



## LINEAMIENTOS

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

***ESTRATEGIA  
SOY GENERACIÓN MÁS SONRIENTE***

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUÍZ GÓMEZ**  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO**  
Viceministra de Protección Social

**GERARDO LUBIN BURGOS BERNAL**  
Secretario General

**CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA**  
Directora de Epidemiología y Demografía (E)

**ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA**  
Director de Promoción y Prevención

**JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE**  
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE**  
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

**FERNANDO RAMIREZ CAMPOS**  
Directora de Medicamentos y Tecnología en Salud

**JOSE LUIS ORTÍZ HOYOS**  
Director Regulación de la Operación del Aseguramiento en  
Salud,  
Riesgos Laborales y Pensiones

**FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO**  
Director Regulación de Beneficios, Costos y  
Tarifas del Aseguramiento en Salud

**OMAR HERNÁN GUAJE MIRANDA**  
Director de Financiamiento Sectorial

**ALVARO ROJAS FUENTES**  
Director Administración de Fondos de la Protección Social

**JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA VERGARA**  
Subdirector Enfermedades Transmisibles encargado de las  
Funciones de la Subdirección de Enf. No Transmisibles

**DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO**  
Asesor del Despacho del Viceministro de Salud Pública y  
Prestación de Servicios, Encargado de la Subdirección de  
Enfermedades Transmisibles

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

**ESTRATEGIA  
SOY GENERACIÓN MÁS SONRIENTE**

**Subdirección de Enfermedades Crónicas no Transmisibles  
Grupo de Condiciones Prevalentes**

Versión 3 – Marzo 2016  
© Ministerio de Salud y Protección Social  
Carrera 13 No. 32 76  
PBX: (57-1) 330 50 00  
FAX: (57-1) 330 50 50  
Bogotá D.C., Colombia, Marzo de 2016

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

## ELABORACION

**Dra. SANDRA TOVAR VALENCIA**

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

**Dra. MARTHA JARAMILLO BUITRAGO**

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

**LILIANA DUQUE RESTREPO**

Referente de Salud Bucal  
Municipio de Manizales – Caldas 2014

## CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>PROBLEMÁTICA A INTERVENIR</b> .....	<b>8</b>
<i>SITUACIÓN ACTUAL</i> .....	<b>8</b>
<i>¿POR QUÉ HACERLO Y POR QUÉ AHORA?</i> .....	<b>11</b>
<i>SALUD BUCAL E INTERDEPENDENCIA CON LA SALUD GENERAL</i> .....	<b>13</b>
<b>ACCIONES PARA PROMOVER LOS CUIDADOS EN SALUD BUCAL</b> .....	<b>14</b>
<i>ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN Y DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DE CUIDADOS BUCALES</i> .....	<b>14</b>
<b>BARNIZ DE FLÚOR COMO ACCIÓN PREVENTIVA COSTO-EFECTIVA</b> .....	<b>16</b>
<b>PROPÓSITO</b> .....	<b>19</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>19</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>19</b>
<b>POBLACIÓN OBJETO</b> .....	<b>20</b>
<b>PROCEDIMIENTOS A REALIZAR</b> .....	<b>20</b>
<b>1 PRÁCTICAS DIARIAS DE CUIDADO BUCAL</b> .....	<b>20</b>
<i>Población beneficiada</i> .....	<b>20</b>
<i>Definición</i> .....	<b>20</b>
<i>Recomendaciones</i> .....	<b>20</b>
<i>Descripción de la actividad</i> .....	<b>21</b>
<b>2 APLICACIONES DE BARNIZ DE FLÚOR</b> .....	<b>23</b>
<i>Población beneficiada</i> .....	<b>23</b>
<i>Definición</i> .....	<b>23</b>
<i>Recomendaciones</i> .....	<b>23</b>
<i>Descripción de la Actividad</i> .....	<b>24</b>
<b>ESTRATEGIAS PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR</b> .....	<b>25</b>
<i>Aplicación de barniz de forma regular y continua en los servicios de odontología (modalidad intramural)</i> .....	<b>25</b>
<i>Aplicación de barniz en espacios fuera de los servicios (modalidad extramural / brigadas-eventos, puntos fijos y móviles)</i> .....	<b>26</b>
<i>Jornadas Nacionales</i> .....	<b>28</b>
<b>SOPORTE NORMATIVO</b> .....	<b>28</b>
<b>PLANIFICACIÓN, PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN</b> .....	<b>30</b>

<b>FINANCIACIÓN .....</b>	<b>32</b>
<b>MONITOREO Y EVALUACIÓN .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>34</b>

## PRESENTACIÓN

El brindar a la población infantil todas las garantías para que logren desarrollar su potencial, se ha vuelto una prioridad en el mundo y en el país, al comprender que cualquier intervención que se realice en favor de los niños y niñas, resulta fundamental para la consolidación de las características que tendrán las personas y la sociedad en el futuro<sup>1</sup>.

El Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006, fue expedida con la finalidad de garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, prevaleciendo el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna. Ordena la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, y su reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior; señala que la protección integral, se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

Orienta además sobre el interés superior que los niños, niñas y adolescentes deben tener, lo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes, siempre aplicando la norma más favorable para el interés superior, para lo cual hay una corresponsabilidad que se entiende como la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, por lo que la familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección. Resalta que la corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que se establece entre todos los sectores e instituciones del Estado, pero que no obstante, las instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.

Se reconoce, que los primeros años de vida son básicos para el desarrollo del ser humano, en los aspectos biológico, psicológico, cultural y social. Desde el período de gestación, los niños y niñas cuentan con capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales, que se deben reconocer y promover, pues ellas sirven de fundamento para el aprendizaje, la comunicación, la socialización y en general para el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias y se considera que los dos primeros años de vida son definitivos para el crecimiento físico y la nutrición, así como para la vinculación afectiva con las figuras materna y paterna<sup>2</sup>. El desarrollo humano se entiende como un conjunto de condiciones que deben ser garantizadas, tales como la salud, la nutrición, la educación, el desarrollo social y el desarrollo económico y garantizar una atención integral en la primera infancia es una oportunidad única para impulsar el desarrollo humano

<sup>1</sup> Fundación Centro de Estudios Escuela para el Desarrollo. La Política Pública de Primera Infancia en Colombia: algunas consideraciones en torno a su financiamiento e implementación. Bogotá, mayo 2010.

<sup>2</sup> Colombia por la Primera Infancia. Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá, Diciembre de 2006.

de un país. Acceder al cuidado primario, por parte de la madre gestante y del menor de un año, reduce los riesgos asociados a la mortalidad y morbilidad y es a partir de ese cuidado, donde empiezan a marcarse el futuro del niño y de la niña y el bienestar de la madre<sup>3</sup>.

Sin embargo, la política para la primera infancia reconoce que el lograr sobrevivir no necesariamente implica contar con las posibilidades para desarrollarse, pues un porcentaje importante de los menores de 5 años presentan algún tipo de discapacidad incluyendo problemas para moverse, o ver o entender y aprender y para relacionarse con los demás por problemas psicológicos y emocionales. Por tanto se constituye en uno de los objetivos específicos el promover la salud, la nutrición y los ambientes sanos desde la gestación hasta los 6 años, prevenir y atender la enfermedad, e impulsar prácticas de vida saludable y condiciones de saneamiento básico y avanzar de forma progresiva en garantizar salud integral a jóvenes y adolescentes, adultos y adultos mayores.

## PROBLEMÁTICA A INTERVENIR

### *Situación actual*

La caries dental sigue siendo la condición que con mayor frecuencia afecta la salud bucal en el mundo, llegando a presentarse entre el 60 y 90% de la población escolar y adulta<sup>4</sup>.

Las caries de la primera infancia, que afecta a los dientes temporales según su cronología de erupción, involucra a varios dientes en forma rápida y ocasiona un significativo desarrollo de caries en dentición temporal y posteriormente en dentición permanente; se dice que los niños con caries de la primera infancia presentan el doble de dientes cariados, obturados y perdidos a los 4 y 6 años de edad en relación con los que no la poseen. En estudios epidemiológicos se ha obtenido relación significativa entre la experiencia previa de caries en dentición temporal, dentición permanente o ambas con la actividad posterior de caries<sup>5</sup>.

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

Por primera vez el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluyó el análisis de la situación de salud bucal de la población menor de 5 años, especialmente en lo relacionado con estilos de vida y con eventos como la caries para los niños de 1, 3 y 5

<sup>3</sup> Consejo Nacional de Política Económica Social –DNP. CONPES 119 Política Pública Nacional de Primera Infancia. Bogotá, DC., Diciembre de 2007

<sup>4</sup> World Health Organization. Global oral health data bank. Geneva: World Health Organization; 2002

<sup>5</sup> Rivero LA, Cantillo EE, Gispert AE, Jiménez JA. Relación de la experiencia anterior de caries con la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. Rev Cubana Estomatol 2000;37(3):162-5.

<sup>6</sup> Cabrera D, Herrera M, Gispert E y Duque M. Riesgo de caries dental en niños atendidos en el hogar en el período 2006-2007. Rev Cubana Estomatol v.46 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2009



años y de fluorosis dental para los de 5 años. También se reconoció el estado de salud de jóvenes de 12, 15 y 18 años y de la población adulta entre 20 y 79 años de edad.

En dicho Estudio, los cuidadores reportan que el 58,9% de los niños 1, 3 y 5 años han asistido a consulta odontológica (especialmente los niños de 5 años); es decir solo un poco más de la mitad, sin que el resto haya recibido siquiera orientaciones de cuidado. El 79,7% ha acudido a consulta a través de EPS, el 11,1% a través de centros de salud y 9,2% por consulta privada.

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

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

Con relación a la presencia de eventos que afectan la salud bucal en los menores de 5 años, se identificó que el 6.02% de los niños de 1 años, en su corta vida han tenido **experiencia caries dental** (es decir presencia de dientes con caries avanzada, dientes obturados por caries y perdidos por caries), pero además al considerar la caries incipiente (previa a la cavitación) que se denominó para este estudio como **experiencia modificada C<sub>(2-6 ICDAS)</sub>op**, hay un incremento hasta llegar a 29.31% de los niños de esta edad. Para los niños de 3 años la experiencia de caries se incrementa ostensiblemente hasta llegar a 47.10% y para los de 5 años llega a 62.24%, en tanto para estas edades la **experiencia modificada C<sub>(2-6 ICDAS)</sub>op** pasa a 83.03% y 88.91% respectivamente.

Para estas tres edades, la prevalencia de caries (proporción de personas que al momento del examen presentan una o más lesiones de caries dental no tratada), se identificó en 5.89% para los de 1 año, incrementándose a 43.77% para los niños de 3 años y a 52.20% para los de 5 años. De igual forma al considerar la caries incipiente la **prevalencia modificada C<sub>(2-6 ICDAS)</sub>op**, al primer año es de 26.85%, a los 3 años se aumenta a 77.47% y a los 5 años a 81.86%.

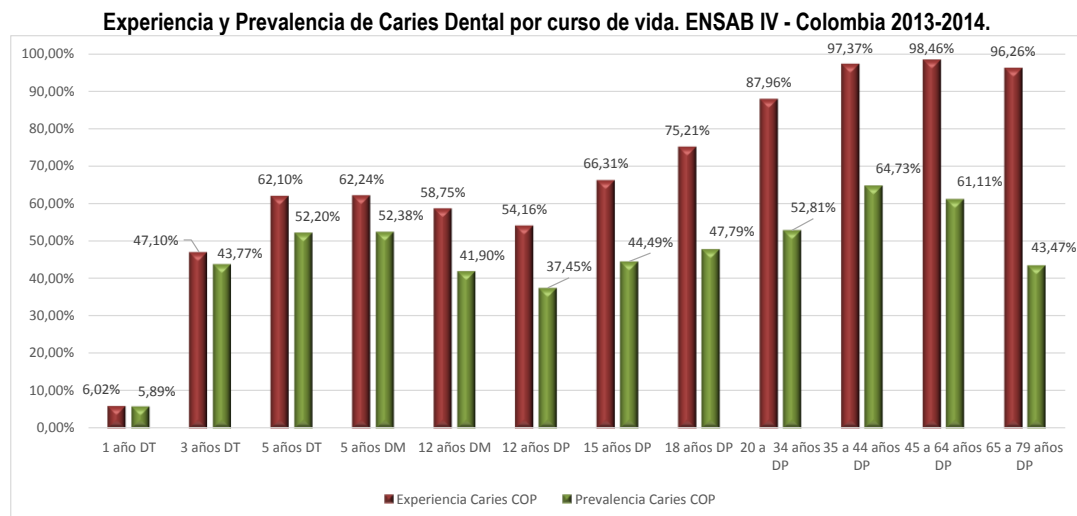
Con relación al Índice cop, en los niños de 1 año el índice se ubica a tan temprana edad en 0,19, incrementándose para las edades de 3 y 5 años, a 1,86 y 2,83 respectivamente en la dentición temporal.

La presencia de caries en edades tan tempranas, y la presencia además de un 8.43% de niños de 5 años con fluorosis dental, según los resultados del recién ENSAB IV, soportan aún más la necesidad de realizar acciones de protección específica desde las etapas más tempranas de la erupción dental, en procura de buscar controlar el avance de la caries dental y reducir el riesgo de ingesta de fluoruros de forma que se

reduzca a su vez el riesgo de presencia de fluorosis dental, como parte de la atención humanizada, integral e integrada que las personas requieren y que necesitan para continuar creciendo con las mejores condiciones posibles de bienestar y calidad de vida.

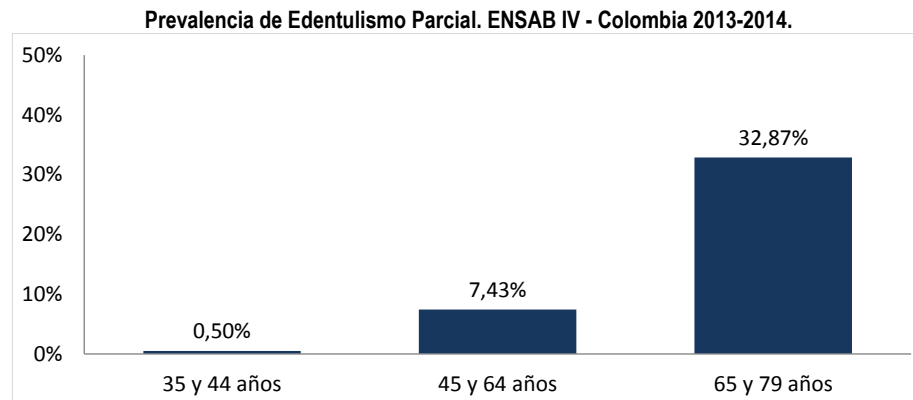
La práctica de cuidados bucales y el control de la enfermedad desde las primeras edades de vida, contribuirá a la instauración de hábitos y de condiciones de salud, que permitirán reducir los indicadores de morbilidad a lo largo del resto del curso de vida. El ENSAB IV evidencia por ejemplo, que solo el 38.1% de los jóvenes de 12, 15 y 18 años le dedican tiempo al cuidado bucal al finalizar el día; solo el 35.8% refiere haber recibido actividades educativas; solo el 35.4% refiere que le han realizado control de placa y profilaxis y solo al 26% le aplicaron flúor, lo cual resulta ser coberturas muy bajas teniendo en cuenta que estos procedimientos se encuentran cubiertos en el plan obligatorio de salud y en la Norma Técnica de protección específica de salud bucal (Resolución 412 de 2000). En los adultos entre 20 y 79 años, también es relevante reconocer estas situaciones, encontrándose que el 61.1% de ellos, siempre le dedica tiempo al cuidado de su boca al finalizar su jornada diaria, pero en servicios solo el 24.8% ha recibido control de placa y profilaxis; el 20.4% retiro de cálculos y el 16.4% solamente refiere haber recibido actividades educativas.

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



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

Finalmente la evidencia, a través del ENSAB IV, da cuenta que en las edades adultas la experiencia de caries continúa en incremento pero la reducción en la prevalencia de caries se está dando por cuenta de la pérdida dental.



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

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

Teniendo en cuenta la situación actual se hace evidente la necesidad de desarrollar capacidades para articularse a estrategias que permitan aproximarse a los espacios de vida cotidiana de las personas y para enfilarse a cambiar realmente el paradigma de la atención curativa hacia la promoción y favorecimiento de condiciones que permitan mejores condiciones, con la participación de los servicios, de otros sectores y de la propia comunidad como sujeto con derecho sobre sí mismo, y no solo como objeto de atenciones externas, lo cual está contemplado en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria y en la Resolución 429 de 2016 que adopta a Política de Atención Integral en Salud, dentro de la cual adicionalmente se ordena la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud y de las Rutas de Atención Integral en Salud dentro de las cuales se desarrollara la Ruta para la población con riesgo o alteraciones en la salud bucal.

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

### **¿Por qué hacerlo y por qué ahora?**

La OMS reconoce que en el caso de la caries dental, hay desigualdades marcadas entre los países desarrollados y los países en desarrollo e incluso dentro de los propios países, y que esta enfermedad se constituye en un grave problema de salud pública al reconocer que tiene un impacto sobre los individuos y

las comunidades en términos de dolor, sufrimiento, deterioro de la función, y considerable reducción de la calidad de vida, máxime debido a que en todo el mundo la mayor carga de las enfermedades bucales, se concentra en las poblaciones más pobres y marginadas. El patrón actual de las enfermedades bucales, refleja diferentes perfiles de riesgo en y entre los países, que se relacionan con las condiciones y estilos de vida, los factores ambientales, y la aplicación de medidas preventivas, esperándose incluso, que pueda incrementarse la incidencia de condiciones bucales, como resultado del creciente consumo de azúcares, la inadecuada exposición a fluoruros, el consumo de tabaco, la relación con las enfermedades crónicas<sup>7</sup>.

Los determinantes sociales también se relacionan con la caries y otras condiciones bucales, siendo relevantes los ingresos, la educación, los servicios, el acceso a trabajo que marca la capacidad adquisitiva, el acceso y algunos comportamientos, hábitos y estilos de vida entre otros, sin desconocer que tienen impacto otros factores más individuales como las condiciones ambientales orales, y el conocimiento y prácticas de higiene y cuidado bucal. Durante la última década, los investigadores de la salud pública y autoridades de varios países han manifestado su preocupación frente a que los descubrimientos científicos no se traducen efectivamente en un beneficio clínico y colectivo en salud tangible, y reconocen la necesidad de integrar los conocimientos y acciones de la investigación, la clínica y la salud pública en procura de reducir los tratamientos curativos tardíos y mejorar las intervenciones más tempranas. Si bien no es suficiente centrarse en los primeros años de vida, si se considera una de las prioridades, por considerarse que lo que se hace en esta etapa se acumula a lo largo de la vida, con la esperanza de romper y reducir las desigualdades incluso desde antes del nacimiento<sup>8</sup>.

Hoy el país cuenta con cerca de 48.086.948 personas, acorde con las proyecciones del DANE<sup>9 10</sup>, de las cuales cerca del 32% se encuentran entre los 0 y 17 años, es decir casi una tercera parte de la población colombiana. Esta población ha sido focalizada dentro de las políticas públicas del país, acorde con la Ley de Infancia y Adolescencia cuyo propósito es consolidar el trabajo articulado de todos los sectores para aportar condiciones que garanticen los derechos de esta población y su desarrollo integral, del cual hace parte la salud bucal, como parte del desarrollo corporal y social de las personas.

**Distribución por sexo de la población entre 1 y 17 años, para Colombia a 2016.**

Edades de Interés	Población (Proyección Dane)		
	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 1 año	448.451	427.782	876.233
1 a 2 años	889.094	848.403	1.737.497
3 a 5 años	1.318.319	1.258.744	2.577.063
6 a 10 años	2.177.099	2.081.085	4.258.183
11 a 14 años	1.744.768	1.670.453	3.415.221
15 a 17 años	1.320.145	1.266.909	2.587.054
Total menores de 18 años	7.897.876	7.553.376	15.451.252

Fuente: Población proyectada por el DANE<sup>11</sup>

<sup>7</sup> Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization | September 2005, 83 (9).

<sup>8</sup> Pitts N, et al. Global Oral Health Inequalities: Dental Caries Task Group—Research Agenda. Adv Dent Res 23(2) 2011

<sup>9</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Dirección de Censos y Demografía y Colombia Estimaciones 1985-2005. [en línea]. Bogotá: Dirección de Censos y Demografía; 2010 [recuperado el 13 de abril de 2015]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Ficha\\_Estimaciones\\_Proyecciones\\_85\\_2020.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Ficha_Estimaciones_Proyecciones_85_2020.pdf)

<sup>10</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Proyecciones 2006-2020 actualizados por sexo y edad. [en línea]. 2008. [recuperado el 13 de abril de 2015].

<sup>11</sup> DANE. Visor consultado en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>

Abordar las necesidades de atención implica el desarrollo de acciones que de una parte favorezcan el mejoramiento de las condiciones, modos y estilos de vida a través de acciones relacionadas con la promoción de la salud pero también a través de medidas que desde el sector salud favorezcan la APS, la cobertura con acciones de protección específica como parte relevante de la atención oportuna y se garantice el derecho a una atención integral y con calidad.

La estrategia SOY GENERACION MAS SONRIENTE, no se constituye en sí misma en la estrategia de APS en salud bucal, pero si hace uso de algunos de sus elementos:

- ✓ Desarrollar acciones intersectoriales, que permitan modificar determinantes que afectan la salud.
- ✓ Desarrollar acciones de información, educación y divulgación de mensajes claves como una de las acciones de la promoción para la salud bucal, que propicien la toma de decisiones a partir de la información adecuada.
- ✓ Procurar el desarrollo de aptitudes en padres y cuidadores, para contribuir al bienestar de los menores de 18 años pero también al propio bienestar de la familia a través de la entrega de mensajes claves que puede aplicarse a su autocuidado y al de quienes están en sus entornos.
- ✓ Ser un incentivo para que la comunidad se movilice y participe activamente en la planeación, implementación y seguimiento de estrategias que le permitan apropiarse del cuidado de la salud bucal y la difusión de los mensajes claves en sus diferentes entornos, al reconocer la interacción de la salud bucal y la salud general.
- ✓ Abrir puertas de oportunidad para que los administradores del riesgo y los prestadores de servicios, generen procesos de innovación para la reorientación de los servicios sanitarios, en este caso los relacionados con la salud bucal, en procura de reducir barreras de acceso, de contar con recurso humano capacitado para generar un primer contacto eficiente y efectivo, para que las acciones e intervenciones sean oportunas y resolutivas, para realizar acciones promocionales y preventivas en otros espacios diferentes al institucional cuando sea posible y para procurar entre otros complementarse mutuamente en procura de atenciones más integrales e integradas.
- ✓ Desarrollar acciones de protección específica, como es la aplicación de barniz de flúor como una de las acciones de prevención primaria y secundaria que cuenta con evidencia de costo beneficio, y que es **complementario** a las acciones contenidas en la Norma Técnica de Salud Bucal de la Resolución 412 de 2000.

### **Salud bucal e interdependencia con la salud general**

Las condiciones de salud bucal, se consideran como uno de los aspectos que afectan las percepciones sobre calidad de vida; la Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas, que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza<sup>12</sup>. Sheiham comparte esta visión, al mencionar que la salud bucal afecta a las personas, física y psicológicamente, influenciando su crecimiento, el disfrute de la vida, el mirar, hablar, masticar, saborear la comida y disfrutar de la vida social,

<sup>12</sup> Canadian Dental Association. Oral health complications. What is oral health? (Approved by Resolution 2001.02, Canadian Dental Association Board of Governors, March 2001). Available at: "[www.cda-adc.ca/en/oral\\_health/complications/index.asp](http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/complications/index.asp)".

así como sus sentimientos sobre su bienestar social<sup>13</sup>. La boca participa de procesos y funciones como la alimentación, la nutrición y la masticación, la socialización, la comunicación, el desarrollo del lenguaje y el habla, la expresión de los afectos humanos e incluso en procesos inmunológicos, todos ellos presentes en todas las etapas del ciclo vital y del desarrollo humano.

Por ello la boca, sus componentes y funciones, son más que dientes sanos y representan un espejo de la salud, siendo condición indispensable del bienestar general. Al hacer parte de los procesos de aprendizaje, y de la conformación y consolidación de la identidad personal, son también parte esencial para la potencialización de capacidades y oportunidades para las personas. La boca, incluye no sólo los dientes y las encías (gingiva) y sus tejidos de apoyo, sino también el paladar duro y blando, las mucosas de la boca y la garganta, la lengua, los labios, las glándulas salivares, los músculos de la masticación, y la mandíbula inferior y superior. Hacen parte también el sistema nervioso, inmunológico y vascular, que protegen y nutren los tejidos y proveen las conexiones al cerebro y al resto del cuerpo para funcionar. El patrón genético de desarrollo en el útero revela aún más la relación íntima de los tejidos de la cara y la cabeza que rodean la boca, estructura a la cual se refieren como craneofacial.<sup>14</sup>

## ACCIONES PARA PROMOVER LOS CUIDADOS EN SALUD BUCAL

Los diferentes modelos de salud, basan sus estructuras en procesos de costo eficiencia y costo efectividad, a pesar de lo cual en la práctica se han perpetuado los modelos que priorizan la atención a la enfermedad, sin que se haya logrado aún atender efectivamente las cargas acumuladas de necesidades.

***“La prevención en el ámbito de la comunidad y la población, es el enfoque más rentable y tiene el mayor impacto en una comunidad o población (escuela, barrio, o nación). Un programa eficaz de prevención comunitaria es un procedimiento planificado que previene la aparición de una enfermedad en un grupo de individuos. Existen muchos enfoques diferentes para la prevención de enfermedades dentales y el método más rentable es la educación sanitaria”<sup>15</sup>.***

### ***Estrategias de Educación y de Información y Comunicación de Cuidados Bucales***

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

<sup>13</sup> Sheiham Aubrey, Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. September 2005 , 83(9)

<sup>14</sup> Política Pública de Salud Oral con Participación Social 2004-2010. Distrito de Política Bogotá.

<sup>15</sup> Nakre Priya and Harikiran A. Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry. July-December 2013, Vol. 3, No. 2



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

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

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

- Identificar previamente los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las personas, para reconocer y potencializar las que sean favorables para mantener y lograr salud bucal y las que deban ser modificadas positivamente en favor de la salud bucal.
- Reconocer las realidades individuales y/o colectivas y particulares que se relacionan con la salud bucal, normas sociales, creencias, actitudes, desarrollo de habilidades, cultura de la población, motivaciones y contexto bio-psico-sociales que afectan las prácticas en salud bucal.
- Favorecer acercamiento con las personas, poblaciones y comunidades, para concertar procesos de desarrollo del saber, comprender, sentir y actuar en relación con los temas de interés, en procura de favorecer la participación y movilización social.
- Diseño e implementación de estrategias y selección de medios, a través de los cuales se hagan llegar los contenidos, de acuerdo a las particularidades de la población a quienes se busca acompañar.
- Seleccionar las herramientas de información y educación pertinentes para lograr el acercamiento positivo que permita llevar los contenidos de cuidado en salud bucal.
- Diseñar e implementar conjuntamente, procesos formativos basados en diálogos de saberes y fomentando la participación comunitaria para la multiplicación de acciones de cuidado bucal.
- Acompañar a las personas, familias y colectivos para aplicar y transformar conceptos que favorezcan la salud bucal.
- Promover estrategias y proyectos colaborativos con participación ciudadana para difundir y fomentar cuidados de salud bucal.
- Desarrollar procesos de seguimiento, acompañamiento y asistencia, de forma sistematizada y documentada que permita identificar avances, logros y aspectos de interés a través del tiempo, como insumos para modificar estrategias, contenidos y acciones e implementar planes de mejoramiento.

## BARNIZ DE FLÚOR COMO ACCIÓN PREVENTIVA COSTO-EFECTIVA

La American Academy Pediatric Dentistry (AAPD), en su Guía Clínica de Cuidados de Salud Oral para los Adolescentes, estableció las principales alteraciones sobre las cuales es importante intervenir en estas edades, siendo la caries dental una de las principales condiciones por su impacto en la morbilidad bucal<sup>16</sup>, lo cual ocurre también en el país. Recomiendan la evaluación del riesgo de caries como un elemento clave para el cuidado preventivo contemporáneo en bebés, niños, adolescentes, y en personas que requieren cuidados especiales; de esta forma se busca prevenir la enfermedad al identificar y minimizar los factores causales y optimizar los factores protectores.

Los bebés y los niños pequeños tienen factores de riesgo de caries únicos: en esta edad se está estableciendo la flora oral a la vez que se están consolidando los sistemas de defensa del cuerpo; los dientes son susceptibles porque están en proceso de erupción en un momento en que apenas se están desarrollando los hábitos alimenticios, de higiene y de cuidado<sup>17</sup>; es un período vulnerable para la transmisión de las bacterias orales de la madre o de otro cuidador al niño y es a menudo el momento en que el exceso de alimentos que contienen azúcar se introducen en la alimentación diaria de los bebés y niños pequeños, incluso a través de la alimentación con biberón pudiendo derivar caries dental de forma desenfrenada<sup>18</sup>. Adicionalmente en la primera infancia los niños dependen de los cuidados que les provean otras personas toda vez que no son autosuficientes y es un momento en que las complicaciones de la caries aparte de los problemas estéticos y de pérdida de la función, generan especialmente un importante impacto cuando no es prevenida y tratada oportunamente por que causa dolor e infecciones que pueden comprometer su salud general<sup>19</sup>.

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

<sup>16</sup> American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. 2013.

<sup>17</sup> American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. 2013.

<sup>18</sup> Harold C. Slavkin, D.D.S. Expanding the Boundaries: Enhancing Dentistry's Contribution to Overall Health and Well-Being of Children. Journal of Dental Education 1001; Volume 65, No.12

<sup>19</sup> Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of dental decay in the pre-school child. National clinical guideline. November 2005



entre otros<sup>20</sup> con el propósito de implementar acciones intersectoriales y comunitarias que colaborativamente aporten a proveer mejores condiciones de salud.

En el caso de la caries, como la enfermedad más prevalente que afecta la salud bucal desde la primera infancia, el mejoramiento en el conocimiento del proceso de formación de la misma, ha permitido cada vez con mayor énfasis identificar que es posible trabajar desde las etapas tempranas y que es posible también intervenirla con estrategias que permitan su control a través de la re mineralización de las superficies dentales y de la práctica de una odontología cada vez menos curativa. La evidencia reciente sugiere que sólo el 40,9% de las superficies proximales de los dientes permanentes y 28,3% en los dientes primarios con lesiones en la mitad exterior de la dentina no son cavitadas, lo que significa que los dientes con estas lesiones pueden ser controlados antes de recibir restauraciones cuando la lesión ha progresado a dentina<sup>21</sup>.

La pasta dental con flúor como medida domiciliaria que hace parte de las prácticas de cuidado bucal y la aplicación semestral de barniz de flúor como el método profesional en niños para controlar el riesgo de caries, se han evidenciado en varios estudios como métodos que brindan resultados costoefectivos<sup>22</sup>. El uso de barniz de flúor desde los 9 meses hasta los 42 meses de edad, ha sido identificado como que mejora los resultados clínicos al brindar un mayor tiempo libre de caries y además un menor costo clínico frente a tratamientos para atender en los servicios la presencia de caries cavitacional, incluyendo los servicios hospitalarios<sup>23</sup>.

Anusavice ha recopilado el resultado de varias revisiones sobre los resultados de la aplicación de barniz de flúor frente a otros vehículos con flúor. Entre sus resultados, analizo la revisión de 1.435 artículos, con los que se evaluó la fuerza de la evidencia sobre la eficacia de métodos preventivos para caries aplicados por profesionales a personas de alto riesgo frente a la eficacia de prácticas de tratamiento realizadas por profesionales para detener o revertir las lesiones de caries cavitacional, encontrando en general, que la fuerza de la evidencia era "favorable" para los barnices de flúor e "insuficiente" para todos los otros métodos incluyendo la atención de lesiones cavitacionales.<sup>24</sup> Al comparar su uso frente a un placebo, estudios muestran reducciones de caries de 28% cuando se aplica en gel y, en barniz, de 33% en dentición primaria y 46% en dentición permanente<sup>25</sup>

En una revisión Cochrane, Marinho y Colaboradores, sugieren que la aplicación de barnices fluorados de dos a cuatro veces al año, tanto en la dentición permanente como en la temporal, está asociada con una reducción considerable en el incremento de caries, aunque no encontraron pruebas de que este efecto relativo dependiera del nivel inicial de caries o de la exposición a otras fuentes de fluoruro<sup>26</sup>.

<sup>20</sup> Wendy E. Mouradian, The Face of a Child: Children's Oral Health and Dental Education. Journal of Dental Education 2001; Volume 65, No. 9.

<sup>21</sup> Anusavice K. Present and Future Approaches for the Control of Caries. Journal of Dental Education. Volume 69, Number 5

<sup>22</sup> S Twetman. Prevention of early childhood caries (ECC): review of literature published 1998-2007. European Archives of Paediatric Dentistry 2008; Vol. 9(1): 12-18

<sup>23</sup> R B Quiñonez, Simulating cost-effectiveness of fluoride varnish during well-child visits for Medicaid-enrolled children. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. Vol. 160(2). 2006

<sup>24</sup> Anusavice K. Present and Future Approaches for the Control of Caries. Journal of Dental Education. Volume 69, Number 5

<sup>25</sup> Stefania Martignon. Manejo temprano de caries: ¿cuál es la evidencia de las Estrategias preventivas actuales? Revisión de Literatura. Universidad El Bosque.

<sup>26</sup> Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Barnices fluorados para la prevención de caries dentales en niños y adolescentes. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.

El barniz de fluoruro se ha ido convirtiendo en un método común para proporcionar fluoruro a los niños pequeños para la prevención de caries incluida la Caries de Infancia Temprana, debido a la seguridad para su aplicación (dosis previamente medida y la reducción de la ingesta), a que no requiere preparación especial de los dientes, a que se pega a la superficie del diente hasta eliminarse lentamente por la repetición del cepillado y a que todo ello ha conducido a una mejor aceptación por parte de los niños, lo cual es una práctica respaldada por la Asociación Dental Americana (ADA), la Association of State & Territorial Dental Directors (ASTDD), y la Asociación Americana de Odontología en Salud Pública (AAPHD). Alrededor del 50% de los estados de Estados Unidos, han iniciado programas de barniz de flúor para los niños de alto riesgo en tanto en clínicas como unido a programas como el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) entre otros<sup>27</sup>.

La evidencia apoya el uso de barniz de flúor para prevenir la caries desde la primera infancia y reducir el incremento de caries en los niños más pequeños ([www.aapd.org](http://www.aapd.org), 2004 y [www.aaphd.org](http://www.aaphd.org), 2004). Se apoya la evaluación dental desde antes del primer cumpleaños, incluso desde cuando se inicia la primera erupción dentaria. Se considera que la eficacia del barniz en este grupo de edad, proporciona una justificación adicional para incentivar el inicio temprano de visitas a la consulta odontológica, especialmente para los niños de alto riesgo de caries, como excusa para la aplicación de barniz de flúor contribuyendo a reducir la enfermedad en el futuro. Si bien se tenían dificultades con la cooperación de los niños, con el barniz esta se logra con la ayuda de los padres; también se menciona que los sistemas de salud pueden presentar dificultades para controlar a los niños en intervalos regulares de seis meses, y que si bien puede haber eficacia con una sola aplicación de barniz comparada con ninguna aplicación, si son más beneficiosas las aplicaciones de barniz de forma más frecuente<sup>28</sup>.

Sin embargo, si bien el barniz reduce el costo de atención clínica, la inversión desde la atención primaria se incrementa porque debe centrarse no en la atención curativa sino en procesos de construcción de materiales educativos y en su divulgación<sup>29</sup>.

En la infancia y adolescencia, se consolida la madurez biológica de las estructuras dentomaxilofaciales, pero también se consolidan muchos hábitos de vida y de autocuidado como los de higiene los cuales se reflejan en el estado físico de los adolescentes que son muy valorados por ello y que repercuten de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social<sup>30</sup>, que en la mayoría de los casos implica los primeros contactos con algunos factores de riesgo, al darse inicio al consumo de alcohol y tabaco, y al uso de elementos como piercing con lo que manifiestan su autonomía e independencia, y que repercuten con consecuencias no solo en la salud bucal, sino en las condiciones integrales de su vida.

En el 2009 la Comisión de Regulación en Salud - CRES, mediante el acuerdo 04 ajustó el Plan Obligatorio de Salud-POS, con el ánimo de igualar las prestaciones de servicios a brindarse a los menores de 12 años

<sup>27</sup> Association of State & Territorial Dental Directors. Best Practice Approach Prevention and Control of Early Childhood Tooth Decay. <http://www.astdd.org/prevention-and-control-of-early-childhood-tooth-decay/>

<sup>28</sup> Weintraub JA et. al. Fluoride Varnish Efficacy in Preventing Early Childhood Caries. J Dent Res. 2006 February; 85(2): 172-176.

<sup>29</sup> P Milgrom. The effectiveness and estimated costs of the access to baby and child dentistry program in Washington State. Journal of the American Dental Association. Vol 136(9). 2005

<sup>30</sup> Mafía, Ana Cristina. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral Colomb. Med. vol.56 no.1 Cali Jan./Mar. 200

tanto del régimen subsidiado como del contributivo, lo cual posteriormente, fue nuevamente ajustado por solicitud de la Corte Constitucional que ordenó la unificación del POS para niños y adolescentes menores de 18 años, lo cual se hizo mediante la expedición del Acuerdo 11 de 2010. Al 2013, el plan de beneficios (POS) unificado, cuenta con una importante batería de procedimientos odontológicos para la atención individual de las personas, que debe ser gestionada por las EPS a través de su red de prestadores de servicios de salud y provista por los profesionales en los servicios odontológicos. En dichas acciones, se encuentran desde procedimientos de promoción de la salud realizadas por odontólogo o por auxiliar de salud oral, hasta algunos procesos quirúrgicos maxilofaciales, pasando por acciones de prevención, de protección específica, de diagnóstico, de interconsulta con especialistas odontólogos y con otras disciplinas de la salud, de tratamiento para la recuperación de la salud bucal, e incluso de rehabilitación (prótesis totales), como aporte a la salud general.

Como parte de los procedimientos de prevención y protección específica, desde el año 2011 se incluyó dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), el Barniz de Flúor como medida de protección específica para la población menor de 18 años, lo cual hoy se mantiene a través de la Resolución 5592 de 2015. El barniz de fluoruro, es un material para adherir a la superficie del diente, que contiene una alta concentración de fluoruro en forma de sal o en la preparación de silano, que por su secado rápido permite formar una película transparente o ligeramente amarilla que libera de forma lenta y continua iones de fluoruro hacia la superficie del diente subyacente, cubriendo los cristales de apatita del esmalte dental para reducir su desmineralización y disolución, mejorando el depósito de mineral y por tanto la remineralización del esmalte dental<sup>31</sup>: Esta medida unida a prácticas de cuidado bucal como la higiene bucal con cremas fluoruradas, bajo consumo de azúcares, y control periódico por odontología entre otros, contribuye a reducir el riesgo de ruptura del esmalte y la consecuente formación de cavidades por caries dental.

## PROPÓSITO

Aportar en la consolidación de cohortes de población infantil, adolescente y joven con mejores condiciones de salud bucal, en particular con reducción en la historia y prevalencia de caries dental.

## OBJETIVO GENERAL

Reducir progresivamente la historia de caries dental mediante el incremento de la cobertura de niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años) intervenidos con orientaciones para la realización de prácticas de cuidado y la aplicación de barniz de flúor.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

<sup>31</sup> C. M. Marya & Vandana Dahiya: Fluoride Varnish: A Useful Dental Public Health Tool: *The Internet Journal of Dental Science*. 2007; Volume 4, Number 2.

## POBLACIÓN OBJETO

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

## PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

### *1 Prácticas diarias de cuidado bucal*

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

### *Población beneficiada*

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

### *Definición*

Las prácticas de cuidado bucal, son el conjunto de acciones que deben realizarse desde la primera infancia y a lo largo de todo el curso de vida, para mantener y lograr las mejores condiciones posibles de salud bucal. Estas prácticas incluyen entre otras acciones relacionadas con:

- Alimentación saludable
- Identificación y acción sobre situaciones que ameritan cuidado particular
- Higiene bucal y uso de elementos de higiene adecuados
- Consulta odontológica al menos dos veces al año

### *Recomendaciones*

Para el logro de las prácticas de cuidado bucal, el sector salud (liderados por el equipo de salud bucal) y los gestores comunitarios, deben realizar de forma continua procesos de acompañamiento, asesoría, monitoreo, y evaluación a las personas, familias, y comunidades en sus ámbitos de vida cotidiana de forma continua y sostenida para ir logrando de forma progresiva la apropiación de conocimientos y el desarrollo de habilidades para la práctica de los cuidados que lleven a mejorar la salud bucal.

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

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

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

### Descripción de la actividad

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

- Alimentación saludable: fomentando prácticas como lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; alimentación complementaria saludable desde el sexto mes de vida con consumo de frutas y verduras al menos 5 veces al día, y control de alimentos que generan riesgo como sal, azúcares añadidos, bebidas carbonatadas, entre otros.
- Identificación y acción sobre situaciones que ameritan cuidado: implica que se oriente sobre los procesos de erupción dentaria (primaria, recambio y secundaria), sobre prevención de riesgos ante prácticas deportivas, sobre orientaciones para identificar signos de alerta que requieran de atención inmediata (basados en el Libro Clínico de AIEPI), riesgos en el uso de piercing intra y peribucales y sobre el consumo de tabaco, entre otros.
- Inicio de la higiene bucal desde la primera infancia, al menos dos veces diarias para interferir con el crecimiento y la ecología del biofilm, teniendo presente que pesa más la calidad del cepillado que la frecuencia<sup>32</sup>, para lo cual se requiere del compromiso y cooperación de los niños y adolescentes pero también el de los padres y cuidadores de esta población, especialmente cuando adicionalmente presentan condiciones de discapacidad.

<sup>32</sup> Martignon, S. Manejo temprano de caries: ¿cuál es la evidencia de las Estrategias preventivas actuales? Revisión de Literatura. Universidad El Bosque.

- La efectividad del cepillado se mejora con una adecuada calidad y con el uso de elementos adecuados para higiene bucal:
  - Cepillos de tamaño acorde a la edad, al tamaño y forma de los maxilares.
  - Crema dental fluorurada en todas las edades, debiendo ser debidamente supervisada por los cuidadores responsables, lo cual implica:
    - ✓ Que la cantidad de crema empleada sea mínima, incluso menor al tamaño de una lenteja
    - ✓ Se incentive al niño para que elimine (“escupa”) los excesos de crema
    - ✓ Se cepillen todas las áreas de todos los dientes y muelas, procurando que se ejerza el efecto tóxico de las cremas
    - ✓ Incentivando que el cepillado se realice al menos dos veces al día, y que se incremente cuando hay mayores riesgos como cuando se incrementa la cantidad y frecuencia de consumo de azúcares, cuando hay aparatos en boca (aparatos de ortopedia, ortodoncia o prótesis aun en adolescentes, y cuando hay elementos externos como piercing), cuando hay condiciones sistémicas que afectan la salud general, incluyendo condiciones de discapacidad.
    - ✓ Se verifique que siempre se realice el cepillado dental y la higiene bucal en la noche antes de ir a dormir.
  - Uso de seda dental para la remoción de residuos pero especialmente para la remoción de placa bacteriana interproximal y complemento con uso de cepillos interproximales.
  - Uso de enjuagues bucales con clorhexidina y no con alcohol, para contribuir a la reducción en la formación de placa bacteriana y alterar el desarrollo bacteriano. Sin embargo se recomienda su uso por periodos cortos de tiempo (como una semana) en intervalos de 30 días o más, y no de forma rutinaria, para evitar algunos efectos adversos que pueden presentarse y por los cuales debe acudir a la consulta odontológica, como manchas en los dientes, descamaciones o ampollas en las mucosas, ardor y picazón en boca, y en algunos casos cambios en la percepción de los sabores de los alimentos<sup>33</sup>.
  - Adaptación de elementos y prácticas, respetando prácticas diferenciales pero cuidando el equilibrio con las demás prácticas preventivas.
- Consulta odontológica al menos dos veces al año, y desde el nacimiento para el reconocimiento de las condiciones de salud bucal y para la entrega de información sobre cuidados:
  - Valoración de las estructuras anatómicas, de las condiciones de funcionalidad y de los cuidados bucales.
  - Entrega de información sobre hábitos de riesgo: alimentación inadecuada, consumo de tabaco en adolescentes, guía de cesación de consumo de tabaco para adolescentes y familia; recomendaciones ante presencia de hábitos como onicofagia, empuje lingual, entre otros.
  - Seguimiento y control de crecimiento y desarrollo dentomaxilofacial
  - Realización de actividades de protección específica establecidas en las normas que se encuentren vigentes.

<sup>33</sup> Bascones, A y Morante, S. Antisépticos orales: Revisión de la literatura y perspectiva actual. *Avances en Periodoncia* [online]. 2006, vol.18, n.1, pp. 21-29. ISSN 1699-6585.



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

## ***2 Aplicaciones de barniz de flúor***

El incremento de las coberturas de aplicación de barniz de flúor, requiere de un esfuerzo para encontrar espacios y mecanismos innovadores que permitan realizar este procedimiento de forma amplia, para lo cual se requiere de la participación activa de las EAPB, IPS, profesionales de los equipos PIC y profesionales de APS, y de alianzas con otras entidades para la identificación de las personas objeto de la aplicación del barniz y para realizar las gestiones que permitan garantizar dicha aplicación de forma efectiva y sin pérdida de oportunidades.

### **Población beneficiada**

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

### **Definición**

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

### **Recomendaciones**

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

El barniz se aplica mínimo dos veces por año de vida, teniendo presente que entre aplicación y aplicación debe existir un periodo de al menos 6 meses (más o menos 1 mes), dada la liberación prolongada del flúor, para la población de 1 a 17 años por considerarse una población en riesgo para caries dental, debido a la evidencia de los estudios nacionales de salud bucal de 1977/80 y de 1998, a su situación de dependencia

para la práctica de cuidados bucales y de atención odontológica, y a su proceso de desarrollo motriz, de crecimiento y de autopercepción.

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

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

### Descripción de la Actividad <sup>34 35 36 37</sup>

- Previo a la aplicación
  - Indíquele a los padres o cuidadores que los niños y adolescentes deben comer y beber algo antes de llegar para recibir la aplicación del barniz de flúor.
  - Debe informarse a los padres o cuidadores que debido al color del barniz, puede presentarse un cambio temporal en el color de los dientes del niño o adolescente.
  - Prevenga a los padres y cuidadores, que en especial los niños pequeños, pueden manifestar queja durante la aplicación pero que este se debe a la falta de costumbre de tener elementos extraños en boca, pero que no se debe a que se genere dolor o lesiones o mal sabor por el uso del barniz.
  - Instruya a los niños, adolescentes, padres y cuidadores de que una vez aplicado el barniz, debe realizarse cepillado solo hasta el día siguiente.
  
- Para la aplicación del barniz
  - Los niños de 1 a 3 años pueden ser colocados en el regazo de los padres (método rodilla-rodilla), con la cabeza del niño dirigida hacia el profesional y las piernas alrededor de la cintura de los padres o bien en el sillón o una mesa de examen.
  - Haciendo uso de una suave presión, abra la boca del niño y retire el exceso de saliva con una gasa; en los niños mayores y adolescentes, el cepillado de dientes puede ser suficiente y la profilaxis profesional no es requerida.
  - Aísle de forma relativa, la zona de trabajo dependiendo de la cantidad de dientes presentes y la edad del niño; no es necesario un secado a fondo.
  - Haciendo uso de un aplicador de punta de algodón o de un aplicador tipo jeringa, según las recomendaciones de la casa comercial del producto, aplique una capa delgada del barniz directamente sobre **todas las superficies de los dientes** (entre 0,3 y 0,5 ml de barniz), buscando

<sup>34</sup> Nevada State Health Division Maternal and Child Health Oral Health Initiative. Fluoride Varnish Manual. December 2002

<sup>35</sup> Beltrán-Aguilar E y Goldstein J. Fluoride Varnishes A Review of Their Clinical Use, Cariostatic Mechanism, Efficacy and Safety. JADA, Vol. 131, May 2000

<sup>36</sup> Nickerson A, Orton G y Hoagin-Cooper L. The use of fluoride varnishes as topical preventive agents. Continuing Education New York University. January/February 1999

<sup>37</sup> Department of Health and Family Services Division of Health Care Financing State of Wisconsin. Fluoride Varnish Guide. Advantages Application Protocol Information for Caregivers. April 2000



- tener un orden para evitar que algún diente se quede sin aplicación, aún si presenta caries dental en una o más de sus superficies, aunque no lo aplique en grandes cavidades abiertas.
- La seda o hilo dental puede usarse para asegurar el depósito de barniz, en las zonas interproximales.
  - El tiempo de aplicación es de unos cuatro minutos, dependiendo del número de dientes presentes y de la colaboración de niños, padres y cuidadores.
  - Una vez aplicado el barniz, no es necesario preocuparse por la contaminación de la saliva, pues el material se seca rápidamente en su presencia.
- Posterior a la aplicación
    - Instruya en que no deben consumirse alimentos durante al menos las siguientes cuatro horas posteriores a la aplicación del barniz y al hacerlo esta debe ser una dieta blanda y no abrasiva o pegajosa (dulces, chicles, entre otros) por el resto del día.
    - Instruya en no realizar cepillado ni uso de crema dental hasta el día siguiente.

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

## ESTRATEGIAS PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR

La presente estrategia busca **reducir las oportunidades perdidas** a fin de incrementar la cobertura de la aplicación de barniz de flúor, que junto con otras acciones como el fortalecimiento de las prácticas de cuidado bucal, contribuyen a reducir algunos de los riesgos que llevan a presentar condiciones prevenibles que afectan la salud bucal.

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

Para la identificación de la población se recurre además de las estrategias de demanda espontánea, a la demanda inducida e incluso a la búsqueda activa, entre otras posibles, a fin de cubrir a toda la población objeto definida.

### **Aplicación de barniz de forma regular y continua en los servicios de odontología (modalidad intramural)**

Se debe aprovechar todo contacto que la población objeto tenga al llegar a los servicios, independiente del motivo de consulta y del estado de afiliación, buscando siempre derivar a los menores de 18 años, a la aplicación de barniz de flúor.

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

Por su parte en los servicios de odontología con los odontólogos y auxiliares de salud oral, se deben gestionar las estrategias y los procesos necesarios para realizar la aplicación de barniz de flúor en el menor tiempo posible, de la población que llega por demanda inducida o espontánea, a través de los servicios de salud. Ello incluye por ejemplo, el disponer de horarios por oferta o demanda, realizar jornadas específicas institucionales, organización de atenciones extramurales, entre otras.

Adicionalmente las EAPB (EPS y ET), deberán hacer entrega de los listados, programación y acuerdos de los afiliados en las edades de interés (1 a 17 años), a las IPS de su red y contribuir a la realización de actividades y estrategias de la demanda inducida y canalización de esta población para incrementar la cobertura de la aplicación de barniz.

Por tanto las EAPB deben coordinar, participar, brindar apoyo, realizar la gestión requerida y el monitoreo en su red de prestadores, para que su población afiliada cuente con la cobertura de dos aplicaciones de barniz de flúor con intervalo de al menos 6 meses. Se deben entonces establecer mecanismos de concertación y acuerdos entre las administradoras y los prestadores, para garantizar la cobertura esperada en la población objeto.

### *Aplicación de barniz en espacios fuera de los servicios (modalidad extramural / brigadas-eventos, puntos fijos y móviles)*

La presente propuesta toma como referencia varias de las estrategias exitosas del programa ampliado de inmunización PAI<sup>38</sup>.

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

Las aplicaciones extramurales, también pueden realizarse de forma conjunta con el despliegue de otras estrategias o programas, especialmente durante el 2016 en alianza con el Programa Ampliado de Inmunización PAI durante las jornadas de vacunación, para favorecer la reducción de oportunidades

<sup>38</sup> Pudiendo además articular acciones con los grupos AIEP y PAII, servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes y las instituciones amigas de la mujer y la infancia, las instituciones con la iniciativa de Escuelas de Puertas Abiertas, Departamentos con la estrategia de escuelas saludables y los semilleros juveniles de Estilos de vida saludable.

perdidas y de otra parte ser más costo – eficientes reduciendo barreras para el acceso de los niños y de sus familias y costos.

Acorde con lo anterior, la aplicación del barniz, podrá realizarse durante visitas domiciliarias (especialmente en las áreas rurales o marginales de las zonas urbanas que presentan dificultad para el acceso a los servicios), ya sea en hogares, en los jardines o guarderías, establecimientos escolares. También mediante la realización de jornadas por concentración o por conglomerados, con unidades móviles, puestos semifijos o fijos especialmente en donde existe demanda natural o concentración permanente u ocasional de población objetivo, haciendo uso de espacios fijos disponibles como salones comunales, escuelas, iglesias, centros comerciales, entre otros, con el propósito de aprovechar todo contacto con la población objeto.

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

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

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

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

Para la implementación de la estrategia extramural, también son fundamentales las gestiones de las EAPB (EPS y ET) y los acuerdos que realicen con los prestadores para gestionar el incremento de la cobertura de

aplicaciones y garantizar la cobertura esperada, y por tanto para realizar el seguimiento y la demanda inducida para las aplicaciones subsiguientes.

### Jornadas Nacionales para 2016

De forma anual se realizarán Jornadas Nacionales, que serán informadas previamente. El Ministerio realizara la respectiva asistencia técnica para difundir los lineamientos para el desarrollo de estas Jornadas.

Durante el 2016, as Jornadas Nacionales se realizaran en alianza con el Programa Ampliado de Inmunización, en las siguientes fechas:

- 24 al 30 de Abril
- 30 de Julio
- 22 al 30 de Octubre

## SOPORTE NORMATIVO

La Ley 1751 de 2015, tiene por objeto garantizar el **derecho fundamental a la salud**, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Señala que la salud como derecho fundamental es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud por lo que el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas en el marco del Sistema de Salud<sup>39</sup>, dentro del cual la salud bucal se encuentra inmersa y dentro del cual la estrategia se ampara en el principio **Pro homine**<sup>40</sup>.

La Estrategia también es un desarrollo que procura avanzar en lo señalado por el artículo 2 de la Ley 1438 de 2011, en donde se menciona que el SGSSS estará orientado a generar condiciones que **protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud**, para lo que concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

Adicionalmente en el marco del Plan Decenal de Salud Pública<sup>41</sup> ordenado por la Ley 1122 de 2007, se establecen dentro de la Dimensión de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, estrategias y metas sobre las cuales debe trabajarse desde los componentes de Modos, Condiciones y Estilos de Vida y desde las Condiciones Crónicas Prevalentes. Es así como además de las metas generales de los dos componen-

<sup>39</sup> Entendido según la misma Ley 1751 de 2015, como el conjunto articulado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, información y evaluación que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.

<sup>40</sup> Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

<sup>41</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2012

tes que se relacionan con la intervención sobre los factores de riesgo comunes con las ENT, para abordar la alimentación saludable, la reducción del consumo de tabaco y alcohol, entre otras, las metas que se relacionan explícitamente con la salud bucal son:

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

Dentro de los planes de beneficios del Sistema, tanto individuales como colectivos, están contempladas las acciones de promoción y fomento de la salud en donde para el caso de la salud bucal, es fundamental lograr la apropiación de conocimientos pero también el desarrollo de habilidades para realizar cuidados y autocuidados que contribuyan a la reducción del riesgo de presentar caries y enfermedad periodontal, como las dos enfermedades prevenibles más frecuentes que afectan la salud bucal, para lo cual las estrategias de educación, asesoría y acompañamiento en todo el ciclo vital son fundamentales.

Si bien a través de la Norma Técnica de la Resolución 412 de 2000, se estableció en su momento, la aplicación de flúor mediante el vehículo de gel, a partir de 2011 la aplicación de barniz de flúor ya se encuentra cubierta por el Plan Obligatorio de Salud tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo, acorde con los artículos 77, 95, y 111 de la Resolución 5591 de 2015 en donde se hace mención a que para los programas de protección específica de los menores de 18 años,.."Igualmente, se cubre la topicación con barniz de flúor"; es decir que además de lo ya incluido (sodio fluoruro acidulado, en gel), se encuentra cubierto dentro del valor de la UPC la aplicación del barniz de flúor.

Adicional a las intervenciones individuales la Resolución 518 de 2015, establece entre otros las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, entre las cuales las entidades territoriales pueden hacer uso en el marco de la estrategia de la canalización, y de las acciones de información en salud y de educación y comunicación para la salud, entre otras.

Haciendo uso de todos los elementos contenidos en la normatividad vigente, como parte de la política pública en salud, es posible avanzar también en el logro de algunos de los objetivos y metas propuestos en la Resolución 3577 de 2006 que adoptó el Plan Nacional de Salud Bucal, como:

- Fortalecer la acción participativa de los actores relacionados con la salud bucal, desde lo individual, colectivo e institucional, con énfasis en la práctica de derechos y deberes en salud.
- Garantizar el acceso a servicios de salud bucal, principalmente los relacionados con el fomento y promoción de la salud, prevención y protección específica, y control y manejo del riesgo.
- Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud bucal, basados en el fortalecimiento del recurso humano, y en los procesos de gestión, administración, seguimiento y control de los servicios de salud bucal y de vigilancia en salud pública.
- Integrar las acciones de salud bucal a las acciones contenidas en los programas, políticas y planes formuladas por el Ministerio de la Protección Social acorde con la pertinencia de cada uno de ellos.
- Diseño de estrategias y esquemas de demanda inducida en salud bucal.
- Reducción de los indicadores de morbilidad bucal, que sean definidos como trazadores.
- Diseño e implementación de modelos de atención y prestación de salud bucal, para el logro gradual del paciente sano, con énfasis en acciones de fomento y promoción de la salud, prevención y protección específica y atención temprana y complementadas con las acciones de atención y control de lesiones y secuelas través de todo el ciclo vital.
- Aumento gradual de la cobertura de atención en salud bucal, como parte de la atención integral en salud de la población.
- Aumento del número de pacientes sanos y sanos rehabilitados en salud bucal, a través del aumento de la continuidad de la atención en salud bucal y seguimiento a cohortes de población sana.

Finalmente, las estrategias para la ampliación de la cobertura que se proponen en los lineamientos, deben aplicarse dentro del marco normativo del Sistema de Habilitación vigente, la cual debe cumplirse por los Prestadores de Servicios de Salud.

## PLANIFICACIÓN, PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN

Si bien la aplicación de barniz, es un procedimiento incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud y por ende es competencia de las EPS tanto del contributivo como del subsidiado, en el marco de la complementariedad de los planes y de las competencias de los actores, para buscar avanzar en proveer condiciones de salud integral a las personas, las ET deben participar en la promoción de los derechos que tienen la población dentro del POS, e incluso generar alianzas con las EPS de su territorio, para potenciar acciones que favorecen a su territorio.



Es así como de forma conjunta las secretaría de salud municipales, distritales y departamental y las EAPB deberán establecer acuerdos de voluntades y mecanismos de coordinación involucrando también a las IPS y ESEs de su red, para identificar en cada municipio la población objetivo y gestionar los procesos y estrategias que sean necesarias para incrementar las coberturas de educación e información en cuidados de salud bucal y aplicación de barniz de flúor dos veces en el año (con intervalo de 6 meses) en la población menor de 18 años con énfasis en los **niños de 1 y 2 años (12 a 35 meses)**.

Desde el nivel nacional, se brindará acompañamiento y asistencia técnica a las Secretarías Departamentales y EAPB, y a través de ellos en forma de cascada a los municipios, IPS y demás prestadores, colaborando en la planeación e implementación de las estrategias y en el seguimiento de los logros. Por su parte las secretarías departamentales y EAPB, realizarán el respectivo acompañamiento, seguimiento y apoyo a los planes operativos municipales y de los prestadores, y realizarán los respectivos procesos de seguimiento y planes de mejoramiento al logro de coberturas y a la calidad de los procedimientos.

Es importante recordar que la presente estrategia, es solo uno de los instrumentos que se irán desarrollando para avanzar progresivamente en el logro de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (Resolución 1841 de 2012)

La estrategia en principio, se basa en las competencias de las entidades que hacen parte del Sistema, especialmente de las competencias de las Entidades Territoriales, EPS y prestadores de salud y se fundamenta por tanto en los contenidos de los planes de beneficios que compete a cada uno (POS y PIC). Por tanto en procura de avanzar en el logro de los propósitos, metas y objetivos, desde el nivel central el Ministerio de Salud viene desarrollando acciones de sensibilización, socialización y asistencia técnica a EPSS, EPSC, Entidades Territoriales, y regímenes especiales, e incluso a través de diversos mecanismos a prestadores de servicios de salud, que debe replicarse en cada una de estas entidades al interior de su recurso humano, de sus entidades y de su población.

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

- Los profesionales de salud a partir de sus conocimientos y competencias, deben desarrollar capacidad y habilidades para gestionar en sus instituciones y entidades procesos que procuren la gestión del riesgo y la mejora en la prestación de servicios acorde con los ejes de la Política de Calidad de los Servicios (accesibilidad, calidad y eficiencia), de forma que aporten a la mejora de las condiciones de salud de su población y brindar beneficios a sus entidades, como resultado del adecuado manejo de tecnologías, como en este caso el barniz de flúor.
- Los profesionales de las entidades territoriales y de las EPS, deben desarrollar mecanismos y estrategias en el marco de sus competencias, para sensibilizar tanto a los tomadores de decisión como a la comunidad y a las personas, en procura de movilizarlos hacia el control del riesgo tanto colectivo como individual y hacia la toma de acciones que contribuyan a controlar la progresión de la enfermedad.

- Las EAPB (EPSC-EPSS entre otras), son los responsables de la gestión del riesgo individual y por tanto su papel no se limita a los procesos de aseguramiento sino que deben gestionar los procesos para contar con una red de prestadores de servicios, a través de los cuales garanticen los contenidos establecidos en el POS, mediante el despliegue de estrategias que permitan de forma oportuna acceder a su población afiliada.
- Las Entidades Territoriales, por su parte aportan en adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud que formule y expida la Nación o en armonía con éstas; además prestan asistencia técnica, en su jurisdicción, vigilan y controlan el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema; promueven la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud y realizan acciones inherentes a la atención en salud en la población que le es definida, entre otras competencias

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

## FINANCIACIÓN

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

## MONITOREO Y EVALUACIÓN

De forma progresiva y en la medida en que se avanza en la estrategia se irán aplicando los indicadores para realizar el seguimiento y monitoreo de los incrementos en las coberturas:



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

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

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

Para el seguimiento y monitoreo de los incrementos en las coberturas se definirán los mecanismos de notificación, inicialmente basados en los registros RIPS y en indicadores a ser incluidos dentro de los subsistemas de información del SGSSS.

Sin embargo, podrán concertarse notificaciones de proceso y gestión, con las ET, EAPB e IPS de forma que pueda proveerse información de resultados, como parte de los procesos de rendición de cuentas para responder por las competencias dentro del SGSSS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. 2013.
- Anusavice K. Present and Future Approaches for the Control of Caries. *Journal of Dental Education*. Volume 69, Number 5
- Association of State & Territorial Dental Directors. Best Practice Approach Prevention and Control of Early Childhood Tooth Decay. <http://www.astdd.org/prevention-and-control-of-early-childhood-tooth-decay/>
- Bascones, A y Morante, S. Antisépticos orales: Revisión de la literatura y perspectiva actual. *Avances en Periodoncia* [online]. 2006, vol.18, n.1, pp. 21-29. ISSN 1699-6585
- Beltrán-Aguilar E y Goldstein J. Fluoride Varnishes A Review of Their Clinical Use, Cariostatic Mechanism, Efficacy and Safety. *JADA*, Vol. 131, May 2000
- Bjorndal L. Dentin Caries: Progression and clinical management. *OperDent* 2002; 27:211-217
- C. M. Marya & Vandana Dahiya: Fluoride Varnish: A Useful Dental Public Health Tool: *The Internet Journal of Dental Science*. 2007; Volume 4, Number 2.
- Cabrera D, Herrera M, Gispert E y Duque M. Riesgo de caries dental en niños atendidos en el hogar en el período 2006-2007. *Rev Cubana Estomatol* v.46 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2009
- Canadian Dental Association. Oral health complications. What is oral health? (Approved by Resolution 2001.02, Canadian Dental Association Board of Governors, March 2001). Available at: "www.cda-adc.ca/en/oral\_health/complications/index.asp".
- Colombia por la Primera Infancia. Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá, Diciembre de 2006.
- Consejo Nacional de Política Económica Social –DNP. CONPES 119 Política Pública Nacional de Primera Infancia. Bogotá, DC., Diciembre de 2007
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Dirección de Censos y Demografía y Colombia Estimaciones 1985-2005. [en línea]. Bogotá: Dirección de Censos y Demografía; 2010 [recuperado el 28 de febrero de 2013]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Ficha\\_Estimaciones\\_Proyecciones\\_85\\_2020.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Ficha_Estimaciones_Proyecciones_85_2020.pdf)
- Department of Health and Family Services Division of Health Care Financing State of Wisconsin. Fluoride Varnish Guide. Advantages Application Protocol Information for Caregivers. April 2000
- Fundación Centro de Estudios Escuela para el Desarrollo. La Política Pública de Primera Infancia en Colombia: algunas consideraciones en torno a su financiamiento e implementación. Bogotá, mayo 2010.
- Franco, AM y cols. Efectos de la Promoción de la Salud Bucal en la Escuela: Situación actual de los indicadores y significados del autocuidado para los escolares. Instituciones Educativas Oficiales, Medellín, 2006. Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología.
- Harold C. Slavkin, D.D.S. Expanding the Boundaries: Enhancing Dentistry's Contribution to Overall Health and Well-Being of Children. *Journal of Dental Education* 1001; Volume 65, No.12

- Mafla, Ana Cristina. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral Colomb. Med. vol.56 no.1 Cali Jan./Mar. 200
- Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Barnices fluorados para la prevención de caries dentales en niños y adolescentes. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.
- Martignon, S. Criterios ICDAS, nuevas perspectivas para el diagnóstico de la caries dental. Avances Científicos - Dental Main News
- Martignon, S. Manejo temprano de caries: ¿cuál es la evidencia de las Estrategias preventivas actuales? Revisión de Literatura. Universidad El Bosque
- Ministerio de Salud. Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III, Bogotá 1998
- Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Línea de Base 2010 – 2011. Documento Técnico 2012.
- Ministerio de Salud. Manual del Examinador Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB IV, Bogotá 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4505 de 2012
- Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV 2013-2014. Colombia
- Nakre Priya and Harikiran A. Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry. July-December 2013, Vol. 3, No. 2
- Nevada State Health Division Maternal and Child Health Oral Health Initiative. Fluoride Varnish Manual. December 2002
- Nickerson A, Orton G y Hoagin-Cooper L. The use of fluoride varnishes as topical preventive agents. Continuing Education New York University. January/February 1999
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 152a Sesión del comité ejecutivo. Punto 4.4 del orden del día provisional. Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de junio del 2013
- P Milgrom. The effectiveness and estimated costs of the access to baby and child dentistry program in Washington State. Journal of the American Dental Association. Vol 136(9). 2005
- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization | September 2005, 83 (9).
- Pitts N, et al. Global Oral Health Inequalities: Dental Caries Task Group—Research Agenda. Adv Dent Res 23(2) 2011
- Weintraub JA et. al. Fluoride Varnish Efficacy in Preventing Early Childhood Caries. J Dent Res. 2006 February ; 85(2): 172–176.
- World Health Organization. Global oral health data bank. Geneva: World Health Organization; 2002
- R B Quiñonez, Simulating cost-effectiveness of fluoride varnish during well-child visits for Medicaid-enrolled children. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. Vol. 160(2). 2006
- Rey, M.A., Salas, E., Martignon, S. Caries dental y asociación a factores de riesgo en la población escolar de Monquirá, Boyacá. Universidad El Bosque – Facultad de Odontología, Vol 9. No. 2, 2003.

- Rivero LA, Cantillo EE, Gispert AE, Jiménez JA. Relación de la experiencia anterior de caries con la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. Rev Cubana Estomatol 2000;37(3):162-5.
- S Twetman. Prevention of early childhood caries (ECC): review of literature published 1998-2007. European Archives of Paediatric Dentistry 2008; Vol. 9(1): 12-18
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of dental decay in the pre-school child. Anation al clinical guideline. November 2005
- Secretaria Distrital de Salud - ACFO, Guía de Práctica Clínica en Salud Oral - Guía de Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de la Caries Dental. 2006
- Sheiham Aubrey, Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. September 2005 , 83(9)
- Wendy E. Mouradian, The Face of a Child: Children's Oral Health and Dental Education. Journal of Dental Education 2001; Volume 65, No. 9.