

**ESTADO DE SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL SISTEMA DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE SANTA BÁRBARA (ANTIOQUIA) DESDE EL
AÑO 2009 HASTA EL 2010 REFLEJADO EN LOS ÍNDICES COP-D, ceo - d**

INVESTIGADOR:

JUAN DAVID URREA LOPERA

ASESOR

DR. MARCO AURELIO RESTREPO

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN “SITUACIÓN DE SALUD” DEL GRUPO
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA**

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO EN GERENCIA DE IPS GRUPO 15

MEDELLÍN – ANTIOQUIA

NOVIEMBRE 2010

**ESTADO DE SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL SISTEMA DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE SANTA BÁRBARA (ANTIOQUIA) DESDE EL
AÑO 2009 HASTA EL 2010 REFLEJADO EN LOS ÍNDICES COP-D, ceo - d**

INVESTIGADOR:

JUAN DAVID URREA LOPERA

ASESOR

DR. MARCO AURELIO RESTREPO

GERENCIA DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO EN GERENCIA DE IPS GRUPO 15

MEDELLÍN – ANTIOQUIA

NOVIEMBRE 2010

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PREGUNTA DE LA INVESTIGACION.....	5
MARCO TEORICO	6
OBJETIVO GENERAL	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
METODOLOGÍA	20
TAMAÑO MUESTRAL	20
RESULTADO	22
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	29

RESUMEN

En la prestación y políticas en salud oral es preciso resaltar la importancia de los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el plan de mejorar la calidad de vida de la población y reducir los altos costos que genera el tratamiento correctivo odontológico de los pacientes especialmente en aquellos cuya modalidad de contratación sea por capitación. Estas políticas son necesarias y deben dirigirse a los preescolares, escolares y adolescentes, ya que son estos son aquellos en los que los procesos de promoción y prevención tienen un mayor impacto sobre la salud.

En la población afiliada al sistema de seguridad en salud del municipio de Santa Bárbara (Antioquia), se observa la necesidad de instaurar nuevas políticas encaminadas a fortalecer el impacto que ha tenido el aumento de las actividades de promoción y prevención en los últimos años, además de realizar un diagnóstico de salud bucal basado en los indicadores de morbilidad oral como lo son el índice COP-D y ceo-d.

ABSTRACT

In providing oral health service, we must detail the importance of the processes of health promotion and disease prevention, with the plan to improve the quality of life of the population and reduce the high costs that corrective dental treatment of patients especially in those whose mode of procurement is by capitation. These policies are necessary and should be addressed to the preschool, children and adolescents, and it is these are those in which the processes of promotion and prevention have a greater impact on health.

In the population covered by health security system in the municipality of Santa Barbara (Antioquia), there is a need to establish new policies to strengthen the impact it has had an increase in promotion and prevention activities in recent years, in addition to conduct a dental examination based on the indicators of oral disease such as COP-D index and ceo-d.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La empresa asociativa de trabajo Institución Prestadora de Salud Santa María, es una entidad sin ánimo de lucro creada con el fin de fortalecer la prestación de servicios de salud y consultoría; fundada en junio 2004, nace como resultado del proceso de reestructuración de la Empresa Social del Estado hospital Santamaría

de Santa Bárbara (Antioquia), está conformada por profesionales administrativos y asistenciales del área la salud quiénes son los responsables de la prestación de los servicios odontológicos ofrecidos a la comunidad y de garantizar la eficiencia y la calidad de los mismos, favoreciendo desarrollo laboral y profesional de cada uno de sus funcionarios.

Uno de los aspectos más relevantes relacionados con la prestación y políticas en salud oral es la necesidad de enfatizar en los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población en primer lugar y en segundo para reducir los altos costos que genera el tratamiento correctivo odontológico de los pacientes especialmente en aquellos cuya modalidad de contratación sea por capitación . Esta perspectiva, conduce a señalar que la población que debe ser considerada como prioridad para los programas de salud está constituida principalmente por los preescolares, escolares y adolescentes, ya que son estos grupos poblacionales en los que los procesos de promoción y prevención tienen un impacto positivo sobre la salud. La necesidad de plantear programas estratégicos y direccionar los recursos en salud oral hacia donde las posibilidades de impacto sean mayores, amerita en un primer momento conocer la situación de morbilidad de la población objeto con el fin de orientar adecuadamente los programas y proyectos hacia los problemas más relevantes y poder establecer el impacto en términos de eficacia, efectividad y eficiencia de las acciones realizadas en tal sentido, en el corto, mediano y largo plazo en la población Santa Barbareña.

Basado en esto y observando el aumento significativo que han tenido las actividades de Promoción y Prevención a nivel odontológico en los años en que ha estado presente la EAT IPS Santa María (ver figura 1) surge la necesidad de evaluar el impacto que ha tenido este aumento en la salud oral del municipio de Santa Bárbara y de este modo tomar decisiones administrativas basadas en los resultados arrojados por la investigación.

CONSOLIDADO GERENCIALES	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total de aplicaciones de sellantes	2290	2322	2497	6224	5248	5628	5166
Educación en Salud Oral	8112	7549	2908	5630	9478	14460	16206
Control de placa bacteriana	8112	7549	3478	5630	9478	14812	16206
Profilaxis	6737	5971	3478	5765	9478	14812	16206
Topicaciones con fluor	6325	5696	3919	3949	6731	9253	9656
Detartrajes	944	1030	860	1628	2577	2841	3190

Figura 1(Datos generados de gerenciales de producción EAT IPS Santa María)

PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

¿Las actividades de Promoción y Prevención odontológicas realizadas por la EAT IPS Santa María han sido lo suficientemente efectivas, eficaces y eficientes para mejorar la salud oral de la población de Santa Bárbara (Antioquia)?

MARCO TEORICO

Dentro del marco que actualmente vive en Colombia una ley de reforma a la seguridad social (Ley 100 de 1993 , Ley 1122 de 2007) encontramos que la prevención se hace indispensable para que esta sea cumplida a cabalidad ya que su filosofía está enfocada en mantener la población sana con la menor cantidad de consultas asistenciales posibles. De esta manera, se llegara a un equilibrio, tanto para las empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios (IPS), pacientes y profesionales. Para este efecto, se deben comenzar a desarrollar programas activos y eficientes, que con la mayor sencillez posible, estén en capacidad, no solamente de prevenir la enfermedad, sino de promover las condiciones de vida y dentro de estas, las visitas al odontólogo que se hacen necesarias para mantener una vigilancia constante de la salud oral. Los programas educativos enfocados a disminuir la prevalencia de la caries, han demostrado ser los mas efectivos con respecto al costo-beneficio para prevenir caries en la población. Este costo puede incluso a ser disminuido, si el personal de salud, en el caso que nos ocupa, los odontólogos, dan instrucción al personal auxiliar para brindar educación y aplicar las otras medidas de salud pública (Elaborar índices de placa, vigilancia de cepillado, fluorizaciones, etc., como es el caso de los programas SILA en Brasil, y algunos programas americanos. Por otro lado, se hace primordial evaluar tales acciones preventivas, de tal manera que puedan tomar las medidas correctivas necesarias para los mismos. Sin embargo, para tal efecto, se cuenta con índices que miden el nivel de enfermedad, tales como COP-d y ceo-d.

Se han presentado múltiples modelos de programas preventivos en el mundo, entre ellos, se incluyen los Cubanos, Escandinavos, Brasileños y Americanos. El fracaso o éxito de cada uno de ellos, depende de las condiciones de vida de cada lugar, de la constancia de quienes lo aplican y a quienes es aplicado, del método de evaluación, así como la legislación de cada país. Contrario a países como Estados Unidos, en Colombia, la reglamentación para promoción y prevención está dada, pero las atribuciones económicas obligatorias que impone el gobierno y las que ofrecen las EPS, no son suficientes para cubrir las necesidades de este servicio. Sin embargo, por un estudio realizado con datos obtenidos en 34 países del mundo (Fraizer Pj, johnsonBg. Jenny J. Health educational aspects of preventive dental programs for schol-age children in 34 countries- dinal results of an FDI International survey. Int Dental Journal, 1983; 33:152-70), se sabe que el principal obstáculo para llevar a cabo los programas de promoción y prevención es también el recurso económico, las limitaciones legales vigentes en cada país. Este mismo estudio, mostro que históricamente en los 34 países, la población a la que van dirigidos estos programas son los niños de edad escolar.

Este hecho se ve justificado, si consideramos que se ha comprobado, que los niños son los más dispuestos y hábiles para adquirir conocimientos, además del riesgo tan alto en que se encuentran por su edad y estado inmunológico de

adquirir enfermedades respectivamente.

Mucho se ha dicho, escrito y legislado sobre la Promoción de la Salud (PS) y la Prevención de la Enfermedad (PE). El aseguramiento universal y el énfasis en la PS y la PE son planteamientos que rigen la mayoría de los sistemas de Salud del mundo. Sin embargo hoy, en nuestro país, el desarrollo de ellas es incipiente debido a la falta de concreción en las políticas de salud y la limitada ejecución de las mismas, la falta de control por parte del gobierno y la desinformación de la mayoría de los ciudadanos sobre los deberes y derechos en salud.

Si nos acogemos a los postulados fijados en la carta de Ottawa para la Promoción de la salud, en la que se conceptúa que ésta tiene que ver con el bienestar de la población y que, para conseguirla se requiere de ciertas condiciones de vida, como son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad y un ecosistema estable, podemos deducir que son precisamente éstas condiciones, las que le hacen falta a la mayoría de los colombianos, por lo tanto, la Prevención de la salud se convierte en una utopía en tanto cada sector, al cual le compete la responsabilidad, no modifique favorablemente dichas condiciones.

Hasta la propia educación en salud sobre hábitos saludables se convierte en una encrucijada para los trabajadores de la salud, cuando se enfrentan a situaciones sobre las que no pueden intervenir. ¿Cómo dar educación sobre una dieta balanceada, cuando no se dispone de recursos económicos para conseguir los alimentos básicos por falta de un empleo?, o sobre las condiciones higiénicas de la vivienda, cuando ésta tiene el piso en tierra y carece de una ventana para ventilarla?, o cuando el 60% de la población está en la línea de pobreza y otros no alcanzan a clasificar en ella?. Por supuesto que no podemos quedarnos de brazos cruzados, es aquí donde se requiere del concurso intersectorial con el fin de aunar esfuerzos para brindarle a la población unas condiciones de vida que permitan su desarrollo y, así, con el esfuerzo conjunto del Estado y de los ciudadanos se logren escenarios sanitarios deseables.

La prevención tiene otra lógica, ella se relaciona con el riesgo de enfermar, por lo tanto, sus acciones se encaminan a la identificación de los problemas de salud y a la intervención de sus causas. Podríamos pensar entonces que su campo de acción es inmenso y, que el sector de la salud lo tiene todo por hacer; claro que sí, siempre y cuando se haga un esfuerzo por mejorar las condiciones de vida de la población, de lo contrario las probabilidades de enfermar, por mucha intervención en salud que se haga, siempre aumentarán o al menos se mantendrán.

A partir de la Constitución Política del 91, la salud se convierte en un derecho y en un servicio público a cargo del Estado; para lograrlo se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención, protección y Recuperación por medio del aseguramiento universal.

En desarrollo de éstos postulados constitucionales se expide la Ley 100 de 1993 que en su artículo 152 define su objeto, el cual consiste en regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud, POS y en el Plan de Atención Básica, PAB. Sin embargo separa la prestación de los servicios de salud en paquetes que desintegran y causan dificultades para llevar a cabo la atención integral a cada persona. La atención individual se apoya en el POS, el cual incluye entre otras acciones, las de Promoción y Prevención; son de responsabilidad de las EPS, ARS y Entidades Adaptadas para el caso de los afiliados y de los Municipios para el caso de los vinculados. El PAB complementa las acciones del POS y las acciones de saneamiento ambiental en lo correspondiente a información, educación y fomento de la salud; éstos servicios están a cargo del Estado, son de cumplimiento obligatorio, gratuitos y de cubrimiento universal. En la ejecución de ésta ley, la mayoría de los esfuerzos se han orientado hacia la salud individual pero ha dejado rezagada la salud pública, sin la cual es difícil acceder a la plenitud de la salud individual.

A partir de la Ley 100 se originan nuevas Leyes, Acuerdos y Resoluciones. Las más recientes sobre PS y PE son el Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud y la Resolución 412 de 2001 del Ministerio de Salud.

El Acuerdo 117, establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Hace énfasis en que es responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Adaptadas y Transformadas y de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles o de eventos de enfermedades sin atención, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 1485 de 1994 y el Decreto 2357 1995.

Establece además, que las instituciones mencionadas deben inducir la demanda de éstos servicios, ya que los usuarios no los solicitan espontáneamente; incluye:

1. Las actividades, procedimientos e intervenciones para protección específica con el fin de evitar la aparición inicial de la enfermedad, mediante la protección frente al riesgo; ellas son:

- Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Atención preventiva en salud bucal
- Atención del parto

- Atención al recién nacido
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

2. Las actividades procedimientos e intervenciones para detección temprana, las cuales identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad; son ellas:

- Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).
- Alteraciones del desarrollo del joven (10 a 24 años)
- Alteraciones del embarazo
- Alteraciones en el adulto mayor de 45 años
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de seno
- Alteraciones de la agudeza visual

3. Atención de enfermedades de interés en salud pública, las cuales generan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especiales de tal manera que se garantice su control.

Ellas son las enfermedades infecciosas, las de alta prevalencia y las de alta transmisibilidad y poder epidémico; incluyen 21 patologías.

La Resolución 412, retoma las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, con base en el acuerdo 117. Las clasifica en:

1. Norma Técnica: Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento, la secuencia en que se deben desarrollar, las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables de su ejecución. Hacen parte de la norma técnica las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, las de detección temprana y algunos elementos de las guías de atención de Tuberculosis, Lepra, Leishmaniasis y Malaria.

Advierte que las EPS, las ARS y las Entidades Adaptadas y Transformadas no podrán dejar de ejecutar estas acciones, tampoco disminuir la frecuencia anual ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

2. Guías de Atención: No explícita si son de obligatorio cumplimiento y de demanda inducida. Se puede deducir que no, porque la norma técnica sólo incluye algunas acciones de las cuatro guías mencionadas anteriormente.

Se puede concluir entonces que lo contemplado en el Acuerdo 117 y en la

Resolución 412 se orienta en esencia a la prevención y no a la promoción. Se logra avanzar en la prevención ya que se incluyen como beneficiarios de estas acciones a grupos etáreos que tradicionalmente no habían sido tenidos en cuenta para la prestación de servicios programados, como son los jóvenes entre 10 y 24 años y el adulto mayor de 45 años, entre otros. Pero, por otra parte, con la delimitación de éstas acciones se corre el riesgo de que las EPS, las ARS y las Entidades Adaptadas y Transformadas se limiten a cumplir el mínimo incluido en la normatividad y no se esfuercen por desarrollar otras actividades o priorizar la atención de otras enfermedades de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas territoriales en salud pública.

La Ley 715 de 2001, sobre el sistema general de participación dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias para la educación y la salud, ella nace como consecuencia de la reforma constitucional emprendida por el acto legislativo 01 de 2001. La distribución sectorial que hace de los recursos, es de 58.5% para educación, del 24,5% para salud y del 17% para propósito general.

Los escasos fondos para financiar los eventos de salud pública les distribuye así: 40% para la población por atender, la cual hace relación al total de la población de cada entidad territorial certificada por el DANE; el 50% por equidad, se refiere al nivel de pobreza y los riesgos en salud pública y el 10% por eficiencia administrativa, la cual se mide con las coberturas de vacunación.

Al analizar su contenido se puede comentar que, en términos generales, buena parte del articulado se limita a enunciar funciones administrativas que se ajustan más a cargos de dirección que a concretar la asignación de competencias y recursos a cada ente o sector que corresponda. Falta mayor especificidad en las responsabilidades para el manejo de los problemas de salud pública; en otros casos, queda a voluntad del ente respectivo financiar o no con recursos propios la prestación de servicios de salud a la población más pobre, con lo cual se abre una compuerta para que se interprete la ley a conveniencia de quien la debe aplicar. Así no se alcanzarán las metas mínimas obligatorias y menos se logrará mejorar el estado de salud.

Según el artículo 46, de la Ley 715 los recursos de promoción y prevención harán parte de una bolsa común con los recursos del PAB, los que serán manejados por los municipios, ya no harán parte del POS, por lo tanto, se eliminará la intermediación de las Administradoras del Régimen Subsidiado; no es claro, si se incluyen los recursos del Régimen Contributivo. Se asigna entonces a los municipios la responsabilidad de la Promoción, la Prevención y la salud pública en una dimensión integral, con lo cual se pueden superar las metas alcanzadas hasta hoy, pero se corre el riesgo como ya ha sucedido, que los municipios desvíen la ejecución de éstos recursos. Después de tres años de ejecución de estas disposiciones, el Ministerio de Salud hará una evaluación con el fin de proponer al Congreso los cambios que considere necesarios.

En el título IV de la misma Ley, sobre participación de propósito general que se refiere a las competencias de otros sectores, se incluyen algunas acciones que apuntan a la promoción de la salud, como: el mantenimiento del medio ambiente; la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre; el fomento de las artes; la seguridad y la convivencia ciudadana; el fomento del empleo y la protección de los desempleados y el servicio de restaurantes escolares, entre otros. A la mayoría de estos componentes les hace falta concreción en la asignación de recursos o de responsables para su ejecución, por lo tanto, no pasará de ser un listado de buenas intenciones. Algunos analistas de la mencionada ley, coinciden en afirmar que en diez años las transferencias para educación y salud se reducirán del 42,2% al 37.7%, situación que pondrá a los entes territoriales a soportar todo el peso del ajuste fiscal y por consiguiente el deterioro de la salud y la educación de los más pobres.

En Colombia se han realizado varios estudios para estudiar la morbilidad oral , entre estos tenemos el ENSAB (Estudio nacional de salud bucal) , este estudio se constituye en la tercera investigación nacional en salud bucal en el país, luego de la Investigación Nacional de Morbilidad Oral (1) realizada entre 1965 y 1966 y el II Estudio de Morbilidad Oral (2) adelantado entre 1977 y 1980.

En 1980 el segundo estudio reportó un aumento en el número de personas con historia de caries en relación al primer estudio (al pasar de 95.5% a 96.7% en 1977/80) aunque el promedio de dientes afectados por persona se redujo de 15.4 a 12.7. El CPO-D de 4.8 a los 12 años llevó a la Organización Mundial de la Salud a clasificar a Colombia dentro de los países con alto índice de caries, es decir con un problema de importancia en salud pública, al comparar este resultado con el primer indicador mundial del estado de salud bucodental establecido como meta para el año 2000 (CPO-D de 3.0 a los 12 años).

De igual forma la enfermedad periodontal se presentó en mayor proporción dentro de la población (88.7% para 1965/66 y 94.7% para 1977/80) aunque la severidad de la enfermedad también se vio reducida; las demás condiciones analizadas se presentaron en proporciones bajas, de forma similar a lo ocurrido en el primer estudio.

Con estos antecedentes en mente se adelantó el III ENSAB, a fin de establecer la situación de salud y de morbilidad bucal, identificar el nivel de representaciones, conocimientos y prácticas en la población e identificar las necesidades de atención odontológica con el fin de orientar acciones de promoción y prevención y de prestación de servicios asistenciales, mediante información recolectada en una muestra constituida por 6.336 personas entre 12 y 69 años para la encuesta de representaciones, conocimientos y prácticas, y por 4.400 niños de 5, 6,7 y 12 años

y 8.448 adultos de 15 a 44 y 55 a 74(3) años para el examen clínico de morbilidad bucal.

La información recopilada se analizó de forma descriptiva teniendo en cuenta diferentes niveles de desagregación de los resultados según las variables de edad, sexo, ubicación geográfica (por regiones y subregiones), categorización de municipios por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), la zona de procedencia (urbana y rural), el nivel educativo, la afiliación a la seguridad social y el estrato socioeconómico.

REPRESENTACIONES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL

La encuesta buscó establecer el nivel de conocimientos formales e informales que tiene la población sobre la boca, la salud y la enfermedad bucal, sus causas y consecuencias, las prácticas terapéuticas y de autocuidado más frecuentes y la demanda y uso de los servicios de salud bucal, así como sobre el cuidado bucal que ejercen las mujeres entre 18 y 69 años en los niños que tienen a su cargo.

En relación con las representaciones sociales en salud bucal que tiene la población entre 12 y 69 años, se observó como "*una boca sana*" significa para el 64.9% de las personas "*que no tiene caries*" y para el 41.6% que es "*tener los dientes blancos y/o parejos*"; además el 38% estuvo de acuerdo con que "*cuando los dientes están amarillos, están dañados*". Estas afirmaciones y el que el 88% atribuye la aparición de la caries a "*no cepillarse o a efectuar un mal cepillado*" permite establecer una tendencia de la población hacia una representación estética de la boca. Se destaca además que el 77% de las personas consideró que los dientes permanentes deben durar toda la vida, siendo más frecuente esta convicción entre las mujeres que entre los hombres y que solo el 3.4% relacione la presencia de sangrado de la encía con no tener la boca sana.

En cuanto a las prácticas de higiene bucal, el 98.4% de la población manifestó utilizar cepillo y crema dental para limpiar sus dientes con un periodo promedio de recambio de cepillo de tres meses; el 37.4% mencionó usar la seda dental y el 16.5% el enjuague bucal; otros implementos referidos en menor proporción fueron bicarbonato, palillos, carbón, ceniza, sal, hierbas entre otros. Del 37.4% de las personas que usan seda dental, el 45.1% la utilizan solo ocasionalmente para remover restos de comida entre los dientes y solo un 39% la utiliza habitualmente después del cepillado para completar su higiene oral, sin embargo, el 55.7% consideró que la seda es un elemento que previene el sangrado de la encía.

El 71.5% de las personas expresaron que los padres fueron quienes les enseñaron a cuidarse la boca, seguidos en menor frecuencia por la enseñanza de los maestros y/o del odontólogo, por el autoaprendizaje o por el aprendizaje a través de mensajes de radio y televisión.

Con lo anterior se evidencia la apropiación del conocimiento respecto al papel del cepillado para la prevención de las enfermedades como la caries y la gingivitis, lo que sin duda puede atribuirse al incremento de mensajes y de campañas educativas y publicitarias de los últimos años que también ha generado cambio en los patrones estéticos, aunque este conocimiento todavía no alcanza a afectar suficientemente los hábitos y menos aún la destreza de las personas.

En relación con el cuidado bucal de los niños, entre otros aspectos se destaca que el 88.5% de las mujeres con niños a su cargo, estuvo de acuerdo con que *"los niños son más propensos (que los adultos) a la caries dental"*, el 83.9% consideran que *"el cuidado de la boca del bebé comienza con la salida del primer diente"*, el 94.5% es consciente que *"es perjudicial o dañino para el niño dormir con el tetero en la boca"* y que *"la alimentación es un factor importante que influye en la formación de los dientes"*. Entre **las prácticas** que citan las madres para garantizar el cuidado de la boca de los niños, la más frecuente es *cepillarles los dientes con crema dental* (87%) y en segundo lugar *llevarlos al odontólogo periódicamente* (16.3%).

Respecto a la aplicación de flúor, el 36.8% de las mujeres refiere que los niños *han recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año*, con mayor frecuencia en *la escuela o colegio* (68%) y en el *puesto o centro de salud* (13%). El 72.1% de las mujeres consideró que *es necesario el uso de flúor para los niños* debido a *"que evita la caries"* y *"por que endurece los dientes"*. Las mujeres que no lo consideraron necesario (10%), argumentan que *"es suficiente con el cepillado"*, o que *"el flúor es dañino por que mancha los dientes o les quita su brillo"* y el 18.0% manifiesta no saber si el flúor es necesario para los niños. Todas estas afirmaciones evidencian que si bien se ha alcanzado un mayor conocimiento acerca de los riesgos para la salud bucal y se ha logrado un mayor interés sobre el cuidado de la dentición de los niños desde los primeros años de vida, es necesario continuar el proceso educativo sobre aspectos fisiológicos normales que las madres pueden monitorear como las etapas de erupción y de recambio dentario.

En relación con la demanda y utilización de servicios de salud bucal, del 82.9% de la población que refiere haber sentido **alguna vez** dolor en una muela o diente, solo el 66% consultó al odontólogo, el 32% tomó analgésicos, el 16% utilizó remedios caseros y el 7% usó antibióticos, llamando la atención los niveles de automedicación y el que sólo se consulta al odontólogo cuando la enfermedad se torna incapacitante.

El 22.2% de los encuestados refiere haber tenido algún problema dental o en la boca en el último mes (urgencia), siendo el problema más frecuente el dolor de muelas o dientes (60.5%) seguido por la presencia de caries dental, sangrado de la encía, pérdida de obturaciones y dientes, fracturas dentales y de prótesis, inflamación de la cara, dificultad para abrir la boca y otros. De estas personas, sólo consultó el 45%, principalmente por la pérdida de dientes y por la fractura de

prótesis y el 12.3% dejó de asistir a su trabajo o al estudio, o no pudo realizar sus actividades ordinarias durante un tiempo promedio de 3 días, situación que aumenta el ausentismo escolar y laboral impactando negativamente la productividad del individuo.

Como causas de no consulta se reportaron la falta de dinero, la dificultad en el acceso a los servicios para consultas regulares ya sea por vivir en zonas rurales o por no tener afiliación a la seguridad o pertenecer al régimen subsidiado; además por la deficiencia en la oportunidad y en la organización de los servicios para responder a las diferentes percepciones y representaciones de las personas tanto de la boca como de la enfermedad bucal y la credibilidad de la población frente a la profesión odontológica.

MORBILIDAD BUCAL

Con el objeto de identificar la morbilidad bucal y las necesidades de atención odontológica se realizó el examen clínico, previa calibración de los odontólogos a fin de asegurar la interpretación, entendimiento y aplicación de criterios uniformes en la observación y registro de las patologías y condiciones incluidas en el estudio. Las variables de morbilidad se analizaron con los datos originales tomados del examinado o por medio de índices, cruzados con las variables independientes que en algunos casos fueron reagrupadas para darle mayor cualificación a los resultados y evitar errores de muestreo altos en el caso de fenómenos de baja frecuencia.

1. PLACA BLANDA

El 81.6% del total de las personas presentaron placa al momento del examen, con una mayor proporción en las personas menores de 20 años (95%) hasta alcanzar menores proporciones en personas de edad avanzada (26.9%) debido básicamente a la pérdida dentaria.

Mediante el Índice de Placa Blanda (IPB), componente del Índice de Higiene Oral Simplificado(4) se determinó la presencia de placa encontrándose valores muy similares en los niños de 5, 6, 7 y 12 años (1.6 a los 7 años y de 1.2 (95% L.C. 1.1 – 1.3)(5) a los 12 años). En los adolescentes (15 a 19 años) y adultos de 20 a 44 años el índice bajó a 0.8 (95% L.C. 0.7 – 0.8) y entre las personas de 55 años y más se observaron valores entre 0.3 y 0.5.

Dado que el IPB clasifica finalmente los niveles de remoción de placa en bueno, regular y malo, se pudo determinar un nivel regular de remoción en las 2/3 partes de los niños corroborándose la apreciación sobre los insuficientes hábitos de higiene oral en este grupo. El nivel de remoción fue bueno para en el 49.5% de los adolescentes y en el 60% de los adultos.

La reducción del IPB de 1.08 en 1977/80 a 0.8 en el presente estudio indica una reducción cercana al 25% en el valor del índice, sugiriendo una leve mejoría en los niveles clínicos de higiene para la población general. La reducción es más evidente entre las personas de 15 años y más pues aunque debe tenerse en cuenta que en este estudio se evaluaron edades diferentes (5, 6, 7 y 12 años), los datos no sugieren mejoría en índice de placa blanda que oscilan entre 1.2 y 1.6 en comparación con un índice de 1.45 de los niños de 5 a 14 años en 1977-80.

2. CARIES DENTAL

Se emplearon para determinar el estado de la dentición temporal y permanente los índices ceo-d y CPO-D. Además se estableció la proporción de personas con historia de caries(6), la prevalencia de caries dental(7) y la necesidad de tratamiento.

En la **dentición primaria**, se encontró que el 60.4% de los niños de 5 años tenía historia de caries, proporción que aumento a 73.8% a los 7 años y descendió a 13% a los 12 años como efecto de la exfoliación dentaria; la prevalencia de caries fue de 54.8% a los 5 años y de 63.8% a los 7 años en tanto el índice ceo-d fue de 3.0 a los 5 años sin incrementos importantes a los 6 y 7 años presentándose un promedio de dientes temporales sanos de 16.3 a la misma edad.

En los niños de 5 años, edad índice para la dentición temporal, se observó una reducción del 30% en el promedio de dientes con historia de caries y el ceo-d paso de 4.2 en 1977-80 a 3.0 en 1998. Aunque el país no alcanzó la meta OMS/FDI de salud bucodental para este grupo de población(8), el que 39.6% de estos niños estén sin historia de caries, muestra un impacto moderado de los niveles de salud en la dentición primaria.

Dentro de las necesidades de tratamiento de los niños de 5, 6, 7 y 12 años, la operatoria ocupó el primer lugar (10.8%), seguido por las extracciones indicadas (1.7%) y las endodoncias (1.1%).

En la **dentición permanente**, el 19.9% de los niños de 7 años presentó historia de caries, porcentaje que se incrementó a 71.9% a los 12 y a 89.5% en la adolescencia (15 a 19 años), es decir que 9 de cada 10 adolescentes tiene experiencia de caries. Llama la atención sin embargo la reducción lograda en la historia de caries en los niños, principalmente a los 12 años al pasar de 82.6% en 1977/80 a 71.9% en la actualidad.

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, edad en la cual todas las personas presentaron experiencia de caries.

Al compararse la historia de caries con la prevalencia, se observa una relación de 3:2, lo que significa que de cada tres personas con historia de caries, dos tienen lesiones no tratadas al momento del examen.

Aunque el número de personas afectadas por caries, sigue siendo alto, el número de dientes afectados por persona ha experimentado un descenso sensible en relación con los datos del estudio de 1977/80 (Cuadro 1).

Cuadro 1. Índice CPO-D según edad. Datos comparativos. Colombia 1977-80 / 1998		
Edad	1998 Promedio	1977-80 Promedio
5	0.1	0.1
6	0.2	0.4
7	0.3	1.1
12	2.3	4.8
15-19	5.2	9.4
20-24	7.9	12.9
25-29	10.0	14.3
30-34	12.2	16.3
35-39	14.1	16.6
40-44	16.0	17.7
55-59	18.6	19.5
60-64	19.9	20.8
65-74	20.4	21.9
REGION		
Atlántica	9.2	10.2
Oriental	11.3	14.1
Occidental	9.7	14.3
Central	10.6	13.0
Santafé de Bogotá	10.8	12.7
TOTAL	10.3	12.7

lii estudio nacional de salud bucal, tomo vii, santa fe de Bogotá 1999

El índice **CPO-D** presentó valores de 0.1 a los 5 años y 2.3 a los 12 años (95% L.C. 2.0 – 2.6) resaltándose que en esta edad el índice se redujo en más del 50% al pasar de 4.8 en 1977-80 a 2.3 en 1998 quedando por debajo de la meta establecida por la OMS de 3.0 para el año 2000. El número promedio de dientes permanentes sanos a los 12 años llegó a 23.3 es decir, el 90% de los dientes presentes, cifra que también mejoro en comparación con el 20.2 de 1977-80.

A partir del grupo de 15 a 19 años, el índice CPO-D presentó incrementos permanentes al aumentar la edad, pasando de 5.2 (95% L.C. 4.9 – 5.5) en esta edad a 10.0 (95% L.C. 9.6 – 10.4) en los adultos jóvenes (20 a 34 años), a 15.0 en la edad adulta (35 a 44 años) y a 19.6 en las personas de 55 años y más. El CPO-D general (todas las edades estudiadas⁽⁹⁾) es de 10.3, siendo de 9.6 (95% L.C. 9.2 – 9.9) para los hombres y de 11.0 (95% L.C. 10.6 – 11.4) en las mujeres.

Los componentes del CPO-D⁽¹⁰⁾ también presentaron comportamientos diferentes a través de las edades: en el grupo de 15 a 19 años el 80.4% de los dientes se encuentra sano, el 8.9% con caries, el 6.8% obturado y el resto perdido o con indicación de extracción por caries. Entre los adultos jóvenes la duplicación de la historia de caries respecto a los adolescentes recae principalmente en el número promedio de dientes perdidos, el cual fue cuatro veces mayor. En la edad adulta (35 a 44 años) la pérdida dentaria se vio aumentada significativamente a 8 dientes por persona y en los mayores de 55 años la pérdida vuelve a duplicarse con respecto a los adultos alcanzando a ser de 16.2. Sin embargo, cabe resaltar que en todas las edades se presentó reducción del CPO-D con respecto a lo encontrado en 1977/80 debido principalmente a una reducción de la pérdida dentaria.

La caries radicular, mostró valores bajos (entre 0.3 y 0.5 raíces cariadas por persona) dentro del grupo de 35 a 44 años con un aumento muy leve entre los mayores de 55 años, siendo para la población general de 0.6.

Las necesidades de tratamiento se aumentan paulatinamente con la edad. Los niños de 5, 6 y 7 años requieren principalmente de sellantes y obturaciones; a los 12 años la necesidad de sellantes se reduce en tanto se aumenta la necesidad de operatoria y aparecen las necesidades endodónticas, de extracciones y coronas, con una proporción total de dientes con necesidad de tratamiento de 11.5%. Entre los 15 y 34 años las principales necesidades son de operatoria, exodoncia y endodoncia y a partir de los 35 años se reduce paulatinamente la necesidad de operatoria y de endodoncia a expensas del aumento de las exodoncias. En la población general la proporción de dientes con necesidad de tratamiento es de 11.7% (Cuadro 2).

Cuadro 2. Necesidad de tratamiento en la dentición permanente, según edad. Colombia, 1998

EDAD	TIPO DE NECESIDAD					
	Ninguno	Sellantes	Operatoria	Corona	Endodoncia	Exodoncias
5	96,6	3,0	0,4	-	*	*
6	88,6	10,0	1,3	*	*	0,1
7	87,8	10,1	2,0	*	*	*
12	88,5	5,9	5,0	0,1	0,3	0,3
15 a 19	88,3	1,4	8,8	0,1	0,6	0,7
20 a 24	87,3	0,6	10,2	0,1	0,6	1,2
25 a 29	87,5	0,1	9,4	0,2	0,9	1,9
30 a 34	86,6	0,1	9,9	0,2	1,0	2,2
35 a 39	88,6	0,05	8,3	0,5	0,6	1,9
40 a 44	87,8	-	8,7	0,3	0,6	2,5
55 a 59	90,7	0	6,8	0,2	0,2	2,7
60-64	91,5	0	5,0	0,3	0,3	2,9
65 y mas	92,1	0	4,0	0,3	0,2	3,4
TOTAL	88,3	0,5	8,3	0,2	0,6	1,7

iii estudio nacional de salud bucal, tomo vii, santa fe de Bogotá 1999

El índice de extensión y severidad (IES) en la población general fue de (16,1.2)(16) es decir que en promedio la población presentó un 16% de superficies afectadas (pérdida localizada) con un promedio de pérdida de inserción de 1.2 mm (leve). En la población con pérdida de inserción, el índice específico fue de (32,1.4) aumentándose con la edad la proporción de personas con pérdida de inserción (32.8% de las personas de 15 a 19 años y 87.0% de las personas de 55 años y más).

La presencia de al menos un marcador periodontal se observó en el 92.4% de las personas; de estas el 8.8% presentó sangrado al sondaje, el 53.3% (95% L.C. 53.27 – 53.32) presentó sangrado y cálculos simultáneamente llamando la atención que 60.9% de los niños de 12 años presenta este marcador; las bolsas pandas (menores de 6 mm) se diagnosticaron en el 26.5% de las personas (95% L.C. 26.88 – 26.91) y las profundas (de 6 y más mm) en el 3,8% (95% L.C. 3.78 – 3.81).

De acuerdo con la situación encontrada, el 7.6% de las personas, principalmente los niños, no requieren de tratamiento. Del 92.4% con necesidad de tratamiento, el 88.6%, principalmente los niños, requieren de detartraje, profilaxis y refuerzo en las medidas de higiene oral y un 3.8%, principalmente los mayores de 30 años requieren de tratamiento complejo debido a la presencia de bolsas profundas.

La prevalencia actual de 50.2% refleja una situación diferente a la reportada en 1977-80, cuando se afirmó que el 94.7% de la población tenía enfermedad periodontal en alguna de sus fases (Cuadro 3). La explicación de esta diferencia se basa principalmente en los cambios que se produjeron en los parámetros que definen la enfermedad y en el método de diagnóstico, en la década de los 80's.

Esto sumado a que el estudio de la enfermedad periodontal, por sus características debe hacerse a través de diseños longitudinales de largos periodos, dificulta evaluar con claridad la tendencia de este problema.

**Cuadro 3. Enfermedad periodontal. Datos comparativos.
Colombia 1977-80 / 1998**

Edad	Con pérdida de inserción 1998 %	Con enfermedad periodontal 1977-80 %
15 a 19	32.7	92.8
20 a 24	37.0	94.1
25 a 29	42.9	93.4
30 a 34	57.9	95.3
35 a 39	65.8	95.0
40 a 44	68.5	94.4
55 a 59	83.3	93.8*
60 a 64	88.3	
65 y más	90.6	
Regiones		
Atlántica	49.8	94.8
Oriental	54.8	96.1
Occidental	42.3	95.6
Central	46.9	93.5
Santafé de Bogotá	58.9	93.6
TOTAL	50.2	94.7

*Personas de 45 años y más

iii estudio nacional de salud bucal, tomo vii, santa fe de Bogotá 1999

OBJETIVO GENERAL

Conocer la situación de morbilidad de salud oral actual de la población afiliada al sistema de seguridad social en salud de Santa Bárbara (Ant), basados en índices COP-d Y ceo-d

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar la situación de morbilidad de la población afiliada al sistema de seguridad social en salud de Santa Bárbara (Antioquia) basados en índices COP-d Y ceo-d del año 2009 y 2010.
- Realizar un comparativo por genero de los índices COP-d y ceo-d de la población afiliada al sistema de seguridad social en salud de Santa Bárbara (Antioquia).
- Verificar la tendencia de los índices COP-D y ceo-d de la población afiliada al sistema de seguridad social en salud de Santa Bárbara (Antioquia).

METODOLOGÍA

Se realizaron revisiones de Historias Clínicas odontológicas de la ESE Hospital Santamaría del municipio de Santa Bárbara (Ant) y se determinaron los índices COP-d y ceo-d de la población afiliada al sistema de seguridad social en salud que se realizo examen clínico de primera vez en el año 2009 y 2010, para esta información fue necesario cruzar las bases de datos de oportunidad de primera vez año 2009 y hasta el mes de Octubre del año 2010 utilizadas en la EAT IPS Santa Maria.

TAMAÑO MUESTRAL

Para calcular el tamaño de una muestra hay que tomar en cuenta tres factores:

1. El porcentaje de confianza con el cual se quiere generalizar los datos desde la muestra hacia la población total.
2. El porcentaje de error que se pretende aceptar al momento de hacer la generalización.
3. El nivel de variabilidad que se calcula para comprobar la hipótesis.

La confianza o el porcentaje de confianza es el porcentaje de seguridad que existe para generalizar los resultados obtenidos. Esto quiere decir que un porcentaje del

100% equivale a decir que no existe ninguna duda para generalizar tales resultados, pero también implica estudiar a la totalidad de los casos de la población.

Para evitar un costo muy alto para el estudio o debido a que en ocasiones llega a ser prácticamente imposible el estudio de todos los casos, entonces se busca un porcentaje de confianza menor. Comúnmente en las investigaciones sociales se busca un 95%.

El error o porcentaje de error equivale a elegir una probabilidad de aceptar una hipótesis que sea falsa como si fuera verdadera, o la inversa: rechazar a hipótesis verdadera por considerarla falsa. Al igual que en el caso de la confianza, si se quiere eliminar el riesgo del error y considerarlo como 0%, entonces la muestra es del mismo tamaño que la población, por lo que conviene correr un cierto riesgo de equivocarse.

Comúnmente se aceptan entre el 4% y el 6% como error, tomando en cuenta de que no son complementarios la confianza y el error.

La variabilidad es la probabilidad (o porcentaje) con el que se aceptó y se rechazó la hipótesis que se quiere investigar en alguna investigación anterior o en un ensayo previo a la investigación actual. El porcentaje con que se aceptó tal hipótesis se denomina variabilidad positiva y se denota por p , y el porcentaje con el que se rechazó se la hipótesis es la variabilidad negativa, denotada por q .

Hay que considerar que p y q son complementarios, es decir, que su suma es igual a la unidad: $p+q=1$. Además, cuando se habla de la máxima variabilidad, en el caso de no existir antecedentes sobre la investigación (no hay otras o no se pudo aplicar una prueba previa), entonces los valores de variabilidad es $p=q=0.5$.

TAMAÑO DE LA MUESTRA			
Población Afiliada		N	22.000
Proporción	Variabilidad positiva	P	0,50
	Variabilidad negativa	Q	0,50
Error		E	6,0%
Confianza		Z (95%)	1,96
n			264

Figura 2

Según esto el tamaño de la muestra ideal seria de 264 pacientes (ver figura 2), se tuvo un problema durante la recolección de la información ya que de las bases de datos cruzadas para la obtención de la muestra (oportunidad de primera vez 2009

y 2010), solo se obtuvo 201 pacientes, ya que aunque muchos figuraban como posibles candidatos, solo 201 pacientes asistieron realmente a consulta por primera vez en el año 2009 y 2010.

RESULTADO

- Distribución de población por sexo:

SEXO	
MASCULINO	72
FEMENINO	129

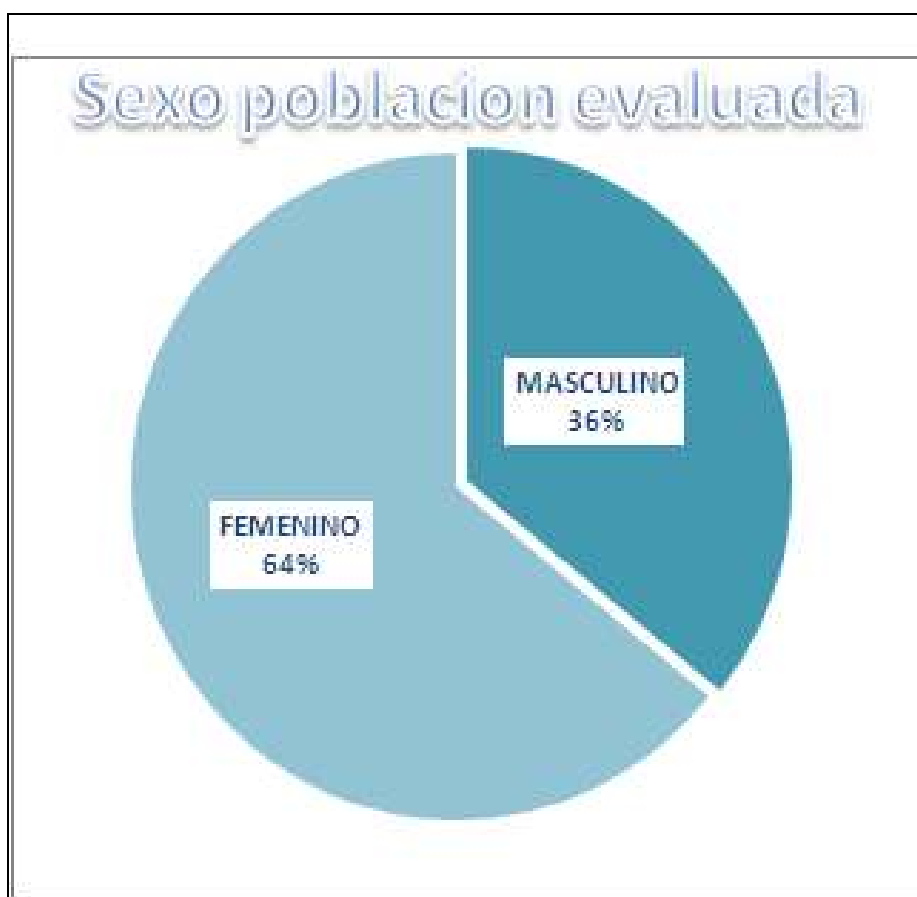


Figura 3

INDICE COP-D y ceo-d GENERAL:

INDICE GENERAL			
COP		Ceo	
2009	2010	2009	2010
0,73	0,80	0,28	0,31

Figura 5

Para la población evaluada (ver figura 5) se encontró un aumento de los índices COP-D de 0.07 al pasar de un índice en el año 2009 de 0.73 a 0.80 para el año 2010 y ceo-d de 0.04 al pasar de un índice de 0.28 en el año 2009 a 0.31 en el año 2010, de esta población los resultados según género fueron los siguientes:

INDICE SEXO MASCULINO			
COP		Ceo	
2009	2010	2009	2010
0,58	0,63	0,31	0,36

Figura 6

Para la población de sexo masculino evaluada(ver figura 6) se encontró un aumento de los índices COP-D de 0.05 al pasar de un índice en el año 2009 de 0.58 a 0.63 para el año 2010 y ceo-d de 0.05 al pasar de un índice de 0.31 en el año 2009 a 0.36 en el año 2010.

INDICE SEXO FEMENINO			
COP		Ceo	
2009	2010	2009	2010
0,81	0,89	0,24	0,27

Figura 7

Para la población de sexo femenino (ver figura 7) evaluada se encontró un aumento de los índices COP-D de 0.08 al pasar de un índice en el año 2009 de 0.81 a 0.89 para el año 2010 y ceo-d de 0.03 al pasar de un índice de 0.24 en el año 2009 a 0.27 en el año 2010.

Según los resultados se encontró que de la población evaluada 120 (60%) de los índices se mantuvieron estables del 2009 al 2010 mientras que 81 (40%) índices aumentaron en este periodo de tiempo (ver figura 8), la población de sexo femenino presento mayor mayor aumento representado en 41% , mientras que en la población masculina el 39% presento aumento .

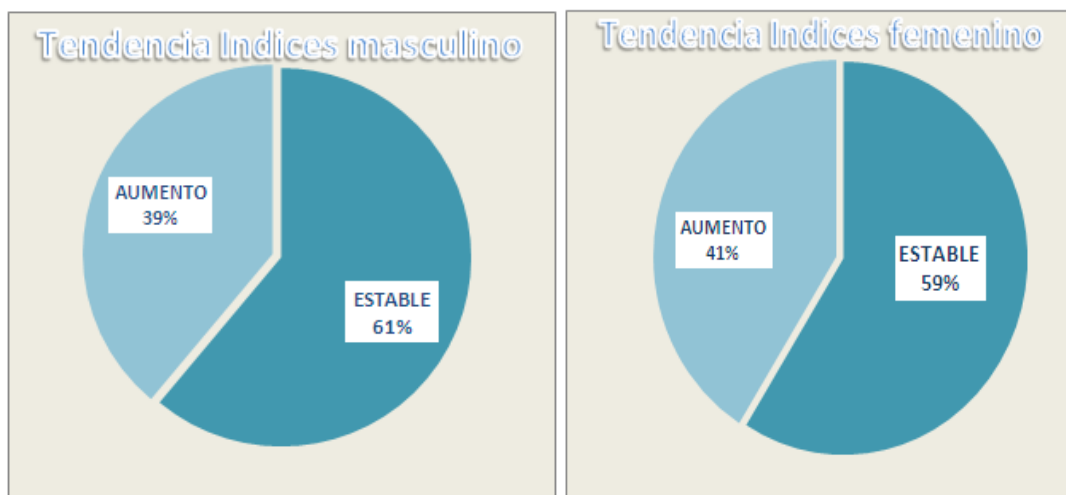
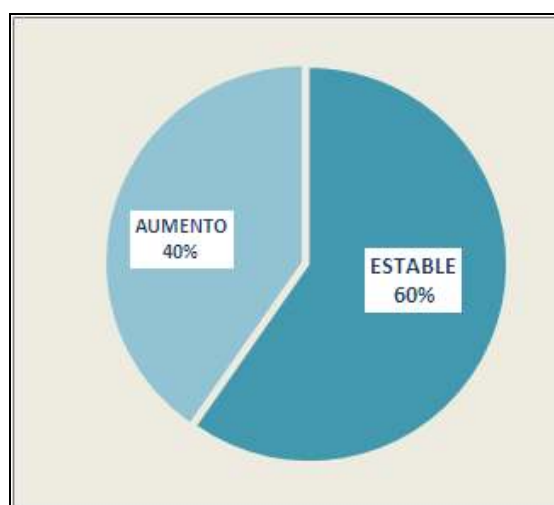


Figura 8

- Resultados índices por grupos de edad:

RESULTADOS		
Edad	2009 Promedio Santa Barbara	2010 Promedio Santa Barbara
5	0,2	0,2
6	0,3	0,4
7	0,3	0,4
12	0,1	0,2
15-19	0,1	0,2
20-24	0,3	0,4
25-29	0,4	0,4
30-34	0,6	0,7
35-39	1,1	1,2
40-44	1,2	1,3
55-59	1,1	1,3
60-64	1,1	1,1
65-74	1,8	2,0

*Figura 4.
INDICE CPO –D SEGUN EDAD, datos comparativos año 2009-2010, población de Santa Bárbara (Ant)*

De los grupos poblacionales en general se incremento el índice en las edades 6, 7, 12, 15-19, 20-24, 30-34, 35-39, 40-44, 55-59, 65-74; el incremento mayor se dio en las edades de 55-59 el cual fue de 0.2, para los demás incrementos fue de 0.1; en las únicas edades en las cuales el índice se estabilizo fue en 25-29, 60-64.

- Resultados índices por grupos de edad y género:

RESULTADOS SEXO MASCULINO		
Edad	2009 Promedio	2010 Promedio
5	0,2	0,3
6	0,6	0,6
7	0,1	0,2
12	0,1	0,2
15-19	0,2	0,2
20-24	0,2	0,3
25-29	0,4	0,5
30-34	0,5	0,6
35-39	1,1	1,1
40-44	0,8	0,9
55-59	1,4	1,4
60-64	0,7	0,7
65-74	1,4	1,5

Figura 9
INDICE CPO –D según edad y genero, datos comparativos año 2009-2010, población de Santa Bárbara (Ant)

De los grupos poblacionales de sexo masculino, se obtuvo un incremento del índice CPO-D en las edades 5 ,7 ,12 ,20-24 ,25-29 ,30-34 ,40-44 ,65-74 ; el incremento fue de 0.1 para todos los casos; en las únicas edades en las cuales el índice se estabilizo fue en 6 ,15-19 ,35-39 ,55-59 ,60-64..

RESULTADOS SEXO FEMENINO		
Edad	2009 Promedio	2010 Promedio
5	0,0	0,0
6	0,4	0,4
7	0,3	0,4
12	0,3	0,3
15-19	0,1	0,1
20-24	0,3	0,4
25-29	0,3	0,4
30-34	0,6	0,7
35-39	1,2	1,3
40-44	1,3	1,3
55-59	1,0	1,3
60-64	1,5	1,5
65-74	2,0	2,2

Figura 10
INDICE CPO –D según edad y genero, datos comparativos año 2009-2010, población de Santa Bárbara (Ant)

De los grupos poblacionales de sexo femenino, se obtuvo un incremento del índice CPO-D en las edades 7 ,20-24 ,25-29 ,30-34 ,35-39 ,55-59 ,65-74; el incremento mayor fue de 0.3 en la edad 55-59, seguido de 0.2 en la edad 65-74, para los demás incrementos fue de 0.1 ; en las únicas edades en las cuales el índice se estabilizo fue en 5 ,6 ,12 ,15-19 ,40-44 ,60-64.

CONCLUSIONES

- El aumento significativo de las actividades de PyP no garantiza el impacto positivo en la salud oral de la población.
- Según los índices evaluados, la morbilidad de la población evaluada empeoró desde el año 2009 al año 2010 ya que pasó de un índice en el año 2009 de 0.73 a 0.80 para el año 2010 y ceo-d de 0.28 en el año 2009 a 0.31 en el año 2010.
- La población evaluada de sexo femenino presentó mayores índices COP-D (0.81 en el año 2009 y 0.89 en el año 2010), respecto a la población de sexo masculino (0.58 en el año 2009 y 0.63 en el año 2010).
- La población evaluada de sexo masculino presentó mayores índices ceo-d (0.31 en el año 2009 y 0.36 en el año 2010), respecto a la población de sexo femenino (0.24 en el año 2009 y 0.27 en el año 2010).
- De los grupos poblacionales el índice se estabilizó en las edades 25-29, 60-64, para el resto de las edades se obtuvo un incremento, dándose el incremento mayor en las edades de 55-59 el cual fue de 0.
- Se debe realizar una clasificación de pacientes de alto, mediano y bajo riesgo para realizar un seguimiento adecuado de estos y mantenerlos controlados.
- Es necesario implementar un programa de clínica del paciente sano para tener un adecuado seguimiento de los pacientes que estén controlados y de esta manera mantener los índices de morbilidad estables.
- Se debe mejorar las técnicas de educación y motivación de los pacientes ya que según los resultados de la investigación las manejadas actualmente no han sido exitosas.

BIBLIOGRAFIA

1. III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL, TOMO VII, SANTA FE DE BOGOTA 1999.
2. LEY 100 DE 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
3. LEY 1122 DE 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones