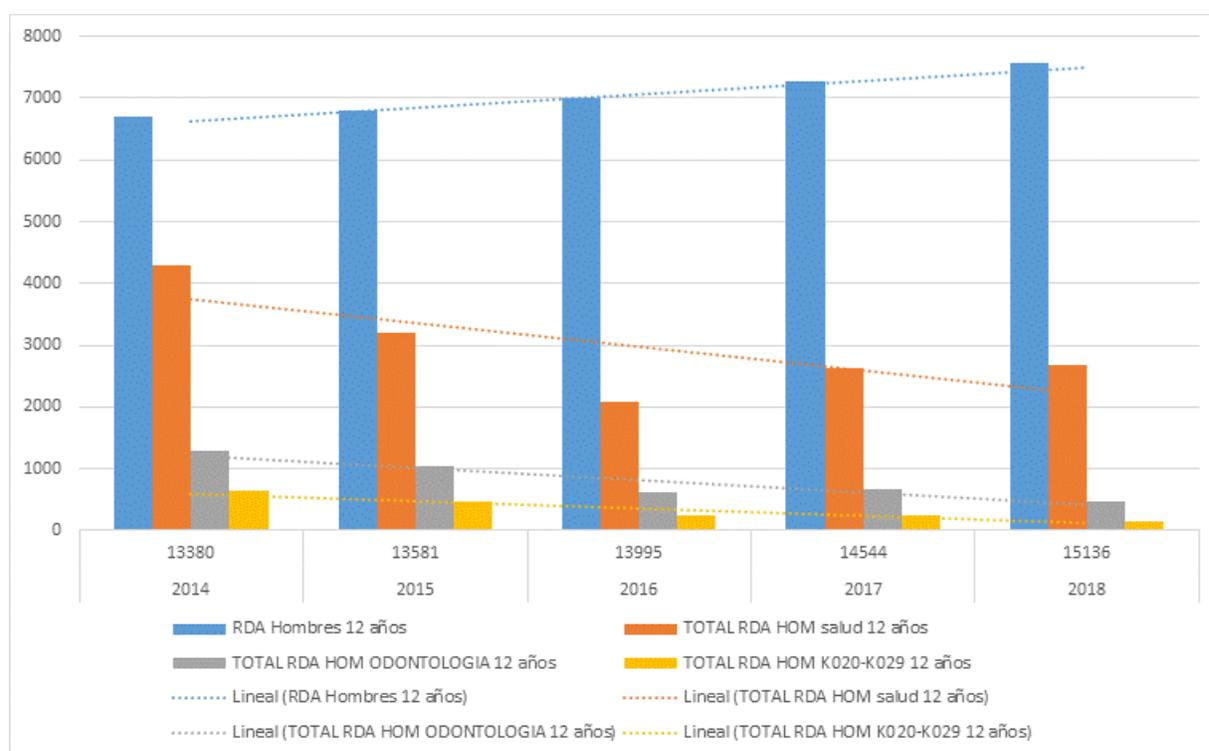
Con el objetivo de lograr más claridad en nuestro estudio desarrollamos las siguientes tablas y gráficos:

Tabla 39. Datos Población Adolescentes 12 Años Género Masculino Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
POBLACIÓN RDA HOM 12 AÑOS	13380	13581	13995	14544	15136
RDA HOMBRES 12 AÑOS	6703	6803	7008	7276	7560
TOTAL RDA HOM SALUD 12 AÑOS	4290	3207	2091	2619	2679
TOTAL RDA HOM ODONTOLOGIA 12 AÑOS	1295	1030	610	664	478
TOTAL RDA HOM K020-K029 12 AÑOS	643	470	252	255	154

Fuente: Los Autores

Gráfico 22. Comportamiento En Adolescentes 12 Años Género Masculino Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018



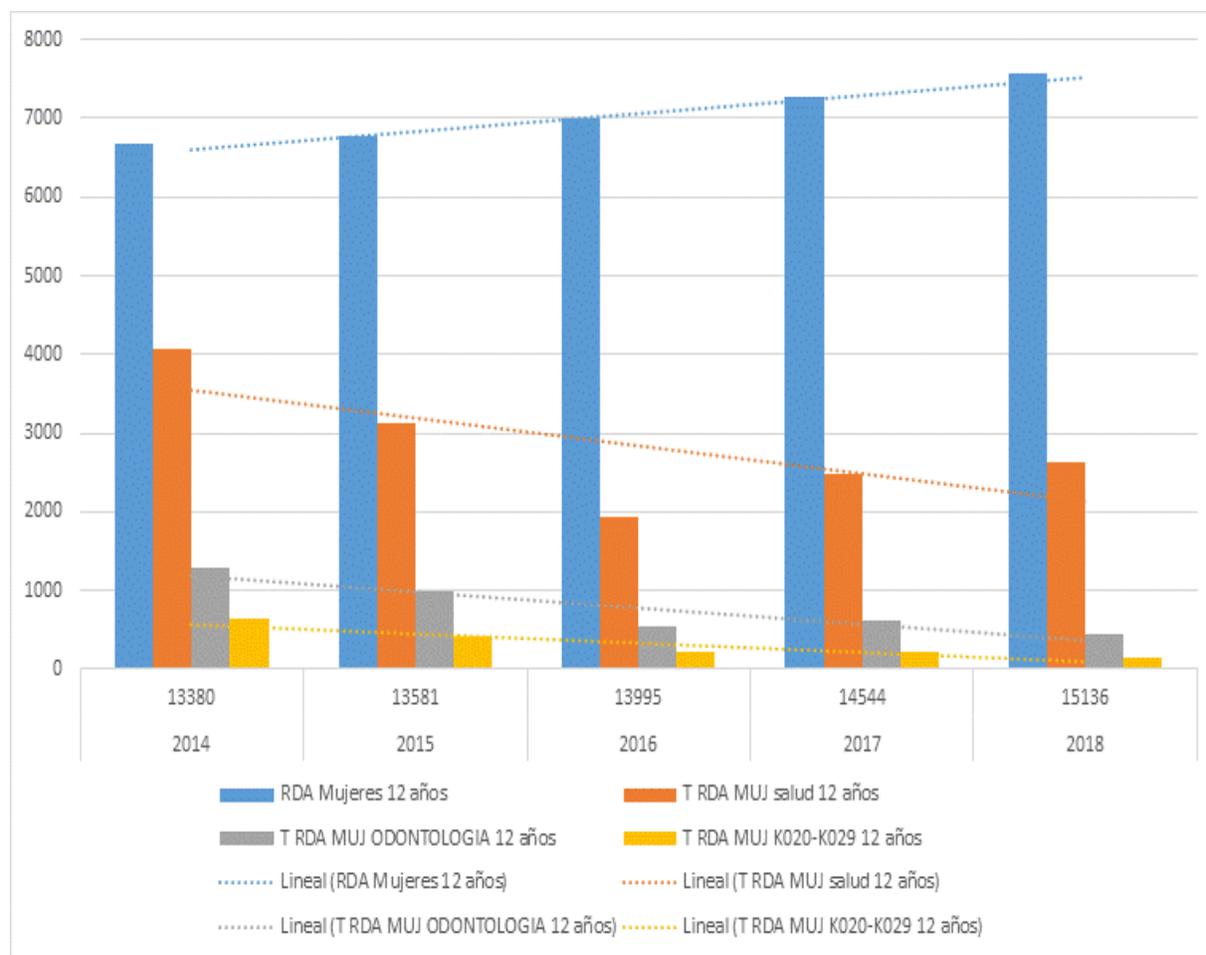
Fuente: Los Autores

Tabla 40. Datos Población Adolescentes 12 Años Género Femenino Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
POBLACION RDA MUJ 12 AÑOS	13380	13581	13995	14544	15136
RDA Mujeres 12 años	6677	6778	6987	7268	7576
T RDA MUJ salud 12 años	4064	3134	1924	2475	2619
T RDA MUJ ODONTOLOGÍA 12 años	1292	989	544	612	450
T RDA MUJ K020-K029 12 años	644	429	211	216	156

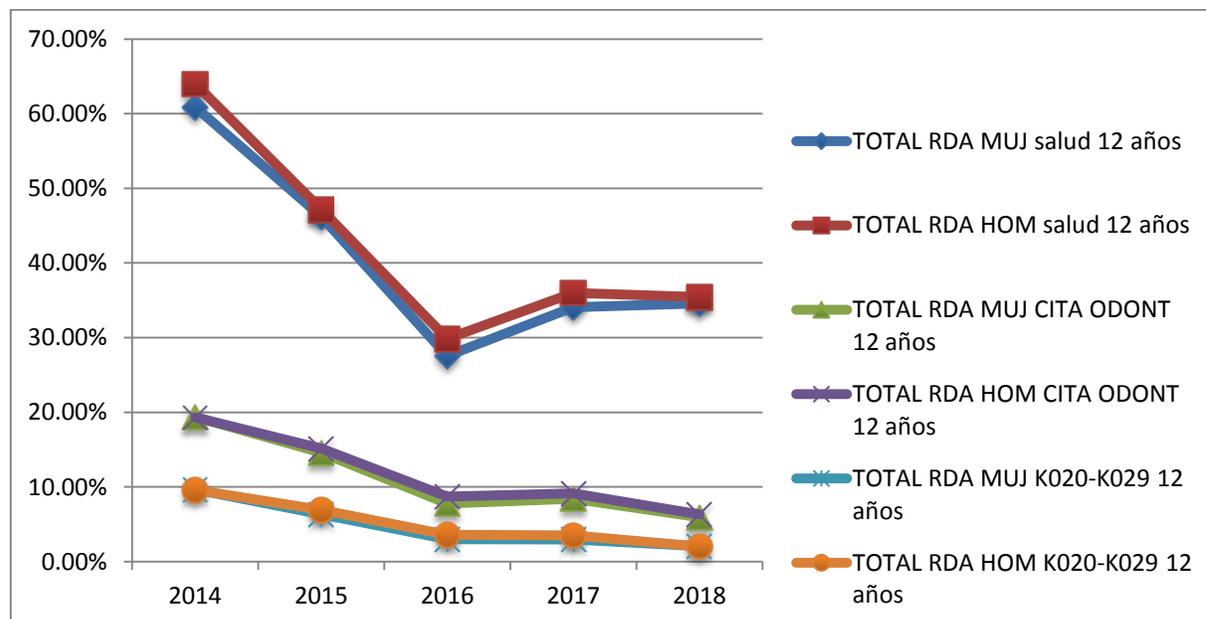
Fuente: Los Autores

Gráfico 23. Comportamiento En Adolescentes 12 Años Género Femenino Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018



Fuente: Los Autores

Gráfico 24. Comportamiento Población Adolescentes 12 Años Género F Y M, Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018



Fuente: Los Autores

En el gráfico anterior observamos que la tendencia en ambos géneros obedece a un comportamiento similar para Consulta en Salud, Consulta en Salud Oral y Diagnóstico Caries K020 – K021 en el departamento de Risaralda en el periodo 2014 – 2018.

Tabla 41. Valores Porcentuales Población Adolescentes 12 Años Género Femenino Y Masculino, Consulta En Salud – Consulta En Salud Oral – Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda 2014 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL RDA MUJ salud 12 años	60,87%	46,24%	27,54%	34,05%	34,57%
TOTAL RDA HOM salud 12 años	64,00%	47,14%	29,84%	36,00%	35,44%
TOTAL RDA MUJ CITA ODONT 12 años	19,35%	14,59%	7,79%	8,42%	5,94%
TOTAL RDA HOM CITA ODONT 12 años	19,32%	15,14%	8,70%	9,13%	6,32%
TOTAL RDA MUJ K020-K029 12 años	9,65%	6,33%	3,02%	2,97%	2,06%
TOTAL RDA HOM K020-K029 12 años	9,59%	6,91%	3,60%	3,50%	2,04%

Fuente: Los Autores

Tabla 42. Valores Promedio Para Ambos Géneros Población Niños 12 Años Consulta Salud – Consulta Salud Oral Y Caries K020 – K029 En El Departamento De Risaralda Periodo 2014 – 2018.

	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL RDA HOM - MUJ CONSULTA SALUD	62,43%	46,69%	28,69%	35,02%	35,00%
TOTAL RDA HOM - MUJ CONSULTA SALUD ORAL	19,33%	14,87%	8,25%	8,77%	6,13%
TOTAL RDA HOM - MUJ K020 - K029	9,62%	6,62%	3,31%	3,24%	2,05%

Fuente: Los Autores

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando y los respectivos análisis gráficos, se puede evidenciar que el comportamiento de la Consulta en Salud para ambos géneros evidenció un comportamiento en un rango que se encuentra entre el 60.87% y 64.00%, para un promedio del 62.43% en el año 2014, para el siguiente año presenta una tendencia decreciente, donde se observa un 46.24% y 47.14% para un promedio del 46.69%, y de manera relevante entre el año 2015 y 2016 analizamos una amplitud que se denota en un comportamiento porcentual que se encuentra entre 27.54% y 29.84% con un promedio del 28.69%; para los años 2017 y 2018 presenta una tendencia creciente y estable contemplando un rango entre 34.05% y 36.00% para un promedio del 35.01%.

En el mismo razonamiento para la Consulta en Salud Oral y su respectivo análisis gráfico, se puede evidenciar que el comportamiento para ambos géneros en un rango que se encuentra entre el 19.32% y 19.35%, para un promedio del 19.33% para el año 2014, el siguiente año presenta una tendencia decreciente, donde se observa un 14.59% y 15.14% para un promedio del 14.87%, y de manera relevante entre el año 2015 y 2016 analizamos una amplitud que se denota en un comportamiento porcentual que se encuentra entre 07.79% y 08.70% para un promedio del 08.25%; diferenciándose en la Consulta en Salud, aquí se presenta una tendencia creciente para el año 2017 con un promedio de 08.77% y decreciente para el año 2018 con un promedio de 06.13%.

Con respecto al diagnóstico Caries K020 – K029, se observó un comportamiento semejante para ambos géneros, en donde el promedio para el 2014 fue del 09.62%, para el

siguiente año del 06.62%, disminuyendo a la mitad porcentual con un promedio del 03.31%, sucesivamente para el año 2017 con un 03.24%, finalizando en nuestro periodo estudio para el año 2018 con un promedio de 02.05%, en donde nos surge un paralelo con Consulta en Salud y en Salud Oral, que marca solo una tendencia decreciente constante.

7.3 Sinopsis Análisis Comportamental según RIPS.

De acuerdo al resultado obtenido en el análisis de la información y en consecución con el planteamiento de los objetivos de la presente investigación, se evidencia un comportamiento disímil en algunos años, para nuestro caso medido y ordenado cronológicamente, y tomado de una muestra (n), la cual permite dilucidar el fenómeno de la caries K020 – K029 a partir de las Fuentes Secundarias de Información (RIPS) y a la luz de algunas Políticas Públicas que reposan en la Secretaría Departamental de Salud se pudo obtener que:

El crecimiento poblacional demográfico para nuestro caso estudio, adolescentes 12 años, del departamento de Risaralda, es el cambio en el número de individuos en una población por unidad de tiempo; años 2014 - 2018, y con base en información provista por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se determinó año tras año una tendencia creciente.

Así mismo, el crecimiento poblacional de la muestra objeto, fue confrontado con los datos encontrados en Fuentes de Información Secundaria (RIPS), información provista por la Secretaria Departamental de Salud, la cual nos entregó la información disponible y recopilada por ellos de los años en los cuales nos basamos para realizar el presente estudio. Recopilamos el dato de cuántas personas en el rango de edad de nuestro estudio asisten a consulta en salud a las diferentes instituciones que reportaron la información y observamos que la consulta es decreciente en los años 2014, 2015,

observando un marcado descenso en el 2016, para presentar una tendencia creciente en el año 2017 y 2018, estos dos últimos años se estabilizó la demanda al servicio.

También se analizó el dato de consulta a un servicio odontológico y observamos una similitud con la consulta médica, siendo esta última un servicio menos utilizado, pero con consulta decreciente en los años 2014, 2015, observando una amplitud entre el año 2015 al 2016, con un incremento en el año 2017, y 2018, estabilizándose el servicio en estos dos últimos años, en donde paralelamente la consulta en salud con la consulta odontológica, presentan un comportamiento similar.

En cuanto al comportamiento de la caries en nuestro grupo de estudio, utilizamos los diagnósticos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE), específicamente, los comprendidos entre el K020 al K029. En la información analizada, se observa una tendencia decreciente desde el año 2014 al año 2018, tendencia similar para los dos géneros, masculino y femenino, siendo la caries de dentina (K021) la que más se presenta.

Precisando entonces un incremento en la población objeto de este estudio en el departamento de Risaralda, y contrastado con una disminución en la asistencia a consulta en salud y consulta odontológica. Sin embargo se observa una tendencia decreciente en la presencia del diagnóstico caries en nuestra población.

Se observó que el año 2016 fue un año atípico, ya que la información obtenida de los registros RIPS, no mantiene una tendencia comparable a la de los otros años, donde nos cuestionamos, si fue que en ese año hubo fallas en el reporte de instituciones de salud, o se presentó algún problema técnico en la recopilación de estos datos. También observamos un decrecimiento en las diferentes consultas, pese a que la población presenta una tendencia al crecimiento.

8. CONCLUSIONES

La caries dental es la enfermedad que presenta mayor prevalencia y proporción en las encuestas nacionales, de acuerdo con los datos de atenciones en Colombia, pero en el caso particular de nuestro estudio en el departamento de Risaralda presenta una tendencia a la baja. La caries que se presentan en mayor proporción son la caries de la dentina, (K021) y la caries del esmalte (k020), siendo la caries de dentina la más común. Cabe anotar que la información reportada en estas fuentes secundarias RIPS, es una información recopilada por actores del sistema en este caso profesionales en la rama de la odontología, y reportada a la Secretaria de Salud de Risaralda. Pese a que el diagnóstico Caries presenta una tendencia decreciente, esta se sigue presentando y se requiere fortalecer los programas de promoción y prevención en la población.

En nuestro estudio observamos una tendencia decreciente tanto en consulta de salud de primera vez y salud oral de primera vez, en grupo de adolescentes de 12 años, por lo que se debe buscar los mecanismos para crear una demanda inducida, y estrategias para aumentar la atención de este grupo poblacional.

Las fuentes secundarias de información RIPS, reúne y consolida la información en salud bucal de cada uno de los departamentos de nuestro país, donde se puede analizar los diversos grupos poblacionales, realizar un seguimiento año por año, dando una medición cuantitativa, con información sobre sexo, edad, localización y diagnóstico que nos permite saber cuántos y cuáles pacientes con la patología a analizar son atendidos y por qué prestador lo hacen.

Estas fuentes sirven como base para tomar decisiones en programas de promoción y prevención, prestación de servicios, midiendo la cobertura y el impacto en la población en general. Actualmente en el análisis de la información reportada por la secretaria de salud

comparada con la población grupo adolescentes 12 años aportada por el DANE se observa que la información es insuficiente, en consecuencia, todos los prestadores están obligados a generar, transferir, organizar y entregar los datos. Las normas que determinan la obligatoriedad del reporte de estos registros son el artículo 173 de la ley 100 de 1992, resolución 3374 del 2000, resolución 951 del 2002, decreto 4747 del 2007, ley 122 del 2007, ley 1438 de enero del 2011, resolución 1531 del 2014. Por tal motivo se deben desarrollar estrategias encaminadas a comunicar y unificar la recolección de estos registros por todos los actores del sistema. Diferentes estudios nacionales que han usado RIPS como insumo de información, ratifican estas deficiencias y concluyen en fortalecer el diligenciamiento de los datos por parte de los profesionales encargados del registro.

9. RECOMENDACIONES

Debido a la presencia de caries principalmente de dentina (K021) en nuestro estudio y a la tendencia decreciente en consulta en salud y salud oral de primera vez, para el grupo adolescentes 12 años, recomendamos que la secretaria departamental de salud de Risaralda, con base en un seguimiento a su fuentes secundarias de información RIPS que fortalezca los programas de promoción y prevención en los municipios del Departamento de Risaralda que lo requieran.

El dato de un RIPS y de un índice COP-D es diferente, ya que el dato de un RIPS es cuantitativo y de un índice COP-D es cualitativo que nos indica la severidad del daño, permite precisión en el diagnóstico, etc., por lo tanto los RIPS son una herramienta a utilizar, la cual nos puede dar pautas para los programas de salud. Pero si queremos un análisis riguroso de la situación de la salud bucal del Departamento de Risaralda, se recomienda realizar un estudio basado en el COP-D ya que el ultimo que se realizo fue para el ENSAB IV.

Para lograr una planificación y desarrollo del sistema de salud es preciso señalar la importancia de mejorar el sistema de información, fuentes secundarias de información (RIPS), por parte de todos los prestadores de los servicios del departamento de Risaralda, que permitan la evaluación en los cambios de las variables a través del tiempo, para un diagnóstico más acertado de la salud de la población de nuestro departamento.

Los RIPS están soportados en cierto número de leyes, pero a pesar del contexto legal de funcionamiento, no todos los actores del sector salud están reportando la respectiva información ni se le exige. La secretaria de salud departamental tiene una prioridad con las empresas sociales del estado, dejando de un lado información valiosa, por lo que se deben fortalecer los métodos de recopilación abarcando cada vez más, una mayor cantidad de actores

del sistema, creando una cultura de soporte e información constante. Se debe realizar un acompañamiento y capacitación constante a estos actores, ya que la gran mayoría cuenta con altos niveles de penetración de tecnologías de información en el sector salud lo que facilitaría la recopilación de datos, logrando que sea una fuente confiable y herramienta eficaz para la toma de decisiones.

GLOSARIO

ABSCESO: Es la acumulación de pus, causada por una infección bacteriana.

ADA: Asociación dental Americana.

ADHESIÓN DENTAL: Estado en que dos superficies de distinta naturaleza química están unidas entre sí mediante fuerzas.

ALZHEIMER: Enfermedad progresiva que afecta a la memoria y otras importantes funciones mentales.

AMALGAMA: Es un material de restauración utilizado en odontología, con frecuencia se utiliza para restaurar dientes con caries y resulta de la aleación del mercurio con otros metales, como cobre, zinc, plata, estaño u oro y otras clases de metales.

ANTICOLINÉRGICOS: Es un fármaco que sirve para reducir o bloquear los efectos producidos por la acetilcolina en el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico.

ANTICONVULSIVANTES: Son un grupo de fármacos frecuentemente usados para tratar la epilepsia, y también son efectivos para el tratamiento del dolor.

ANTIDEPRESIVOS: Es un medicamento psicotrópico utilizado para tratar los trastornos depresivos mayores, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida, diversos trastornos de ansiedad, ciertos desórdenes de la conducta alimentaria y alteraciones del control de los impulsos.

ANTIHIPERTENSIVOS: Son fármacos utilizados en medicina para el tratamiento de la hipertensión.

ANTIHIISTAMÍNICOS: Es un fármaco que sirve para reducir o eliminar los efectos de las alergias, que actúa bloqueando la acción de la histamina en las reacciones alérgicas, a través del bloqueo de sus receptores.

APS: Atención Primaria en Salud.

ATM: Articulación temporo mandibular.

BIOPELICULA: Es un ecosistema microbiano organizado, conformado por una o varias especies de microorganismos asociados a una superficie viva o inerte, con características funcionales y estructuras complejas.

CALIBRACION: Es el proceso de comparar los valores obtenidos por un instrumento de medición con la medida correspondiente de un patrón de referencia

CELULITIS: Es una infección cutánea bacteriana común y potencialmente seria. La piel afectada tiene un aspecto inflamado y rojo, y suele ser dolorosa y caliente al tacto.

CEO – D: Es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados.

CIE -10: Clasificación internacional de enfermedades.

COP: Es el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

CORTE TRANSVERSAL: Se define como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido.

CRANEOFACIALES: Es un término médico que está relacionado con los huesos del cráneo y de la cara. Las anomalías craneofaciales son defectos de nacimiento de la cara o de la cabeza.

Algunos defectos, como el labio y paladar leporino, son los más comunes de todos los defectos congénitos

DANE: Entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia.

DISEÑO LONGITUDINAL: Es un tipo de diseño de investigación que consiste en estudiar y evaluar a las mismas personas por un período prolongado de tiempo.

DNP: El Departamento Nacional de Planeación.

ENSAB: Estudio Nacional de Salud Bucal.

EPS: Empresa promotora de Salud.

ESCLERODERMIA: Es un grupo de enfermedades que causa un crecimiento anormal del tejido conectivo. La esclerodermia localizada afecta únicamente la piel. La esclerodermia sistémica afecta los vasos sanguíneos y los órganos internos, así como la piel.

ESTOMAGTOGNATICO: Es el conjunto de órganos y tejidos que permiten las funciones fisiológicas de: comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír incluyendo todas las expresiones faciales, respirar, besar o succionar.

FASE DESCRIPTIVA: Consiste, como su nombre indica, en una descripción del medio que abarca el análisis de todas las características de la zona de estudio.

FDI: Federación dental internacional.

FISTULA: Es una conexión o canal anormal entre órganos, vasos o tubos. Puede ser el resultado de estrés, heridas, cirugía, infecciones, inflamaciones o ser de origen congénito.

FLUORUROS: Forma del elemento flúor que ayuda a prevenir la caries dental.

FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACIÓN: Contienen información organizada, elaborada, producto de análisis, extracción o reorganización que refiere a documentos primarios originales.

HIPOPLASIA: Es un defecto de los dientes que conlleva que éstos tengan menos cantidad de esmalte de lo habitual. Esta alteración tiene lugar durante el desarrollo del diente y, más concretamente, en el proceso de formación del esmalte.

HIPOSALIVACION: Es la disminución anormal de la secreción de saliva

ICBF: Instituto Colombiano de bienestar familiar.

ICDAS: Es un sistema internacional de detección y diagnóstico de caries.

IMPLANTE DENTAL: Es un producto sanitario diseñado para sustituir la raíz que falta y mantener el diente artificial en su sitio.

INCRUSTACIÓN DENTAL: Son restauraciones estéticas que tienen por objetivo reparar dientes posteriores o de gran destrucción por caries

INS: Instituto Nacional de Salud.

IPS: Institución prestadora de servicios de salud.

MALOCCLUSION: Alineamiento anormal de los dientes inferiores y superiores

METOLOGIA DESCRIPTIVA: Se utiliza para describir las características de una población o fenómeno en estudio.

MIXTO CUALI-CUANTITATIVO: Los métodos mixtos, combinan la perspectiva cuantitativa (cuanti) y cualitativa (cuali) en un mismo estudio, con el objetivo de darle profundidad al análisis cuando las preguntas de investigación son complejas.

MORBILIDAD ORAL: Se define como la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

MUCOCELE: Es una ruptura del conducto de una glándula salival, usualmente causado por un trauma local.

OMS: Organización mundial de la salud.

PAROTIDITIS: Infección viral que afecta a las glándulas salivales y que se puede prevenir fácilmente con una vacuna.

PISIS: Es una plataforma utilizada para el intercambio de información del Sistema Integral de Información de la Protección Social.

PLACA DENTAL: La placa es una capa suave y pegajosa que se acumula en los dientes y contiene millones de bacterias. Las bacterias de la placa causan caries y enfermedades en las encías si no se eliminan a diario con el cepillado y uso del hilo dental.

PREVALENCIA MODIFICADA: Se denomina a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado

QUIMIOTERAPIA: Es una técnica terapéutica que consiste en la administración de sustancias químicas para el tratamiento de distintas afecciones, siendo comúnmente asociada a la terapia contra el cáncer.

RADIACIÓN: El fenómeno de la radiación es la propagación de energía en forma de ondas electromagnéticas o partículas subatómicas a través del vacío o de un medio material.

RADIOLUCIDA: Es aquel término que se emplea en la acentuación de los rayos X, es decir, son tejidos blandos y que por tanto permiten el paso de la luz.

RADIOPACO: Es todo aquel cuerpo que ofrece resistencia a ser atravesado por los rayos X y aparece en la radiografía como una zona blanca.

RADIOTERAPIA: Es una forma de tratamiento basada en el empleo de radiaciones ionizantes. Es uno de los tratamientos más comunes contra distintos tipos de cáncer.

RANGO PROMEDIO: El medio rango o rango medio de un conjunto de valores numéricos es la media del menor y mayor valor, o la mitad del camino entre el dato de menor valor y el dato de mayor.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

RÉGIMEN SUBSIDIADO: Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

RIPS: Registro individual de prestación de servicios de salud.

SALUD: Es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo o a nivel objetivo. El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud

SARCODIOSIS: Es una enfermedad que provoca inflamación, por lo general en sus pulmones, piel y ganglios linfáticos.

SGSSS: El Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el encargado de regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso en toda la población y en todos los niveles de atención, para garantizar la cobertura de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

SIALOLITOSIS: El cálculo de la glándula salival, es una concreción, principalmente de sales minerales de calcio, que se forma en los conductos de las glándulas salivales.

SINDESMOTOMIA: Es la separación de las fibras gingivales que rodean el diente antes de una exodoncia.

SÍNDROME DE SJOGREN: Es una enfermedad autoinmune, éste ataca las glándulas que producen las lágrimas y la saliva. Esto provoca boca seca y ojos secos. Es posible que tenga sequedad en otros órganos que necesitan humedad, como la nariz, la garganta y la piel.

SISPRO: El Sistema Integral de Información de la Protección Social es una herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales.

UPC: La Unidad de pago por capitación, es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud.

VARIABLE DEPENDIENTE: Son las variables de respuesta que se observan en el estudio y que podrían estar influenciadas por los valores de las variables independientes.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Son las que el investigador escoge para establecer agrupaciones en el estudio, clasificando intrínsecamente a los casos del mismo.

XEROSTOMÍA: Es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CUETO ROSTOM, V. (2009). DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES CARIOSAS INCIPIENTES EN CARAS OCLUSALES. *SCIELO ANALYTICS*.
- DELGADO MORALES, A. (1964). *Memorandum para la Historia de la Odontología en Colombia*. BOGOTA D.C.
- DNP, DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. (2010). *PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2010 - 2014*. Retrieved from PORTAL WEB DNP: <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/PND-2010-2014/Paginas/Plan-Nacional-De-2010-2014.aspx>
- DUQUE NARANJO, Camilo - LOPEZ LOPEZ Hector. (2002). *La Odontología en Colombia, Historia, Cultura y Sociedad* (Vol. Tomo I y II). BOGOTA D.C: Universidad del Bosque.
- FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - SISTEMA DE CALIDAD EN SALUD. (2006). GUÍA DE DIAGNÓSTICO PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL. *GUÍAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN*. BOGOTÁ D.C.
- FDI - OMS. (2003, Septiembre). *WORD DENTAL FEDERATION*. Retrieved from [fdiworlddental.org](https://www.fdiworlddental.org): <https://www.fdiworlddental.org/es/resources/policy-statements-and-resolutions/objetivos-globales-para-la-salud-bucodental>
- GAVIRIA, Javier Alejandro - ESCOBAR, Julia Inés. (1999). Evaluación del Impacto del Programa de Salud Oral en Población Escolar del Municipio de Pereira 1997-1999. *REVISTA EPIDEMIOLOGICA*. Pereira - Risaralda: INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD PEREIRA.
- GOBERNACIÓN DE RISARALDA. (2016-2020). *Plan Estratégico de la Dirección de Informática y Sistemas*.

- GÓMEZ C, María del Pilar - MINSALUD. (2015). Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales en Salud. RISARALDA.
- GUADA, N. (2016). LA SALUD BUCAL COMO UN DERECHO HUMANO. (F. D. CARABOBO, Ed.) *ANUARIO*, 36 ISSN 1316-5852.
- HERAZO ACUÑA, B. (1932-2002). *70 Años de Odontología* (Vol. Primera Edición). BOGOTÁ D.C.: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Odontología.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. (2010). Caracterización de la Morbilidad Atendida en Salud Bucal Mediante el Análisis de Registros Individuales de Prestación de Servicios. *INFORME QUINCENAL EPIDEMIOLOGICO NACIONAL*. BOGOTÁ D.C, COLOMBIA.
- MARTIGNON, Stefanía - CASTIBLANCO, Gina A - ZARTA, Olga L - GÓMEZ, Juliana. (2011, JUL-DIC). Sellado e Infiltrado de Lesiones Tempranas de Caries Interproximal como Alternativa de Tratamiento no Operatorio. *UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN CARIES (UNICA)*, 30(65): 51-61 . BOGOTÁ D.C.: UNIVERSIDAD DEL BOSQUE FACULTAD DE ONDONTOLOGÍA.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (2010). Aspectos Metodológicos para la Construcción de Línea Base. *Plan Nacional de Salud Pública*. BOGOTÁ D.C.
- Ministerio de Salud. (2019, 01 03). *ii-estudio-nacional-de-salud-bucal*. Retrieved from docsplayer: <https://docplayer.es/2147444-Iii-estudio-nacional-de-salud-bucal-ensab-iii-ii-estudio-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-cronicas-enfrec-ii.html>
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2019, Junio). Lineamiento Técnico para el Registro y Envío de los Datos de Registro Individual de Prestaciones de Salud RIPS. *INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD A LAS EAPB, Versión 8*.
- MINSALUD. (2014). IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL ENSAB IV. *SITUACIÓN DE SALUD BUCAL*. BOGOTA D.C, COLOMBIA: IMPRENTA NACIONAL.

OMS. (1997). Encuestas de Salud Bucodental Métodos Básicos 4. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1994). Unidad de Salud Bucodental. *Boca Sana Vida Sana*. Ginebra: DMS94.2.

REVISTA DE ODONTOPEDIATRÍA LATINOAMERICANA. (2014). *Epidemiología de la Caries Dental en América Latina*. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ODONTOPEDIATRÍA.

Roberto Hernández Sampieri, C. F. (2010). *Metología de la investigación - Quinta edición*. México: Mc Graw Hill.

Rodríguez Salgado, L. E. (2019, 01 03). *fac.mil*. Retrieved from Salud Oral su Trascendencia para la Historia de Colombia: <https://www.fac.mil.co/salud-oral-su-trascendencia-para-la-historia-de-colombia>

Sánchez, A. (1998). *El protocolo de investigación*. México D.F.: Trillas.

SANZ SERRULLA, J. (1999). *Historia General de la Odontología Española*. MASSON - BARCELONA.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. (2012, 01 16). *Lineamiento para diligenciamiento de RIPS de odontología*. Retrieved from <http://docplayer.es/8039729-Lineamiento-para-diligenciamiento-de-rips-de-odontologia-secretaria-distrital-de-salud-direccion-de-planeacion-y-sistemas.html>

SHEIJAM, Aubrey. (2005). *Oral Health, General Health and Quality Of Life*. WORLD HEALTH ORGANIZATION.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). GLOBAL GOALS FOR ORAL HEALTH 2020. *INTERNATIONAL DENTAL JOURNAL*, 285-288.