

**MODELO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN SALUD BUCAL:
PROPUESTA CONCEPTUAL, PRIORIZACIÓN Y PRUEBA DE UNA
ESTRATEGIA**

SANDRA PATRICIA MISNAZA CASTRILLÓN

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAGISTER EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**Director
CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA
Medico, Epidemiólogo**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN**

**FIELD EPIDEMIOLOGY TRAINING PROGRAM
PROFESIONAL EN ENTRENAMIENTO
COHORTE 2010 – 2012**

BOGOTÁ D.C.

2010

**MODELO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN SALUD BUCAL:
PROPUESTA CONCEPTUAL, PRIORIZACIÓN Y PRUEBA DE UNA
ESTRATEGIA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAGISTER EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**Director
CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA
Medico, Epidemiólogo**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN**

**FIELD EPIDEMIOLOGY TRAINING PROGRAM
PROFESIONAL EN ENTRENAMIENTO
COHORTE 2010 – 2012**

BOGOTÁ D.C.

2010

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi madre,
que me enseñó que con tenacidad
el cansancio no le gana a las metas

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial a los Doctores Carlos Trillos y Oscar Pacheco, por su paciencia y confianza en este proyecto

RELACIÓN DE TABLAS

- Tabla 1.** Evaluación de sistemas de vigilancia en salud pública - CDC
- Tabla 2.** Índice comunitario de necesidad de tratamiento periodontal
- Tabla 3.** Índice diagnóstico de Dean
- Tabla 4.** Tasas de incidencia de cáncer oral, Cali
- Tabla 5.** Tasas de incidencia de cáncer oral, Dane
- Tabla 6.** Códigos CIE 9 y 10
- Tabla 7.** Variables de la Matriz de Priorización
- Tabla 8.** Variables de los Registros Individuales de prestación de servicios
- Tabla 9.** Distribución de entidades territoriales participantes en la priorización
- Tabla 10.** Perfiles de los participantes en la priorización
- Tabla 11.** Priorización de eventos bucodentales y de cabeza y cuello
- Tabla 12.** Frecuencias por evento
- Tabla 13.** Distribución por grupos de evento y grupos de edad
- Tabla 14.** Distribución del género por grupo de evento
- Tabla 15.** Distribución según el tipo de diagnóstico y grupo de evento
- Tabla 16.** Tipos de usuario – RIPS

RELACIÓN GRÁFICOS E ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Flujo de información Sivigila

Ilustración 2. Flujo de información SIVEPAB

Ilustración 3. Clasificación ICDAS Modificado

Ilustración 4. Ficha de notificación de anomalías congénitas

Gráfico 5. Cinco primeras causas de morbilidad odontológica en una UPGD primer nivel de Bogotá

Gráfico 6. Distribución por grupo de evento bucodental y de cabeza y cuello

Gráfico 7. Distribución por grupo de edad

Gráfico 8. Diagnósticos principales en registros con unidad de medida en meses

Gráfico 9. Distribución total por género

Gráfico 10. Distribución según el tipo de diagnóstico

Gráfico 11. Proporción de tipo de diagnóstico en menores de un año

Ilustración 12. Estrategias de vigilancia

Ilustración 13. Recolección y flujo de la información

Ilustración 14. Fuerzas competitivas del modelo de vigilancia en salud bucal

Ilustración 15. Planeación estratégica del modelo de vigilancia en salud bucal

RELACIÓN DE ANEXOS

Anexo 1. Códigos CIE 9 y 10 de eventos bucodentales y de cabeza y cuello

Anexo 2. Matriz de priorización de eventos bucodentales y de cabeza y cuello

Anexo 3. Instructivo para el diligenciamiento de la matriz de priorización en salud bucal

Anexo 4. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Búsqueda activa institucional de enfermedades crónicas

Anexo 5. Consolidación de eventos priorizados

CONTENIDO

RESUMEN	0
INTRODUCCIÓN	3
1. MARCO TEÓRICO	5
1.1 GENERALIDADES	5
1.1.1 <i>Evaluación de los sistemas de vigilancia en salud pública a nivel mundial</i>	10
1.2. CONSIDERACIONES LEGALES.....	11
1.3. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PATOLOGÍAS BUCODENTALES	14
1.4 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD, DÉCIMA REVISIÓN (CIE-10)	32
2. PROPÓSITO	33
3. OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	33
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
4. METODOLOGÍA	35
4.1 DISEÑO	35
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	35
4.3 INSTRUMENTOS	36
4.4 VARIABLES.....	36
4.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	38
4.5.1 <i>Modelo conceptual</i>	38
4.5.2 <i>Búsqueda Activa Institucional de RIPS</i>	39
4.6 PLAN DE ANÁLISIS	40
5. ASPECTOS ÉTICOS	41
6. RESULTADOS	42
6.1. MODELO CONCEPTUAL	42
6.1.1 <i>Indicadores</i>	44
6.1.2 <i>Competencias de los actores</i>	52
6.2 BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL DE RIPS	54
5.3 MODELO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA EN SALUD BUCAL.....	66
6.4 MODELO DE VIGILANCIA PASIVA MEDIANTE RIPS	68
6.5 COMPONENTE ADMINISTRATIVO DEL MODELO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA ...	70
7. DISCUSIÓN	74
8. CONCLUSIONES	78
9. RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	82

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Actualmente Colombia no tiene incluido en el sistema de vigilancia en salud pública (SVSP) el componente de salud bucodental, lo que plantea la necesidad de contar con información sistemática, útil y confiable, que permita intervención objetiva en salud, y genere estrategias de impacto en la población.. Esto soportado en las prevalencias sostenidas de enfermedades orales, como caries (76% ENSAB III 1998).

Propósito: conceptualización de un modelo de VSP de enfermedades bucodentales y de cabeza y cuello, cuya operatividad origine en el corto plazo protocolos específicos de vigilancia, que faciliten a los diferentes actores la toma de decisiones e intervenciones.

METODOLOGÍA: Aplicación de una matriz de priorización bajo metodología Delphi y focus Group, con la participación de representantes de siete entidades territoriales y del Ministerio de la Protección Social; y estudio descriptivo de prueba de una estrategia, búsqueda activa institucional (BAI) en una Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) del Distrito de Bogotá con la información del 2009.

RESULTADOS: El grupo de expertos priorizó como eventos de interés la caries de infancia temprana y no cavitacional, fluorosis, labio y paladar fisurados, lesiones premalignas y malignas.

La prueba BAI encontró que los pacientes de la UPGD incluidos (n= 3536) tenían una media de edad 26,7 años $SD \pm 16,39$; 52,7% mujeres y 47,3% hombres, 79,5% con diagnóstico de caries, 7,9% afecciones pulpares y 5,5% gingivales; 50 % de los diagnósticos fueron presuntivos, 49,9% nuevos y 0,1% repetidos.

DISCUSIÓN: Los resultados de la priorización en cuanto a caries coinciden con los modelos de VSP bucodental de Mexico y del Distrito de Bogotá. Con base en los resultados, se propone un sistema de vigilancia mixto, con un componente activo para labio y paladar fisurados, uno pasivo para caries, fluorosis, lesiones malignas y premalignas y rutinario transversal para todos los eventos mediante BAI, lo cual permite la toma de decisiones sin pérdida de la calidad de la información. La prueba de la estrategia, muestra compatibilidad del SVSP propuesto y el SIVIGILA, y confirma problemas en el diligenciamiento de los registros, demostrando hallazgos de diagnósticos presuntivos no coherentes con la atención odontológica e inconsistencias en datos.

PALABRAS CLAVE: salud pública, epidemiología, caries dental, salud dental, vigilancia en salud pública.

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Nowadays, Colombia does not have the oral health component within the Public Health Surveillance System (PHSS). That is why it needs to count on useful and reliable systemic data allowing us to have an objective intervention regarding health, thus generating stunning strategies for the population. This is supported with the prevalence of oral diseases as dental caries (76% ENSAB III 1998).

Objective: conceptualize a PHS model of oral, head and neck diseases creating specific surveillance protocols within a short-term execution that let the actors make the decisions and interventions easily.

METHODOLOGY:

Use of a Prioritization Matrix based on the Delphi and Focus Group methods, with the participation of some representatives of seven territorial entities and The Social Protection Ministry. Moreover, a descriptive study is undertaken to test a surveillance strategy, an Institutional Active Search (IAS) in a Primary Unit Generating Data (PUGD) in Bogotá city with the data provided in 2009.

RESULTS

The experts prioritized remarkable events such as early childhood dental caries, dental fluorosis, lip and palate fissures, as well as malignant and non-malignant lesions. The IAS found that patients from the PUGD (n= 3536) were between 26,7 years $SD \pm 16,39$; 52,7% were women and 47,3% were men, 79,5% of patients were diagnosed with dental caries, 7,9% were diagnosed with pulp disease y 5,5% with gingival; 50 % of people diagnosed were presumptive, 49,9% were new y 0,1% were repeated.

DISCUSSION

The results of prioritization regarding dental caries have to do with the models PHS from Mexico and those from Bogotá city. Based on the results, a mixed surveillance system is suggested with an active component for lip and palate fissure, a passive one for dental caries fluorosis, malignant and pre-malignant lesions, and a habitually transverse for all the events by using (IAS). It allows an easy decision making without losing the quality of the information. Also, the test of the surveillance strategy shows the compatibility between the PHSS suggested and the national system. Finally, it proves the problems of filling in the registers, which also reveals presumptive diagnosis lacking of coherence with the odontological assistance and data inconsistency.

WORD KEYS: Public health, epidemiology, dental caries, dental health, public health surveillance

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó en la asamblea celebrada en el año 2007, dentro de su política para la mejora de la salud bucal, incorporar un sistema de información y vigilancia en salud oral concordante con las normas internacionales y cuyo objetivo es evaluar los progresos de promoción de la salud [1]. Con base en esto se deben resaltar los antecedentes nacionales e internacionales en cuanto a sistemas de vigilancia en el componente de odontología.

Colombia lleva hasta la fecha tres Encuestas Nacionales en Salud Bucal (ENSAB) que brindan un marco general de la salud oral de la población, la información más reciente pertenece a la ENSAB III, realizada en 1998, en la cual se observa que la población menor de 5 años presentó un 60,4% de historia de caries en la dentición primaria, el 73,8% a los 7 años y desciende a 13% a los 12 años. En cuanto a dentición permanente el 19,9% de los niños de 7 años presentó historia de caries aún cuando en esta edad no se cuenta con la presencia de un gran número de dientes permanentes; la historia de caries se incrementa a 71,9% a los 12 y a 89,5% en pacientes de 15 a 19 años [2]; con relación a la ENSAB realizada entre 1977 y 1980 se observa una reducción en la historia de caries a los 12 años (82,6% en 1977/80), pero en cuanto a otros grupos de edad, no hay una disminución tan marcada. Aún no se han actualizado estos datos, por lo cual la estrategia de encuestas nacionales como fuente de información epidemiológica en salud oral, no es lo suficientemente útil para análisis situacional.

Entre las experiencias a nivel internacional se encuentra México con un modelo estructurado de vigilancia en salud oral según las necesidades evidenciadas en su población, el sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales (SIVEPAB) culminó su pilotaje en el año 2005 y trabajó con 55 centinelas en el nivel nacional [3]. Esta estrategia exitosa sirve de soporte para procurar crear un sistema similar en Colombia, incluso el Distrito de Bogotá se encuentra desde el año 2008 realizando el pilotaje del Sistema de Vigilancia en Salud Oral (SISVESO), contando en la actualidad con 6 centinelas en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) de la red pública distrital [4].

Normativamente en Colombia se incluye la salud oral dentro del marco de la salud pública con el decreto 3039 de 2007 [5] por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010, y se establece la salud bucal dentro de las prioridades nacionales en salud; de esta forma se articulan componentes de disminución de prevalencias de caries dental, disminución de pérdida dentaria, vigilancia de la

fluorosis dental y otras acciones de promoción de la salud en población infantil y materna. Pero como tal, en cuanto a sistemas de vigilancia sólo se encuentra un literal acerca de la vigilancia centinela de la fluorosis dental.

Teniendo en cuenta lo recomendado por la OMS, se establece la necesidad de contar con información útil y confiable que sea insumo para generar una línea de base que permita análisis e intervención en salud bucal, con el fin de establecer datos actualizados sobre prevalencias e incidencia de las principales patologías bucodentales, y de esta forma, dirigir acciones de vigilancia sobre los casos prioritarios o de mayor impacto en la salud y calidad de vida de la población en general. En este sentido es importante aclarar que, en cuanto a salud bucal, el país no tiene información actualizada y no se encuentran datos de indicadores de morbilidad consolidados para estos eventos, razón por la cual el propósito de este proyecto es la conceptualización y prueba de la operación de un modelo de vigilancia epidemiológica de los eventos bucodentales y de cabeza y cuello, dirigida a la población en general y teniendo en cuenta que estos eventos se asocian en el corto y mediano plazo con otras afecciones como las anémicas, nutricionales, respiratorias y demás de crecimiento y desarrollo dentomaxilar.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 GENERALIDADES

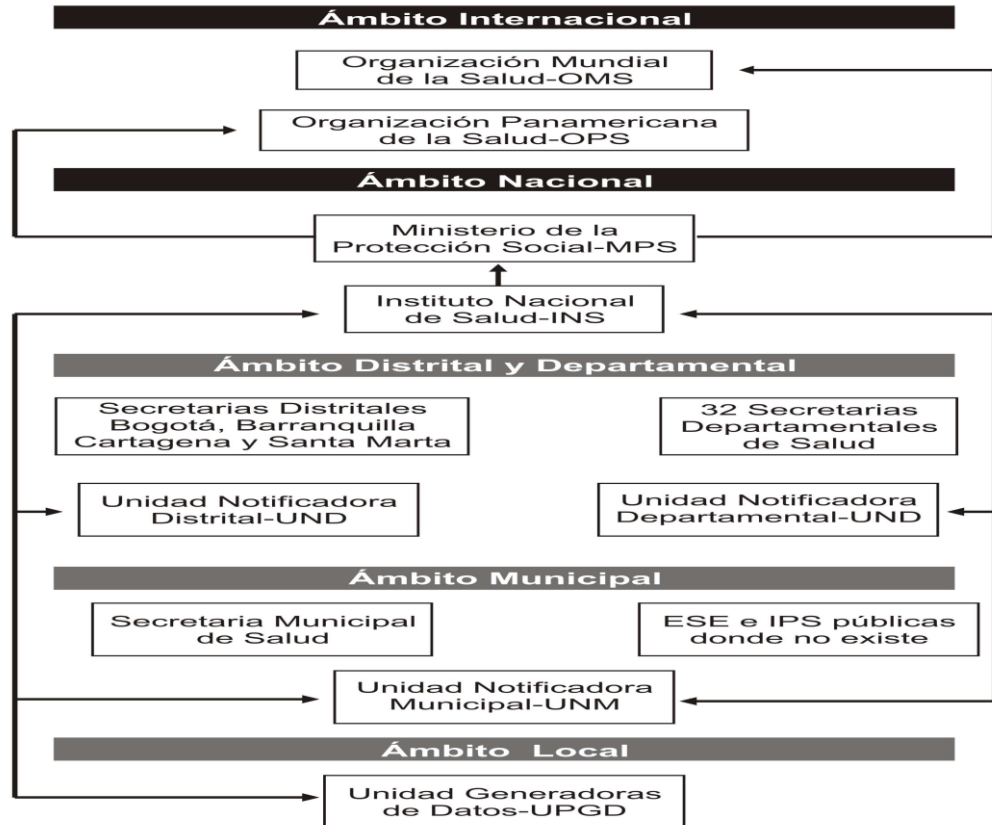
La vigilancia en salud pública (VSP) fue definida por el Centro para control de enfermedades (CDC) en 1986 como el “seguimiento y recolección sistemática, análisis e interpretación de los datos sobre los resultados específicos, necesarios para planificar, implementar y evaluar la práctica de la salud pública” [6]; la VSP es por lo tanto un procesos lógico y práctico, que permite la actualización continua de los datos, el análisis y su uso para la toma de decisiones sobre intervención y control.

De acuerdo con la obtención de la información la vigilancia puede ser activa, es decir, que esta última se busca en el lugar de ocurrencia por parte del personal médico o sanitario, o pasiva, la cual se refiere a la información recolectada en el día a día de la prestación del servicio de salud. A nivel mundial el CDC con sede en Atlanta, Estados Unidos, es el centro para la prevención y control de enfermedades, desde el cual se manejan las coordinaciones de información y servicios de salud, promoción de la salud, y salud global entre otros, y del cual se dependen a nivel mundial los distintos Institutos Nacionales de Salud.

Para Colombia el subsistema de información se maneja a la par del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA- [7], que fue creado con el propósito de generar información útil y confiable que de forma oportuna y sistemática, generara información sobre el comportamiento de los eventos de interés actual o futuro en salud pública, con el fin de orientar las políticas y planificar la acción [7].

Dentro del sistema existe el siguiente flujo de información, que es aplicable a los eventos que actualmente son de notificación obligatoria a nivel nacional:

Ilustración 1. Flujo de información SIVIGILA



Fuente: Instituto Nacional de Salud. www.ins.gov.co

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), están caracterizadas en conformidad con las normas vigentes [8] y son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, la presencia del evento de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en los protocolos.

Colombia incluye el componente de salud bucal en la reglamentación del Plan Nacional de Salud Pública, que, entre otros, define a la salud oral como una prioridad para el cuatrienio 2007 – 2010, ubicando en el objetivo número 3 el mejoramiento de la salud oral, y definiendo como metas la reducción del índice de dientes cariados, obturados y perdidos (COP) promedio a los 12 años de edad, menor de 2,3, y “Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años” [5].

Para alcanzar estas metas se definen diversos mecanismos, enmarcados principalmente en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero también en el fortalecimiento de las acciones de vigilancia, prevención y control, principalmente de la fluorosis dental.

En el marco de las metas y estrategias detalladas anteriormente, se hace necesario realizar una priorización de los eventos de salud bucal que deberían ser motivo de alarma epidemiológica y por lo tanto, objeto de vigilancia. Es importante tener en cuenta que el sistema de información y la capacidad instalada de los prestadores, deben ser lo suficientemente robustos como para soportar, por ejemplo, dentro del SIVIGILA la notificación masiva de patologías dentales. En esta medida vale la pena resaltar la experiencia de países como México, que cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de patología bucales (SIVEPAB), que trabaja con una plataforma desarrollada desde la dirección general de epidemiología y que utiliza la internet como medio de comunicación e información, esta plataforma está conformada por un gestor de base de datos relacional centralizado, integrando y vinculando una serie de catálogos homogéneos; de esta forma se garantiza la transferencia segura de datos y confidencialidad de la información[3]. Caso contrario al de Colombia, ya que su sistema de información no cuenta aún con una estrategia web.

Esta organización es similar a la utilizada en Colombia con las enfermedades transmisibles.

Durante los procesos de vigilancia epidemiológica se trabaja la definición de casos según el diagnóstico sospechoso, probable o confirmado del evento por clínica o por laboratorio, para el caso de salud bucal se trabaja bajo el concepto de caso confirmado por clínica principalmente, a excepción de los casos de cáncer oral.

Entre otros sistemas de vigilancia se encuentra el de el centro para el control y prevención de enfermedades – CDC- que maneja un esquema diferente de vigilancia en salud oral, trabajando con indicadores enfocados al cumplimiento de acciones de protección específica, como la aplicación tópica de flúor y de sellantes; acciones de prevención como el cepillado dental y las visitas al odontólogo; y otros como el cáncer oral y de faringe, la experiencia de caries, la caries sin tratar y la pérdida dental [10]. Estos indicadores están basados en las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud y aunque tienen alguna similitud con nuestro país, no nos permiten realizar comparación epidemiológica.

Más allá del contexto de la vigilancia, la Organización Panamericana de la Salud resalta en uno de sus documentos sobre condiciones de salud en América latina y el Caribe, que la salud oral es un aspecto crítico que influye sobre las condiciones generales de salud de la población, ya que contribuye a la morbilidad total, los altos costos de tratamiento y el aumento de la inequidad; esto aunado a los servicios de baja calidad, limitada cobertura y baja inversión en programas de salud pública [11]. Estas apreciaciones son insumo importante para procurar mejorar la calidad de vida de la población, mediante la identificación, priorización e intervención de eventos bucodentales.

La Organización Mundial de la Salud incluyó en la asamblea mundial del 2007 dentro de la política global para mejorar la salud bucal, la necesidad de “desarrollar sistemas de información como parte integral de la vigilancia nacional, con el fin de aportar pruebas para las políticas de salud oral y la formulación de objetivos y metas, que permitan medir los progresos en salud pública”. Con este fin, se han diseñado instrumentos en el marco de la OMS InfoBase Mundial y el Método Progresivo para la vigilancia STEP [1]. Sin embargo, a la fecha no se encuentran en esta base de datos indicadores de salud oral en nuestro país y es importante aclarar que la metodología STEP está enfocada hacia factores de riesgo principalmente, por lo cual ha sido un instrumento importante en el grupo de enfermedades crónicas no transmisibles.

1.1.1 Evaluación de los sistemas de vigilancia en salud pública a nivel mundial

Teniendo en cuenta las directrices del centro para control y prevención de enfermedades - CDC de Atlanta [12], es importante revisar los contenidos para la evaluación de sistemas de vigilancia en salud pública, con el fin de contar con un insumo para las fases posteriores de este proyecto.

Tabla 1. Evaluación de sistemas de vigilancia en salud pública - CDC

Tareas para la evaluación de sistemas de vigilancia en salud pública	Definición
A. Interesados en la evaluación	Personas u organizaciones que utilizan los datos para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención y control de enfermedades, lesiones o la exposición adversos
B. Descripción del sistema de vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> • Describir la importancia de la salud pública de la salud evento relacionado con la vigilancia. • Describir la finalidad y el funcionamiento del sistema. • Describir los recursos utilizados para operar el sistema.
C. Enfoque del diseño de evaluación	La dirección y el proceso de evaluación, deben estar enfocados a asegurar que el tiempo y los recursos sean utilizados eficientemente
D. Reunir evidencia creíble sobre el rendimiento del sistema de vigilancia	Atributos: <ul style="list-style-type: none"> • Simplicidad • Flexibilidad • Calidad del dato • Aceptabilidad • Sensibilidad • Valor predictivo positivo • Representatividad • Puntualidad • Estabilidad •
E. Asegurar el uso de los resultados de la evaluación y compartir las lecciones aprendidas	Esfuerzo deliberado que se requiere para garantizar que los resultados de la evaluación del sistema público de vigilancia de la salud se utilizan y difunden adecuadamente

Fuente: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>

1.2. CONSIDERACIONES LEGALES

La legislación colombiana, desde la reforma constitucional de 1991, promueve el derecho a la salud, razón por la cual vale la pena resaltar los siguientes marcos jurídicos:

a. Constitución Política de Colombia, 1991 [13]

Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

“Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley”.

“Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”.

“La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria”.

“Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

b. Ley 100 de 1993 [14]

PREÁMBULO

“La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.

c. Resolución 412 de 2000 [15]

“Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”.

d. Resolución 3577 de 2006 [7]

Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal PNSB.

Artículo 1°. “Adoptar el Plan Nacional de Salud Bucal, contenido en el anexo que hace parte integral de la presente Resolución, y cuyo contenido debe ser desarrollado a partir de las competencias propias de los actores del SGSSS y de las demás entidades, instituciones y recurso humano relacionado con la salud bucal, bajo la orientación del Ministerio de la Protección Social”.

e. Decreto 3518 de 2006 [8]

Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Artículo 1°. *Objeto*. “El objeto del presente decreto es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva”.

Parágrafo. “Todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, tendrán el carácter de prioritarias en salud pública”.

f. Ley 1122 de 2007 [16]

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

CAPITULO I

Artículo 1°. Objeto. “La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”.

g. Decreto 3039 de 2007 [5]

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Objetivo 3. Mejorar la salud oral

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida.

Línea política 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

h. Resolución 425 de 2008 [17]

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

Artículo 5. Prioridades y metas nacionales en salud.

“El Plan de Salud Territorial, deberá adaptar las prioridades y metas en salud establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública”.

1.3. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PATOLOGÍAS BUCODENTALES

La caracterización epidemiológica tiene como objetivo identificar grupos de individuos con alto o bajo riesgo y determinar las tendencias de los patrones de enfermedad con el fin de evaluar su causalidad [18].

Colombia cuenta a la fecha con tres estudios nacionales en salud bucal, realizados en 1966 [19], 1980 [20] y 1998 [2]; dado que la ENSAB III es la más reciente será el insumo principal para realizar la caracterización en salud bucal y de la cual se desprenderán las patologías prioritarias sobre las cuales se propone realizar vigilancia.

Otra fuente de información que se relaciona con la salud bucal, pero con un enfoque de demanda y utilización de los servicios, es la Encuesta Nacional en Salud ENS realizada en el año 2007 [21] y con base en la cual la Universidad de Antioquia realizó un análisis crítico, de cuyos resultados vale la pena resaltar que las actividades correspondientes a la atención preventiva ocupan menos del 25% en el uso de los servicios de salud bucal en todas las regiones del país [22]; con base en esto se resalta la necesidad de buscar estrategias que generen impacto en las actividades relacionadas con la promoción y prevención de la salud, y cuyos resultados en el largo y mediano plazo se reflejarían en la disminución de la morbilidad bucodental.

Durante la primera reunión nacional de salud bucal llevada a cabo en el año 2008, se concluyó que una de las limitaciones en cuanto a sistemas de información es la ausencia de codificaciones en CIE 10, en CUPS y en RIPS, lo cual no permite llevar un registro y contratar adecuadamente las acciones orientadas hacia la promoción de la salud [23], contando con este antecedente es importante recalcar la necesidad planteada en el objetivo de este documento y que hace énfasis en contar con información confiable y oportuna para evaluar el comportamiento de las patologías bucodentales, facilitando la toma de decisiones e intervenciones en el nivel nacional.

La caracterización se realizará con base en las enfermedades descritas en la ENSAB III:

Placa blanda

La placa dental blanda es una “película gelatinosa que se adhiere a la superficie dental, está compuesta por depósitos blandos de restos de comida y bacterias” y es considerada el primer agente etiológico de la caries y la enfermedad periodontal [24].

La remoción de esta película está dada principalmente por el cepillado dental, cuya función es retirar mecánicamente los residuos de alimentos que se han adherido a la superficie del esmalte; posterior a esta actividad se debe usar la seda dental con el fin de eliminar los restos que no fueron eliminados por el cepillado y que principalmente se ubican en las zonas interproximales.

Según los resultados reportados por la ENSAB III, la placa dental blanda se evidenció en el 81,6% de las personas examinadas, se presentó una leve reducción a medida que aumentaba la edad, pero es importante resaltar que este descenso puede estar directamente relacionado con la pérdida dental [2].

El abordaje de la odontología actual tiene un enfoque preventivo antes que restaurativo, en este sentido, la Resolución 412 del 2000 establece para nuestro país las actividades y procedimientos encaminados a la detección temprana y protección específica [15] de estas patologías y define la norma técnica de atención en promoción y prevención en salud bucal, entre las actividades enunciadas se encuentra la remoción de placa bacteriana, estipulada para pacientes mayores de dos años de edad y con una periodicidad de dos veces en el año.

En este sentido, es necesario hacer referencia a la gingivitis inducida por placa, que es definida por la Academia Americana de Periodoncia (AAP) como la “inflamación

de la encía en ausencia de inserción clínica y que se caracteriza por la presencia de enrojecimiento y edema del tejido gingival, sangrado a la provocación, cambios en el contorno y la consistencia, presencia de placa bacteriana, y no presenta evidencia radiográfica de pérdida de hueso alveolar” [25]. Aunque la AAP clasificó en 1999 esta patología según los factores que la modifican, la clasificación internacional de enfermedades CIE10 no presenta esta desagregación dado que esta versión corresponde al año de 1990, por lo tanto en la práctica clínica de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de nuestro país, clasifican la patología en aguda o crónica según el tiempo de evolución de la enfermedad. Sin embargo, y con fines académicos se presenta a continuación la clasificación textual de la enfermedad gingival [26]:

A. Enfermedades gingivales inducidas por placa dental

1. Gingivitis asociada a placa bacteriana
 - a. Sin factores locales coadyuvantes
 - b. Con factores locales coadyuvantes
2. Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos
 - a. Asociada a cambios en el sistema endocrino
 1. Gingivitis asociada a la pubertad
 2. Gingivitis asociada al ciclo menstrual
 3. Gingivitis asociada al embarazo: gingivitis y granuloma piógeno
 4. Gingivitis asociada a diabetes mellitus
 - b. Asociada a discrasias sanguíneas
 1. Gingivitis asociada a leucemias
 2. Otras
3. Enfermedad gingival modificada por medicamentos
 - a. Enfermedad gingival inducida por medicamentos
 1. Agrandamiento gingival inducido por medicamentos
 2. Gingivitis inducida por medicamentos
 - a. Gingivitis asociada a anticonceptivos
 - b. Otras
4. Enfermedad gingival modificada por malnutrición
 - a. Gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico
 - b. Otras

B. Lesiones gingivales no inducidas por placa bacteriana

1. Enfermedades de origen bacteriano
 - a. Lesiones asociadas a *Neisseria gonorrhoea*
 - b. Lesiones asociadas a *Treponema pallidum*
 - c. Lesiones asociadas a infecciones estreptocócicas
 - d. Otras
2. Enfermedades gingivales de origen viral
 - a. Infecciones por virus del Herpes
 1. Gingivoestomatitis herpética
 2. Herpes oral recurrente
 3. Infecciones por varicela zoster
 - b. Otras

- 3. Enfermedades de origen micótico**
 - a. Infecciones por cándida**
 - b. Histoplasmosis**
 - c. Otras**

- 4. Lesiones gingivales de origen genético**
 - a. Fibromatosis gingival hereditaria**
 - b. Otras**

- 5. Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas**
 - a. Desordenes mucocutáneos**
 - 1. Liquen plano**
 - 2. Penfigoide**
 - 3. Pénfigo vulgar**
 - 4. Eritema multiforme**
 - 5. Lupus eritematoso**
 - 6. Gingivitis descamativas**
 - 7. Otras**
 - b. Reacciones alérgicas**
 - 1. Materiales dentales restaurativos**
 - a. Mercurio**
 - b. Níquel**
 - c. Acrílico**
 - d. Otros**
 - 2. Reacciones atribuibles a:**
 - a. Pastas dentales**
 - b. Enjuagues bucales**
 - c. Gomas de mascar**
 - d. Aditivos de alimentos**
 - 3. Otros**

- 6. Lesiones traumáticas (Iatrogénicas)**
 - a. Injuria química**
 - b. injuria física**
 - c. Injuria térmica**

- 7. Reacciones a cuerpo extraño**
- 8. Lesiones no específicas**

Caries dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial, se define como la “descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra un proceso histoquímico y bacteriano, el cual termina con la descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica” [27]. En este proceso los microorganismos colonizan la película adquirida del diente, disminuyen el PH y desmineralizan la estructura.

En la ENSAB III se encuentran los siguientes resultados en cuanto a historia y prevalencia de esta enfermedad [2]:

El 60,4% de los niños de 5 años presentó historia de caries en la dentición temporal, el 73,8% a los 7 años y se observa una disminución a 13% a los 12 años, lo anterior se puede explicar como un efecto de la exfoliación dentaria; la prevalencia de caries en esta dentición fue de 45,7%, entre tanto el índice ceo-d fue de 3,0 a los 5 años, con un promedio de dientes temporales sanos de 16,3 a la misma edad.

La historia de caries en dentición permanente se incrementa de 71,9% a los 12 años a 89,5% en la adolescencia (15 a 19 años).

La prevalencia de caries presentó una tendencia muy similar a la historia; a los 12 años el 57% de los niños presentó una o más lesiones cavitarias no tratadas y el máximo valor (76,0%) se alcanzó en el grupo de 30 a 34 años, en este límite de edad ya todas las personas tenían experiencia de caries. Al confrontar la historia de caries con la prevalencia de la enfermedad, se observa una relación de 3:2, esto significa que de cada tres personas con historia de caries, dos tienen lesiones no tratadas al momento del examen. La prevalencia total para dentición permanente fue de 65,3%.

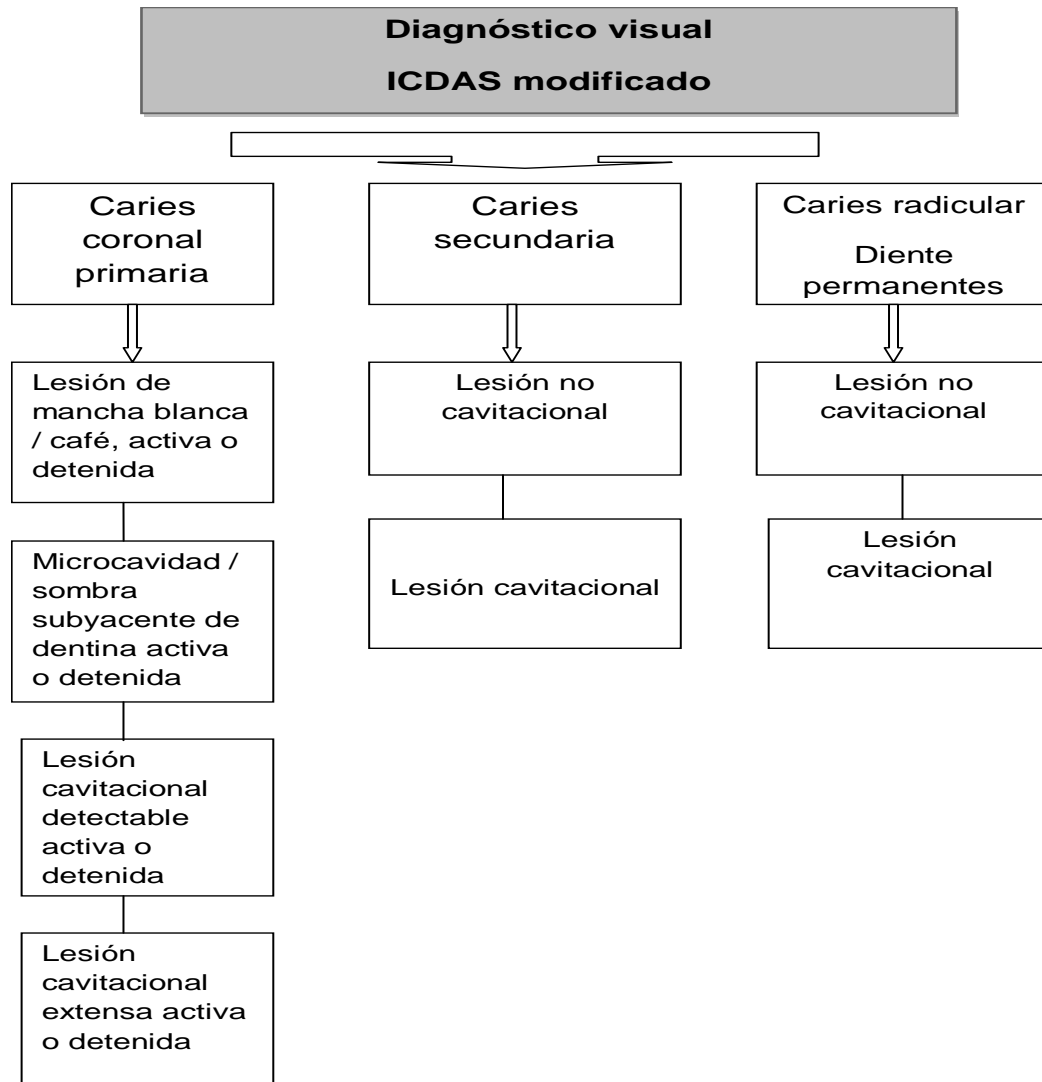
Este último hallazgo puede ser el reflejo de las falencias en promoción de la salud, cobertura de aseguramiento y accesibilidad a los servicios.

Durante el año 2005 se llevó a cabo un estudio en la ciudad de Cali en el cual se examinaron 784 niños de 5 a 13 años en 47 Instituciones Educativas de la ciudad, entre los resultados se encontró que el 77% de los niños presentó historia de caries, y la prevalencia fue de 67,7% [28]. Estos datos son superiores a los presentados en la ENSAB III y de igual forma generan una alerta epidemiológica sobre la progresión de la patología.

En la actualidad, el Ministerio de la Protección social está llevando a cabo el diseño de la ENSAB IV con el fin de actualizar la información antes mencionada, pero es importante aclarar que aun es un proceso, por lo cual los resultados de

esta encuesta pueden tardar un par de años más en darse a conocer; en el mismo sentido se está adelantado el levantamiento de línea de base de caries dental en el nivel nacional tomando criterios de identificación mediante el índice de cariosos, obturados y perdidos para dentición permanente y temporal (COP – D y ceo – d) y modificándolo con algunos criterios del sistema internacional de evaluación y detección de caries, conocido por sus siglas en inglés como ICDAS [29] -Internacional Caries Detection and Assessment System - y que clasifica la caries de la siguiente manera [18]:

Ilustración 3. Clasificación ICDAS Modificado



Fuente: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la caries dental. Bogotá, 2007. Textual

Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es una de las entidades más comunes a nivel mundial y una de las principales causas de pérdida dentaria. La gingivitis, la forma más leve de enfermedad periodontal, es ocasionada por el biofilm (placa bacteriana) que se acumula en la superficie dentaria adyacente al tejido gingival [30].

El índice comunitario de necesidad de tratamiento periodontal - ICNTP - (*Ainamo y Col. 1982*) es un “examen práctico y que ha demostrado a través de los años ser eficiente para la valoración de la condición periodontal, toma como referencia cinco marcadores periodontales y cuatro códigos según la condición periodontal y la necesidad de terapia” [31]. Este índice es el más comúnmente utilizado en nuestro País y ha sido el referente de la última Encuesta Nacional y de la guía de práctica clínica de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología – ACFO-.

Para caracterizar epidemiológicamente esta enfermedad, vamos a revisar los marcadores periodontales medidos en la ENSAB III para determinar la necesidad de tratamiento periodontal [2].

Se reportó una prevalencia para enfermedad periodontal del 50.2% de la población.

La presencia de al menos un marcador se observó en el 92,4% de las personas examinadas, de estas el 8,8% presentó sangrado al sondaje, el 53,3% presentó sangrado y cálculos simultáneamente, el 26,5% presentó bolsas periodontales menores de 6 mm y el 3,8% bolsas mayores de 6 mm.

A continuación se establecen los marcadores del Índice comunitario de necesidad de tratamiento periodontal – ICNTP- [29], para una mejor comprensión de los resultados de la ENSAB III:

Tabla 2. Índice comunitario de necesidad de tratamiento periodontal

MARCADOR	CÓDIGO	NECESIDAD DE TRATAMIENTO (NT)
Bolsas menores de 3,5 mm, sin hemorragia, sin cálculo.	0	No requiere tratamiento, control por higiene oral.
Bolsas menores de 3,5 mm, con hemorragia, sin cálculo.	1	Instrucción en higiene oral.
Bolsas menores de 3,5 mm, con hemorragia, con cálculo.	2	Detartraje supra y subgingival
Bolsas de 3,5 a 5,5 mm.	3	Remisión a especialista en periodoncia.
Bolsas mayores de 5,5 mm.	4	Remisión a especialista en periodoncia.

Fuente: Guía de práctica clínica par el diagnostico, prevención y tratamiento de la enfermedad gingival. Bogotá, 2007. Textual.

La AAP tiene para este evento la siguiente clasificación [26]:

I. Periodontitis crónica

- A. Localizada**
- B. Generalizada**

II. Periodontitis agresiva

- A. Localizada**
- B. Generalizada**

III. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

- A. Asociada a desordenes hematológicos**
 - 1. Neutropenia adquirida**
 - 2. Leucemias**
 - 3. Otras**
- B. Asociada a desordenes genéticos**
 - 1. Neutropenia cíclica y familiar**
 - 2. Síndrome de Down**
 - 3. Síndrome de deficiencia de adhesión leucocitaria**
 - 4. síndrome de Papillon-Lefèvre,**
 - 5. síndrome de Chediak-Higashi**

- 6. Histiocitosis
- 7. Glucogénesis
- 8. Agranulocitosis genética infantil
- 9. Síndrome de Cohen
- 10. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipos IV y VIII)
- 11. Hipofosfatemia
- 12. Otras
- C. Otras no especificadas

- IV. Enfermedad periodontal necrotizante
 - A. Gingivitis ulceronecrotizante
 - B. Periodontitis ulceronecrotizante

- V. Abscesos del periodonto
 - A. Absceso gingival
 - B. Absceso periodontal
 - C. Absceso pericoronar

- VI. Periodontitis asociada a lesiones endodónticas
 - A. Lesiones combinadas endo – perio

- VII. Condiciones o deformidades adquiridas en el desarrollo
 - A. Dentales localizadas y relacionadas con factores que predisponen la placa dental, las enfermedades gingivales o la periodontitis
 - 1. Factores anatómicos del diente
 - 2. Restauraciones dentales
 - 3. Fracturas radiculares
 - 4. Reabsorción de la raíz cervical y del cemento
 - B. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor de los dientes
 - 1. Recesión Gingival y de los tejidos blandos
 - a. Vestibular o lingual
 - b. Interproximal (papilar)
 - 2. Falta de encía queratinizada
 - 3. Disminución de la profundidad vestibular
 - 4. Frenillo aberrante / posición muscular
 - 5. Exceso de encía
 - a. Pseudobolsa
 - b. Margen gingival inconsistente
 - c. Gingiva excesiva
 - d. Agrandamiento gingival
 - 6. Color anormal
 - C. Deformidades mucogingivales y condiciones en edéntulos

1. Pérdida horizontal o vertical de la cresta alveolar
2. Falta de encía o tejido queratinizado
3. Ampliación de los tejidos gingivales
4. Frenillo aberrante
5. Disminución de la profundidad vestibular
6. Color anormal

D. Trauma oclusal

1. Trauma oclusal primario
2. Trauma oclusal secundario

Fluorosis dental

El flúor ha sido utilizado como medio preventivo para la caries dental desde principios del siglo XX, en 1940 en Suiza, el ginecólogo H. J Wespi inició su uso y el del yodo en sal como suplemento para evitar las insuficiencias de yodo congénito [32].

De esta forma, múltiples países empezaron a adoptar la medida y entre los medios fortificados se utilizaron el agua y la sal.

En 1965, la Universidad de Antioquia con el apoyo del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, inicio un estudio en cuatro comunidades de su departamento, donde realizaron una comparación entre los beneficios del flúor en sal y agua, determinando una disminución entre el 50 y el 60% de la caries dental y con resultados similares para los dos grupos de estudio [32].

A pesar de los resultados presentados en cuanto a beneficios del flúor como agente preventivo para la caries dental, también se han evidenciado efectos secundarios, definidos como fluorosis dental; patología que se caracteriza por una hipomineralización del esmalte, y que se produce como respuesta a la ingesta de flúor por un período prolongado de tiempo durante la formación dental [33].

La severidad de la lesión depende de la cantidad o concentración del flúor ingerido, de la duración de la exposición, del nivel de desarrollo del diente, de la edad en la que se está expuesto a cantidades excesivas de fluoruro y a la variación individual o susceptibilidad [34].

La fluorosis dental en la ENSAB III fue evaluada en las edades de 6, 7, 12 y 15 a 19 años. La proporción de personas con fluorosis para todas estas edades fue de 11.5%, principalmente en los niveles muy leve y leve, en cuanto a lesiones moderadas y severas solo se presentó en un el 0.8% del total.

La prevalencia según la edad fue la siguiente [2]:

- Proporción de niños de 6 y 7 años con fluorosis fue de: 25.7%
- 12 años: 18.7%
- Adolescentes (15 a 19 años): 5.3%.

En Colombia existen también otros estudios en torno a esta patología, por ejemplo en el año 2002 se realizó un estudio en el departamento de Caldas con el objeto de determinar la prevalencia de fluorosis en la población escolar, se concluyó que el 63,3% de los 1061 escolares examinados presentó algún grado de fluorosis, el 56,3% presentó una severidad entre leve y muy leve y el 7% entre moderada y grave [35]. Datos similares a los encontrados en 1998 durante la aplicación de la ENSAB III, ratificando que la prevalencia de lesiones leves y muy leves es mayor a la de los estadios más graves de la enfermedad.

Con base en estos datos y muchos otros estudios, se incluyó la vigilancia de esta patología en el Decreto 3039 de 2007, en el objetivo número 3, línea política 1, literal c [5].

Clínicamente la fluorosis dental es diagnosticada bajo diferentes parámetros, el más utilizado es el índice de Dean [36]:

Tabla 3. Índice diagnóstico de Dean.

PUNTUACIÓN (Dean, 1942)	CRITERIO
NORMAL (0)	El esmalte presenta el habitual color translúcido semivitriforme del tipo de la estructura. La superficie es lisa, brillante y, generalmente, de un color blanco cremoso pálido.
DUDOSA (1)	El esmalte revela ligeras aberraciones de la transparencia del esmalte normal, que van desde pocas motas blancas a manchas blancas. Esta clasificación se utiliza en los casos en que un diagnóstico definitivo de la forma más suave de la fluorosis no es posible y no se justifica una clasificación de "normal".
MUY LEVE (2)	Machas pequeñas, opacas, color de

PUNTUACIÓN (Dean, 1942)	CRITERIO
	papel blanco en zonas dispersas e irregulares en el diente, ocupa el 25% de la superficie del diente. Frecuentemente son los dientes que no presentan más de 1-2 mm de color blanco de la opacidad en la punta de la cumbre de la cúspides de los segundos molares o premolares.
LEVE (3)	La coloración blanca opaca en zonas del esmalte de los dientes es más amplia, pero no implica más del 50% del diente.
MODERADO (4)	Todas las superficies del esmalte de los dientes se ven afectadas, y las superficies están sujetas a mostrar desgaste. La mancha color marrón es frecuentemente una característica desfigurante.
SEVERO (5)	Incluye los dientes antes clasificados como "moderadamente grave y grave". Todas las superficies del esmalte se ven afectadas y la hipoplasia es tan marcada que la forma general de los dientes puede verse afectada. El principal signo diagnóstico de esta clasificación es de discretas o confluentes picaduras. Las manchas marrones están muy extendidas y los dientes suelen presentar un aspecto similar al de corrosión.

Fuente: "Health Effects of Ingested Fluoride", 1993. Textual.

Afecciones de la articulación temporomandibular (ATM)

Los trastornos de la articulación temporomandibular son un grupo de afecciones que causan dolor y disfunción en la articulación de la mandíbula y los músculos necesarios para su movimiento [37].

Entre los signos y síntomas estudiados, el más frecuente es el ruido articular, la ENSAB III determinó para este una prevalencia del 25,4%. La relación entre la distribución fue, 12,4% de forma unilateral y 13,3% bilateral, la población examinada se encontraba en los grupos de edad de, 15 a 34 años, 35 a 44 y 55 y más.

El 4,8% de las personas examinadas presentó dolor a la palpación lateral de la ATM, el 5,2% dolor a la palpación posterior y el 2,4% dolor a la palpación muscular [2].

Afecciones de la mucosa oral

La OMS ratificó en su última reunión de consenso de 1997 (Pingborg et al 1997) el seguir considerando dentro del precáncer oral a las lesiones precancerosas y a los estados precancerosos. Se considera como lesión precancerosa a "un tejido de morfología alterada más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal" y como estado precanceroso a "una condición generalizada que se asocia con un riesgo significativamente mayor de cáncer". La leucoplasia y la eritroplasia, conjuntamente con la queilitis actínica y la queratosis del paladar asociada al fumar invertido se consideran lesiones precancerosas [38].

Entre las afecciones de mucosa oral estudiadas durante la ENSAB III, vale la pena resaltar las que por sus características se consideran precancerosas.

En este caso se observa que la leucoplasia se presentó en el 0,9% de las personas entre las edades de 6, 7, 12, 15 a 19, 20 a 44 y 55 y más años de edad. El aumento tisular sin causa aparente se presentó en el 0,8% y la ulcera no traumática en el 0,1% de la población examinada [2]. Dada la baja frecuencia de estas afecciones, no se pudo realizar un análisis más profundo sobre su comportamiento; De ahí la necesidad de reforzar los sistemas de información en torno a este evento.

En cuanto a tasas de incidencia de cáncer oral existen los datos referentes a los años 2001 a 2005 en la ciudad de Cali, información consolidada mediante el registro poblacional de cáncer de Cali, de la universidad del valle. En cuanto a cáncer bucal resaltamos los siguientes hallazgos [39]:

Tabla 4. Tasas de incidencia de cáncer oral, Cali

Localización	Hombres		Mujeres	
	Tasa cruda	Tasa estandarizada por edad	Tasa cruda	Tasa estandarizada por edad
	Por 100.000 personas / año			
Labio	0,3	0,3	0,2	0,2
Lengua	0,8	1	0,6	0,6
Glándula salival	0,9	1	0,7	0,7
Boca	1	1,1	1,1	1,1

Fuente: Registro poblacional de cáncer de Cali, 2001 – 2005

Entre los datos del Dane y el Instituto nacional de cancerología, se observa que para los años 2000 a 2002 la siguiente información [40]:

Tabla 5. Tasas de incidencia de cáncer oral, Dane

Primeras causa de mortalidad por cáncer	Año	Hombres		Mujeres	
		Tasa cruda	Tasa estandarizada por edad	Tasa cruda	Tasa estandarizada por edad
		Por 100.000 personas / año			
Tumor maligno de labios, cavidad oral y faringe	2000	1,3	1,9	0,9	1,2
Tumor maligno de labios, cavidad oral y faringe	2001	1,3	2	0,8	0,9
Tumor maligno de labios, cavidad oral y faringe	2002	1,3	2	0,9	1

Fuente: http://www.cancer.gov.co/documentos/794_cancer.pdf

La Liga Colombiana Contra el Cáncer recalca en uno de sus artículos que en Colombia se estima que se desarrollan más de 1500 cánceres de cabeza y cuello y mueren por esta causa más de 700 personas por año. El cáncer escamoso de cabeza y cuello corresponde al 4 y al 5% de todos los cánceres, es más frecuente en hombres que en mujeres (4:1) y ocurre con mayor frecuencia sobre los 40 años de edad [41].

En cuanto a factores de riesgo se encuentran: desnutrición, consumo de alcohol y el hábito de fumar. El tabaco es un factor que produce alteración de todo el epitelio aéreo digestivo superior y predispone al desarrollo de cánceres múltiples de este tipo (10 a 20% de los casos) en personas que ya han desarrollado un tumor primario de esta histología [41].

Labio y paladar fisurado

Las malformaciones congénitas son la segunda causa de mortalidad infantil según los datos del DANE en el año 1998 [42], de ahí su importancia en salud pública.

La ENSAB III arrojó una prevalencia de 0,2% en las personas examinadas, en los niños de 5, 6,7 y 12 años las prevalencias son menores de 0,1% y alcanzan el 0,2% en los mayores de 15 años. Se observa un mayor porcentaje en hombres (0,6%) que en mujeres (0,2%) y es importante resaltar que la mitad de la población no presenta corrección quirúrgica de las lesiones [2].

El labio o el paladar fisurados son malformaciones congénitas graves producidas por defectos embriológicos en la formación de la cara a nivel de las estructuras orofaringonasales, se produce entre la cuarta y la doceava semana de gestación, siendo la sexta la de mayor riesgo [43, 44]. Debido a la complejidad de las deformidades se requiere de un enfoque multidisciplinario, generalmente es un tratamiento de aproximadamente 18 años y se inicia desde el nacimiento [45].

Un estudio retrospectivo realizado por la Universidad Nacional recogió información en hospitales de Bogotá, Neiva y Cartagena entre los años 1982 y 1993, el objetivo fue determinar los factores de riesgo relacionados a las malformaciones congénitas. En lo referente a labio y paladar hendido, se encontró que la ingesta de medicamentos durante el primer trimestre de embarazo presenta un riesgo cinco veces mayor que si no existe este consumo, y el riesgo aumenta dos veces cuando hay antecedentes de malformaciones familiares. Aunque en el estudio no se diferenciaron dentro de las variables los tipos de medicamentos, la literatura ha

reportado sustancias antiinflamatorias y anticonvulsivantes como factores de riesgo para la patología [42].

Otro estudio realizado en la Universidad del Valle en una muestra de 95 pacientes encontró que el 17,4% presentaba antecedentes familiares con historia positiva de fisuras. En cuanto al consumo de medicamentos durante el primer trimestre de embarazo, en una muestra de 84 historias clínicas, el medicamento de mayor consumo fue de tipo antimicrobiano [43].

En cuanto a la vigilancia de esta patología, el Instituto Nacional de Salud trabaja la vigilancia rutinaria por semana epidemiológica con una ficha de notificación nacional de anomalías congénitas, entre las cuales se encuentra este trastorno específico; el protocolo utilizado para esta actividad define las intervenciones individuales y colectivas a desarrollarse después de la confirmación por clínica de la patología [46].

Ilustración 4. Ficha de notificación de anomalías congénitas

Anomalías congénitas Cód. INS: 735														
REG-R02.001.4030-004 V:00														
RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS														
A. Nombres y apellidos del paciente						B. Tipo de ID*			C. No. de identificación					
* TIPO DE ID: 1 - RC : REGISTRO CIVIL 6 - MS : MENOR SIN ID														
D. Nombres y apellidos de la madre						E. Tipo de ID*			F. No. de identificación					
* TIPO DE ID: 1 - RC : REGISTRO CIVIL 2 - TI : TARJETA IDENTIDAD 3 - CC : CÉDULA CIUDADANÍA 4 - CE : CÉDULA EXTRANJERÍA 5 - PA : PASAPORTE 6 - MS : MENOR SIN ID 7 - AS : ADULTO SIN ID														
4. ANTECEDENTES MATERNOS														
4.1. Número de embarazos previos <input type="text"/>			4.4. Toma de serología para sífilis 1 Sí 2 No 3 Desconocido			4.5. Fecha serología <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			4.6. Resultado de serología 1 Positiva 2 Negativa					
4.2. Número de pérdidas (abortos) <input type="text"/>			4.7. Toma IgM para toxoplasmosis 1 Sí 2 No			4.8. Fecha de toma IgM <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			4.9. Resultado de IgM 1 Positiva 2 Negativa					
4.3. Número de cesareas <input type="text"/>						4.10. Recibió vacuna antirubeola en el embarazo 1 Sí 2 No 3 Desconocido			Otras exposiciones frente a agentes teratogénicos					
4.11. Sintomatología de rubeola en el embarazo 1 Sí 2 No Trimestre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			4.12 Biológica 1 sí 2 no			4.13 Trimestre 1 2 3								
						4.16 Ambiental 1 sí 2 no			4.17 Trimestre 1 2 3					
						4.18 Otra 1 sí 2 no			4.19 Trimestre 1 2 3					
						4.20 Ninguna 1 sí 2 no			4.21 Trimestre 1 2 3					
						4.22 Trimestre 1 2 3								
5. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO														
5.1. Gemelo 1 Sí 2 No				5.2. Nativo 1 Sí 2 No				5.3. Natimorto 1 Sí 2 No						
5.4. Semanas de gestación				5.5. Edad gestacional				5.6. Toma de muestra storch (Recién nacido menor de 2.500 g ó criterio clínico) 1 Sí 2 No						
Día Mes Año														
6. TIPO DE ANOMALÍA														
6.1. Anencefalia 1 Sí 2 No			6.12. Displasia esquelética 1 Sí 2 No			6.23. Polidactilia 1 Sí 2 No			6.24. Polimalformado 1 Sí 2 No					
6.2. Ano imperforado 1 Sí 2 No			6.13. Espina bifida 1 Sí 2 No			6.25. Púrpura 1 Sí 2 No			6.26. Reducción de miembros 1 Sí 2 No					
6.3. Anomalías oculares 1 Sí 2 No			6.14. Fisura oral 1 Sí 2 No			6.27. Sindactilia 1 Sí 2 No			6.28. Síndrome de Down 1 Sí 2 No					
6.4. Anotia o microtia 1 Sí 2 No			6.15. Gemelos acoplados 1 Sí 2 No			6.29. Talipes 1 Sí 2 No			6.30. Bajo peso al nacer 1 Sí 2 No					
6.5. Atresia esofágica 1 Sí 2 No			6.16. Genitales ambiguos 1 Sí 2 No			6.31. Anomalías funcionales 1 Sí 2 No			6.32. Infecciones congénitas 1 Sí 2 No					
6.6. Atresia intestinal 1 Sí 2 No			6.17. Hemangioma 1 Sí 2 No			6.33. Otras 1 Sí 2 No								
6.7. Cardiopatía 1 Sí 2 No			6.18. Hepatoesplenomegalia 1 Sí 2 No											
6.8. Catarata congénita 1 Sí 2 No			6.19. Hidrocefalia 1 Sí 2 No											
6.9. Cefalocele 1 Sí 2 No			6.20. Hipoacusia 1 Sí 2 No											
6.10. Criptorquidia 1 Sí 2 No			6.21. Hipospadias 1 Sí 2 No											
6.11. Defectos de pared abdominal 1 Sí 2 No			6.22. Microcefalia 1 Sí 2 No											
6.34. Describa brevemente la anomalía, o haga un dibujo o inserte foto														

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Textual.

1.4 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD, DÉCIMA REVISIÓN (CIE-10)

Este volumen presenta un listado de códigos [47] que son concordantes con los diagnósticos realizados en los servicios de salud actualmente, aunque se debe aclarar que Colombia adopta esta clasificación en el año 2001 mediante la resolución 1895 [48], pero en la práctica de registros individuales se lleva a cabo aproximadamente desde el año 2004. Los códigos CIE 9 y 10 correspondientes a eventos bucodentales y de cabeza y cuello se pueden observar en el anexo 1.

Las enfermedades de boca y dientes son agrupadas de la siguiente manera:

Tabla 6. Grupos de códigos CIE 10 de odontología

Trastornos del desarrollo y la erupción de los dientes	K00 – K09
Dientes incluidos e impactados	K010 – K011
Caries dental	K020 – K029
Enfermedades de los tejidos duros del diente	K030 – K039
Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales	K040 – K049
Gingivitis y enfermedades periodontales	K050 – K056
Trastornos de la encía y zona edéntula	K060 – K069
Anomalías dentofaciales	K070 – K079
Trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén	K080 – K089
Quistes de la región bucal	K090 – K099
Enfermedades de los maxilares	K100 – K109
Enfermedades de las glándulas salivares	K110 – K119
Estomatitis y lesiones afines	K120 – K122
Enfermedades de los labios y la mucosa bucal	K130 – K137
Enfermedades de la lengua	K140 – K149

2. PROPÓSITO

El propósito del presente trabajo es la conceptualización de un modelo que permita la vigilancia en salud pública de las enfermedades bucodentales y de cabeza y cuello en el nivel nacional y subnacional, para generar estrategias acordes a los sistemas actuales de información en salud, cuya operatividad permita originar en el corto plazo protocolos específicos de vigilancia, que faciliten a los diferentes actores del sector salud la toma de decisiones e intervenciones.

En el mediano y largo plazo, el SVSP de eventos bucodentales deberá impactar en los indicadores de morbilidad de este grupo específico de problemas de salud.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un modelo conceptual de vigilancia en salud pública en el componente de salud bucal, que permita obtener información confiable y oportuna para evaluar el comportamiento de las enfermedades bucodentales.
- Probar una estrategia de vigilancia epidemiológica que se desprenda de la priorización de los eventos bucodentales, en una UPGD del país y describir los resultados del análisis.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

MODELO CONCEPTUAL

- Definir mediante consenso de expertos, los eventos bucodentales prioritarios para un SVSP específico.
- Proponer un modelo conceptual de un SVSP, producto de la priorización por expertos, que incluye indicadores y estrategias.
- Establecer las competencias de los diferentes actores del sistema con el fin de realizar un trabajo articulado que garantice el correcto levantamiento de la información.

PRUEBA INSTRUMENTO

- Probar la operatividad de una estrategia de recolección, procesamiento, análisis de la información y divulgación de los resultados en una UPGD del país.
- Describir las características sociodemográficas de las personas que presentaron los eventos objeto de vigilancia en el periodo evaluado.
- Describir las variables administrativo asistenciales de los eventos objeto de vigilancia en el periodo evaluado.
- Medir la frecuencia de los eventos objeto de vigilancia en la UPGD y periodos definidos.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO

Propuesta de un Sistema de Vigilancia en Salud Pública bucodental, fundamentado en la construcción y aplicación de una matriz de priorización a un grupo de expertos, representantes del Ministerio de la Protección Social y de 7 entidades territoriales: Bogotá, D.C., Boyacá, Risaralda, Caldas, San Andrés, Valle y Nariño.

En una segunda fase se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de prueba de una de las estrategias propuestas en el modelo, la Búsqueda Activa Institucional (BAI), en una Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) del Distrito de Bogotá, con la información generada en el 2009, para comprobar la operatividad de la misma y hacer un diagnóstico epidemiológico de los trastornos bucodentales.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para diligenciar la matriz de priorización se seleccionaron como expertos, referentes de salud bucal Nacional y Departamental, que participaron en los procesos de construcción de instrumentos y propuestas de vigilancia en el componente bucodental el año anterior.

Para la prueba de la operatividad del BAI se tomaron todos los registros RIPS de enfermedades crónicas, con los códigos CIE-9 y CIE-10 relacionados para BAI y reportados por la UPDG, excepto:

- Registros con RIPS con código CIE 10 diferente a problemas bucodentales y de cabeza y cuello.
- Registros duplicados. Se contabilizó el número de pacientes y no de consultas.

La UPDG es una Empresa Social del Estado, de primer nivel ubicada en el sector norte de Bogotá, D.C., que cuenta con consulta médica general y odontológica, para la atención de pacientes de un contrato con una Aseguradora.

4.3 INSTRUMENTOS

Para recoger los resultados de la priorización de los expertos se utilizó una matriz estructurada, que cada participante diligenció previa revisión del instructivo e inducción por parte del grupo de trabajo. Anteriormente, esta matriz fue revisada por otro experto, la asesora de Salud Bucal de Ministerio de la Protección Social (MPS), quien sugirió cambios en el instrumento, los cuales se realizaron antes del consenso con expertos.

La matriz de priorización se construyó con base en el método CENDES de la OPS [51], el cual se modificó con la eliminación del componente financiero, dada la limitación de los datos existentes en país en cuanto a salud bucal. (Anexo 2 y 3), la metodología para el consenso de expertos fue con un grupo focal y método Delphi.

La estrategia sometida a prueba fue la búsqueda activa institucional por RIPS del Sivigila 2010 (Anexo 4) en una UPGD, teniendo en cuenta la alta prevalencia de estos eventos, evidenciada durante la revisión documental [2]. Como estándar se utilizaron los diagnósticos CIE 10.

4.4 Variables

Variables de la Matriz de Priorización

Tabla 7. Variables de la Matriz de Priorización

VARIABLE	CODIFICACIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN
Evento	Nombre del evento	Cualitativa	Nominal
Magnitud	Proporción de incidencia, prevalencia o tasa	Cualitativa	Nominal
Impacto social	1. Alto 2. Medio 3. Bajo	Cualitativa	Ordinal
Vulnerabilidad	1. Prevenible 2. No prevenible 3. Desencadena otros eventos	Cualitativa	Nominal
Intervención	1. Sí	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	CODIFICACIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN
por plan de beneficios	2. No		
Estrategia de vigilancia	1. Centinela 2. Encuesta nacional 3. Estudios puntuales 4. Activa 5. Pasiva	Cualitativa	Nominal
Población objeto	Grupo poblacional objeto de vigilancia	Cualitativa	Nominal

Variables de los RIPS

Las variables estudiadas fueron las contenidas en los RIPS y coherentes con los objetivos específicos del estudio, se excluyeron las concernientes a la identificación de prestadores de servicios de salud, ya que se trabajó con una sola UPGD.

Tabla 8. Variables de los Registros Individuales de Prestación de Servicios

VARIABLE	CODIFICACIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN
Código diagnóstico principal	Código CIE 10	Cualitativa	Nominal
Tipo de diagnóstico	1. Presuntivo 2. Confirmado nuevo 3. Confirmado repetido	Cualitativa	Nominal
Tipo de usuario	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado 4. Particular 5. Desplazado con afiliación al régimen contributivo 6. Desplazado con afiliación al régimen subsidiado 7. Desplazado no asegurado (vinculado)	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	CODIFICACIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad		Cuantitativa	Razón
Unidad de medida de la edad	1. Número de años 2. Número de meses 3. Número de días	Cuantitativa	Razón
Género	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal
Zona de residencia	1. Urbana 2. Rural	Cualitativa	Nominal
RIPS	1. Consulta (C) 2. Hospitalización (H) 3. Urgencias (U)	Cualitativa	Nominal

4.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.5.1 Modelo conceptual

Para la priorización de eventos bucodentales y de cabeza y cuello de interés en salud pública se diligenció la matriz de priorización construida con metodología CENDES modificada de la OPS, con la participación de 7 entidades territoriales y el MPS, contando con un total de 12 participantes. La metodología de consenso se realizó con enfoque de grupo focal, de tal forma que un número determinado de profesionales fueron reunidos para discutir un tema de interés en salud pública, cuyo objetivo se presentó con anterioridad y que responde a un grupo de preguntas establecidas en un instrumento tipo encuesta semiestructurado. El grupo fue moderado por la investigadora principal y la Asesora de Salud Bucal del MPS.

La priorización de eventos se trabajó en dos vueltas, de acuerdo con la metodología Delphi, de esta forma se realizó una primera ponderación de enfermedades, la cual fue consolidada (Anexo 5) y enviada a una segunda vuelta, lo que permitió la revisión y definición final de eventos a vigilar, teniendo en cuenta que se contó con el enfoque argumentativo y discursivo que tienen los grupos focales en estos procesos.

4.5.2 Búsqueda Activa Institucional de RIPS

Para la ejecución de BAI de RIPS fue necesario realizar mediante el programa SQL la inclusión en el software SIVIGILA 2010, de los 136 códigos CIE 10 correspondientes a eventos bucodentales y de cabeza y cuello, cuya distribución fue la siguiente:

- Cáncer oral: C00 – C08 (n = 8)
- Labio / paladar fisurado: Q 35.0 – Q 37.9 (n = 21)
- Salud bucal: K00 – K149 (n = 107)

Posteriormente, se les asignó un único código que los identificó dentro de la rutina de búsqueda activa de enfermedades crónicas del software mencionado. Los 136 eventos fueron etiquetados con el código **229**, el cuál fue asignado por la Oficina de Sistemas de Información del Instituto Nacional de Salud.

Previo a la prueba de operatividad, se realizó un piloto para verificar el funcionamiento del BAI de Salud Bucal dentro del software SIVIGILA, con los RIPS del mes de febrero del año 2009 de la UPDG seleccionada.

Esta prueba evidenció que el SIVIGILA tiene deshabilitado del botón de comando de envió automático de la notificación del BAI de crónicas (ver anexo 4), por lo cual el sistema solo permite importar manualmente archivos planos y convertirlos en archivos XLS. Este hallazgo quedó en proceso de corrección en el INS.

Con base en los hallazgos del piloto de un mes, se realizaron ajustes y posteriormente se realizó la prueba de la operatividad de la Búsqueda Activa Institucional por RIPS como una estrategia de vigilancia en salud bucal, con la totalidad de los RIPS del año 2009 de la UPGD de Bogotá.

El total de registros de enfermedades crónicas en el 2009 fue de 4497, de los cuales 3536 cumplían con los criterios de inclusión definidos por el Investigador para evitar sesgos.

Posteriormente, se procedió a verificar la base de datos generada y convertida en archivo XLS, y que fue consolidada durante el BAI del SIVIGILA; se realizó un backup de la misma y se exportó al programa estadístico Epi - Info 3.5.1 para su análisis.

4.6 PLAN DE ANÁLISIS

El plan de análisis de la información incluyó dos etapas de acuerdo con los objetivos generales del proyecto:

La primera fue la elaboración y aplicación de una matriz de priorización de eventos bucodentales y de cabeza y cuello aplicada bajo los criterios estipulados en el Decreto 3518 de 2006 [8], relacionados a continuación:

- a) Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública;
- b) Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública;
- c) Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control;
- d) Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores;
- e) Identificar necesidades de investigación epidemiológica;
- f) Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control;
- g) Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud;
- h) Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud;
- i) Orientar la formulación de políticas en salud pública.

La matriz fue diligenciada y consensuada con los expertos anteriormente mencionados.

La segunda fase, fue la aplicación de la búsqueda activa institucional mediante RIPS, definidos en la legislación actual como “el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la presente resolución. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del

servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa” [49].

Teniendo en cuenta que el Sivigila 2010, permite realizar búsquedas activas institucionales usando los registros individuales de prestadores de servicios de salud, se creó una tabla dentro del software que permitió la captura de códigos CIE 9 y 10 específicos para enfermedades bucodentales y de cabeza y cuello, para establecer la proporción de pacientes con los eventos priorizados (Anexo 4).

El Sivigila en la búsqueda activa de RIPS capturó solo la información por paciente y no por número de consultas, de esta forma se evaluó el perfil poblacional, paciente por paciente, y no el de demanda de servicios.

La información fue digitada y procesada en Epi - Info versión 3.5.1; los resultados del estudio se presentan en frecuencias y proporciones, resumidas en tablas de contingencia, y cálculo de medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para las variables cuantitativas.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Según la resolución 8430 de 1993 [52] que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este proyecto es catalogado como “sin riesgo”, conforme con la clasificación del Capítulo II, artículo 11, literal a: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta” [52].

Confidencialidad: los nombres de pacientes y la UPGD se mantuvieron bajo reserva, así como los de los participantes del consenso de expertos, información que se maneja únicamente a nivel institucional y gubernamental y no para efectos de la publicación y difusión del presente estudio.

Derechos de autor: durante la revisión bibliográfica se tomaron las medidas de protección de derechos de autor, citando debidamente cada documento y escribiendo entre comillas los párrafos que pudieran ser textuales.

El estudio fue autorizado por el Instituto Nacional de Salud, Grupo de Epidemiología Aplicada y el Programa de Epidemiología de Campo de la entidad – FETP - , por sus siglas en inglés.

Los resultados del presente estudio serán presentados al Instituto Nacional de Salud y el FETP, al grupo de expertos participantes y a las Universidades del Rosario y CES, con opción de publicación de sus resultados en una revista científica.

6. RESULTADOS

6.1. MODELO CONCEPTUAL

La priorización de eventos del Modelo Conceptual, se elaboró con la participación de 12 expertos del sector público, de diferentes regiones del país, que han participado con el INS desde el 2009 en el proceso de elaboración del Protocolo de Vigilancia de exposición a flúor, como se detalla a continuación:

Tabla 9. Distribución de entidades territoriales participantes en la priorización

Entidad	Número	%
Ministerio de la Protección Social	1	8,3
SDS Bogotá	2	16,6
SDS Boyacá	3	25
SDS Caldas	2	16,6
IDS Nariño	1	8,3
SDS Risaralda	1	8,3
SDS San Andrés Islas	1	8,3
SDS del Valle del Cauca	1	8,3
TOTAL	12	100

* Nota: % aproximado a 1 dígito.

Los perfiles de los expertos que participaron se detallan en la tabla 10.

Tabla 10. Perfiles de los participantes en la priorización

Entidad Territorial	Profesión	Especialización	Años de experiencia en salud pública
Ministerio de la Protección Social	Odontóloga	Epidemiología	14
SDS Bogotá	Odontólogo	Ninguna	3
	Odontóloga	Gerencia en servicios de salud	4
SDS Boyacá	Enfermera	- Administración en salud Epidemiología	6
	Ingeniera química	No	8
	Ingeniera sanitaria y ambiental	Planeación para la educación ambiental	19
SDS Caldas	Bacterióloga	Promoción de la salud	14
SMS Manizales	Odontóloga	- Estomatología y cirugía oral - Gerencia en salud Salud pública	12
IDS Nariño	Odontóloga	No	2
SDS Risaralda	Odontóloga	- Gerencia en sistemas de salud Auditoria en salud y gerencia de la calidad	3
SDS San Andrés Islas	Odontóloga	Odontopediatría	4
SDS del Valle del Cauca	Odontóloga	Promoción de la salud	9

El promedio de años de experiencia de los expertos en VSP es de 8,16, $SD \pm 5,49$, CV 67%.

El resultado del consenso de expertos se registró en la matriz que ellos diligenciaron, así como en los aportes realizados en la reunión de discusión del 6 de julio de 2010. Estos se resumen en la tabla 11:

Tabla 11. Priorización de eventos bucodentales y de cabeza y cuello

Evento	¿Por qué y para que?	Magnitud	Impacto social	Vulnerabilidad, capacidad de evitar un daño	Intervención por plan de beneficios	Estrategia de vigilancia	Población objeto
Caries de infancia temprana	Identificación oportuna par mejorar calidad de vida	Desconocida	SI	SI	Acuerdo 08 de la CRES, Dec 3039	Vigilancia activa, pasiva, comunitaria	Menor de dos años
Caries no cavitacional	Identificación oportuna par mejorar calidad de vida	Desconocida	SI	SI	Acuerdo 08 de la CRES	Vigilancia pasiva	Menores de un año, 5 y 6 años
Exposición a flúor	Medida de salud pública, progreso a caries dental	11,5 % ENSAB III - 1998	SI	Marcador de fluorosis esquelética	Circular 034 del 23 de junio de 2010, aplicación de Flúor, limitación en plan de beneficios para carillas y coronas (Rehabilitación)	Vigilancia pasiva	Según protocolo del INS: 3, 6, 12, 15 y 18 años
LPF	Impacto económico, funcional y social. Mitigación del riesgo	0,2 % ENSAB III - 1998	SI	SI	Acuerdo 08 de la CRES, no existe de manera integral. No esta el obturador, ortopedia, ortodoncia	Vigilancia activa y pasiva	Menor de cinco años
Lesiones premalignas y malignas	Impacto económico, funcional y social. Mitigación del riesgo, mortalidad	1, 3 x Cada 100.000 hombre y 0,9 x cada 100.000 mujeres (DANE 2002)	SI	SI	Integral	Vigilancia pasiva	30 y 40 años, población en riesgo

6.1.1 Indicadores

De la matriz de priorización, y teniendo en cuenta la estrategia de búsqueda activa institucional por RIPS como insumo principal, se proponen los siguientes indicadores:

- a. Proporción de pacientes con un evento bucodental y de cabeza y cuello

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE
Proporción	La proporción de diagnósticos bucodentales y de cabeza y cuello contenidos en los RIPS deben ser insumo para la caracterización epidemiológica de la población atendida en los servicios de salud.	Semestral	Proporción de pacientes con un evento bucodental y de cabeza y cuello

Tipo de indicador:	Proceso
Definición operacional:	Número de pacientes con diagnóstico de interés / Total de RIPS con código de salud bucal x 100
Fuente de información:	BAI RIPS
Utilidad o interpretación:	Permite identificar la proporción de pacientes con un evento bucodental y de cabeza y cuello
Nivel:	Municipal, Departamental y Nacional
Niveles de desagregación	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades bucodentales y de cabeza y cuello - Variables sociodemográficas - Variables administrativas asistenciales

b. Proporción de prevalencia de enfermedades bucodentales

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE
Prevalencia	Las encuestas nacionales deben asegurar la caracterización epidemiológica de proporciones de caries dental según la severidad de las lesiones sobre el total de la población.	Quinquenal	Proporción de prevalencia de enfermedades bucodentales

Tipo de indicador:	Proceso
Definición operacional:	Número de pacientes con diagnóstico de interés / Total de población encuestada x 1000
Fuente de información:	Encuestas nacionales
Utilidad o interpretación:	Permite identificar la proporción de casos nuevos y repetidos por evento
Nivel:	Municipal, Departamental y Nacional
Niveles de desagregación	<ul style="list-style-type: none"> - Severidad de la lesión - Género - Grupo de edad - Estrato socioeconómico - Nivel educativo

c. Proporción de prevalencia de caries de infancia temprana en pacientes menores de dos años

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE
Prevalencia	El resultado de la búsqueda activa y pasiva de pacientes menores de dos años con caries de infancia temprana, deberá ser un indicador de falla en los servicios de salud y en la eficacia de los programas de promoción y prevención.	Mensual	Proporción de prevalencia de caries de infancia temprana en pacientes menores de dos años

Tipo de indicador:	Proceso
Definición operacional:	Número de pacientes menores de dos años con diagnóstico de caries de infancia temprana/ Total de pacientes menores de dos años pertenecientes a la UPGD x 100
Fuente de información:	Fichas de notificación
Utilidad o interpretación:	Permite identificar la proporción de casos nuevos y repetidos por evento
Nivel:	Municipal, Departamental y Nacional
Niveles de desagregación	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Género - Área de procedencia - Régimen en salud - Estrato socioeconómico - Escolaridad

d. Proporción de prevalencia caries no cavitacional

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE
Prevalencia	La identificación de la caries no cavitacional en dentición temporal y permanente, debe ser un insumo para detección temprana de otras severidades de la caries dental.	Semestral	Proporción de prevalencia caries no cavitacional

Tipo de indicador:	Proceso
Definición operacional:	Número de pacientes con diagnóstico de caries no cavitacional en las edades definidas / Total de registros en las edades definidas remitidos al MPS x 100
Fuente de información:	Instructivo para el levantamiento de la línea de base de caries dental del Ministerio de la Protección Social (anexo 7).
Utilidad o interpretación:	Permite identificar la proporción de casos nuevos y repetidos por evento
Nivel:	Municipal, Departamental y Nacional
Niveles de desagregación	<ul style="list-style-type: none"> - Menores de un año - Pacientes de cinco años - Pacientes de seis años

e. Proporción de prevalencia de fluorosis dental

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE
Prevalencia	La notificación obligatoria de la exposición a flúor debe asegurar la caracterización epidemiológica e identificación de factores de riesgo para presentar fluorosis dental.	Mensual	Proporción de prevalencia de fluorosis dental

Tipo de indicador:	Proceso
Definición operacional:	Número de pacientes con diagnóstico de fluorosis dental / Total de población atendida x 100
Fuente de información:	Fichas de notificación
Utilidad o interpretación:	Permite identificar la proporción de casos por evento
Nivel:	Municipal, Departamental y Nacional
Niveles de desagregación	<ul style="list-style-type: none"> - Severidad de la lesión - Tipo de dentición - Factores de riesgo en agua, sal e ingesta de cremas dentales

f. Proporción de incidencia de labio / paladar fisurado

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE
Incidencia	La notificación obligatoria de eventos de salud bucal que generen alarma epidemiológica, deberá asegurar la identificación, intervención, seguimiento y control.	Mensual	Proporción de incidencia de labio / paladar fisurado

Tipo de indicador:	Proceso
Definición operacional:	Número de pacientes con diagnóstico de labio y paladar fisurado/ Total de población atendida x 100
Fuente de información:	Fichas de notificación
Utilidad o interpretación:	Permite identificar la proporción de casos nuevos por evento
Nivel:	Municipal, Departamental y Nacional
Niveles de desagregación	<ul style="list-style-type: none"> - Fisura de paladar - Labio leporino - Fisura de paladar y labio leporino - Edad - Género - Área de procedencia - Régimen en salud - Estrato socioeconómico - Escolaridad

g. Proporción de prevalencia de leucoplasia

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE
Prevalencia	La notificación obligatoria de eventos de salud bucal que generen alarma epidemiológica, deberá asegurar la identificación, intervención, seguimiento y control.	Mensual	Proporción de prevalencia leucoplasia de de

Tipo de indicador:	Proceso
Definición operacional:	Número de pacientes con diagnóstico de leucoplasia/ Total de población atendida x 100
Fuente de información:	Fichas de notificación
Utilidad o interpretación:	Permite identificar la proporción de casos nuevos y repetidos por evento
Nivel:	Municipal, Departamental y Nacional
Niveles de desagregación	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Género - Área de procedencia - Régimen en salud - Estrato socioeconómico - Escolaridad

6.1.2 Competencias de los actores

Unidades Primarias Generadoras de Datos [53]

- Aplicar los instrumentos de recolección de la información generados en el modelo de vigilancia de salud bucal.
- Transferir los datos al municipio en los plazos y formatos definidos y en ausencia de eventos, realizar la notificación negativa en los mismos plazos y formatos.
- Solicitar de ser el caso las pruebas de laboratorio requeridas para el diagnóstico.
- Analizar la información clínica y epidemiológica obtenida en su interacción con el paciente, en función de orientar la intervención sobre el individuo tanto desde la perspectiva terapéutica como en lo referido a la prevención primaria.
- Participar en la adaptación de las propuestas de control y prevención planteadas para los eventos que así lo requieran, de acuerdo con las posibilidades institucionales de intervención.
- Contribuir en el proceso de información y educación a la población usuaria sobre la situación de los eventos y las medidas individuales de control y prevención, en los casos en que sea necesario.
- Dentro de este proceso, la comunidad, de acuerdo con sus posibilidades, podrá informar al municipio / localidad o a las unidades primarias generadoras de datos, la ocurrencia de casos probables de alguno de los eventos incluidos.
- Las unidades notificadoras municipales y distritales, una vez consolidada y analizada la información para el desarrollo de las acciones respectivas, remitirá en los periodos establecidos la información de sus unidades primarias a la unidad notificadora departamental correspondiente, para que ésta a su vez adelante el análisis respectivo y desarrollen las acciones complementarias requeridas.
- Diseñar los mecanismos de información de la población usuaria sobre la situación de los eventos y las estrategias de control y prevención de su competencia.
- Proponer intervenciones desde la óptica de prestación de servicios y de acuerdo con las características de la población contratada.

Secretarías Municipales de Salud

- Consolidar y realizar el control de calidad de los instrumentos de recolección de la información remitidos desde las UPGD y enviarlas oportunamente al departamento.
- Realizar el análisis municipal de la información consolidada.
- Retroalimentar a las UPGD sobre los hallazgos encontrados.
- Participar con el departamento y el nivel estatal en la concertación de acciones y estrategias acorde con los hallazgos.
- Proponer acciones de intervención local de acuerdo a lo evidenciado por las UPGD y demás características socioeconómicas, clínicas y ambientales de la población.

Direcciones Departamentales de Salud

- Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población en su territorio.
- Consolidar y realizar el control de calidad de los instrumentos de recolección de la información remitidos desde el nivel territorial y enviarlas oportunamente a la entidad encargada de vigilancia en salud pública (INS).
- Retroalimentar a las instituciones y a la entidad territorial sobre los hallazgos encontrados.
- Participar con el nivel estatal en la concertación de acciones y estrategias acorde con los hallazgos.
- Proponer acciones de intervención y control a nivel regional.

Instituto Nacional de Salud

- Realizar análisis del comportamiento de los datos provenientes de los instrumentos de recolección de la información, y las características de los casos nuevos a nivel municipal, departamental, distrital y nacional e informar los resultados y recomendaciones a quienes reportan casos (UPGD).
- Convocar a los diferentes actores involucrados en el proceso, para concertar la reorientación o continuidad de las estrategias de intervención acorde con los hallazgos.
- Difundir los resultados de la vigilancia, análisis y evaluación de la situación de salud bucal en el país a través de boletines epidemiológicos, circulares, salas de análisis situacional, entre otros; con el fin de evaluar las acciones de control y tomar decisiones frente a las mismas.
- Proponer acciones de vigilancia y control nacionales a fin de promocionar la salud y prevenir e intervenir la enfermedad.

6.2 BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL DE RIPS

La base de datos de la UPGD del Distrito de Bogotá del periodo enero a diciembre 2009, estuvo compuesta por 4497 registros de enfermedades crónicas, de los cuales 3536 registros correspondieron a eventos bucodentales y de cabeza y cuello.

Los registros fueron depurados eliminando datos duplicados, de esta forma los 3536 registros corresponden a número de pacientes y no de consultas o dientes.

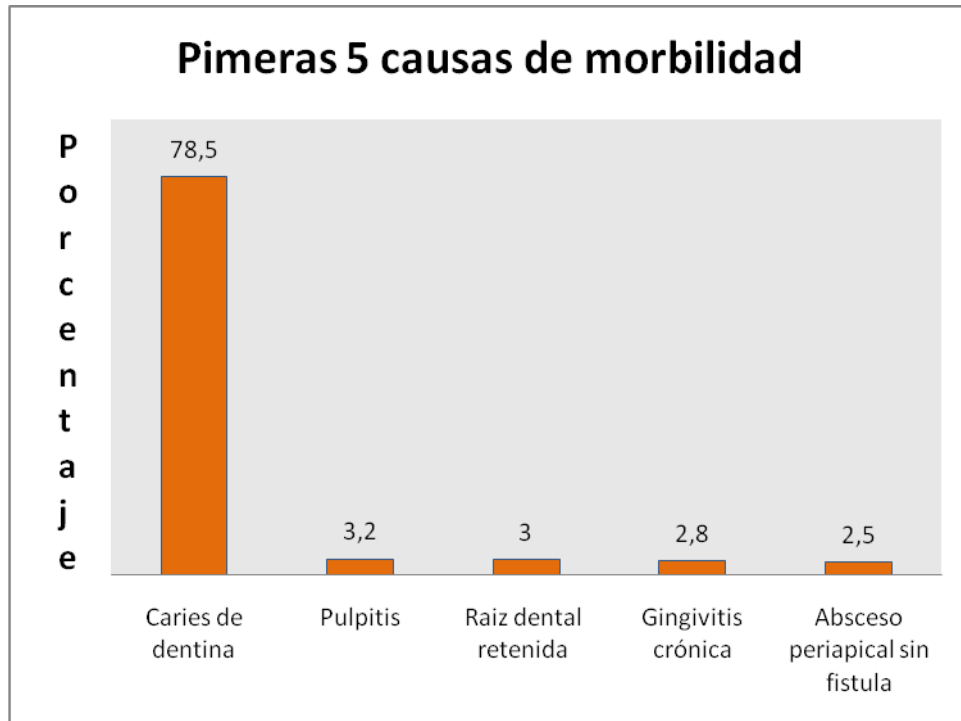
En los 3536 registros se encontraron 40 diagnósticos con código CIE 10 compatible con evento bucodental o de cabeza y cuello, en la distribución de frecuencias (tabla 12) se puede observar que 39 de los registros son odontológicos y uno es del grupo de eventos de labio/paladar fisurado.

Tabla 12. Frecuencias por evento

Dx P/pal	Frecuencia	%	% Acumulado
K001	1	0	0
K002	1	0	0,1
K004	1	0	0,1
K006	5	0,1	0,2
K007	1	0	0,3
K008	1	0	0,3
K010	5	0,1	0,4
K020	30	0,8	1,3
K021	2774	78,5	79,7
K022	1	0	79,8
K023	3	0,1	79,8
K029	4	0,1	79,9
K030	7	0,2	80,1
K036	11	0,3	80,5
K040	114	3,2	83,7
K041	25	0,7	84,4
K044	21	0,6	85
K045	6	0,2	85,2
K046	25	0,7	85,9
K047	89	2,5	88,4
K050	57	1,6	90
K051	98	2,8	92,8
K052	10	0,3	93
K053	28	0,8	93,8
K054	2	0,1	93,9
K056	1	0	93,9
K062	2	0,1	94
K072	46	1,3	95,3
K073	23	0,7	95,9
K074	3	0,1	96
K076	3	0,1	96,1
K080	3	0,1	96,2
K081	15	0,4	96,6
K083	107	3	96,6
K120	1	0	96,7
K121	3	0,1	96,7
K122	6	0,2	96,9
K140	1	0	96,9
K148	1	0	100
Q360	1	0	100
TOTAL	3536	100	100

De acuerdo con la tabla anterior se desprenden los diagnósticos principales que caracterizan el perfil de morbilidad de esta población (gráfico 5).

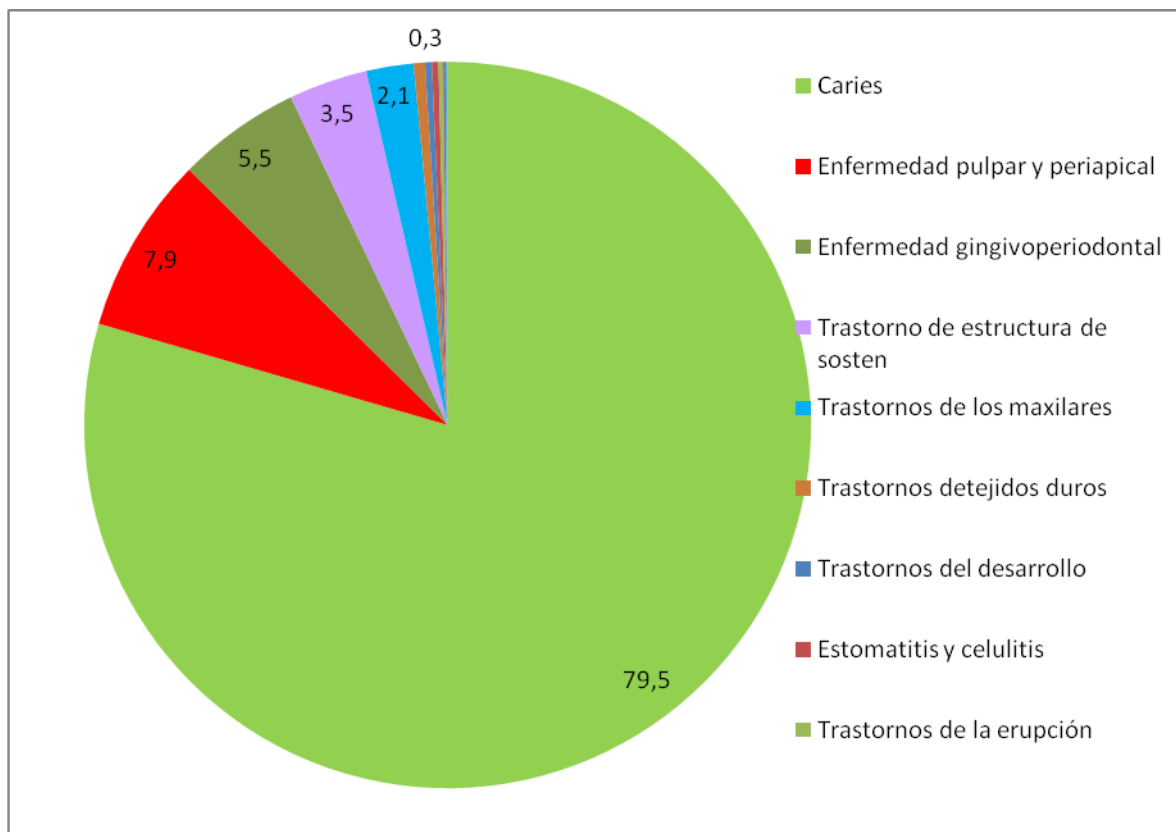
Gráfico 5. Cinco primeras causas de morbilidad odontológica en UPGD, primer nivel de Bogotá.



La proporción de caries frente a otras patologías dentales es congruente con los datos sostenidos que se han presentado en las dos encuestas nacionales realizadas en los años 1980 y 1998.

La distribución de los eventos fue agrupada teniendo en cuenta la subdivisión del CIE 10, de esta forma se hace más fácil la interpretación de los resultados, la agrupación y distribución se observa en el gráfico 6.

Gráfico 6. Distribución porcentual por grupo de evento bucodental y de cabeza y cuello



Tal como se observó en el gráfico 5, la caries dental ocupa el primer lugar entre los diagnósticos, en este grupo se encuentran la caries de esmalte, de dentina y detenida.

En segundo lugar se encuentran las enfermedades endodónticas, caracterizadas por patologías pulpares y periapicales, estas pueden ser efecto de la no intervención temprana de la caries dental.

Las enfermedades gingivales y periodontales, agrupan la gingivitis y periodontitis en sus estadios agudo y crónico.

Los trastornos de las estructuras de sostén agrupan la exfoliación dental por causas sistémicas, las pérdidas dentales por accidente, extracción o enfermedad periodontal y las raíces dentales retenidas; en este caso, la mayor proporción es de raíz dental retenida (n =107).

Los trastornos de los maxilares agrupan las anomalías en tamaño, posición y relación de los arcos dentarios, estos eventos se encuentran en 74 de los 3536 registros.

Para el grupo de eventos de labio y paladar fisurado, se encontró un paciente de sexo femenino de 17 días de nacida, con diagnóstico Q369, correspondiente a labio leporino bilateral.

Entre las características sociodemográficas se analizaron las variables de: zona de residencia, grupo de edad y género.

En cuanto a “zona de residencia” se encontró una frecuencia relativa del 100% para zona urbana, resultado coherente ya que la Empresa Social del Estado objeto de análisis corresponde a una localidad del norte de Bogotá y se encuentra en el casco urbano de la ciudad.

Las edades evaluadas se distribuyen según su unidad de medida en años, meses y días; se encontraron 3526 registros en la unidad de medida de años, 9 en meses y 1 en días.

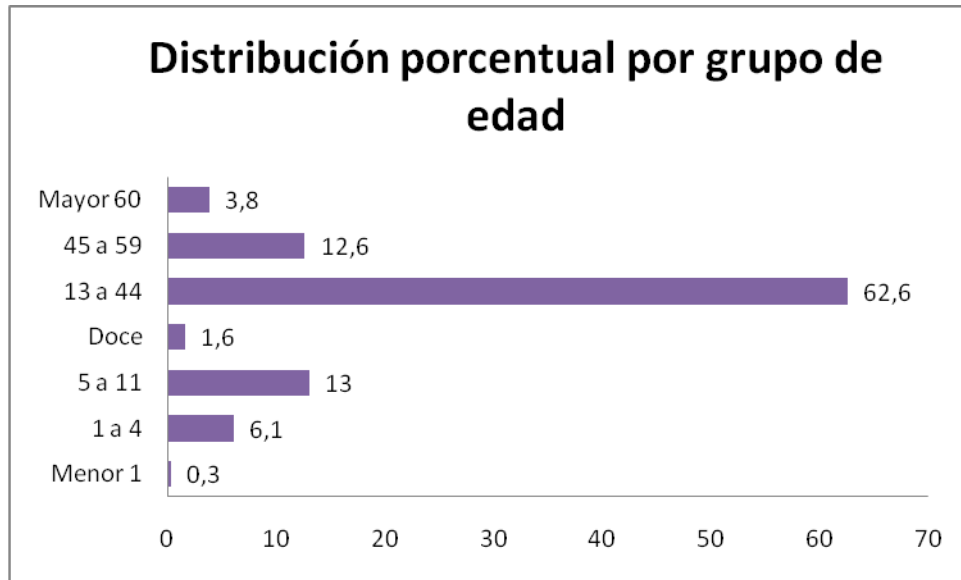
De los 3526 registros medidos en años se obtuvo una media de 26, 7, una varianza de 16,4, edad mínima de 1 y máxima de 98, mediana de 24, y moda de 20 años y una desviación estándar de $\pm 16,39$.

Para la unidad de meses, se obtuvieron 9 registros, con una media de 7 meses, una varianza de 5 y SD $\pm 2,2$; la edad mínima fue de 3 meses y la máxima de 9, la mediana fue de 8 y la moda de nueve meses.

El registro de unidad de medida en días corresponde al registro de labio leporino bilateral.

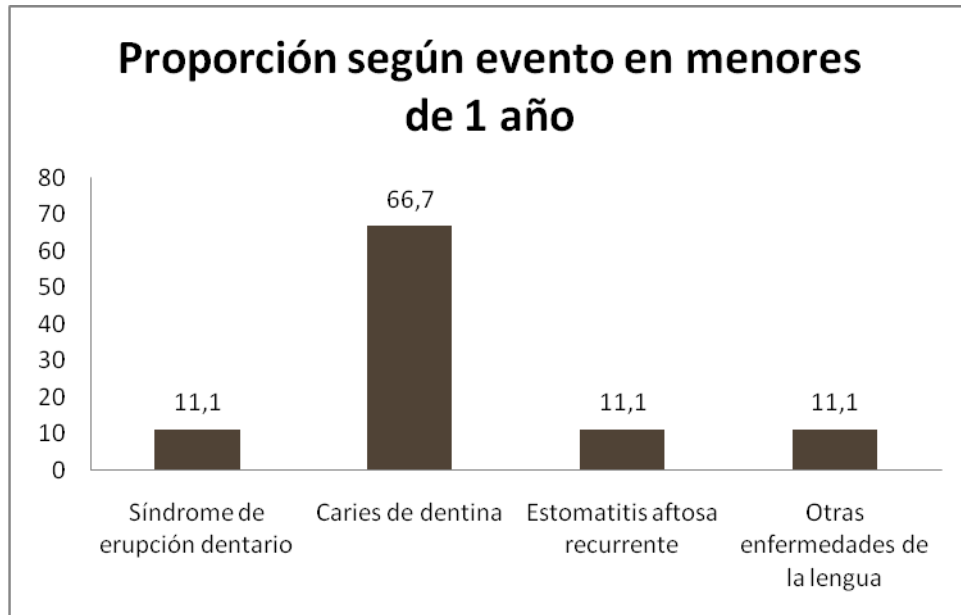
Los grupos de edad se agruparon para evaluar: atención de menor de un año, dentición temporal, mixta, paciente de doce años (edad trazadora según ENSAB III) y adulto joven y mayor; todo lo anterior guardando coherencia con los grupos de edad de los diferentes eventos del Sivigila.

Gráfico 7. Distribución por grupo de edad



Grupo de edad	n
Menor 1	10
1 a 4	214
5 a 11	459
Doce	58
13 a 44	2214
45 a 59	446
Mayor 60	135
TOTAL	3536

Gráfico 8. Diagnósticos principales en registros con unidad de medida en meses



Diagnóstico	N
Síndrome de erupción dentario	1
Caries de dentina	6
Estomatitis aftosa recurrente	1
Otras enfermedades de la lengua	1
TOTAL	9

De los nueve registros en este grupo de edad, uno pertenece a caries de dentina en un paciente de tres meses de edad, el cual no es coherente, ya que según la cronología de la erupción dental a esa edad no existen dientes en boca.

Los eventos bucodentales y de cabeza y cuello fueron relacionados con los grupos de edad (tabla 13), de esta forma se define con mayor claridad la población en riesgo, a fin de determinar en una siguiente fase las acciones de prevención, intervención y cont

Tabla 13. Distribución por grupos de evento y grupos de edad

Grupo evento	Grupo de edad							TOTAL
	Menor 1	1 a 4	5 a 11	Doce	13 a 44	45 a 59	Mayor 60	
Caries	6	182	373	43	1817	301	90	2812
Enfermedad pulpar y periapical	0	13	28	5	162	60	12	280
Enfermedad gingivoperiodontal	0	13	22	6	105	39	11	196
Trastorno de estructura de sosten	0	1	22	1	52	32	17	125
Trastornos de los maxilares	0	3	9	1	54	7	1	75
Trastornos detejidos duros	0	0	0	0	10	6	2	18
Trastornos del desarrollo	1	0	5	2	2	0	0	10
Estomatitis y celulitis	1	2	0	0	5	1	1	10
Trastornos de la erupción	0	0	0	0	5	0	0	5
Trastornos de la encía	0	0	0	0	2	0	0	2
Enfermedades de la Lengua	1	0	0	0	0	0	1	2
Labio paladar fisurados	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	10	214	459	58	2214	446	135	3536

Los menores de un año son un grupo prioritario según el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, para este grupo de edad se encuentra que la caries dental es el evento de mayor frecuencia (n= 6), seguida de los trastornos del desarrollo y estomatitis, los cuales se asocian al proceso de erupción dentaria, los trastornos de la lengua pueden estar asociados a trauma o deficiencias en la higiene oral y el labio/paladar fisurado es una anomalía congénita.

En los grupos de edad subsiguientes a los menores de un año, se mantiene la caries dental como el primer diagnóstico registrado acompañado de las enfermedades pulpares, periapicales, gingivales y periodontales.

La variable género fue analizada en el total de la población y por grupos de evento.

Gráfico 9. Distribución total por género

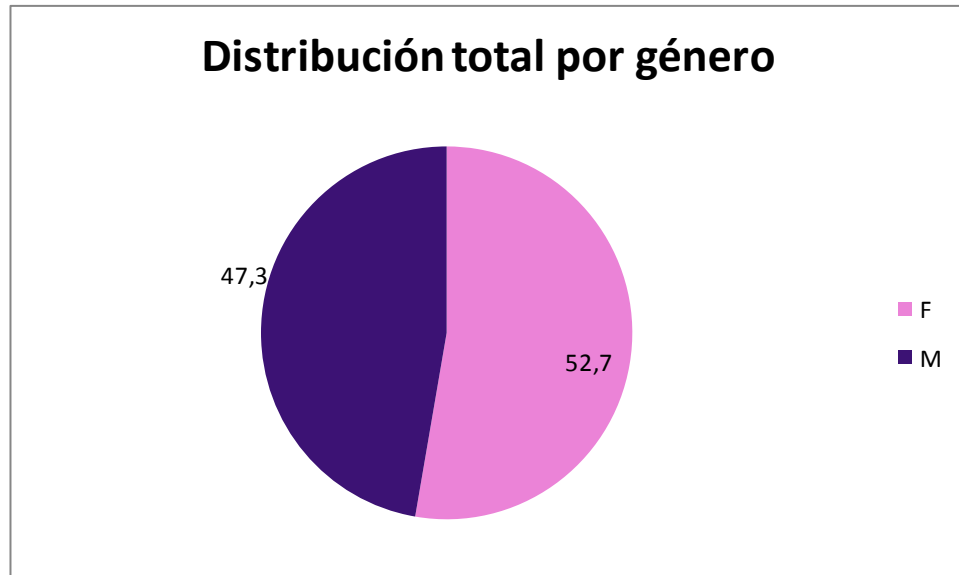
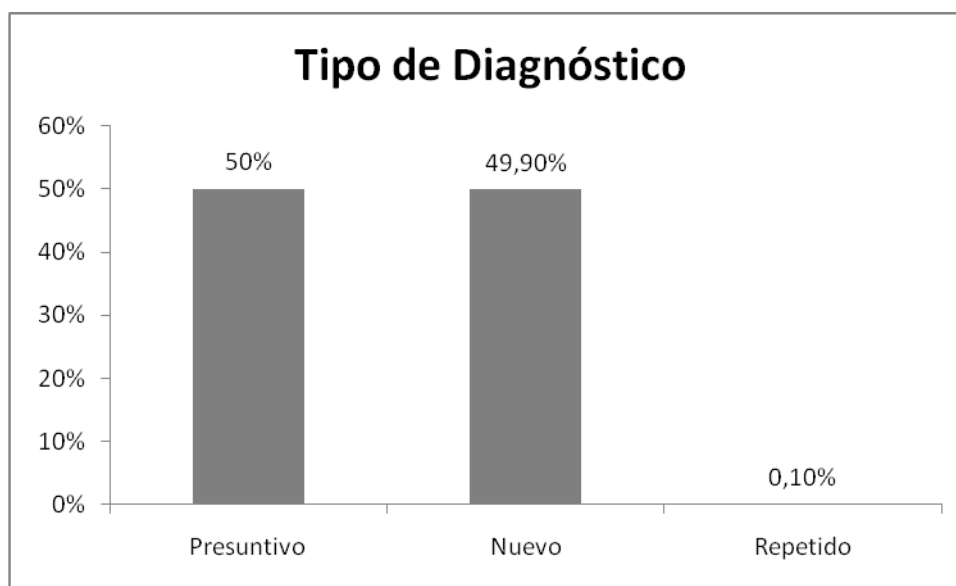


Tabla 14. Distribución del género por grupo de evento

Grupo Evento	Género		TOTAL
	F	M	
Caries	1479	1333	2812
Enfermedad pulpar y periapical	151	129	280
Enfermedad gingivoperiodontal	110	86	196
Trastorno de estructura de sosten	57	68	125
Trastornos de los maxilares	42	33	75
Trastornos detejidos duros	10	8	18
Trastornos del desarrollo	4	6	10
Estomatitis y celulitis	7	3	10
Trastornos de la erupción	4	1	5
Trastornos de la encía	0	2	2
Enfermedades de la Lengua	0	2	2
Labio paladar fisurados	1	0	1
TOTAL	1865	1671	3536

Las variables administrativas y asistenciales objeto de análisis fueron el tipo de diagnóstico y de usuario, las cuales están contenidas en los archivos RIPS y nos permiten evaluar en cierta medida la calidad del registro y la cobertura del prestador.

Gráfico 10. Distribución según el tipo de diagnóstico



Los diagnósticos presuntivos se refieren a entidades que requieren de una prueba confirmatoria para su diagnóstico definitivo, el ítem nuevo se relaciona con los pacientes que acuden por primera vez al servicio y repetido, como su nombre lo indica son los pacientes que ya están inscritos en un programa y se encuentran en tratamiento o control.

Tabla 15. Distribución según el tipo de diagnóstico y grupo de evento

Grupo evento	Tipo de diagnóstico			TOTAL
	Presuntivo	Nuevo	Repetido	
Caries	1565	1245	2	2812
Enfermedad pulpar y periapical	103	176	1	280
Enfermedad gingivoperiodontal	44	152		196
Trastorno de estructura de sosten	38	87		125
Trastornos de los maxilares	0	75		75
Trastornos detejidos duros	11	7		18
Trastornos del desarrollo	3	7		10
Estomatitis y celulitis	2	8		10
Trastornos de la erupción	1	4		5
Trastornos de la encia	0	2		2
Enfermedades de la Lengua	0	2		2
Labio paladar fisurados	0	1		1
TOTAL	1767	1766	3	3536

El tipo de usuario se refiere al tipo de aseguramiento del paciente que acude al servicio de salud:

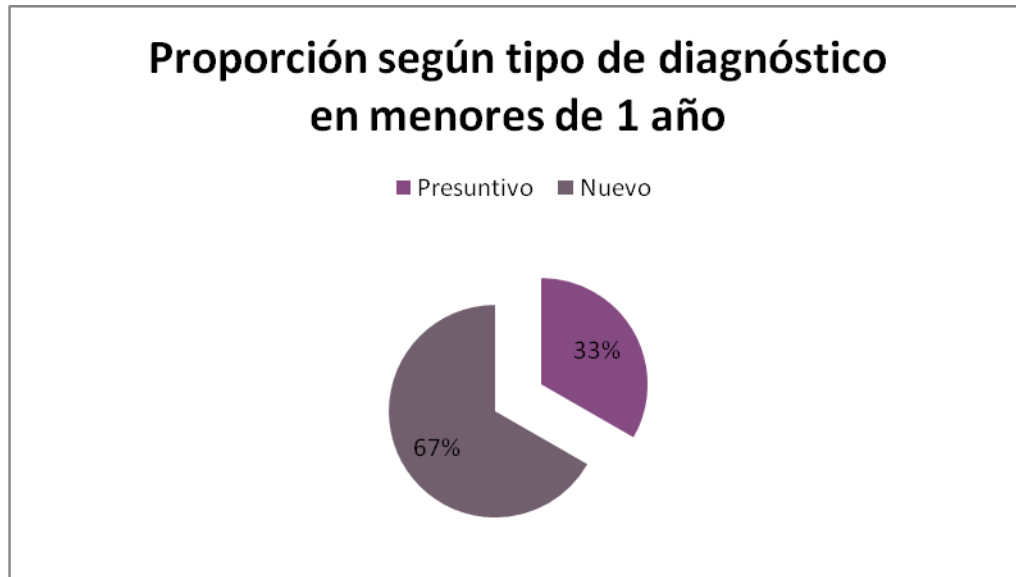
Tabla 16. Tipos de usuario – RIPS

Tipo Usuario	Aseguramiento
1	Contributivo
2	Subsidiado
3	Vinculado
4	Particular
6	Desplazado con afiliación al régimen contributivo
7	Desplazado con afiliación al régimen subsidiado
8	Desplazado no asegurado

El régimen de aseguramiento de mayor proporción para la población objeto es vinculado al SGSSS con un 99,4%, 0,3% del regimen subsidiado, y 0,1% contributivo, particular y despazado no aseguradao.

Teniendo en cuenta que el grupo de pacientes menores de un año es prioritario en el Plan Nacional de Salud Pública, se realizó un análisis de proporción por tipo de diagnóstico, con el fin de obtener una visión mas amplia del seguimiento a la intervención en este grupo de edad.

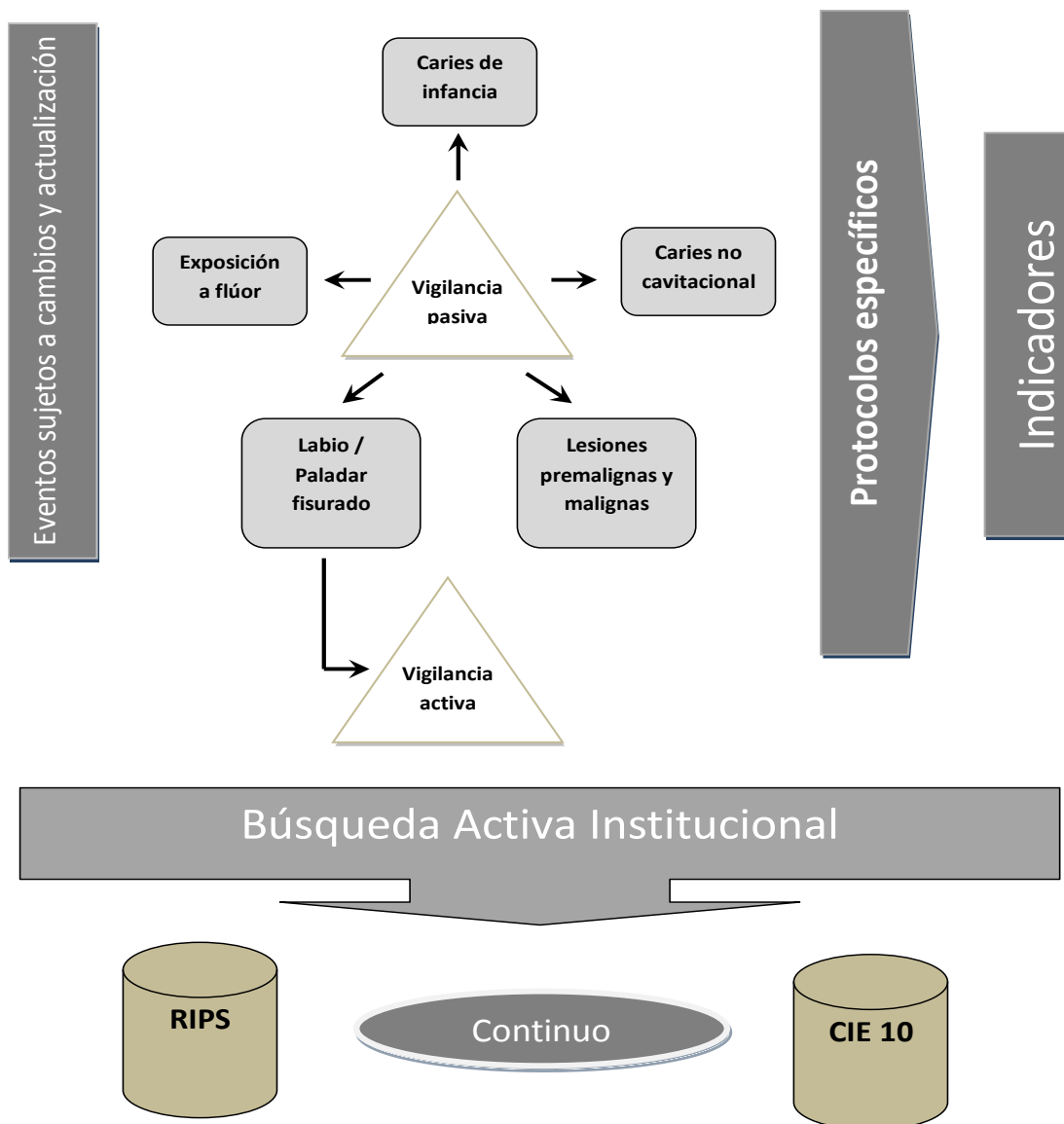
Gráfico 11. Proporción de tipo de diagnóstico en menores de un año



No se encuentran registros de pacientes repetidos en este grupo de edad podría deberse a que el periodo de analisis es solo de un año y a que la muestra es un muy pequeña para un análisis más profundo.

5.3 Modelo de vigilancia epidemiológica en salud pública en salud bucal

Ilustración 12. Estrategias de vigilancia



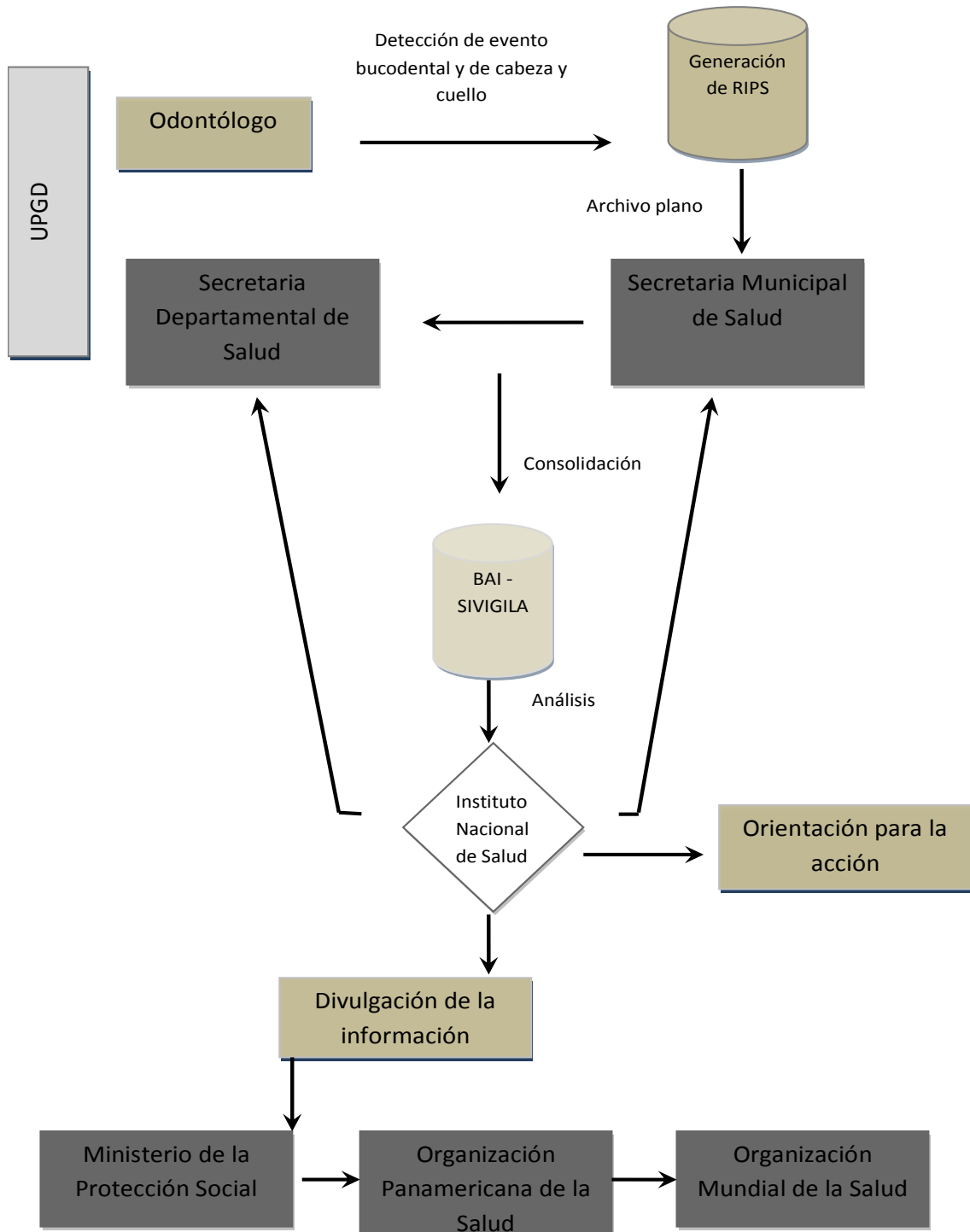
Fuente: Creación del autor

Convenciones:

<i>UPGD</i>	<i>Unidad Primaria Generadora de Datos</i>
<i>UNM</i>	<i>Unidad Notificadora Municipal</i>
<i>UND</i>	<i>Unidad Notificadora Departamental</i>
<i>INS</i>	<i>Instituto Nacional de Salud</i>

6.4 Modelo de vigilancia pasiva mediante RIPS

Ilustración 13. Recolección y flujo de la información



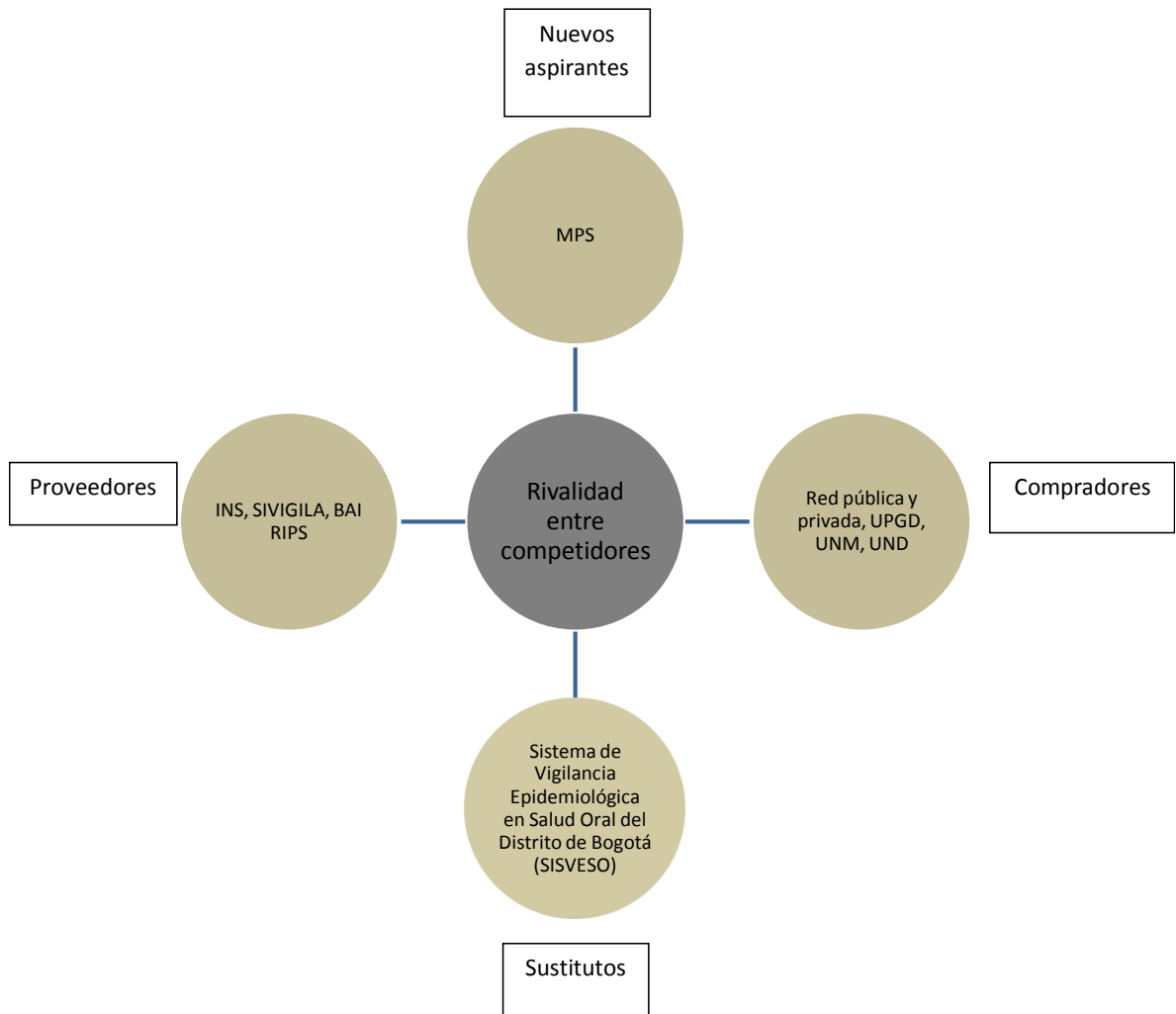
ente: Creación del autor

Fu

6.5 COMPONENTE ADMINISTRATIVO DEL MODELO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

La conceptualización de modelo de VSP de eventos bucodentales se presenta bajo un esquema de planeación que permite su operatividad en el marco de la administración en salud, por lo tanto se articulan a esta construcción los modelos de competitividad de Michael Porter (ilustración 14) y la planeación estratégica (ilustración 15).

Ilustración 14. Fuerzas competitivas del modelo de vigilancia en salud bucal [57]



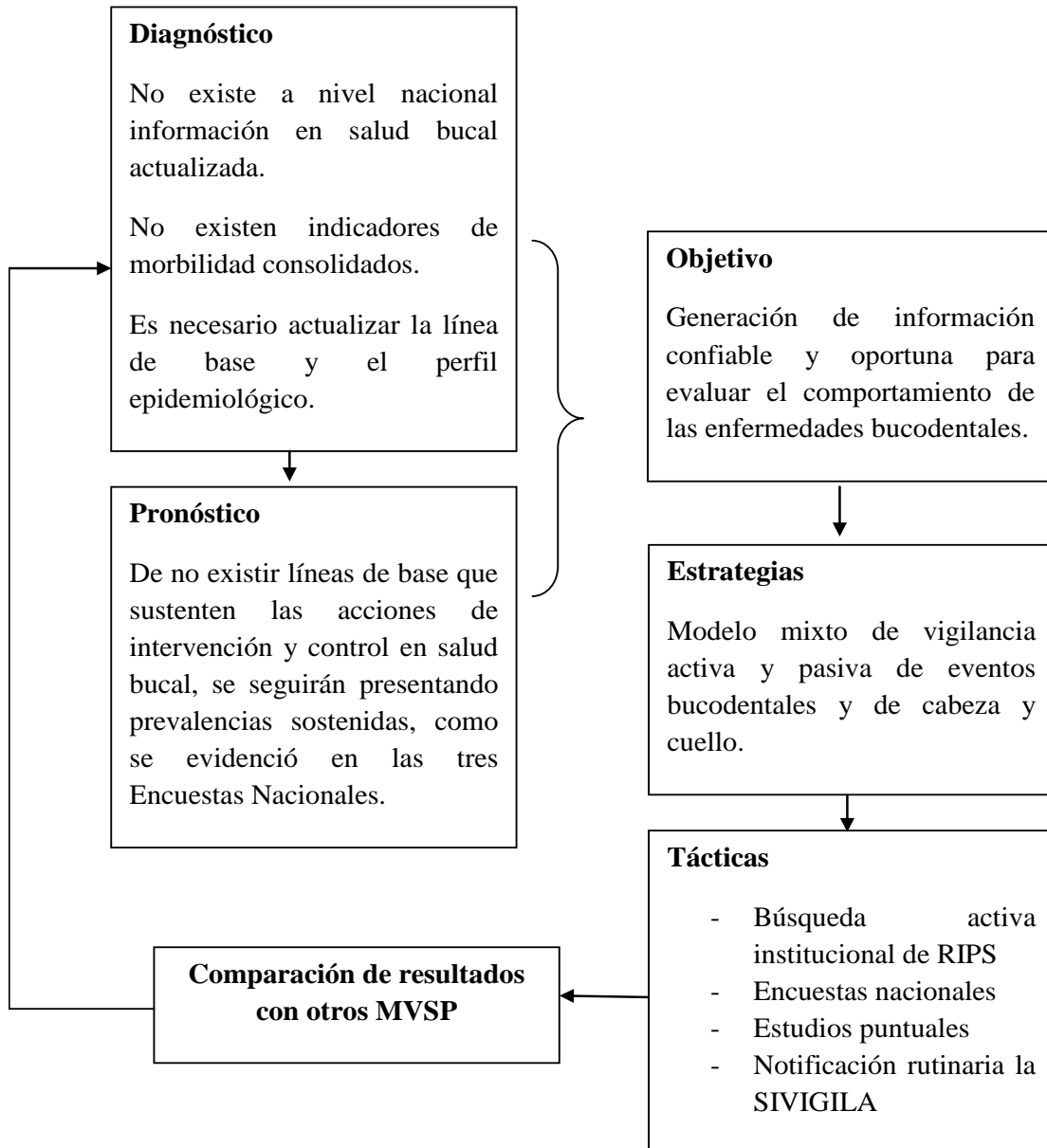
Fuente: Creación del autor

Modificación de las cinco fuerzas competitivas del Michael Porter [56], teniendo en cuenta la realidad de la vigilancia en salud bucal en el país y las competencias de los actores descritas anteriormente; más allá de la rivalidad que se pueda presentar entre competidores, se deben establecer límites entre los actores del nivel central, en este caso el MPS y el INS, de tal forma que se optimice la recolección y análisis de la información, teniendo en cuenta que el Sistema

Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) opera desde el INS y es el subsistema donde confluyen los de intervención y control en salud.

En la actualidad, el Distrito de Bogotá tiene un sistema de vigilancia epidemiológica en proceso de pilotaje, el cual jugaría en este caso el papel de sustituto, sin embargo, su enfoque, como se vio el marco teórico, es netamente clínico.

Ilustración 15. Planeación estratégica del modelo de vigilancia en salud bucal [58]



Fuente: Creación del autor

7. DISCUSIÓN

De acuerdo con el Decreto 3518, un modelo de vigilancia en salud pública es la *“construcción conceptual que ordena los aspectos con que se aborda un problema específico que requiere ser vigilado por el sistema y permite obtener información integral sobre un grupo de eventos de interés en salud pública”* [8].

Los sistemas de información son parte integral de la vigilancia en salud pública y terminan siendo la piedra angular en la creación de líneas de base que permitan identificación, intervención y seguimiento, de las acciones encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades que saturan los servicios de salud y por ende, afectan la calidad de vida de la población.

Teniendo en cuenta lo recomendado por la OMS en el 2007 en cuanto a la creación de sistemas de vigilancia, se propone tomar los resultados del presente documento como una primera fase para definir las enfermedades motivo de alarma epidemiológica y las estrategias bajo las cuales se pueden realizar las actividades de inspección, vigilancia y control; teniendo presente que esta etapa es sólo de identificación y que la continuidad del proceso se debe basar en la generación de protocolos específicos que permitan la intervención de este grupo de patologías, que si bien no generan mortalidad, si son las responsables del aumento en la carga de la enfermedad poblacional [11].

En el año 2002, la OMS integró el programa de salud oral al departamento de enfermedades crónicas y promoción de la salud [1], en este sentido y teniendo en cuenta que este grupo de enfermedades es cada vez más frecuente en países en desarrollo y que existe una relación estrecha entre estas patologías y el deterioro de la calidad de vida, se propone realizar esta integración a los programas de vigilancia Colombianos de acuerdo a los resultados de la priorización y prueba de la estrategia del presente estudio.

En el mismo sentido.

Los resultados del modelo descrito en la ilustración 13 demuestran una estructura de sistemas complejos, que se desarrollan mediante la interacción de criterios relacionados con la naturaleza de los eventos, los factores de riesgo, actores, alcance de los objetivos y sus componentes y estrategias de intervención; por lo tanto el modelo de vigilancia en salud pública no puede ser conceptualizado bajo modelos lineales. [55].

La revisión bibliográfica que soporta el marco teórico y la matriz de priorización de eventos y estrategias, junto con los indicadores de medición, son los fundamentos del modelo conceptual de VSP en salud bucal; de esta primera fase de conceptualización y basados en la priorización del grupo de expertos, se crea la necesidad de formar comités intersectoriales de definición y análisis de estrategias que involucren a los actores del sistema, tal como se establecen en las competencias descritas en el documento, teniendo en cuenta que la vigilancia en

salud es un proceso que requiere de la participación activa del estado, la academia, los prestadores y la comunidad.

Los resultados de la matriz de priorización aplicada a expertos nacionales coinciden con los modelos de SVSP bucodental de México [3] y del Distrito de Bogotá [4] en lo que a caries dental se refiere y se complementan por la perspectiva de los expertos desde el sector de prestación de servicios.

De acuerdo a los resultados de la priorización se propone un sistema de vigilancia mixto, con un componente activo para labio y paladar fisurados, uno pasivo para caries, fluorosis, lesiones malignas y premalignas y rutinario transversal para todos los eventos mediante análisis de RIPS, ya que aunque existe la estrategia de notificación rutinaria dentro del sistema de vigilancia de salud pública en nuestro país, la alta prevalencia de los eventos bucodentales no permite hacer uso de esta con la facilidad que algunas enfermedades transmisibles indican. El SVSP planteado permite la toma de decisiones sin pérdida de la calidad de la información y es coherente en el esquema de vigilancia pasiva desarrollado por México [3].

La estrategia de vigilancia sometida a prueba fue la vigilancia pasiva mediante RIPS por medio del proceso BAI del SIVIGILA, la cual fue escogida teniendo en cuenta que es compatible con las fuentes de información actuales generadas por los prestadores de servicios de salud. Su desarrollo confirmó problemas en el diligenciamiento de los registros, mostrando hallazgos de diagnósticos presuntivos no coherentes con la atención odontológica y que pueden ser resultado de inconsistencias en los datos; este hallazgo es comparable con el estudio desarrollado en el año 2009 sobre calidad de RIPS como fuente de información en la búsqueda activa de enfermedades crónicas, del cual se concluyó que los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) son una fuente importante de información para su uso en salud pública, sin embargo, para lograr una adecuada descripción del estado de salud enfermedad de una población se debe garantizar información sea de calidad, principalmente de la persona encargada de la digitación de los datos [50].

En los resultados de la prueba de operatividad del BAI de RIPS, se observan las cinco primeras causas registradas por la UPGD y que nos permiten evaluar el perfil de morbilidad odontológica de la población atendida

Si bien es cierto, se trabajó con un grupo específico (población vinculada a una UPGD de primer nivel de atención), la causa de mayor proporción fue la caries dental, la cual, es consistente con lo que demuestran las tres encuestas nacionales en salud bucal realizadas desde 1971, y los estudios puntuales a nivel nacional. Estos hallazgos deben servir para verificar en otros estudios la adherencia e impacto de las guías preventivas de atención o de la fluorización de la sal como medio de consumo masivo.

Las cuatro causas subsiguientes, reflejan la evolución de patologías iniciales como la caries de esmalte y la gingivitis aguda; este hallazgo invita a evaluar por parte de los prestadores el seguimiento a la detección oportuna e intervención pertinente de estas enfermedades, dado que entre más severa sea la lesión, el pronóstico para el paciente se convierte en reservado y el tratamiento de rehabilitación es más costoso para el sistema de salud.

Existen también enfermedades como el labio y paladar fisurados, que por su componente congénito no son de fácil presunción, pero que por su alto impacto son prioritarias dentro del sistema de vigilancia planteado, como se concluyó con los expertos. A estos casos no solo se les debe realizar identificación, sino también seguimiento, teniendo en cuenta que el tiempo de tratamiento es especialmente extenso y costoso, una opción que nos permitiría evaluar oportunidad y continuidad sería la investigación de cohortes de nacidos vivos con este evento, en donde la meta sea la reconstrucción quirúrgica total.

No se encontraron casos de cáncer oral en la población analizada, posiblemente por tratarse de una muestra no representativa para la tasa nacional (1 x 100.000); sin embargo, es importante articular al odontólogo en el diagnóstico y seguimiento de estos casos, y recalcar la necesidad de identificar lesiones precancerosas, con el fin de realizar detección temprana de este evento desde el consultorio odontológico.

No se encontraron registros de “diente moteado”, código CIE 10 que es compatible (aunque no es específico) con fluorosis dental; teniendo en cuenta que es una patología que ha cobrado interés a lo largo de los últimos años y cuya identificación ya está documentada para el distrito de Bogotá; sería importante realizar una investigación más extensa con la UPGD, con el fin de verificar si existe otro mecanismo bajo el cual se está registrando este evento. Es posible que los odontólogos no conozcan el Plan Nacional de Salud Pública, Decreto bajo el cual se determina la vigilancia de este evento.

Otros aspectos a tener en cuenta después de desplegado el sistema inicial, es tomar poblaciones específicas y factores de riesgo como objeto de vigilancia, de tal forma que se fortalezca el modelo de VSP y se articule a otros modelos de enfermedades crónicas y otros grupos poblacionales como:

Grupos de población:

- Niños de guarderías y hogares de bienestar familiar
- Escolares de educación primaria y media
- Población desescolarizada
- Menores de un año
- Mujeres embarazadas
- Discapacitados físicos y mentales
- Adulto mayor

Los adultos mayores, pacientes comprometidos medicamente, e individuos con discapacidad física o mental, no fueron priorizados por los expertos, sin embargo presentan “un riesgo más elevado para sufrir de enfermedades orales” [56], por lo tanto, su seguimiento e intervención debe ser priorizada en fases posteriores.

- Como parte del proceso de fortalecer el modelo de VSP y de acuerdo a la revisión bibliográfica, se proponen los siguientes factores de riesgo: IPB
- Educación en salud bucal
- Ingesta de alimentos azucarados
- Apiñamiento dental
- Hábitos aberrantes: Succión digital y labial, onicofagia
- Prótesis dentales
- Aparatología ortodóntica
- Frecuencia de atención por odontólogo
- Trauma dentoalveolar

En el marco de la vigilancia sanitaria, se debe proyectar a mediano plazo, un sistema de información sanitario que cuente con los siguientes subsistemas [53]:

- Vigilancia epidemiológica
- Cobertura de la población
- Administración y gestión de recursos
- Calidad de la atención
- Seguimiento

En la medida en que se logre establecer un sistema de información más robusto (en cuanto a software y redes), será de mejor calidad la obtención y análisis de la información y se podrán evaluar factores y determinantes adicionales a las incidencias y prevalencias de los eventos, aun así, contando con los datos numéricos iniciales se puede realizar seguimiento de tendencias de morbilidad, con el fin de obtener una línea de base para orientar las acciones de vigilancia en salud pública, las estrategias de intervención y el diseño de políticas pública.

8. CONCLUSIONES

- El modelo de VSP en salud bucal debe ser mixto, con un componente activo para labio y paladar fisurados, uno pasivo para caries, fluorosis, lesiones malignas y premalignas, y rutinario transversal para todos los eventos mediante análisis de RIPS.
- Los eventos prioritarios a vigilar son: lesiones premalignas y malignas, labio y paladar fisurados, caries de infancia temprana, caries no cavitacional y fluorosis dental.
- La caracterización clínica y epidemiológica del marco teórico y la priorización de expertos soportan la conceptualización del SVSP de eventos bucodentales y de cabeza y cuello.
- El lapso de tiempo presentado entre las encuestas nacionales en salud bucal (1971 – 1980 – 1998) no permite la correcta actualización de los datos para análisis en salud, razón por la cual es necesario generar nuevas estrategias que permitan de captura y análisis rutinaria de información, como se plantea en los indicadores
- Los resultados de la priorización, son insumo para otros estudios enfocados hacia estrategias de vigilancia y que deberán generar protocolos específicos que permitirán generar acciones de intervención y control de los eventos priorizados.
- La caries dental se encuentra en el 79,5 % de los registros de la prueba BAI; aunque el resultado no es inferible, es compatible con otros estudios nacionales. De este resultado se debe resaltar que la caries dental es prevenible con actividades de promoción y prevención (P y P), principalmente con el cepillado dental, por lo tanto se propone realizar una segunda fase de la vigilancia en salud bucal, que consiste en el seguimiento a indicadores de cobertura, oportunidad e impacto de estos programas de.
- Las enfermedades gingivales y periodontales se encuentran en el 7,9% del total de los registros analizados y hacen referencia a la progresión de la biopelícula de placa bacteriana que se forma después de la ingesta de alimentos, y que no es retirada con el cepillado dental; con base en lo anterior se reitera la necesidad de evaluar el impacto de las acciones de promoción y prevención y protección específica estipuladas en la resolución 412 del 2000 [15].
- el 49,9% de los registros corresponden a diagnósticos presuntivos, los cuales se refieren a entidades que requieren de una prueba confirmatoria para su diagnóstico definitivo; este hallazgo es un insumo para evaluar

calidad de RIPS ya que los eventos bucodentales en su mayoría son confirmados por clínica.

- En el grupo de pacientes menores de un año, se obtuvo en registro con diagnóstico de caries de dentina a la edad de tres meses. Se podría deber a un error de digitación, ya que según la cronología de la erupción dentaria, el primer diente en boca aparece aproximadamente a los seis meses de edad; por esto es necesario hacer énfasis en la calidad y coherencia de los datos ingresados mediante los RIPS.
- El modelo de competitividad establece los diferentes actores del MVSP y la planeación estratégica define su justificación y ejecución.
- Se concluye del presente estudio que el MVSP en salud bucal es la fase inicial que proveerá información útil y confiable que determine la línea de base para establecer protocolos específicos de intervención y control de eventos bucodentales y de cabeza y cuello, que generen impacto en el corto y mediano plazo en la salud de la población en general y la calidad de vida de los pacientes.

9. RECOMENDACIONES

- Se deben crear equipos funcionales para la priorización de eventos y análisis de la información, con la participación de todos los actores que están involucrados directa o indirectamente en el sector salud incluyendo al sector público y privado.
- Es necesario realizar la prueba de las otras estrategias planteadas en la priorización y sus respectivos indicadores, con el fin de determinar pertinencia.
- Dado que el CIE 10 no presenta el diagnóstico de fluorosis dental y que esta patología representa un problema de salud pública, sería apropiado incluir un código en el sistema nacional de información, debido a la alta prevalencia (11,5% ENSAB 1998) del evento y con el fin de optimizar recursos de vigilancia, de esta forma se redireccionaría la vigilancia rutinaria solo hacia los factores de riesgo.
- Se debe articular a las facultades de áreas de la salud a los procesos de vigilancia, con el fin de generar conocimiento y sensibilización desde el pregrado. Es importante crear espacios académicos y de capacitación bajo los cuales, las áreas de salud pública, epidemiología y administración en salud sean un insumo importante dentro de la actividad profesional y que se complementen con la actividad clínica.
- La información levantada durante esta primera etapa del modelo de vigilancia epidemiológica en salud bucal, debe ser la base para orientar las acciones individuales y colectivas de la prestación de servicios hacia la prevención y control de eventos bucodentales y de cabeza y cuello, haciendo énfasis en las actividades de detección temprana y protección específica.
- la OMS recomienda estudios específicos en temas de inequidad, consecuencias psicosociales, nutrición, tabaco y VIH [56], estos deben ser realizados en una segunda fase del MVSP, a este proceso se deben articular las facultades de odontología nacionales.
- Después de la conceptualización del modelo es necesario continuar con el proceso de planteamiento de políticas públicas, por lo cual se debe realizar un trabajo con mesas intersectoriales que permita la explicación situacional en el contexto de salud bucal, la planeación estratégica y la generación de propuestas que permitan intervenir los nudos críticos o condiciones esenciales que se generen durante la selección de problemas, en este sentido, las fases posteriores al modelo de vigilancia epidemiológica en salud bucal, articulan componentes de salud pública, administración y mejoramiento y se realizan bajo el concepto de complejidad en salud, de tal forma que se trabaje con la interrelación de actores y sectores, la

multidisciplinaria y la no linealidad. Se propone realizar estas mesas de trabajo bajo la metodología planteada en la priorización del presente estudio.

- Se recomienda aplicar el modelo de competitividad de Porter en fases posteriores, de tal forma que se determinen los actores y posibles competidores desde un principio, a fin de no duplicar acciones y definir responsables desde el nivel central y el operativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petersen P. World health organization global policy for improvement of oral health, world health assembly 2007. International dental journal 2008. [Citado 1 de abril 2010]. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/publications/IDJ_June_08.pdf
2. Encuesta Nacional de Salud Bucal, Colombia: ENSAB III, 1998
3. Manual para la vigilancia epidemiológica de las patologías bucales [Base de datos en internet] [Citado 20 de enero 2010]. Disponible en: www.dgepi.salud.gov.mx
4. Política pública en salud oral para el distrito capital con la participación social 2004 - 2010. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2006
5. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social Decreto 3039 de 2007
6. Gil P. medicina preventiva y salud pública. Editorial Masson. España, 2002
7. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006
8. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006
9. Manual de procedimientos para el odontólogo de la unidad centinela [Base de datos en internet] [Citado 11 de febrero 2010]. Disponible en: www.dgepi.salud.gov.mx
10. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. National Oral Health Surveillance System, oral health indicators. [Citado 26 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nohss/>
11. Salud en las Américas. Organización panamericana de la salud. Volumen 1. Washington, D.C.: OPS; 2007. [Citado 8 de febrero 2010]. Disponible en: www.paho.org
12. [Centers for disease control and prevention.](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm) Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. Julio 27 de 2001 [Citado 26 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>
13. República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia, 1991
14. República de Colombia, Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993
15. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000
16. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 de 2007
17. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 de 2008

18. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Salud. Política pública de salud oral (2007). Guía de práctica clínica par el diagnostico, prevención y tratamiento de la caries dental. Bogotá, 2007
19. Mejía R et al. Morbilidad Oral. Investigación nacional de morbilidad. Ministerio de Salud- Colombia: ASCOFAME, 1971
20. Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud. ASCOFAME. Morbilidad Oral. II Estudio Nacional. Bogotá: Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud, Colombia, 1980
21. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional en Salud ENS. Colombia, 2007
22. Ministerio de la Protección Social, Universidad de Antioquia. Análisis a profundidad de la situación de salud Colombia 2002-2007. Medellín, 2009
23. Ministerio de la Protección Social. Concertación primera reunión nacional de salud bucal. Bogotá, diciembre 9 y 10 de 2008
24. Serrano-Granger J, Herrera D. la placa dental como biofilm. ¿Cómo eliminarla? RCOE v.10 n.4 Madrid jul.-ago. 2005. [Citado 15 de febrero 2010]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138123X2005000400005&script=sci_arttext
25. American academy of periodontology. Paramerters of care supplement. Parameter on plaque – induced gingivitis. [Citado 22 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.perio.org/resources-products/pdf/parameters.pdf>
26. American academy of periodontology. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions [Citado 22 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.perio.org/resources-products/classification.pdf>
27. Acuña CP, Arias M. Estrategias didácticas encaminadas a iniciar la reforma Académica en el área de odontopediatría y ortodoncia en la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1991. Trabajo de Grado. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología. [Citado 15 de febrero 2010]. Disponible en: <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005197/capitulos/cap3/bibliografia1.html>
28. Garcia L, Giraldo S, Mossos R, Muñoz M, Perea C, Prado C. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005. Colomb. Med. v.56 n.1 supl.1 Cali mar. 2008. [Citado 23 de febrero 2010]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165795342008000500005&lng=es&nrm=iso
29. Martignon S. Criterios ICDAS nuevas perspectivas para el diagnostico de la caries dental. Dental Main News. 2007. [Citado 25 de febrero 2010]. Disponible en: <http://www.icdas.org>
30. Ramírez J, Contreras A. ¿Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia? Colomb.

Med. vol.38 no.3 Cali July/Sept. 2007. [Citado 15 de febrero 2010].
Disponibile en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165795342007000300001&script=sci_arttext

31. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaria de Salud. Política pública de salud oral Guía de práctica clínica par el diagnostico, prevención y tratamiento de la enfermedad gingival. Bogotá, 2007
32. Escobar A. Fluorización de la sal: una estrategia "global" para la prevención de la caries dental. Revista CES Odontología. Vol 19 No. 1. 2006.
33. A Whitford, G. The Metabolism and Toxicity of Fluoride. Monographs in Oral Science, Vol 13. 1989
34. Horowitz, H. Fluorosis dental – taller regional de vigilancia epidemiológica y control de calidad de los programas de fluoruración de la sal. Quito, 1998.
35. Sánchez H, Parra J, Cardona D. Fluorosis dental en escolares del departamento de Caldas, Colombia. Revista Biomédica, Vol 25. Bogotá, 2005
36. Dean, 1942. As Reproduced in "Health Effects of Ingested Fluoride" National Academy of Sciences, 1993. pp. 169
37. *TMJ Disorders*. National Institute of Dental or Craniofacial Research. Bethesda, MD. 2009 Feb 11. NIH Publications No. 06-3487. [Citado 16 de febrero 2010]. Disponible en:
www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/TMJ/TMJDisorders.htm
38. Martínez-Sahuquillo A, Gallardo I, Cobos M.J, Caballero J, Bullón P. La leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa. Av Odontoestomatol v.24 n.1 Madrid ene.-feb. 2008. [Citado 16 de febrero 2010]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000100003&script=sci_arttext
39. Universidad del Valle. Facultad de salud, Escuela de medicina, departamento de patología. Registro poblacional de cáncer de Cali, 2001 – 2005. [Citado 8 de abril 2010]. Disponible en:
http://rpcc.univalle.edu.co/es/incidencias/Estadisticas/Tablas_Incidencia.php?periodo=11&genero=3
40. Mortalidad por cáncer según primeras causas y sexo, Colombia 2000-2002. Base de datos en internet. [Citado 8 de abril 2010]. Disponible en:
http://www.cancer.gov.co/documentos/794_cancer.pdf
41. Cáncer de cabeza y cuello. Base de datos en internet. [Citado 8 de abril de 2010]. Disponible en:
<http://www.ligacontraelcancer.com.co/tiposcancercabeza.php>
42. Muñoz J, Bustos I, Quintero C, Giraldo A. factores de riesgo para algunas anomalías congénitas en la población colombiana. Revista de4 Salud Pública, V.3 n.3 Bogotá sep. /dic. 2001. [Citado 1 de febrero 2010].
Disponibile en:

www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01240064200100030004&lng=es&nrm=iso

43. Duque A, Estupiñan B, Huertas P. Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 años. Colombia medica, Vol 33. 2002. [Citado 1 de febrero 2010]. Disponible en: www.colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No3/labiopaladar.htm
44. [Sacsquispe S, Ortiz L. Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. Revista estomatológica Heridiana, Vol 14. 2004. \[Citado 1 de febrero 2010\]. Disponible en: \[www.upch.edu.pe/faest/publica/2004/vol14-n1-2-art10.pdf\]\(http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2004/vol14-n1-2-art10.pdf\)](#)
45. Corbo M, Marimón M. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria en salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, Vol 17. 2001. [Citado 1 de febrero 2010]. Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi11401.htm
46. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia y control de anomalías congénitas. Versión 1. Colombia, 2009
47. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Ginebra, 1992
48. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 1895 de 2001
49. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 3374 de 2000
50. Pacheco O, Buitrago N, Mendivelso F, Misnaza S, Ramírez M. Evaluación de la calidad del registro individual de prestación de servicios (RIPS) como fuente de información para búsqueda activa de enfermedades crónicas no transmisibles en las localidades Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2008. Informe quincenal epidemiológico IQEN. Volumen 14, Número 23. ,2009
51. Organización panamericana de la salud. Método OPS – CENDES. Base de datos en internet. [Citado 1 de abril 2010]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_46_\(part2\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_46_(part2)_spa.pdf)
52. República de Colombia, Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993
53. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de cólera. Versión actualizada. Bogotá, 2007
54. World health organization. Oral health information systems. 2010. [Citado 15 de mayo 2010]. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/index2.htm
55. Almeida – Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. Buenos Aires: Salud colectiva. Volumen 2 (2). mayo – agosto 2006.
56. Estupiñan - Day S. Improving Oral Health in Latin America. Oral Care Report/Harvard 1999. Volumen 9, numero 3, 1999.

- 57.**Porter M. Ser competitivo. Harvard Buisness press. Editorial Deusto. España, 2009
- 58.**Lopez M. Correa J.I. planeación estratégica de tecnologías informáticas y sistemas de información. Manizales: Editorial Universidad de Caldas 2007

Anexo 1. Códigos CIE 9 y 10 de eventos bucodentales y de cabeza y cuello

ENFERMEDADES DE LA BOCA Y DIENTES		
CIE 10	CIE 9	
K000	5200	Anodoncia
K001	5201	Dientes supernumerarios
K002		Anomalías del tamaño y de la forma del diente
K003	5203	Dientes moteados
K004	5204	Alteraciones en la formación dentaria
K005	5205	Alteraciones hereditarias de la estructura dentaria, no clasificadas en otra parte
K006	5206	Alteraciones en la erupción dentaria
K007	5207	Síndrome de la erupción dentaria
K008	5208	Otros trastornos del desarrollo de los dientes
K009	5209	Trastorno del desarrollo de los dientes, no especificado
K010		Dientes incluidos
K011		Dientes impactados
K020	5210	Caries limitada al esmalte
K021		Caries de la dentina
K022		Caries del cemento
K023		Caries dentaria detenida
K024		Odontoclasia
K028		Otras caries dentales
K029		Caries dental, no especificada
K030	5211	Atrición excesiva de los dientes
K031	5212	Abrasión de los dientes
K032	5213	Erosión de los dientes

ENFERMEDADES DE LA BOCA Y DIENTES

CIE 10	CIE 9	
K033	5214	Reabsorción patológica de los dientes
K034	5215	Hipercementosis
K035	5216	Anquilosis dental
K036		Depósitos [acreciones] en los dientes
K037	5217	Cambios posteruptivos del color de los tejidos dentales duros
K038	5218	Otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes
K039	5219	Enfermedad no especificada de los tejidos dentales duros
K040	5220	Pulpitis
K041	5221	Necrosis de la pulpa
K042	5222	Degeneración de la pulpa
K043	5223	Formación anormal de tejido duro en la pulpa
K044	5224	Periodontitis apical aguda originada en la pulpa
K045	5226	Periodontitis apical crónica
K046	5227	Absceso periapical con fistula
K047	5225	Absceso periapical sin fistula
K048	5228	Quiste radicular
K049	5229	Otras enfermedades y las no especificadas de la pulpa y del tejido periapical
K050	5230	Gingivitis aguda
K051	5231	Gingivitis crónica
K052	5235	Periodontitis aguda
K053	5234	Periodontitis crónica
K054		Periodontosis
K055	5238	Otras enfermedades periodontales
K056	5239	Enfermedad de periodonto, no especificada

ENFERMEDADES DE LA BOCA Y DIENTES

CIE 10	CIE 9	
K060		Retracción gingival
K061		Hiperplasia gingival
K062		Lesiones de la encía y de la zona edéntula asociadas con traumatismo
K068		Otros trastornos especificados de la encía y de la zona edéntula
K069		Trastorno no especificado de la encía y de la zona edéntula
K070	5240	Anomalías evidentes del tamaño de los maxilares
K071	5241	Anomalías de la relación maxilobasilar
K072	5242	Anomalías de la relación entre los arcos dentarios
K073	5243	Anomalías de la posición del diente
K074	5244	Maloclusión de tipo no especificado
K075	5245	Anomalías dentofaciales funcionales
K076	5246	Trastornos de la articulación temporomaxilar
K078	5248	Otras anomalías dentofaciales
K079	5249	Anomalia dentofacial, no especificada
K080	5250	Exfoliación de los dientes debida a causas sistémicas
K081	5251	Perdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local
K082	5252	Atrofia de reborde alveolar desdentado
K083	5253	Raíz dental retenida
K088	5258	Otras afecciones especificadas de los dientes y de sus estructuras de sostén
K089	5259	Trastorno de los dientes y de sus estructuras de sostén, no especificado
K090	5260	Quistes originados por el desarrollo de los dientes
K091	5261	Quistes de las fisuras (no odontogénicos)

ENFERMEDADES DE LA BOCA Y DIENTES

CIE 10	CIE 9	
K092	5262	Otros quistes de los maxilares
K098		Otros quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte
K099		Quiste de la región bucal, sin otra especificación
K100		Trastornos del desarrollo de los maxilares
K101	5263	Granuloma central de células gigantes
K102	5264	Afecciones inflamatorias de los maxilares
K103	5265	Alveolitis del maxilar
K108	5269	Otras enfermedades especificadas de los maxilares
K109		Enfermedad de los maxilares, no especificada
K110	5270	Atrofia de glándula salival
K111	5271	Hipertrofia de glándula salival
K112	5272	Sialadenitis
K113	5273	Absceso de glándula salival
K114	5274	Fistula de glándula salival
K115	5275	Sialolitiasis
K116	5276	Mucocele de glándula salival
K117	5277	Alteraciones de la secreción salival
K118	5278	Otras enfermedades de las glándulas salivales
K119	5279	Enfermedad de glándula salival. No especificada
K120	5282	Estomatitis aftosa recurrente
K121	5280	Otras formas de estomatitis
K122	5283	Celulitis y absceso de boca
K130	5285	Enfermedades de los labios
K131		Mordedura del labio y de la mejilla

ENFERMEDADES DE LA BOCA Y DIENTES		
CIE 10	CIE 9	
K132	5286	Leucoplasia y otras alteraciones del epitelio bucal, incluyendo la lengua
K133		Leucoplasia pilosa
K134		Granuloma y lesiones semejantes de la mucosa bucal
K135	5288	Fibrosis de la submucosa bucal
K136		Hiperplasia irritativa de la mucosa bucal
K137	5289	Otras lesiones y las no especificadas de la mucosa bucal
K140	5290	Glositis
K141	5291	Lengua geográfica
K142	5292	Glositis romboidea mediana
K143	5293	Hipertrofia de las papilas linguales
K144	5294	Atrofia de las papilas linguales
K145		Lengua plegada
K146	5296	Glosodinia
K148	5297	Otras enfermedades de la lengua
K149	5298	Enfermedad de la lengua, no especificada

MALFORMACIONES DE LABIOS, BOCA Y PALADAR (Q035 - Q037)		
CIE 10	CIE 9	
Q35.0	7490	Fisura del paladar duro, bilateral
Q35.1	7490	Fisura del paladar duro, unilateral
Q35.2	7490	Fisura del paladar blando, bilateral
Q35.3	7490	Fisura del paladar blando, unilateral
Q35.4	7490	Fisura del paladar duro y del paladar blando,

		bilateral
Q35.5	7490	Fisura del paladar duro y del paladar blando, unilateral
Q35.6	7490	Fisura del paladar, línea media
Q35.7	7490	Fisura de la úvula
Q35.8	7490	Fisura del paladar bilateral, sin otra especificación
Q35.9	7490	Fisura del paladar unilateral, sin otra especificación
Q36.0	7491	Labio leporino, bilateral
Q36.1	7491	Labio leporino, línea media
Q36.9	7491	Labio leporino, unilateral
Q37.0	7492	Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral
Q37.1	7492	Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral
Q37.2	7492	Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral
Q37.3	7492	Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral
Q37.4	7492	Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral
Q37.5	7492	Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral
Q37.8	7492	Fisura del paladar con labio leporino bilateral, sin otra especificación
Q37.9	7492	Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación

NEOPLASIAS MALIGNAS (C00 - C14)

CIE 10	CIE 9	
C00	1400 - 1406	Tumor maligno del Labio
C01	1410 - 1414	Neoplasias malignas de la base de la lengua
C02	1419	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de la lengua
C03	1430 - 1431	Neoplasias malignas de la encía
C04	1440 - 1441	Neoplasias malignas de la base de la boca
C05	1452 - 1455	Neoplasias malignas del paladar
C07	1420 - 1422	Neoplasias malignas de la glándula parótida
C08	1428	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de las glándulas salivares

Anexo 2. Matriz de priorización

Evento	¿Por qué y para que?	Magnitud	Impacto social	Vulnerabilidad, capacidad de evitar un daño	Intervención por plan de beneficios	Estrategia de vigilancia	Población objeto

Anexo 3

INSTRUCTIVO MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

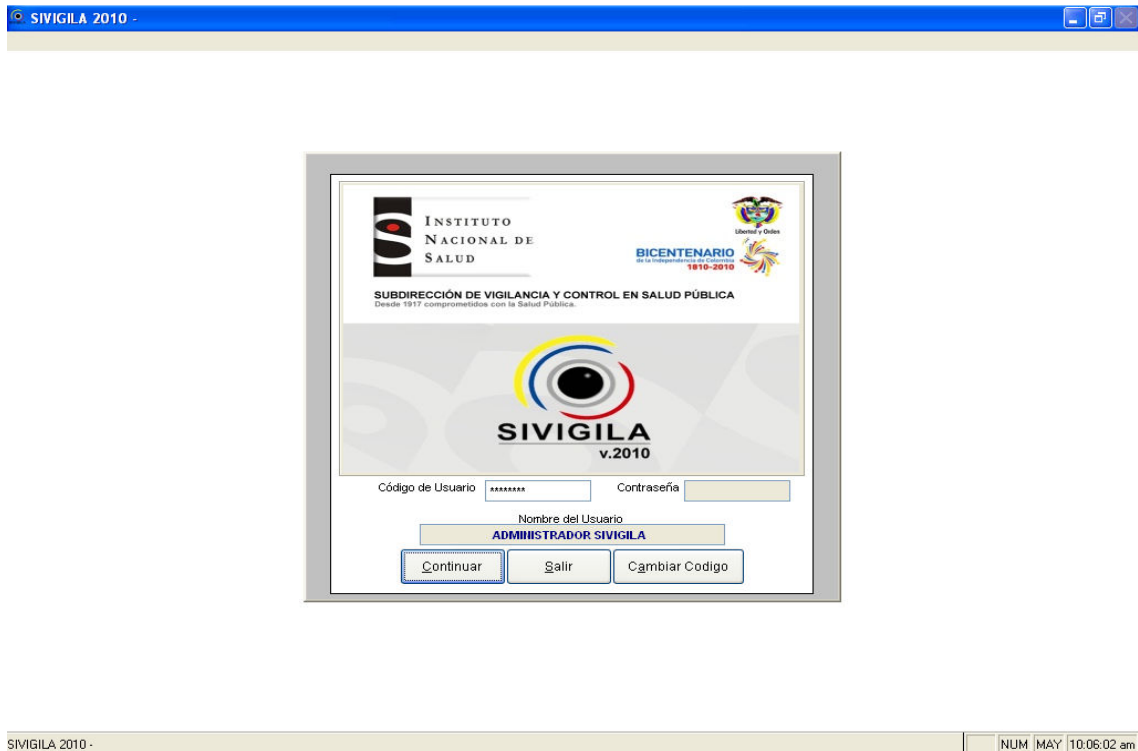
1. En la casilla de **EVENTO**, se encuentran las enfermedades bucodentales e índices medidos en las encuestas nacionales de salud bucal, cuya información es la línea de base de la presente priorización.
2. La casilla de **POR QUE Y PARA QUE**, corresponde a la justificación del evento motivo de vigilancia.
3. La **MAGNITUD** del problema se refiere al tamaño, tasa, proporción y su importancia, se mide de acuerdo a los antecedentes nacionales, de la siguiente manera:
4. La **TRASCENDENCIA** se refiere al valor o impacto social según la población afectada
5. La **VULNERABILIDAD** hace referencia a la capacidad de evitar un daño, es importante tener en cuenta si la enfermedad es o no prevenible y si desencadena otras patologías.
6. La **POSIBILIDAD DE INTERVENCIÓN POR PLAN DE BENEFICIOS** hace referencia a su inclusión en el POS
7. La **ESTRATEGIA DE VIGILANCIA** hace referencia al tipo de vigilancia y la forma de implementación que se aconseja según las características de la enfermedad y lo que se pretende medir, recuerde que la vigilancia epidemiológica puede ser activa (es la información que el profesional busca personalmente, Ej: encuestas) o pasiva (es la información que llega del paciente y que el profesional consolida), para el caso de salud bucal solo se utilizara vigilancia pasiva.

Las estrategias de vigilancia pasiva son:

- Centinela: puede ser activa o pasiva, se utiliza para eventos específicos en poblaciones determinadas, sirven para focalizar la vigilancia o para probar y afinar los procesos de notificación
 - Encuestas nacionales: Son utilizadas con el fin de generar información del nivel nacional, se debe tener en cuenta el aspecto económico que su ejecución implica
 - Estudios puntuales: son utilizados con el fin de conocer el comportamiento de un evento en una población determinada, sus resultados no son extrapolables a otras poblaciones.
 - Rutinaria activa o pasiva: Esta información ingresa al sistema nacional de vigilancia de forma constante, permite evaluar comportamiento y tendencias de eventos de de interés en salud pública.
8. La **POBLACIÓN OBJETO** se refiere al grupo poblacional o de edad que se debe priorizar para el evento específico.

Anexo 4. Búsqueda activa institucional

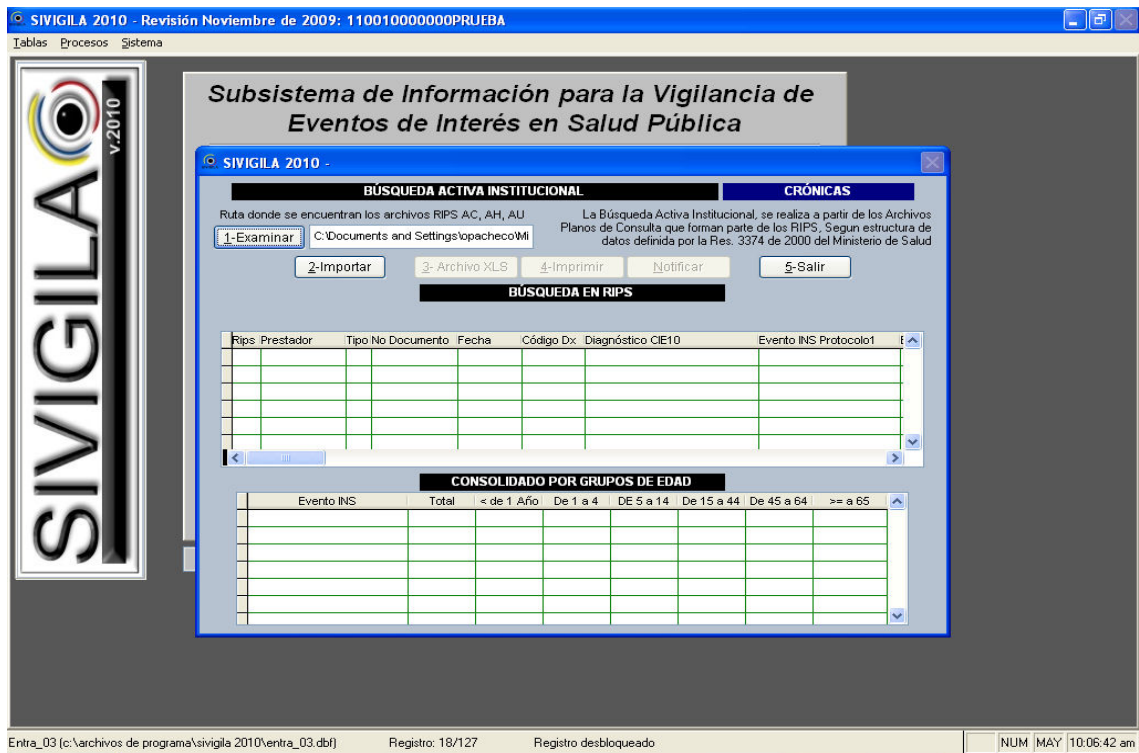
El software que permite la captura de la información por RIPS es el SIVIGILA 2010, el cual debe estar configurado por unidad notificadora departamental (UND), ya que son los departamentos los que consolidan la información y la remiten en archivos planos al Instituto Nacional de Salud (INS) para su análisis.



En primer lugar se debe ingresar al sistema y buscar la opción de BAI en enfermedades **crónicas**.



Posteriormente haga clic en el icono de **Examinar** y ubique en su directorio el archivo correspondiente a RIPS.





Seleccione y haga clic en el icono **Importar**, a continuación encontrará en su pantalla el listado de registros con diagnóstico compatible con patología crónica. En la parte superior derecha de la pantalla encontrará el total de registros y en la parte superior izquierda, el total de crónicos.

SIVIGILA 2010 - Revisión Noviembre de 2009: 110010000000PRUEBA

Tablas Procesos Sistema

Subsistema de Información para la Vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública

SIVIGILA 2010 -

BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL **CRÓNICAS**

Ruta donde se encuentran los archivos RIPS AC, AH, AU: C:\DOCUMENTS AND SETTINGS\OPACHÉ

La Búsqueda Activa Institucional, se realiza a partir de los Archivos Planos de Consulta que forman parte de los RIPS. Según estructura de datos definida por la Res. 3374 de 2000 del Ministerio de Salud

1- Examinar 2- Importar 3- Archivo XLS 4- Imprimir 5- Salir

Total Registros importados: 156 Total Crónicos: 4

Rips	Prestador	Tipo	No Documento	Fecha	Código Dx	Diagnóstico CIE10	Evento INS	Stt
C	5000100321	CC	000000006652	13/06/2006	I10X	Hipertension Esencial (primaria)		Hic
C	5000100321	CC	21246554	01/09/2006	I10X	Hipertension Esencial (primaria)		Hic
C	5000100321	CC	6652004	12/09/2006	I10X	Hipertension Esencial (primaria)		Hic
C	5000100321	CC	30048048	29/09/2006	I10X	Hipertension Esencial (primaria)		Hic

CONSOLIDADO POR GRUPOS DE EDAD

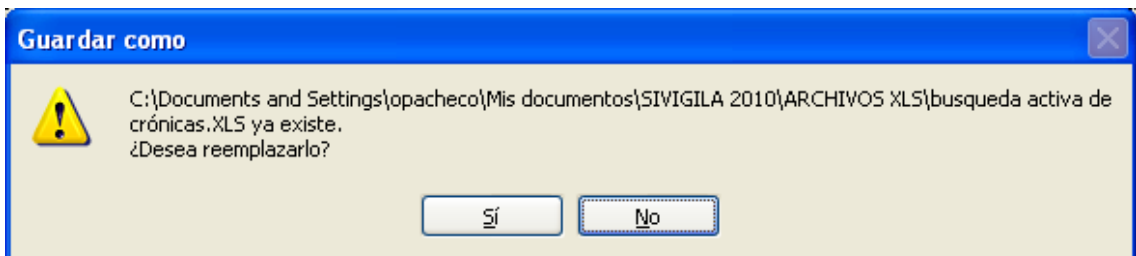
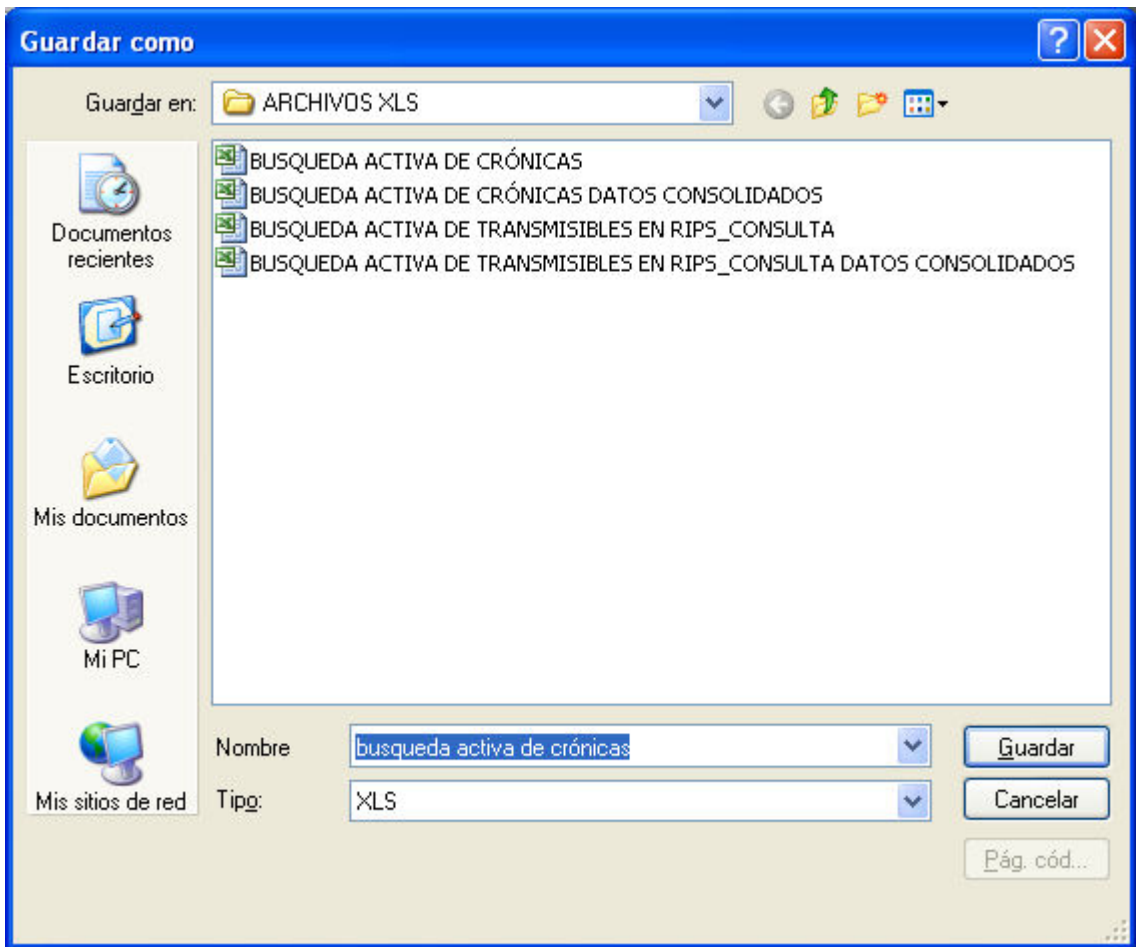
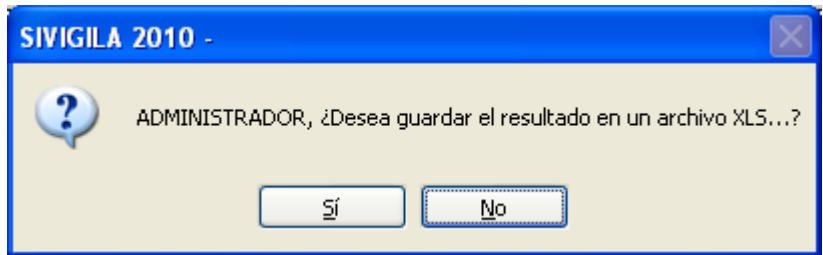
Evento INS	Total	< de 1. Año	De 1 a 4	DE 5 a 14	De 15 a 44	De 45 a 64	>= a 65
	4	0	0	0	1	2	1

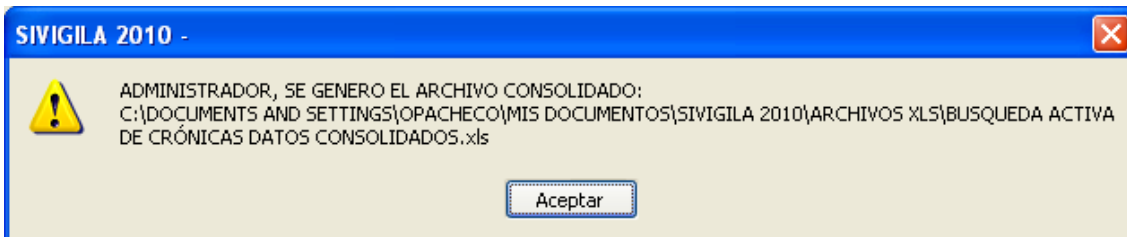
Rips_chu [c:\...\vopacheco\config\1\Temp\sivigila 2010\usu1\rips_chu-Registro: 4/7] Exclusivo

NUM MAY 10:10:39 am

Inicio Bandeja de entrad... (1 unread) Yahoo! ... CURSO EVALUACION Microsoft Ofic... SIVIGILA 2010 - R... ES 10:10

Una vez obtenidos los datos, se procede a generar el **archivo XLS**, el cual se guarda en una carpeta de Excel. Este archivo será un insumo para el análisis de las variables de los RIPS.





Microsoft Excel - BUSQUEDA ACTIVA DE CRÓNICAS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	cod_pre	tip_doc	num_doc	fecha	dia_pal	tip_dia	nom_cie	tran_prot1	tran_prot2	cronicas	cod_eve	cro_subgru
1												
2	5000100321	CC	00000006652004	13-Jun-06	I10X	1	Hipertension Esencial (primaria)				170	Hipertensivas (I10 A I15)
3	5000100321	CC	21246554	01-Sep-06	I10X	1	Hipertension Esencial (primaria)				170	Hipertensivas (I10 A I15)
4	5000100321	CC	6652004	12-Sep-06	I10X	1	Hipertension Esencial (primaria)				170	Hipertensivas (I10 A I15)
5	5000100321	CC	30048048	29-Sep-06	I10X	1	Hipertension Esencial (primaria)				170	Hipertensivas (I10 A I15)
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												

La siguiente opción es la **notificación**. Realizando este proceso enviamos la información al SIVIGILA del nivel nacional en archivos planos, para su análisis, a diferencia del archivo XLS me permite manejar un mayor volumen de datos. Es importante tener en cuenta que para poder llevar a cabo la notificación, la configuración del sistema debe ser departamental (UND).

SIVIGILA 2010 - Revisión Noviembre de 2009: 11001000000PRUEBA

Tablas Procesos Sistema

- Usuarios / Entradas al sistema
- Configuración del Sistema
- Visor de Errores
- Inactivar Apariencia XP

de Información para la Vigilancia de os de Interés en Salud Pública

Información... para la Acción!

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BICENTENARIO de la Independencia de Colombia 1810-2010

LIBERTAD Y ORDEN

SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA
Desde 1917 comprometidos con la Salud Pública.

SIVIGILA v.2010

Periodo: 5 Semana: 18 Desde: 02/05/2010 - 08/05/2010

Instituto Nacional de Salud - Todos los derechos reservados

Sitio WEB: www.ins.gov.co - Correo-e: sivigila@ins.gov.co - PBX: 031 2207700
NOTIFICACION INMEDIATA: Línea 018000-113400

miércoles, 05 de mayo de 2010

UPGD

Notificación

Individual

Colectiva

Laboratorios

Salir

SIVIGILA 2010 - NUM MAY 10:27:12 am

Inicio Bandeja de entrad... (1 unread) Yahoo! ... CURSO EVALUACION Microsoft Offic... SIVIGILA 2010 - R... ES 10:27

SIVIGILA 2010 - Revisión Noviembre de 2009: 11001000000PRUEBA

Tablas Procesos Sistema

Subsistema de Información para la Vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública

Información... para la Acción!

UPGD

SIVIGILA 2010 -

CONFIGURACIÓN DE LA UPGD QUE REPORTA DATOS A OTRO NIVEL

Código: 110010000000

Configuración del Código

Para:

- UPGD** Ingrese el código que se asignó en la Habilitación
- UNM** Ingrese el código del Departamento + Municipio asignado por el DANE y complete a la longitud permitida con "Ceros" (0)
- UND** Ingrese el código del Departamento asignado por el DANE y complete a la longitud permitida con "Ceros" (0)

Razón Social: PRUEBA

Tipo Unidad: 3 1- UPGD Laboratorio? 2- UNM Fuerzas Militares? 3- UND

Unidad Backup: C

Días Backup: 1

Año: 2010

Guardar

Salir

Digite el código de la unidad que reporta los datos, Según Cuadro de Configuración de Código

SIVIGILA 2010 - NUM MAY 10:27:45 am

Haga clic en el icono **notificar**:

SIVIGILA 2010 - Revisión Noviembre de 2009: 110010000000PRUEBA

Tablas Procesos Sistema

Subsistema de Información para la Vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública

SIVIGILA 2010 -

BÚSQEDA ACTIVA INSTITUCIONAL **CRÓNICAS**

Ruta donde se encuentran los archivos RIPS AC, AH, AU: C:\DOCUMENTS AND SETTINGS\OPACHT

La Búsqueda Activa Institucional, se realiza a partir de los Archivos Planos de Consulta que forman parte de los RIPS. Según estructura de datos definida por la Res. 3374 de 2000 del Ministerio de Salud

1-Examinar 2-Importar 3-Archivo XLS 4-Imprimir 5-Salir

Total Registros importados: 156 Total Crónicas: 4

BÚSQEDA EN RIPS


Rips	Prestador	Tipo	No Documento	Fecha	Código Dx	Diagnóstico CIE10	Evento INS	Sub
C	5000100321	CC	000000006652	13/06/2006	I10X	Hipertension Esencial (primaria)		Hic
C	5000100321	CC	21246554	01/09/2006	I10X	Hipertension Esencial (primaria)		Hic
C	5000100321	CC	6652004	12/09/2006	I10X	Hipertension Esencial (primaria)		Hic
C	5000100321	CC	30048048	29/09/2006	I10X	Hipertension Esencial (primaria)		Hic

CONSOLIDADO POR GRUPOS DE EDAD


Evento INS	Total	< de 1 Año	De 1 a 4	DE 5 a 14	De 15 a 44	De 45 a 64	>= a 65
	4	0	0	0	1	2	1

Rips_chu [c:\...\nopacheco\config\1\Temp\sivigila 2010\usu1\rips_chu-Registro: 4/7] Exclusivo NUM MAY 10:10:55 am

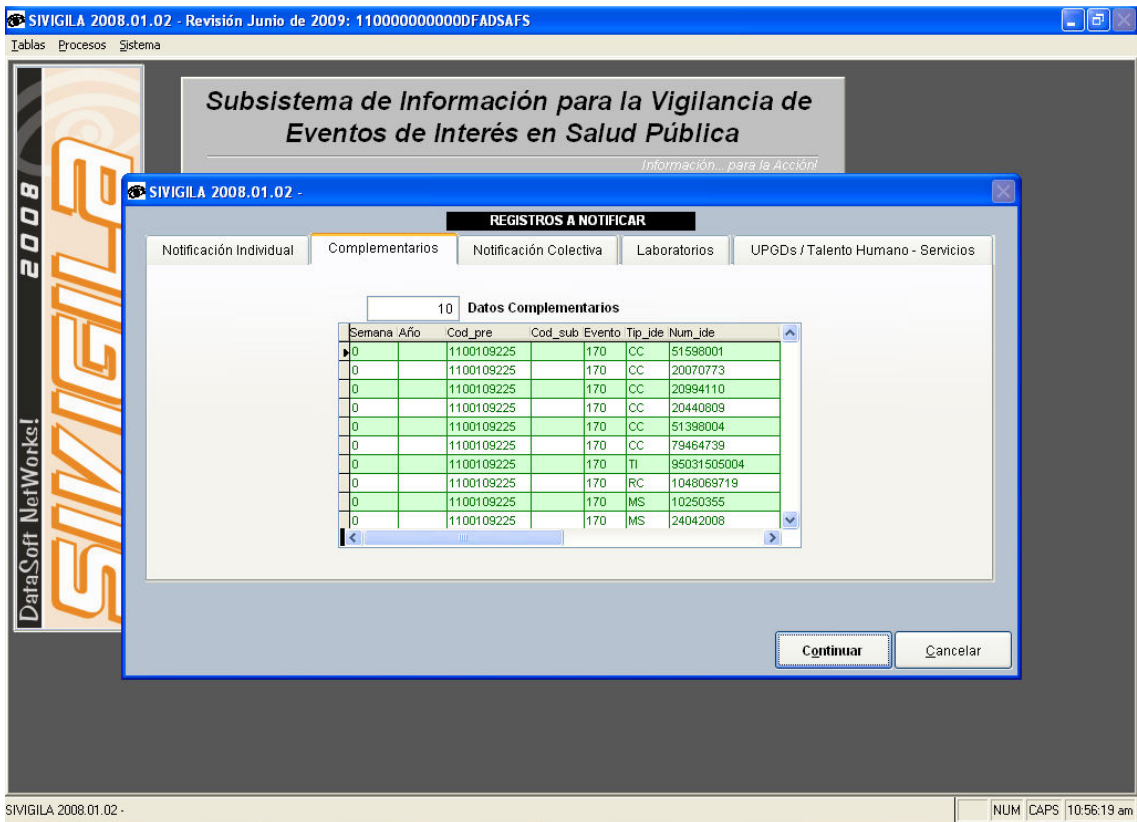
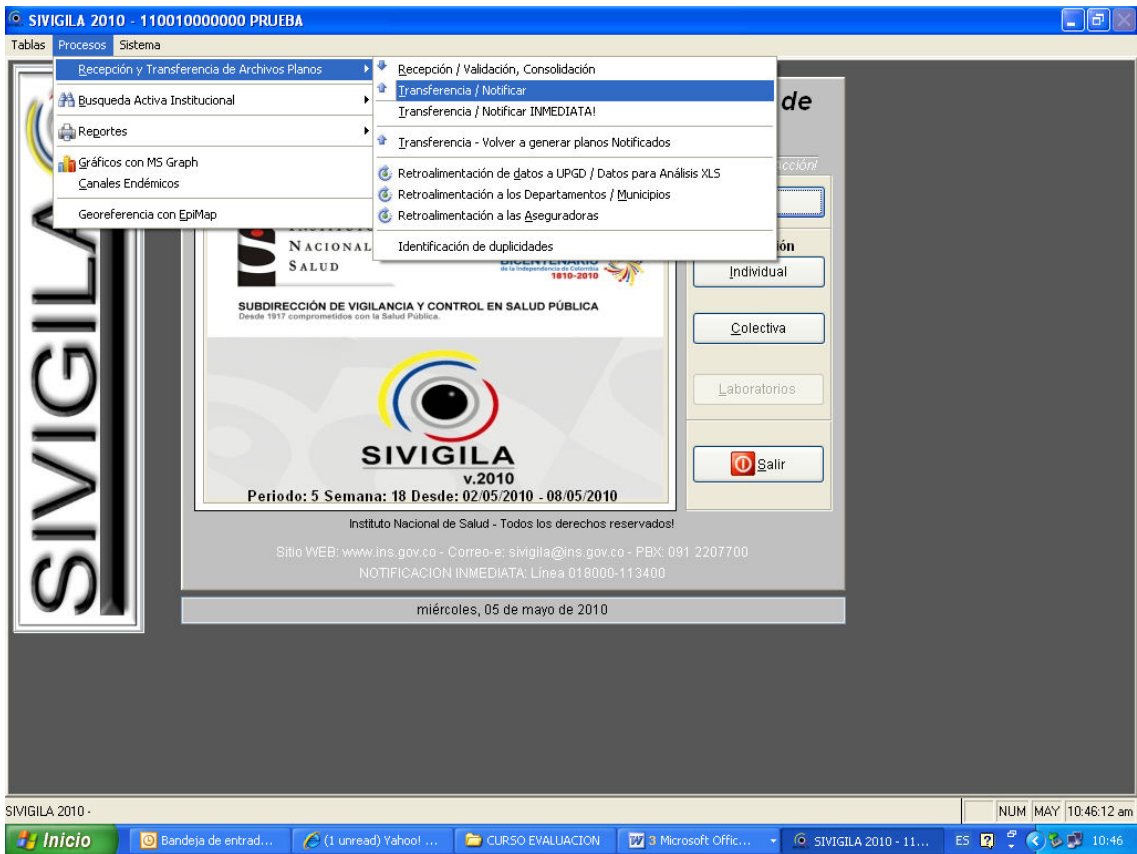
SIVIGILA 2010 -

 ADMINISTRADOR, ¿Esta seguro de Notificar los registros hallados en RIPS?

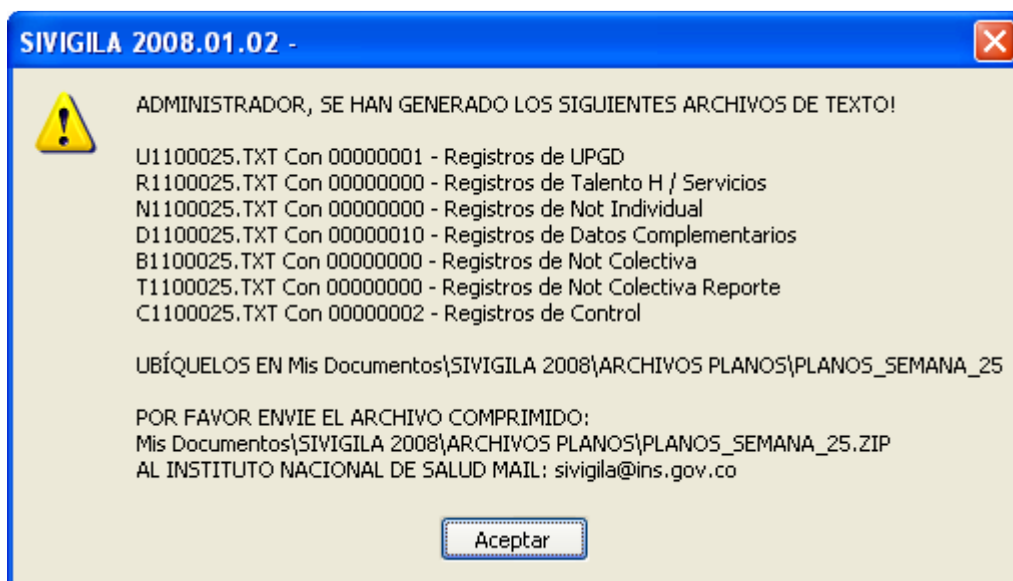
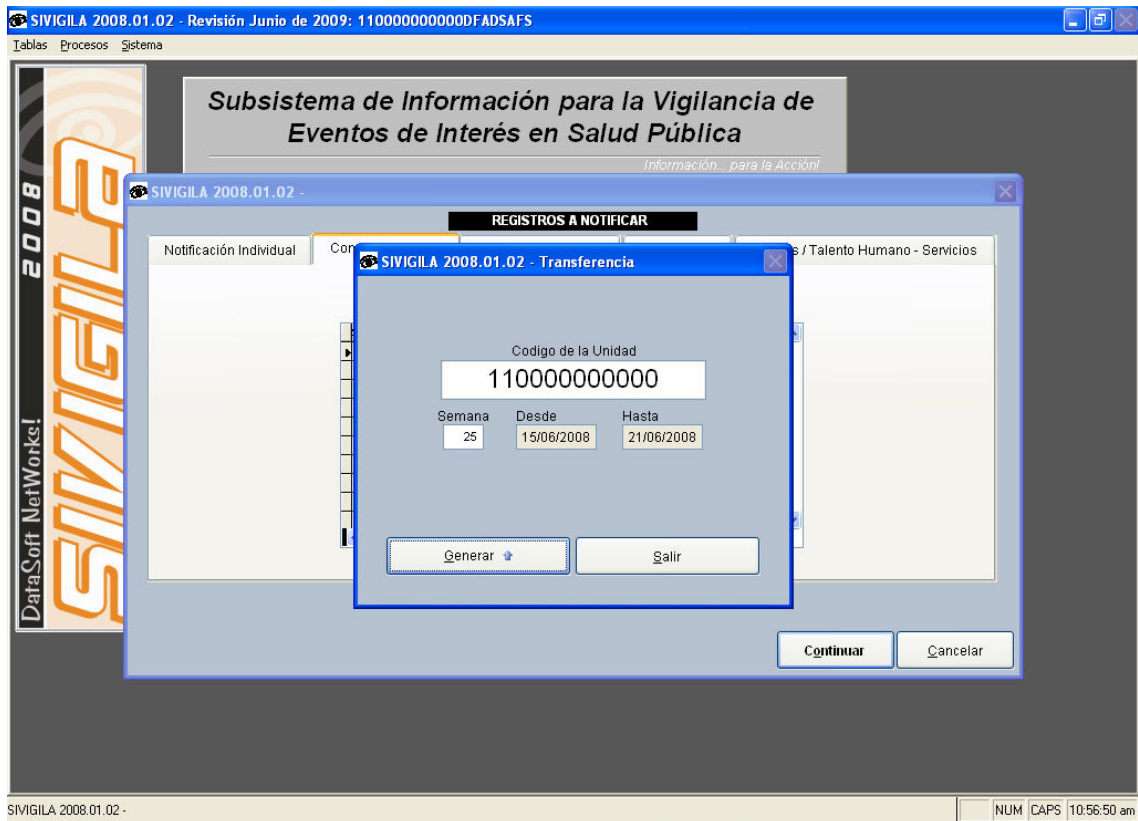
SIVIGILA 2010 -

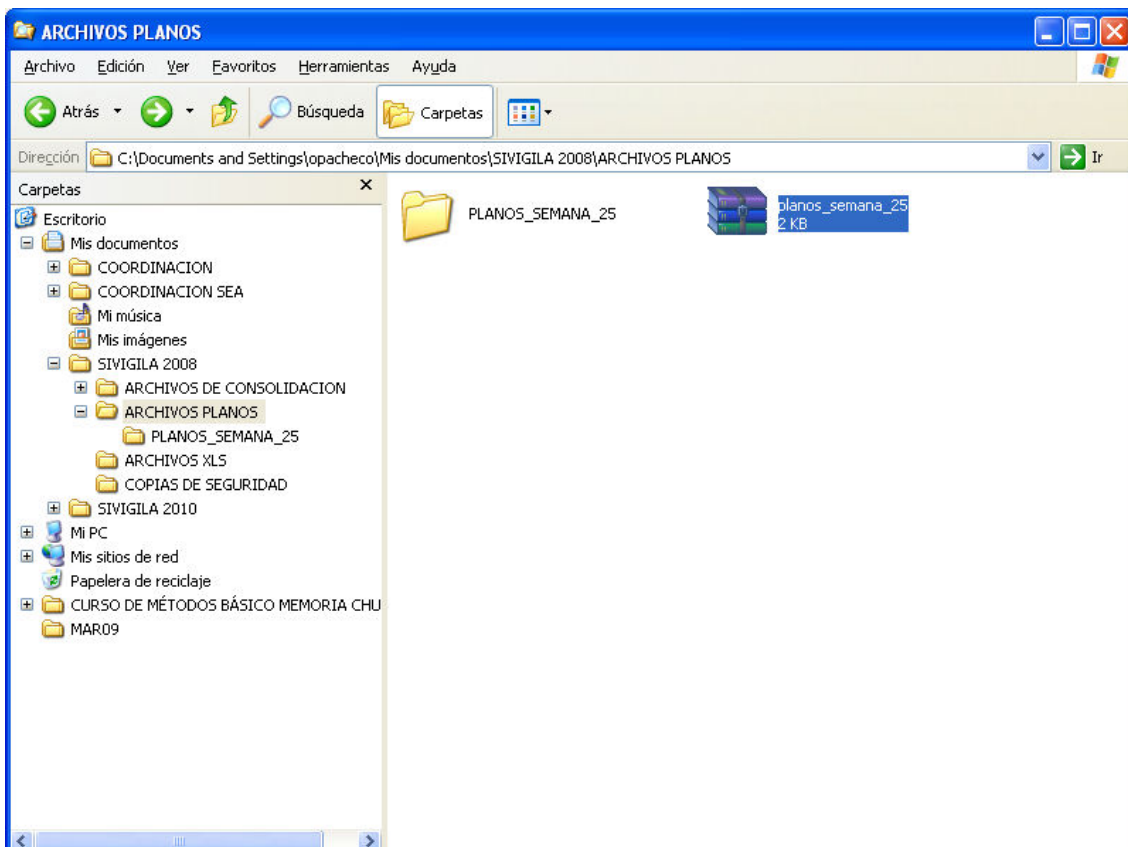
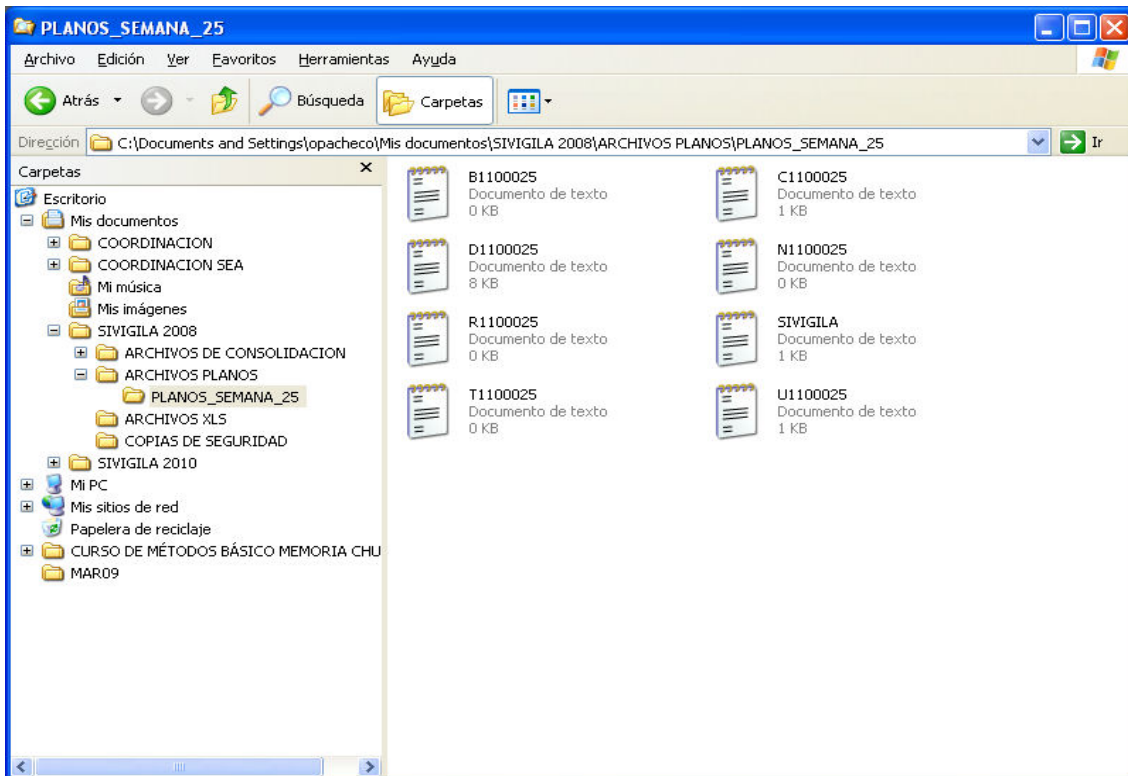
 ADMINISTRADOR, SE HAN GENERADO 4 REGISTROS PARA NOTIFICACION

Para visualizar la notificación de la búsqueda activa institucional:



Para finalizar haga clic en **continuar** para generar el archivo plano y guardarlo.





Una vez generado el archivo plano, se podrá realizar el análisis e la información en el programa que más convenga, de acuerdo al número de registros y al tipo de análisis.

D1100025 - Bloc de notas

Archivo	Edición	Formato	Ver	Ayuda				
0	,	,1100109225,	,170	,CC, 51598001	,270	,2010-05-05,	SDS001,4,	SANCHEZ
0	,	,1100109225,	,170	,CC, 20070773	,270	,2010-05-05,	SDS001,4,	BARBOSA
0	,	,1100109225,	,170	,CC, 20994110	,270	,2010-05-05,	SDS001,4,	SANIT
0	,	,1100109225,	,170	,CC, 20440809	,270	,2010-05-05,	SDS001,4,	GUTIERREZ
0	,	,1100109225,	,170	,CC, 51398004	,270	,2010-05-05,	SDS001,4,	SANCHEZ
0	,	,1100109225,	,170	,CC, 79464739	,270	,2010-05-05,	SDS001,4,	GOMEZ
0	,	,1100109225,	,170	,TI, 95031505004	,300	,2010-05-05,	SDS001,4,	MARIN
0	,	,1100109225,	,170	,RC, 1048069719	,300	,2010-05-05,	SDS001,4,	CHACON
0	,	,1100109225,	,170	,MS, 10250355	,300	,2010-05-05,	SDS001,4,	MATAMOROS
0	,	,1100109225,	,170	,MS, 24042008	,300	,2010-05-05,	SDS001,4,	MARIN

Anexo 5. Eventos priorizados

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN - SALUD BUCAL

ENTIDAD TERRITORIAL	PRIORIDAD				
	1	2	3	4	5
Risaralda	Trauma	Caries	Periodontitis	Enfermedades pulpares	Infecciones maxilofaciales - Celulitis
Caldas - Manizales	Fluorosis	Caries de infancia temprana	Labio paladar fisurado	Lesiones malignas y premalignas	Evento adverso Odontológico
Nariño	Caries	Enfermedad periodontal	Acceso a servicios de salud		
San Andrés	Caries en dentición temporal	Caries en dentición permanente	Labio paladar fisurado	Fluorosis	
Valle	Caries de infancia temprana	Lesiones neoplasicas	Fluorosis	Labio paladar fisurado	
Bogotá	Lesión mancha blanca	Opacidad café	Fluorosis	Enfermedad periodontal	Caries
Boyacá	Labio paladar fisurado	Fluorosis			