

**EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL EN EL
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR, COLOMBIA (2006-2017).**

Farith González Martínez

Estefanía Reales Vergara

Daniela Rodríguez De Arco

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
PREGRADO ODONTOLOGIA
CARTAGENA
2020**

**EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL EN EL
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR, COLOMBIA (2006-2017).**

DR. FARITH GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Odontólogo Universidad de Cartagena

Msc en Salud pública Universidad Nacional

**Coordinador del departamento de Investigación Facultad de odontología
Universidad de Cartagena**

Docente facultad de odontología

Campus de la Salud Zaragocilla - Cartagena

ESTEFANÍA REALES VERGARA

DANIELA RODRÍGUEZ DE ARCO

Estudiantes de pregrado de odontología.

UNIVERSIDAD DE CARTAGEN

CONTENIDO

RESUMEN.....4

INTRODUCCION.....5

1. DEFINICION DEL PROBLEMA.....6

2. JUSTIFICACION.....7

3. OBJETIVOS.....8

 3.1 OBJETIVO GENERAL.....8

 3.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....8

4. MARCO TEORICO.....8

5. METODOLOGIA.....11

 5.1 TIPO DE ESTUDIO.....11

 5.2 POBLACION.....12

 5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....13

 5.4 PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCION DE LOS
 RESULTADOS.....13

6. RESULTADOS.....14

7. DISCUSION.....18

CONCLUSIONES.....20

BIBLIOGRAFIA.....22

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población diagnosticada con caries, enfermedad periodontal y
enfermedad de tejidos blandos.....16

Tabla 2. Pacientes tratados entre 2015 y
2017.....16

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos y las metas propuestas en el Plan nacional de salud bucal, respecto a indicadores de morbilidad bucal (caries, enfermedad periodontal, fluorosis dental y enfermedad de tejidos blandos), en el departamento de Bolívar, Colombia (2006-2017). **Métodos:** En ese estudio se llevó a cabo una búsqueda para la recolección de información en bases de datos, donde se analizaron datos relativos y absolutos, y se compararon periodo por periodo con el fin de analizar su comportamiento. **Resultados:** de los resultados obtenidos, el total de pacientes diagnosticados con caries fue de 453.773 y de estos solo se tienen reportados 189.005 como pacientes con tratamientos recibidos, con relación a la cobertura se obtuvo que solo el 41,6% de los pacientes diagnosticados con caries recibieron algún tipo de tratamiento. Para enfermedad periodontal el número de personas diagnosticadas fue de 267.562 y de estos solo 96.584 han recibido tratamientos. Con relación al porcentaje de pacientes con enfermedad periodontal tratados solo el 36% se encuentran registrados como atendidos. **Conclusión:** : Se puede concluir que el Plan Nacional de Salud Bucal (PNSB) y los objetivos propuestos no están siendo cumplidos en su totalidad, pues se evidenciaron deficiencias en cuanto al porcentaje de cobertura para la población diagnosticada la cual fue menor al 40% , por otra parte si se observó un cambio positivo en cuanto a la meta de mejorar los

indicadores epidemiológicos en salud bucal a través de una clasificación más detallada de la población en general incluyendo a todos los potenciales pacientes.

PALABRAS CLAVE: salud bucal, caries dental, enfermedad periodontal, tejidos blancos, indicadores de salud bucal.

INTRODUCCION

En el año 2006 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resolución 3577, por la cual se adoptó el Plan Nacional de Salud Bucal para la República de Colombia, que tiene como fin contribuir a mejorar las condiciones de salud bucal de la población colombiana a través de unos objetivos específicos y unas metas en 5 áreas priorizadas por este plan (integración de la salud bucal en la salud general de la población, servicios de salud bucal, gestión de la salud bucal, fortalecimiento del recurso humano en salud bucal e información en salud bucal).

En el cual se plantearon como esos objetivos y metas, incluir la salud bucal como uno de los indicadores de la gestión de salud y como factor de desarrollo de las poblaciones. Inclusión de acciones de salud bucal en los componentes de salud de todos los planes de desarrollo y planes locales de salud de las entidades territoriales. 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. Mejoramiento de los indicadores epidemiológicos de salud bucal, como aporte al mejoramiento de las condiciones

de salud de la población. Fortalecimiento de la formación del recurso humano relacionado con la salud bucal, en áreas administrativas, gerenciales, epidemiológicas, y éticas, como parte de la formación integral para la prestación adecuada de servicios en salud.¹

De acuerdo a lo planteado anteriormente, el objetivo de este estudio es evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos y las metas propuestas respecto a indicadores de morbilidad bucal (caries, enfermedad periodontal, fluorosis dental y enfermedad de tejidos blandos).

Para cada uno de los objetivos y metas propuestas en el plan se realizará una búsqueda de la información en la base de datos del sistema integral de información de la protección social (Sispro). Sobre la plataforma de SISPRO se seleccionaron y analizaron los indicadores propuestos a mejorar en el PNSB y se procedió a cotejar la información recolectada con las metas propuestas: Sistema Integral de Información de la Protección Social, III Estudio Nacional de Salud Bucal, IV Estudio Nacional de Salud Bucal.

1 DEFINICION DEL PROBLEMA

En Colombia, se han realizado hasta la fecha cuatro estudios de salud bucal, el último, fue el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2014. Este mismo ministerio dio a conocer los resultados, en donde pone en evidencia inadecuadas condiciones

de salud bucal en la población colombiana, altas tasas de prevalencia en enfermedades bucales prevenibles e indicadores con valores similares a los encontrados en el III ENSAB del año 1998.¹

Este, demostró que ante los diferentes esfuerzos que se han realizado en el país, la caries, la enfermedad periodontal, la fluorosis y enfermedades de tejidos blandos, aún presentan tasas de prevalencia muy altas. Es por esto que a través de esta evaluación queremos saber después de este tiempo de implementación del PNSB: ¿Cuál es la prevalencia de caries, enfermedad periodontal, fluorosis y enfermedad de tejidos blandos? y ¿Cuáles tratamientos han realizado para tratar cada una de estas enfermedades?

2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo como referencias las tasas estimadas por el equipo de trabajo del ENSAB, es relevante dar una mirada a la gestión territorial de la atención en salud bucal, para poder encontrar la causa del estado actual de la salud bucal de la población. El Ministerio de la Protección Social expidió el Plan Nacional de Salud Bucal que plantea como objetivo general “establecer parámetros tendientes a mejorar las condiciones de salud bucal, a través de la concertación de estrategias y modelos que permitan el mejoramiento de los procesos para el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, la prestación de servicios, la coordinación e integración del recurso humano, y el conocimiento de los derechos y deberes relacionados, como aporte al logro de condiciones favorables de salud general.³ Y

a través de este estudio podremos saber si se está cumpliendo con el objetivo planteado, con la intención de hacer ajustes de ser necesario o intensificar labores con el fin de que cada vez muchas más personas sean beneficiadas con el sistema de salud en Colombia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos y las metas propuestas respecto a indicadores de morbilidad bucal (caries, enfermedad periodontal, fluorosis dental y enfermedad de tejidos blandos).

3.2 Objetivos específicos

- Determinar la tasa de prevalencia de caries, enfermedad periodontal, fluorosis dental y enfermedad de tejidos blandos encontrada en el Ensab IV.
- Conocer los tratamientos más usados para tratar caries, enfermedad periodontal, fluorosis dental y enfermedad de tejidos blandos en los últimos años.

4 MARCO TEORICO

En el país se ha realizado cuatro estudios de salud bucal que de forma progresiva y distinta han intentado identificar el perfil de salud bucal de los colombianos cada vez de una forma más amplia e integral. El primero llamado Investigación Nacional de Morbilidad (1965 -1966) Aportó información relacionada con caries,

enfermedad periodontal, anomalías dentofaciales, estado protésico, basado en una perspectiva ecológica (Mejía, Agualimpia, Torres, Galán, Rodríguez, 1971).

. El segundo Inmerso en el Estudio Nacional de Salud, estuvo el componente de Morbilidad Oral, tuvo en cuenta datos relacionados con higiene bucal, enfermedades de tejidos blandos entre otros. Basados en el paradigma positivista de la salud-enfermedad. Concluyo que la deficiente higiene bucal se consideraba el principal factor de riesgo para enfermedad bucal. (Moncada & Erazo, 1984). El tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) 1998 Con el reconocimiento de diversos aspectos que inciden en el proceso salud-enfermedad bucal, el ENSAB III (República de Colombia - Ministerio de Salud) abordó tanto las representaciones, conocimientos y prácticas que reportan las personas en relación con la salud bucal, como el comportamiento de la caries dental, la enfermedad periodontal, la fluorosis dental, las disfunciones articulares, las anomalías oclusales, dentofaciales y de los tejidos blandos, que en su conjunto permitieron reconocer un panorama más allá de los datos mórbidos, acercándose a otros aspectos que ampliaron el reconocimiento de los comportamientos relacionados con el estado de salud bucal de los colombianos. Y el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) 2014 se llevó a cabo luego de la reforma al sistema de salud (Ley 100 de 1993), luego de la implementación de la ley 1438 de 2011 (Por el cual se reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud y se adoptó la estrategia de APS) y del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) Colombia 2012-2021. Se basó en el paradigma de Determinación Social de la Salud. En este estudio evaluaremos los resultados encontrados en el Ensab IV el cual demostró

que ante los diferentes esfuerzos que se han realizado en el país, la caries, la enfermedad periodontal, la fluorosis y enfermedades de tejidos blandos, aún presentan tasas de prevalencia muy altas, en dentición temporal el 6,0 % de los niños de un año muestran experiencia de caries medida a través de índices convencionales (COP- OMS) y el 29,3 % muestran experiencia de caries medida a través de índices modificados (C(2-6 ICDAS)OP) y las cifras aumentan con el incremento de la edad. A los 18 años la cifra aumenta al 75,2 % para la experiencia de caries convencional no modificada y 97,1 % para la experiencia de caries modificada (C (2-6 ICDAS) OP). La magnitud de estos eventos se vuelven aún más preocupantes a medida que aumenta la edad; entre los 45 y 64 años, las cifras disminuyen un poco (probablemente debido a la pérdida de dientes) y la experiencia de caries convencional no modificada se ubica en el 98,5 % y el 99% para la experiencia modificada (C(2-6 ICDAS)OP), finalizando en el rango de edad entre 65 y 79 años, se encuentra una experiencia de caries convencional no modificada del 96,3 % y del 97,0 % para la modificada (C(2-6 ICDAS)O).¹

Frente a la enfermedad periodontal, el ENSAB concluye que durante los últimos años se han producido cambios importantes en los parámetros que definen la enfermedad y los métodos de diagnóstico lo que hace difícil evaluar con claridad la tendencia del problema, a pesar de lo cual, la enfermedad periodontal es la segunda causa más frecuente de consultas y de mala salud bucodental. El 50.1% de las personas presentan alguna pérdida de soporte dental y el 92.4% presenta algún marcador de enfermedad periodontal (principalmente presencia de cálculos en el 53.3% y sangrado).¹

Además en un artículo del año 2011 se encontró que en cuanto a la enfermedad periodontal, el 93,2 % de los participantes, presentó al menos un indicador de enfermedad. La mayor ocurrencia fue para hemorragia al sondaje y cálculos dentales con el 56,5 %. Con relación al estado de higiene bucal, el 45 % tenía higiene bucal deficiente, que fue mayor en los estratos bajo, medio bajo y en los individuos mayores de 26 años.²

Con relación a otros eventos, el ENSAB encontró, una prevalencia de fluorosis, de 11.5% entre niños y jóvenes de 6, 7, 12 y 15 a 19 años, principalmente en los niveles de dudoso y leve. Las patologías de tejidos blandos aún es baja, pero es importante la presencia de procesos infecciosos de origen dental, las leucoplasias y los aumentos tisulares ocasionadas por trauma protésico.

Adicional a la situación planteada anteriormente, también encontramos la baja cobertura que tienen los servicios de salud bucal en Colombia, para el año 2013, 43'207.473 colombianos se encontraban inscritos en el SGSSS, de estos 5'097.953 colombianos (11,8 %) asistieron a servicio de consulta de salud bucal, pero solo 1'995.946 colombianos (4,6 %) fueron atendidos bajo un tratamiento odontológico. Las cifras se comportan de manera similar en los años 2014 y 2015, en donde se encuentran 45'492.407 afiliados al sistema en el 2014, 5'949.081 (13,1 %) pacientes que recibieron consulta odontológica, pero solo 2'585.186 (5,7 %) pacientes obtuvieron tratamiento odontológico y en el 2015 de los 46'671.720 afiliados al sistema, solo 5'220.064 (11,2 %) pacientes obtuvieron consulta odontológica, pero 2'517.484 (5,4 %) tuvieron acceso a un tratamiento odontológico. (SISPRO, 2017).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudio: Evaluación de Política Pública.

Para evaluar el nivel de cumplimiento se tiene como objetivos específicos, comparar los resultados de los indicadores en salud bucal (caries, enfermedad periodontal, enfermedad de tejidos blandos, fluorosis) con los resultados del ENSAB III. Describir el nivel de acceso y cobertura de la atención en salud bucal con enfoque por ciclos vitales entre los años 2006 a 2017, en el departamento de Bolívar. Identificar las áreas del departamento donde se implementaron modelos de atención en salud bucal con énfasis en promoción de la salud, prevención y protección específica y atención temprana y complementada con las acciones de atención y control de lesiones y secuelas través de todo el ciclo vital. Describir el nivel de cobertura en atención en salud bucal en el periodo 2006 a 2017. ⁴

Para cada uno de los objetivos y metas propuestas en el plan se realizará una búsqueda de la información en la base de datos del sistema integral de información de la protección social (Sispro).

Sobre la plataforma de SISPRO se seleccionaron y analizaron los indicadores propuestos a mejorar en el PNSB y se procedió a cotejar la información recolectada con las metas propuestas.

- Sistema Integral de Información de la Protección Social
- III Estudio Nacional de Salud Bucal
- IV Estudio Nacional de Salud Bucal

5.2 Recolección de datos

Se realizó un análisis descriptivo de la información periodo por periodo desde el año 2006 hasta el año 2017 para cada uno de los objetivos específicos y las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Bucal, se analizaron datos relativos y absolutos, y se compararon periodo por periodo con el fin de analizar su comportamiento.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura MEDLINE, PUBMED, SCIELO, BIREME, de artículos relacionados con la presencia de enfermedades periodontales, caries, fluorosis y enfermedades de tejidos blandos en los últimos años, los cuales nos sirve de referencias para la comparación de datos.

La población objeto de estudio incluye todas las personas que se encuentran registradas en la base de datos SISPRO (Sistema Integrado de Información de la Protección Social) entre los años 2007 y 2017 como afiliadas en los regímenes de salud contributivo y subsidiado en un rango de edad de 0 a más de 60 años, de diferentes sexos, de las diferentes etnias indígenas y residan en las diferentes zonas del país. Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta datos espurios que se encuentren en la base de datos.

5.3 Análisis estadístico

Inicialmente fue diseñada una base de datos en Excel® Microsoft® office 2007 para almacenar, organizar y depurar los datos recogidos de las diferentes fuentes de información como el Sistema Integral de Información de la Protección Social,

en esta tabla de datos se tuvieron en cuenta los indicadores de morbilidad bucal como caries, enfermedad periodontal, fluorosis dental, enfermedad de tejidos blandos y tratamientos realizados para caries como topicación de flúor en gel, topicación de flúor en solución, topicación de flúor en barniz, aplicación de sellantes de autocurado, aplicación de sellantes de fotocurado, obturación dental con amalgama, obturación dental con resina, obturación dental con ionomero de vidrio, obturación temporal, y tratamientos realizados en enfermedad periodontal como detartraje supragingival, detartraje subgingival y control de biofilm. Para el análisis frecuencias absolutas y relativas de los eventos y actividades y además para el análisis bivariable se usará la prueba chi² con un límite de decisión para la significancia de $p < 0.05$.

6 RESULTADOS

Con respecto a la experiencia de caries se encontró que entre los años 2009 a 2017 se diagnosticaron un total 1.015.141 pacientes encontrándose el mayor número de pacientes en el año 2016 (162.956) y el menor número de pacientes en el año 2010 (56.266). Con respecto a las categorías y aspectos sociodemográficos de la población atendida se encontró que el 69 % pertenecía al régimen subsidiado y el 31 % al régimen contributivo, en cuanto a la edad el 40,3 % tenía entre 29 y 50 años, y las menores prevalencias estaban en los pacientes de 0 a 5 con años. Para la variable de sexo se encontró que el 60, 2% de los pacientes pertenecían al género femenino y el 39, 8 % correspondía al sexo masculino. En

las etnias el 92,9% no reportó a que etnia, en la prevalencia de zona o área de atención el 65,5% pertenecía a una cabecera municipal, el 8.9% se encontraba en zona rural. (Tabla 1)

Con respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal se encontró que entre los años 2009 a 2017 se diagnosticaron un total de 3.350.071 pacientes, en donde el 39,1% de la población son del sexo masculino y el 60,4% pertenecen al sexo femenino. En cuanto a los grupos de edades, la menor prevalencia estaban entre las edades de 0 a 5 años con un 6.6% y el 39.5% pertenecientes a las edades de 29 a 50 años. Respecto al régimen contributivo un 38.5% de la población atendida pertenecía a este y el 61.5% al régimen subsidiado. A nivel de zona/área, el 64,5% pertenecía al área cabecera. (Tabla 1)

En los datos referentes a enfermedad de tejidos blandos se reportó un total de 183.252 pacientes entre los años 2009 a 2017, la cual el 42,8% pertenecían al sexo masculino y el 56,4% al sexo femenino. En cuanto a la edad, el 19,3% estaban entre los 0 a 5 años, y los más significativo entre los 18 a 28 años, el 36.6% pertenecientes a las edades de 29 a 50 años. Respecto al régimen contributivo un 51.8% de la población atendida pertenecía a este y el 48.2% al régimen subsidiado. A nivel de etnias, el 0,1% pertenecía a la población indígena, el 0.8% a negro/mulato y el 4,9% correspondía a otras etnias. En cuanto a zona/área, un 66,6% pertenecía al área cabecera. (Tabla 1)

Tabla1: Poblacion diagnosticada con caries, enfermedad periodontal y enfermedad de tejidos blandos

Año 2009-2017	Caries dental			E. Periodontal			EL Tejidos blandos		
Sexo	n	%	Valor P	n	%	Valor P	n	%	Valor p
Masculino	401.304	39,8	0.01	262.472	39,1	0.07	15.772	42,8	0.06
Femenino	607.673	60,2		405.765	60,4		20768	56,4	
No definido	185	0,02		185	0,0		9	0,0	
No reporta	6.000	0,59		3274	0,5		280	0,8	
Edad									
0 a 5	85.756	8,4	0.00	44.526	6,6	0.00	7130	19,3	0.00
6 a 11	140.463	13,7		81.252	12,0		5154	14,0	
12 a 17	113.767	11,1		88.768	13,1		2043	5,5	
18 a 28	202.507	19,7		137.286	20,3		4971	13,5	
29 a 50	413.332	40,3		267.442	39,5		13.493	36,6	
60 años y mas	70.735	6,9		57602	8,5		4119	11,2	
Regimen									
Contributivo	314.795	31,3	0.00	254537	38,5	0.09	18.578	51,8	0.07
Subsidiado	691.914	68,7		406.834	61,5		17.285	48,2	
Etnia									
Indigenas	664	0,07	0.00	207	0,0	0.00	27	0,1	0.00
Negro/Mulato	4.581	0,45		1646	0,2		293	0,8	
Otras etnias	66.864	6,59		29577	4,4		1811	4,9	
No definido	37	0,00		35	0,0		0	0,0	
No reporta	942.916	92,9		636.967	95,3		34.690	94,2	
Zonalarea									
Cabecera	665.046	65,5	0.00	433.266	64,5	0.00	24.543	66,6	0.00
Centro poblado	77.724	7,7		44.309	6,6		2015	5,5	
Rural	89.996	8,9		46.322	6,9		1820	4,9	
No definido	182.375	18,0		147.799	22,0		8.451	22,9	

Tabla 2. Pacientes tratados entre 2015 y 2017

Año 2015-2017		
Procedimientos Caries	n	%
Fluor en gel	24540	52,5
Fluor en solución	1436	3,1
Fluor en barniz	1117	2,4
Sellante autocurado	189	0,4
Sellante fotocurado	19427	41,6
total	46709	100,0
obturacion dental con amalgam	85870	60,35
obturacion dental con resina	39242	27,58
obturacion dental con ionomerc	5798	4,07
obturacion temporal	11386	8,00
total	142296	100,00
Procedimientos Enf. Periodontal		
detartraje subgingival	1856	1,9
detartraje supragingival	22226	23,0
Control Placa Bacteriana	72502	75,1
total	96584	100,0

Tratamientos

Con respecto a los tratamientos realizados para el diagnóstico de caries se dispuso de información sobre aplicación de flúor en gel, solución y en barniz, así como la aplicación de sellantes de autocurado y fotocurado, también se encontraron datos sobre procedimientos operatorios con la obturación dental con amalgama, con resina, ionomero de vidrio y cemento temporal, para estos procedimientos se encontró que dentro de las actividades preventivas la que mostro más frecuencia fue la aplicación de flúor en gel arrojando una prevalencia del 52,5%, por su parte el uso de flúor en barniz evidencia un porcentaje del 2,4% y el flúor en solución 3%, con respecto a la aplicación de sellantes poco menos de la mitad de estos han sido de tipo fotocurado con un porcentaje de 41,6% y de autocurado solo el 0,4%, para los procedimientos operatorios cabe destacar el

porcentaje arrojado por la obturación con amalgama, de 60,3% a diferencia de aquella realizada con resina con un 27,5%.(Tabla 2)

En relación a los tratamientos realizados para el diagnóstico de enfermedad periodontal se dispuso de información sobre detartraje subgingival, detartraje supragingival y control de placa bacteriana. La actividad realizada con más frecuencia fue el control de placa bacteriana arrojando una prevalencia del 75.1%, por su parte el detartraje supragingival evidencia un porcentaje de 23% y el detartraje subgingival del 1,9%. (Tabla 2)

El total de pacientes diagnosticados con caries fue de 453.773 y de estos solo se tienen reportados 189.005 como pacientes con tratamientos recibidos, distribuidos el 24,7% con procedimientos de tipo preventivo y el 75,2% con procedimientos de tipo operatorio, con relación a la cobertura se obtuvo que solo el 41,6% de los pacientes diagnosticados con caries recibieron algún tipo de tratamiento.

Referente a enfermedad periodontal el número de personas diagnosticadas fue de 267.562 y de estos solo 96.584 han recibido tratamientos, el 24,9% de ellos recibieron procedimientos como detartrajes y el 75% recibieron Controles de placa bacteriana. A cerca del porcentaje de pacientes con enfermedad periodontal tratados solo el 36% se encuentran registrados como atendidos. (Tabla 2)

7 Discusión

Los hallazgos principales de este estudio, dan cuenta de los factores relacionados con la magnitud de los indicadores de salud oral analizados. En términos

generales según las variables analizadas; una buena parte de la población sigue presentando una alta tasa de enfermedades bucales.

Uno de los resultados obtenidos en esta investigación indican que de los 453.773 pacientes diagnosticados con caries menos de la mitad (41,6%) recibieron algún tipo de tratamiento, donde respecto a las categorías y aspectos de la población en cuanto a la edad, la mayor prevalencia era el 40,3 % perteneciente a pacientes entre 29 y 50 años. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la edad establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para comparación mundial del comportamiento de la caries es 12 años. En donde en este estudio las edades entre los 12 y 17 años presentan una disminución marcada en la prevalencia de caries, en comparación con el reporte de la edad de 29 a 50 años. Probablemente debido a las acciones educativas en salud bucal, al uso de medidas preventivas individuales y colectivas, así como a la educación de los padres y cuidadores en el cuidado e importancia de la salud bucal.⁵

Llama la atención los resultados en cuanto a la prevalencia de caries, lo que posiblemente pueda indicar el escaso acceso a los servicios odontológicos.

En otros estudios, González-Martínez, Sánchez-Pedraza y Carmona-Arango (5) plantearon que el nivel educativo de los padres (69%), la experiencia de caries (67%), un índice de placa deficiente (64%), la no exposición a fluoruros (58%) y el consumo diario de dulces (54%) pueden explicar la presencia de caries en los niños prescolares de Cartagena.⁵

A pesar de los resultados preocupantes obtenidos en el estudio Nacional de Salud Bucal en Colombia (ENSAB III 1998), no se realizó ninguna intervención para mejorar el conocimiento, hábitos y creencias erróneas sobre salud bucal. Pasados 11 años desde la finalización del estudio de morbilidad oral en Colombia no se registran datos que soporten acciones para mejorar el conocimiento de la enfermedad periodontal. Lo cual lo podemos resaltar en este estudio donde otro de los resultados de la presente investigación fue la prevalencia de enfermedad periodontal que se encontró entre los años 2009 a 2017, donde se diagnosticaron un total de 3.350.071 pacientes.⁶

Por otra parte, un hallazgo importante de esta investigación tiene que ver con la correlación encontrada en los indicadores y las características sociodemográficas. Por ejemplo, la pérdida dental aumenta a medida que aumenta la edad y a su vez dicha pérdida está relacionada con pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, a tener estudios bajos o nulos, al igual que vivir en la zona rural y tener ocupaciones manuales. Lo anterior indica la presencia de un gradiente social, es decir la situación de salud oral de los adultos mayores se ve afectada por las características sociales que estos poseen (Tsakos et al., 2011).⁷

En Colombia, en los tres estudios nacionales realizados sobre morbilidad oral, así como en los estudios locales y de línea de base nacional, se plantea que la caries, enfermedad periodontal, fluorosis y enfermedad de tejidos blandos, si bien se presenta con menor gravedad, continúa apareciendo en casi toda la población. Esta condición, al no contar con acceso oportuno y con opciones de tratamiento limitadas, ya sea por el actual sistema de salud, por las dificultades de tiempo para

cumplir con las citas o por el desconocimiento de la importancia y cuidado de la salud bucal en todas las edades, generan una alta prevalencia de caries dental sin tratamiento. Eventualmente, ello llevaría a la pérdida dental desde edades tempranas, que igualmente no son resueltas.

8 Conclusión

Con los resultados expuestos en el presente estudio se puede concluir que la caries, enfermedad periodontal y enfermedad de tejidos blandos, son patologías que afectan a gran parte de población del departamento de Bolívar, y que el Ministerio de Protección Social a través de el Plan Nacional de Salud Bucal (PNSB) y los objetivos propuestos encaminados a la mejora de las condiciones de salud bucal en la población Colombiana, y a aumentar el acceso y cobertura de la atención en salud bucal con enfoque por ciclos vitales de la población a este tipo de atención cumplieron con la meta establecida a través de una clasificación acertada y minuciosa de los indicadores, dividiendo a los pacientes según el curso de vida, según las principales etnias nacionales; y demás, y se reportaron incluso aquellos que no tenían información relacionada con los indicadores permitiendo de esta forma un conteo más preciso de los pacientes atendidos. Otro objetivo trazado fue el aumentar el número de pacientes sanos y sanos rehabilitados en salud bucal, este objetivo se vio afectado al arrojar un nivel de cobertura menor a la mitad de los pacientes diagnosticas tanto para caries como para enfermedad periodontal.

Es de resaltar el hecho, que medir con exactitud poblaciones tan grandes es un desafío muy complicado por lo cual los datos nunca tienden a ser perfectos, sin embargo, si se logra representar a la población a través de estas estadísticas, también se debe destacar o recomendar que un proyecto como el PNSB que rige para todo un país podría tener mejores formas de medición en cuanto a su cumplimiento si se trazaran medidas de tipo cuantitativa y no solamente cualitativas.

Por último, es importante continuar implementando estrategias motivacionales y de aprendizaje en salud bucal. Sobre todo estrategias de formación para el recurso humano en salud bucal, en busca del mejoramiento en todos los aspectos de salud bucal a nivel de Colombia y por departamentos.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Social MdSyP. RESOLUCION NUMERO 3577 DE 2006 Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB. Bogotá D.C.2006. p. 15
2. Arrieta Vergara, Katherine Margarita, Díaz Caballero, Antonio, & González Martínez, Farith. (2011). Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología. *Revista Cubana de Estomatología*, 48(1), 6-13.
3. RESOLUCION NUMERO 3577 DE 2006 Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB. Bogotá D.C.2006. p. 15. JEAN-BAPTISTE H (2015).

4. Ministerio de Salud. (2006). Resolución 3577 de 2006. Bogotá D.C
5. Suárez Zúñiga E, Velosa Porras J. Comportamiento epidemiológico de la caries dental en Colombia. Univ Odontol. 2013 Ene-Jun; 32(68): 117-124.
6. Duque Andrés, Cuartas Carolina, Muñoz Carolina, Salazar Claudia, Sánchez Yaneth. Nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en una muestra de empleados en Medellín. CES odontol.
7. Posada-López Adriana, Agudelo-Suárez Andrés A, Meneses-Gómez Edwin J. Condiciones de Salud Oral y Estado Protésico de la Población Adulta Mayor Atendida en la Red Hospitalaria Pública de Medellín (Colombia). Int. J. Odontostomat.

