https://doi.org/10.56085/isss.506

Morbilidad en salud oral en la población vinculada, desplazada y del Régimen Subsidiado no POS, periodo 2011-2012, y factores de riesgo identificados en la población caracterizada mediante la estrategia atención primaria en salud (APS)

Morbidity in Oral Health in the Population Linked, Displaced and the Subsidized Regime

Morbidade em saúde bucal na população ligada, deslocados e o regime de subvenções

Martha Lucía Hincapié Molina[1]
Nirley Stella Vargas Díaz[2]

Resumen

Para construir el perfil de morbilidad de la salud oral en la población vinculada o desplazada y en atenciones ajenas al Plan Obligatorio de Salud (no POS) durante el periodo 2011-2012, se utilizaron los registros de prestación de servicios de salud (RIPS) generados durante los mencionados años. Se revisaron, en total, 104885 registros de atenciones por morbilidad en salud oral según la Clasificación Internacional de Enfermedades, generados durante el periodo de estudio, y los cuales correspondieron a 88370 individuos únicos coincidentes por tipo y número de identificación, quienes fueron analizados con el *software* estadístico SPSSS versión 16.0. Del total de registros, no se halló el número de individuos únicos atendidos en salud oral, debido a las características del proceso fisiopatológico de morbilidad, en el cual un individuo puede presentar varios diagnósticos al mismo tiempo. Los diagnósticos de atención más comunes fueron caries de la dentina, gingivitis crónica-aguda y pulpitis; los principales procedimientos de odontología incluyeron la consulta por primera vez por odontología general y la consulta de urgencias por odontología general. El comportamiento de la morbilidad en salud oral según sexo fue similar entre hombres y mujeres; tuvo un leve aumento en la mayoría de los diagnósticos entre las mujeres, a excepción de los diagnósticos de tumores malignos, tumores benignos y quistes, fracturas y luxaciones de dientes y signos y manifestaciones de boca, todos los cuales fueron más prevalentes en los hombres. El grupo poblacional con mayor número de atenciones fue el de 20-24 años, con el 13,39% de los casos (n = 14,43), seguido

1 Médica cirujana general, especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría de servicios de salud. Especialista en seguridad Social, especialista en Gestión del Primer nivel de atención y atención primaria, maestría en Farmacología. Bogotá, Colombia.
2 Bacterióloga y laboratorista clínico, especialista en Epidemiología. Bogotá, Colombia.

del grupo de 15-19 años, con el 11,59% (n = 12 153). El 7,7% de las atenciones (n = 8061) fueron registradas en menores de 5 años; de dichas atenciones, se halló que el diagnóstico principal más común de consulta por primera vez fue asociado a enfermedades de los tejidos duros. Se hizo un cruce con la base de datos de atención primaria en salud (APS), mediante las variables de tipo y número de identificación del individuo, con el fin de establecer los principales determinantes de salud oral registrados en la encuesta de caracterización; así se encontró un total de 1034 registros de atención en salud, que pertenecieron a población caracterizada por los grupos de APS, correspondientes a la información de 725 familias y 771 individuos. Entre las principales respuestas de la población caracterizada, relacionadas con el concepto de "tener una boca sana", se hallaron otras no descritas en la encuesta de caracterización, como no sentir dolor y tener los dientes completos.

Abstract

To create the oral health morbidity profile in linked, displaced, and non-insured population, records of health service provision (RHSP) during 2011 and 2012 were used. A total of 104 885 records of attention on oral health morbidity were revised during the study period, according to the International Classification of Diseases. 88 370 cases corresponded to unique individuals matched by type and identification number. These were analyzed using statistical software SPSSS, version 16.0. After checking every record, the exact number of individuals attended for oral health could not be calculated, due to the characteristics of the pathophysiological process of morbidity in which individuals can show several diagnoses at the same time. The most frequent attention diagnoses were dentin caries, acute chronic gingivitis, and pulpitis. The main dental procedures included first time consultations for general dental care, and general dental emergency consultations. Morbidity behavior in oral health according to gender was similar for men and women. Diagnoses that included benign and malignant tumors, cysts, fractures and teeth dislocation were presented with higher frequency in men patients. Other types of diagnoses were presented with higher frequency in women. The population group that presented highest levels of medical attention were those between 20 and 24 years old, 13,39% (*n* = 14,43), followed by patients between 15 and 19 years old, 11,59% (*n* = 12 153). 7,7% of consultations (*n* = 8061) were registered for patients under 5 years old. For these consultations the main and most frequent diagnose was associated to diseases related to hard tissue. A Cross-reference process was done with the Primary Health Care (PHC) database, using identification type and number of patients as the main variable. This was done in order to establish the main determinants of oral health, recorded in the characterization survey. It was found that 1034 records of health care belonged to population characterized by PHC groups, corresponding to the information of 725 families and 771 individuals. Apart from the main answers included by the characterized population (related to the concept of "having a healthy mouth") the survey included others, like not feeling pain, and complete denture.

Resumo

Para a construção do perfil de morbidade da saúde bucal da população vinculada, deslocados e atendidos no pos, utilizaram-se os Registros de Prestação de Serviços de Saúde (RIPS) durante os anos 2011-2012, foi analisado um total de 104 885 registros de morbidade da saúde bucal conforme a Classificação Internacional de Doenças gerados no período de estudo, o que correspondeu a 88 370 indivíduos únicos coincidentes por tipo e número de identificação, que foram analisados com o Software estatístico SPSSS versão 16.0. Do número to-

tal de registros, foi encontrado o número de indivíduos únicos atendidos em saúde oral, devido às características do processo fisiopatológico da doença em que um indivíduo pode ter vários diagnósticos simultaneamente. Os diagnósticos mais frequentes foram de atenção à dentina cárie, gengivite crônica - aguda e pulpitis, os principais procedimentos odontológicos foram consultas por primeira vez em odontologia geral e consulta de emergência odontológica geral.

O comportamento da morbidade em saúde bucal por sexo foi semelhante entre homens e mulheres, com um ligeiro aumento na maioria dos diagnósticos de nível de mulheres, exceto para o diagnóstico de tumores malignos, tumores benignos e cistos, fraturas e luxações de dentes, sinais e manifestações bucais de que eram mais prevalente em homens, a faixa da população com o maior número de visitas foi de 20 a 24 anos 13,39% (n = 14,43), seguido por aqueles 15 a 19 anos 11,59% (n = 12 153).

Foram registrados 7,7% dos atendimentos (n = 8061) em crianças menores de 5 anos, nestes os atendimentos mais frequentes de primeira consulta foi associada a doenças dos tecidos duros.

Foi realizado um cruzamento com o banco de dados de Atenção Primária à Saúde (APS), com as variáveis de tipo e número de identificação do indivíduo, a fim de estabelecer os principais determinantes da saúde bucal registrado na pesquisa de caracterização, encontrando-se um total de 1034 registros de atendimento a saúde, que pertenciam à população caracteriza-se por grupos de APS, que correspondem às informações de 725 famílias e 771 indivíduos.

Entre as principais respostas caracterizadas por la população, relacionados com o conceito de "ter uma boca saudável", foram encontrados outras além daqueles descritos na pesquisa de caracterização, como não ter nenhuma dor e ter todos os dentes completos.

Introducción

El componente de salud bucal sigue siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población. Su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención; por tanto, se incluye en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Actualmente, se observa un cambio en el sentido de la práctica odontológica, que ha pasado de la atención a la enfermedad al fomento de la salud.

> *La comunidad odontológica en América Latina, integrada en la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología / Unión de Universidades de América Latina (OFEDO / UDUAL) y la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina, en el marco de las metas del milenio, propone:*
>
> 1. *Incluir la salud bucal como un indicador de pobreza.*
> 2. *Garantizar el 50% de los niños sanos a los 12 años de edad para el 2015, estableciendo como objetivo para América Latina un CPOD de 1 a 2.9 para el año 2015.*
> 3. *90% de los niños y niñas sean promotores de salud bucal.*
> 4. *70% de niños sanos a los 12 años y 70% de niños sin hábitos deformantes.*
> 5. *70% de embarazadas saneadas al momento del parto y el índice de higiene oral simplificado no mayor de 1.*
> 6. *Garantizar la atención odontológica al 100% de pacientes VIH positivos.*
> 7. *Garantizar el acceso al agua potable y los programas de fluoruración del agua.*
> 8. *Conformación de amplias redes de alianzas entre las comunidades, los servicios, gremios y academias (1).*

La salud oral requiere un análisis y un seguimiento, si se tiene en cuenta el III Estudio Nacional de Salud Bucal, realizado en 1998 por el Ministerio de Salud, y donde se evidencia una prevalencia de caries del 67,8% en la población general. De igual forma, porque las infecciones orales pueden contribuir como factores de riesgo para muchas enfermedades sistémicas, como cardiopatías, enfermedades respiratorias y diabetes, e, incluso, ocasionar complicaciones durante el embarazo.

El objetivo del presente trabajo es construir el perfil epidemiológico de morbilidad de la salud oral en el

ámbito de la red adscrita, en la población vinculada, desplazada y que recibe atenciones no POS, con base en los RIPS generados durante el periodo 2011-2012, así como identificar los principales determinantes para morbilidad en salud oral para la población caracterizada por el Programa Salud a su Casa según los registros generados durante el periodo mencionado, a partir del enfoque de determinación social en la salud.

Métodos

Se revisaron, en total, 104885 registros de atenciones por morbilidad en salud oral, generados durante 2011 y 2012[3], los cuales correspondieron a 88370 individuos únicos coincidentes por tipo y número de identificación, y quienes fueron analizados con el *software* estadístico SPSSS versión 16.0. Del total de registros, no se halló el número de individuos únicos atendidos en salud oral, debido a las características del proceso fisiopatológico de morbilidad, en el cual un individuo puede presentar varios diagnósticos al mismo tiempo; por lo tanto, para los análisis donde se describe el estado de morbilidad no se utilizó a individuos únicos, sino el total de atenciones registradas a lo largo del periodo de estudio.

Inicialmente se hizo un análisis univariado utilizando técnicas de estadística descriptiva, para determinar la distribución de cada una de las variables, con el fin de revisar la concordancia y hacer la respectiva depuración de los datos. Posteriormente se llevó a cabo el cruce de las variables mediante tablas de contingencia o gráficos. La variable edad fue categorizada según los grupos etarios que describen el desarrollo de la dentición del individuo, y la variable de diagnóstico se categorizó según los grupos de morbilidad en salud oral, descritos en la metodología.

Para el análisis de los factores de riesgo descritos en la literatura (2,3) se hizo un cruce con la base de datos de APS, mediante las variables de tipo y número de identificación del individuo, con el fin de establecer los principales determinantes de salud oral registrados en la encuesta de caracterización.

Se identificaron los principales factores de riesgo de la población caracterizada, para lo cual se analizaron las preguntas relacionadas con: zona, tipo de vivienda, batería sanitaria, servicio de acueducto, personas con discapacidad, personas sin cuidador, participación en espacios de organización social, reducción de la cantidad de alimentos en las comidas de los niños menores de 5 años, falta de dinero para comprar alimentos durante el último mes, población especial, etnia, localidad, tiempo promedio y costos de desplazamiento a la institución prestadora de los servicios de salud (IPS) de atención, escolaridad, asistencia a consulta odontológica a lo largo del último año, asistencia al odontólogo si se ha sentido enfermo durante los últimos 30 días, razón por la cual no asistió estando enfermo durante los últimos 30 días, y todas las preguntas de la ficha complementaria de salud oral, relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal.

Resultados

Población general

Se obtuvo una muestra final de 104885 RIPS de atenciones por odontología, generados durante el periodo 2011-2012, en población vinculada, desplazada y subsidiada no POS; ello mostró una tendencia negativa hacia la disminución de las atenciones por salud oral, relacionada con el aumento de cobertura en el aseguramiento, así como disminución de población vinculada.

Así mismo, se estableció que el 99,9% de los registros fueron generados en la red adscrita ($n = 104788$), de la cual se halló que la mayor proporción de registros fueron reportados por: el Hospital de Engativá, con el 15,15% de los casos ($n = 15875$); el Hospital de Suba, con el 13,86% ($n = 14522$), y el Hospital del Sur, con el 10,6% ($n = 11096$); y en menor proporción, fueron realizados en los Hospitales Bosa II nivel, con el 0,02% de los casos ($n = 16$) y el Hospital El Tunal, con el 0,13% ($n = 134$) .

Del total de registros de atenciones, se identificó que el 84,1% ($n = 88165$) corresponden a registros generados en consulta, y el 15,4% ($n = 16115$), a registros generados en urgencias; el 0,6% ($n = 605$) fueron registrados en hospitalización.

Según el sexo de los individuos atendidos durante el periodo estudiado, se halló que más del 58,9% ($n = 61725$) eran mujeres, y el porcentaje restante, hombres ($n = 43160$).

3 Fecha de generación del reporte de información: 31 de enero de 2013.

Según el tipo de usuario, se identificó que el 83,1% fueron vinculados (*n* = 87193); el 11,8%, del Régimen Subsidiado no pos (*n* = 12333), y el porcentaje restante, población desplazada, con el 5,1% (*n* = 5359).

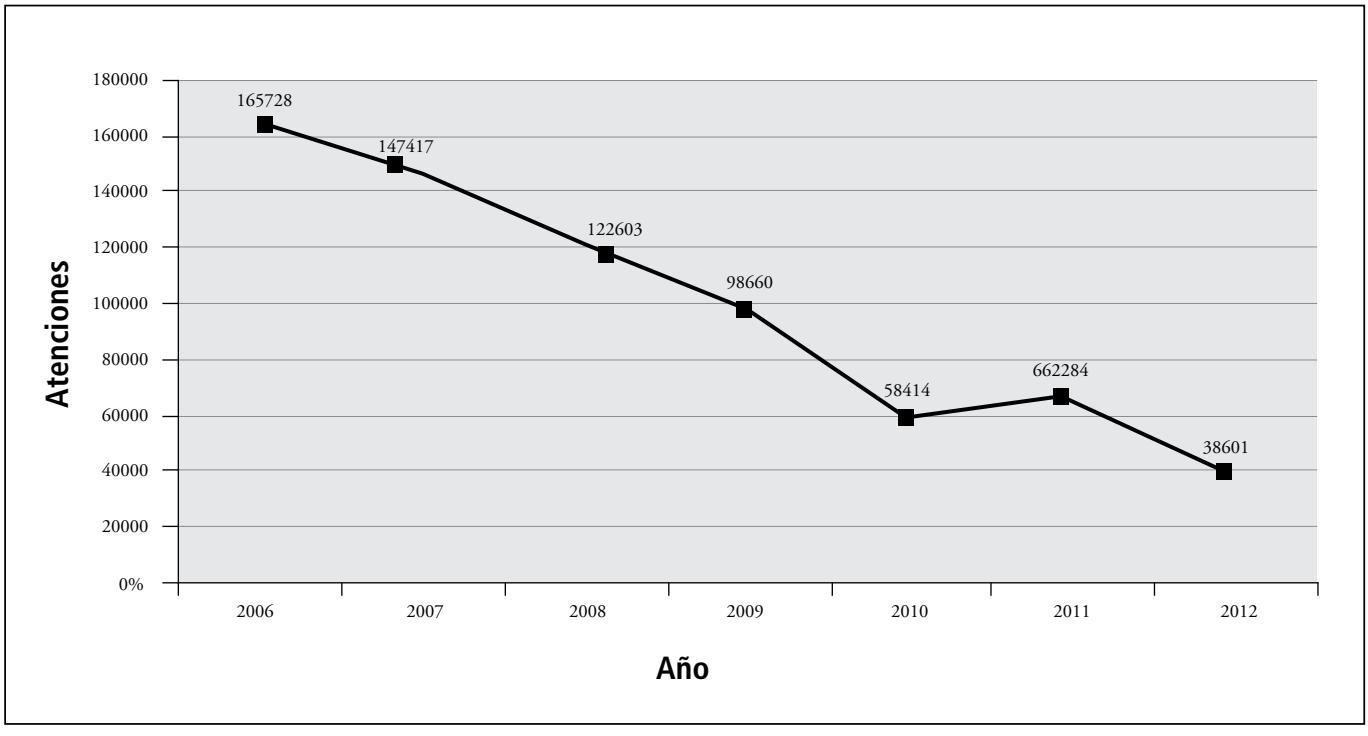
Según la localidad de residencia de los individuos, se identificó que la mayor proporción de registros de atención se relacionaron con la población residente en las localidades de Usaquén, con el 16,9% de los casos (*n* = 17711); Engativá, con el 11,4% (*n* = 11947); Ciudad Bolívar, con el 11,2% (*n* = 11707); Suba, con el 10,6% (*n* = 11160), y Usme, con el 9,2% (*n* = 9631); por otra parte, el menor número de registros correspondieron a residentes de las localidades Antonio Nariño, con el 0,1% (*n* = 90); Teusaquillo, con el 0,1% (*n* = 107), y La Candelaria, con el 0,3% (*n* = 273).

En cuanto a la edad, dentro del promedio de las atenciones con diagnóstico de morbilidad en salud oral el rango se determinó en los 27,4 años, y la edad mediana fue de 25 años (el 50% de las atenciones fueron registradas en las personas de 25 años o menos; se eliminaron los valores extremos). Por otro lado, en la distribución por grupo etario se halló que el grupo poblacional con el mayor número de atenciones, según los registros generados durante el periodo de estudio, fue el de 20-24 años, con el 13,39% de los casos (*n* = 14,43), seguido del grupo de 15-19 años, con el 11,59% (*n* = 12153) y el de 25-29 años, con el 10,3% (*n* = 10808). El grupo con el menor número de registros de atenciones fue el de 60 años o más, correspondiente al 4,01% de los casos (*n* = 4207) (figura 2).

Del total de registros revisados, se pudo establecer que el 93,1% de los procedimientos registrados (96601) correspondieron a atenciones en salud oral, y que el 7,9% (*n* = 8284) restante no se relacionaron con la salud oral; tales procedimientos estuvieron ligados a diagnósticos de salud oral, pero relacionados con otras disciplinas de la salud, como psicología, fisioterapia y nutrición.

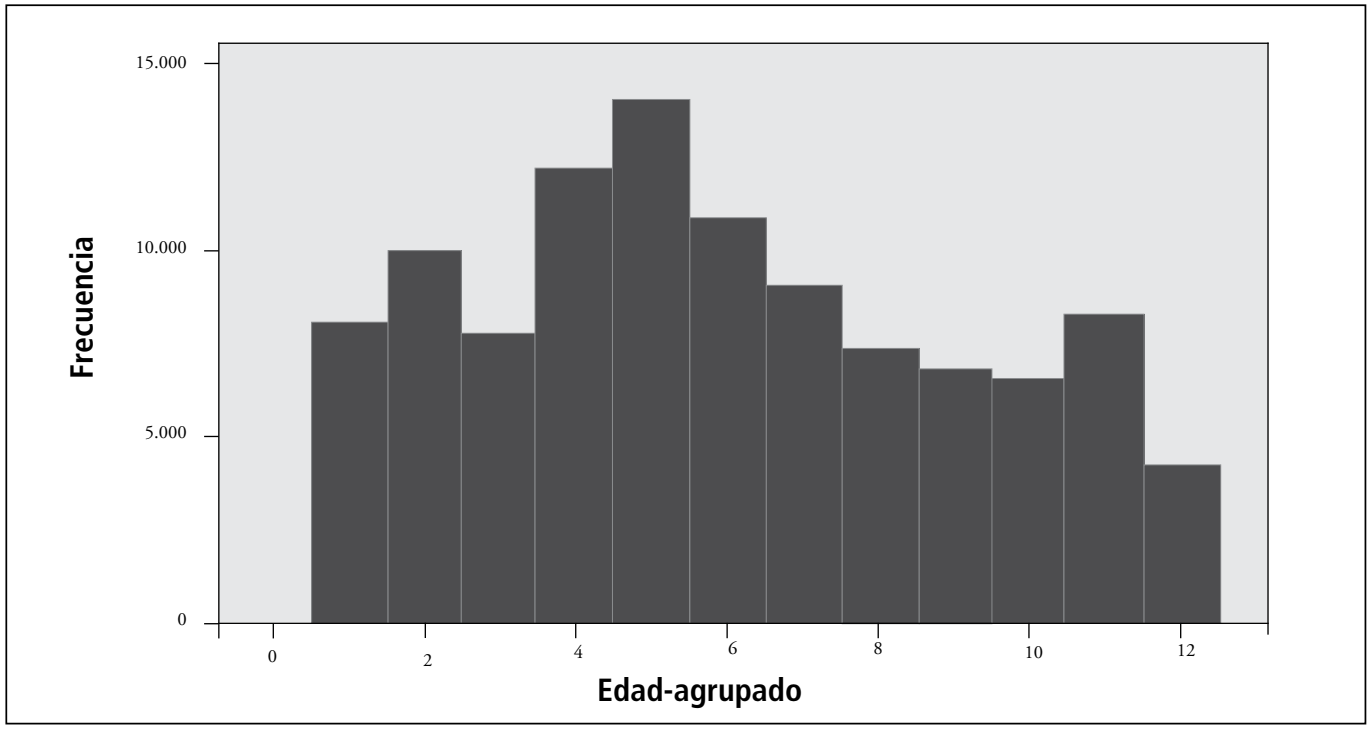
De los procedimientos de salud oral, se halló que la mayor proporción de estos, el 70,3% (*n* = 67944), correspondió a atenciones de primera vez por consulta de odontología general; el 14,25% (*n* = 13765), a consulta de urgencias de odontología general, y el 10,85% (*n* = 10483), a consulta por odontología especializada.

Figura 1. Tendencia de las atenciones en salud oral por localidad y año en la población vinculada, desplazada y subsidiada no POS. Bogotá, D. C., 2006-2012



Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas, rips 2006-2012. Fecha de generación del reporte: 31 de enero de 2013

Figura 2. Frecuencia de atenciones en salud oral por grupo de edad. Bogotá, D. C., 2011-2012



Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011- 2012. Fecha de generación del reporte: 31 de enero de 2013.

Entre los diagnósticos de consulta en salud oral, el más registrado para el periodo 2011-2012 fue la caries de la dentina, con el 52,7% de los casos (*n* = 45 389), seguida por la gingivitis crónica, con el 8,8% (*n* = 7598), la pulpitis, con el 8,5% (*n* = 7352), y la gingivitis aguda, con el 7,2% (*n* = 6153); todas ellas, enfermedades dentales asociadas a deficientes hábitos higiénicos bucales, a inadecuada alimentación o a dietas basadas en el consumo de carbohidratos, así como al desconocimiento de la necesidad o a barreras de acceso para la aplicación del sellado preventivo de las superficies oclusales de los premolares y los molares, a deficiente educación relacionada con la salud oral (adecuado cepillado de los dientes y el uso de seda dental y de enjuagues bucales), y a escasas campañas de detección temprana donde se incluya la fluorización (figura 3), entre otras (4).

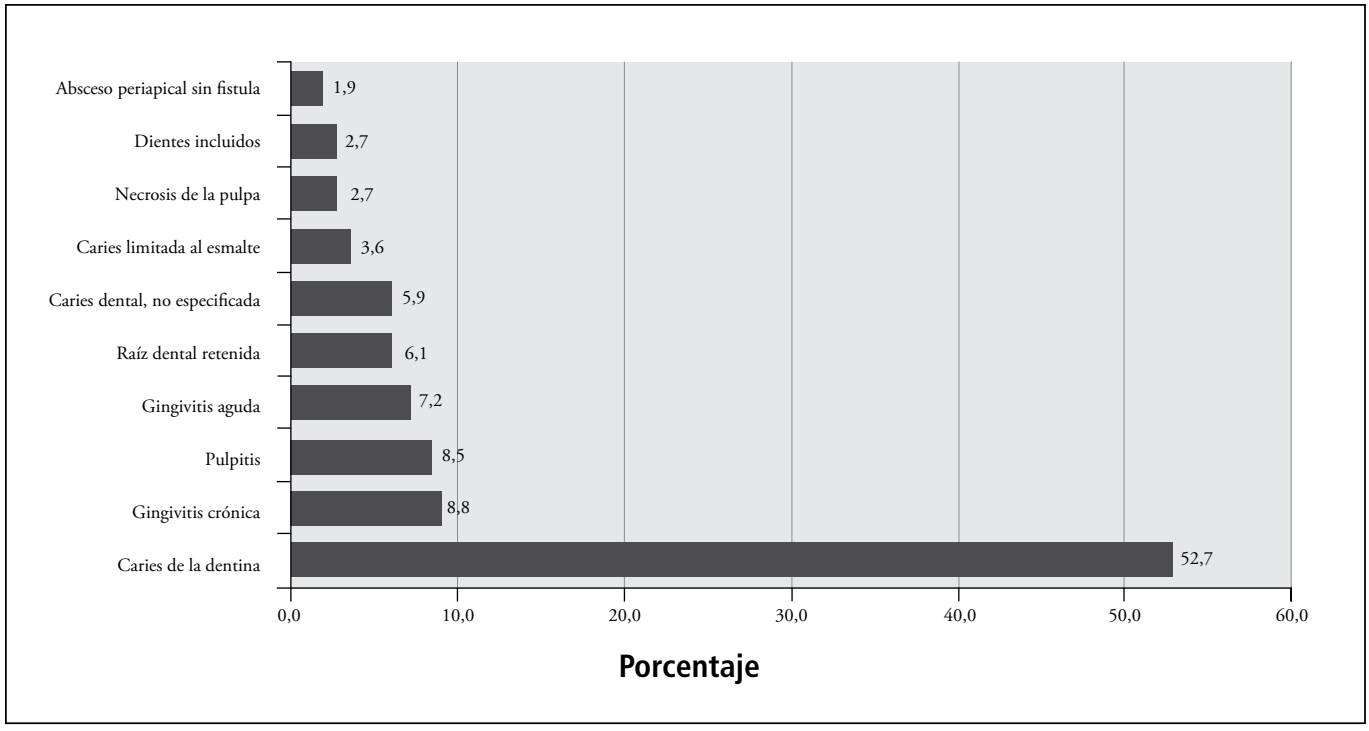
Asimismo, se identificó la gingivitis como el segundo diagnóstico más común; esta patología es considerada una enfermedad periodontal, y que con un manejo y un tratamiento adecuados y cuidados personales relativos a la higiene oral puede mejorar, o, por el contrario, desencadenar en periodontitis crónica, en detrimento del soporte óseo, y llegar a la pérdida de las piezas dentales.

Al agrupar los diagnósticos por las categorías predefinidas en el diseño metodológico, con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (5), se estableció que más del 50% de los diagnósticos agrupados correspondieron a enfermedades de los tejidos duros; el 15,5%, a enfermedades de los tejidos blandos, y el 10,7%, a enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales; en menor proporción, se encontraron los tumores malignos, benignos y quistes, con el 0,4% (*n* = 421) y los diagnósticos relacionados con trastornos de la estructura y la función de la cavidad bucal, con el 0,5% (*n* = 519).

A cruzar la variable por sexo con diagnóstico agrupado, se halló un comportamiento de la morbilidad similar entre hombres y mujeres, con un leve aumento en la mayoría de los diagnósticos entre el sexo femenino, a excepción de los diagnósticos de tumores malignos, tumores benignos y quistes, además de fracturas y luxaciones de los dientes, y signos y manifestaciones de boca, los cuales fueron más prevalentes en población masculina.

Según la distribución por grupo etario, se halló que el grupo poblacional donde se generaron mayor número de atenciones basados en los Registros de Prestación de

Figura 3. Diez diagnósticos más comunes en salud oral. Bogotá, D. C., 2011-2012



Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011-2012. Fecha de generación del reporte: 31 de enero de 2013.

Servicios fue el de 20-24 años, seguido del grupo de 15-19 años; ello, posiblemente, debido a la asociación entre la parte estética y la salud oral, o a la sensibilización que se tiene frente a la salud oral en estos grupos. Por otra parte, los grupos de población donde menos registros se hallaron fueron el de 60 años o más y el de 45-49 años (tabla 1).

En relación con el tipo de aseguramiento, se identificó, a escala total, que el mayor porcentaje de las atenciones con diagnóstico de morbilidad en salud oral correspondió a la población vinculada, con el 83,1% de los casos (n = 87 193), seguido de atenciones en la población subsidiada, con el 11,8% (n = 12 333); en menor proporción, se encontraron las atenciones en la población desplazada, con el 5,1% (n = 5359), comportamiento que obedece a la dinámica del flujo de información establecida en la Resolución 3374 de 2000, por la cual se reglamentan los datos básicos

Tabla 1. Distribución del diagnóstico principal según edad. Bogotá, D. C., 2011-2012

Diagnóstico principal agrupado	Grupo de edad en años												Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60 y más	
Enfermedades de los tejidos duros	5628	6265	4128	6653	7472	5640	4672	3818	3246	3064	3625	1771	55 982
Enfermedades de los tejidos blandos	917	1470	2056	2365	2197	1442	1077	901	926	909	1231	716	16 207
Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales	357	618	451	1091	1480	1358	1333	1096	1006	957	1088	395	11 230
Pérdida de dientes (exfoliación o accidente)	202	515	290	462	633	684	622	531	582	640	961	645	6767
Enfermedades de los tejidos periodontales	202	401	140	269	389	407	418	322	312	321	366	149	3696
Trastornos del desarrollo y erupciones de los dientes	160	258	217	510	894	505	330	165	138	107	144	67	3495
Enfermedades de los maxilares	194	227	238	324	323	248	182	175	181	192	300	161	2745
Estomatitis y lesiones afines	249	133	58	100	192	143	130	89	112	108	147	59	1520
Otras afecciones de los tejidos duros	32	24	48	223	231	188	131	119	99	98	121	79	1393
Fracturas y luxaciones de los dientes	54	29	42	78	139	114	88	79	75	68	97	47	910
Trastornos de la estructura y la función de la cavidad bucal	45	26	37	53	46	29	37	34	21	39	75	77	519
Tumores malignos, benignos y quistes	21	14	8	25	47	50	33	28	39	42	73	41	421
Total general	8061	9980	7713	12 153	14 043	10 808	9053	7357	6737	6545	8228	4207	104 885

Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011-2012. Fecha de generación del reporte: 31 de enero de 2013.

que deben reportar los prestadores. El ente territorial cuenta, básicamente, con los RIPS del vinculado; adicionalmente, la universalización del aseguramiento y la unificación del POS implicaron que disminuyera la población vinculada y aumentara la población subsidiada, con lo cual el número de atenciones objeto de análisis disminuye, comportamiento que, a su vez, no puede relacionarse con la disminución del evento en la población vinculada para el periodo 2011-2012.

Asimismo, el comportamiento de la morbilidad según el diagnóstico principal agrupado fue similar para los tres grupos de aseguramiento; se vio una mayor proporción de las atenciones por diagnósticos de morbilidad relacionadas con enfermedades de los tejidos duros y los blandos y enfermedad de la pulpa y los tejidos periapicales en la población desplazada y vinculada. Por otro lado, en la población subsidiada se destacaron los diagnósticos de enfermedades de los tejidos duros, seguidos de la enfermedad de la pulpa y los tejidos periapicales y la pérdida de dientes por exfoliación o accidente. Para los tres grupos, los diagnósticos que fueron registrados en menor proporción correspondieron a tumores malignos benignos y quistes.

Entre los diagnósticos de atención más comunes según la localidad de residencia se estableció que las localidades donde se presentó la mayor proporción de atenciones relacionadas con enfermedad de los tejidos duros fueron: Usaquén, con el 17,65% de los casos ($n = 3535$); Tunjuelito, con el 17,65% ($n = 3530$), y San Cristóbal, con el 11% ($n = 2206$); y las localidades con el menor número de atenciones por el mismo concepto fueron: Sumapaz, con el 0,04% ($n = 9$); Los Mártires, con el 0,2% ($n = 47$), y La Candelaria, con el 0,2% ($n = 49$).

Igualmente, las atenciones con diagnóstico de enfermedad de los tejidos blandos fueron más comunes en los residentes de las localidades de Usaquén, con el 16% ($n = 57889$); Suba, con el 12,2% ($n = 44199$) y Bosa, con el 11% ($n = 40034$), y menos comunes en Teusaquillo, con el 0,1% ($n = 267$); Antonio Nariño, con el 0,1% ($n = 372$), y Sumapaz, con el 0,2% ($n = 571$), comportamiento que coincide con las características demográficas de las localidades: las de mayor número de habitantes son Sumapaz, La Candelaria y Los Mártires, según la proyección de Bogotá hecha por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para 2012; sin embargo es importante aclarar que se presentaba la tendencia a registrar como código de localidad el 11001, lo cual corresponde a la Localidad de Usaquén, y ello afectó la prevalencia del evento según la localidad de residencia. Como medida de control para la calidad del dato, se depuró la base de datos según el diagnóstico y el procedimiento relacionado con la edad del individuo, y se identificó la tendencia por edad y localidad.

Los diagnósticos principales de atención en población vinculada y desplazada correspondieron a Enfermedades de los tejidos duros, Enfermedades de los tejidos blandos, Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales, en población subsidiada fueron Enfermedades de los tejidos duros, seguido por Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales y Pérdida de dientes por exfoliación o accidente (tabla 2).

Tabla 2. Distribución del diagnóstico principal según el tipo de aseguramiento. Bogotá, D. C., 2011-2012

Diagnóstico principal agrupado	Tipo de usuario						Total
	Desplazado		Subsidiado no POS		Vinculado		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Enfermedades de los tejidos duros	2691	50,2	4282	34,7	49009	56,2	55982
Enfermedades de los tejidos blandos	814	15,2	1132	9,2	14261	16,4	16207
Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales	699	13,0	1806	14,6	8725	10,0	11230
Pérdida de dientes por exfoliación o accidente	401	7,5	1607	13,0	4759	5,5	6767
Enfermedades de los tejidos periodontales	237	4,4	567	4,6	2892	3,3	3696
Trastornos del desarrollo y erupciones de los dientes	157	2,9	1146	9,3	2192	2,5	3495
Enfermedades de los maxilares	108	2,0	719	5,8	1918	2,2	2745
Estomatitis y lesiones afines	74	1,4	364	3,0	1082	1,2	1520
Otras afecciones de los tejidos duros	85	1,6	150	1,2	1158	1,3	1393
Fracturas y luxaciones de dientes	45	0,8	236	1,9	629	0,7	910
Trastornos de la estructura y la función de la cavidad bucal	21	0,4	197	1,6	301	0,3	519
Tumores malignos, benignos y quistes	27	0,5	127	1,0	267	0,3	421
Total general	5359	100	12333	100	87193	100	104885

Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011-2012. Fecha de generación del reporte: 31 de enero de 2013.

Población menor de 5 años

En términos generales, la tendencia de las atenciones en salud oral en la población menor de 5 años para el periodo 2006-2012 con diagnóstico de morbilidad fue similar a la presentada en toda la población restante a lo largo del mismo periodo. Por otra parte, para el periodo 2011-2012, de las atenciones en salud oral con diagnóstico de morbilidad se pudo inferir que el 7,7% (*n* = 8061) se llevaron a cabo en población menor de 5 años.

En relación con la localidad de residencia, se halló que el mayor número de atenciones en menores de 5 años correspondieron a residentes de las localidades de Usaquén, Ciudad Bolívar, Suba, Tunjuelito y Bosa durante el periodo 2006-2012. Por otro lado, para 2012 se presentó una variabilidad en las localidades de residencia, pues en primer lugar estuvo la localidad Ciudad Bolívar, seguida por Usme, Usaquén, Suba y Engativá.

Al comparar el número de atenciones registradas durante 2012 en la población menor de 5 años con el número de habitantes del mismo grupo etario por localidad, se identificó que las localidades donde se presentó una mayor proporción de atenciones según el número de habitantes fueron: Sumapaz, con el 1,7% de los casos; Tunjuelito, con el 1,7%; Usaquén, con el 1,5%; Usme, con el 1,2%; Ciudad Bolívar, con el 0,9%, y Chapinero, con el 0,9%.

Para el periodo 2011-2012 se estableció que el 7,7% de las atenciones (*n* = 8061) fueron registradas en menores de 5 años; de dichas atenciones, se halló que el diagnóstico principal más habitual de consulta por primera vez estuvo asociado a enfermedades de los tejidos duros, seguida de las enfermedades de los tejidos blandos. Ello se relaciona con deficientes hábitos de higiene oral; posiblemente, debido a la falta de atención o de acompañamiento por parte de los cuidadores. Algunos casos, incluso, pueden relacionarse con un parto pretérmino y con bajo peso al nacer.

Por otra parte, del total de atenciones registradas en menores de 5 años durante el periodo 2011-2012 se halló que el 70,7% de estas (*n* = 5700) correspondieron a consulta odontológica de primera vez. Al revisar los diagnósticos agrupados de consulta por primera vez en la población menor de 5 años, se estableció que el diagnóstico de atención más común fue el relacionado con enfermedad de los tejidos duros, seguido por el de enfermedad de los tejidos blandos, todo lo cual coincide con los diagnósticos de consulta a escala general.

Al considerar la caries una de las enfermedades de tejidos duros más comunes, se vuelve preocupante que más del 70% de las consultas por primera vez en menores de 5 años correspondan a dicho diagnóstico. Ello evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención primaria encaminadas a evitar la aparición de caries durante la infancia incentivando al autocuidado y a la consulta preventiva, antes que a la curativa, y fortaleciendo en las madres gestantes y lactantes los conocimientos relacionados con los cuidados en salud oral en los niños.

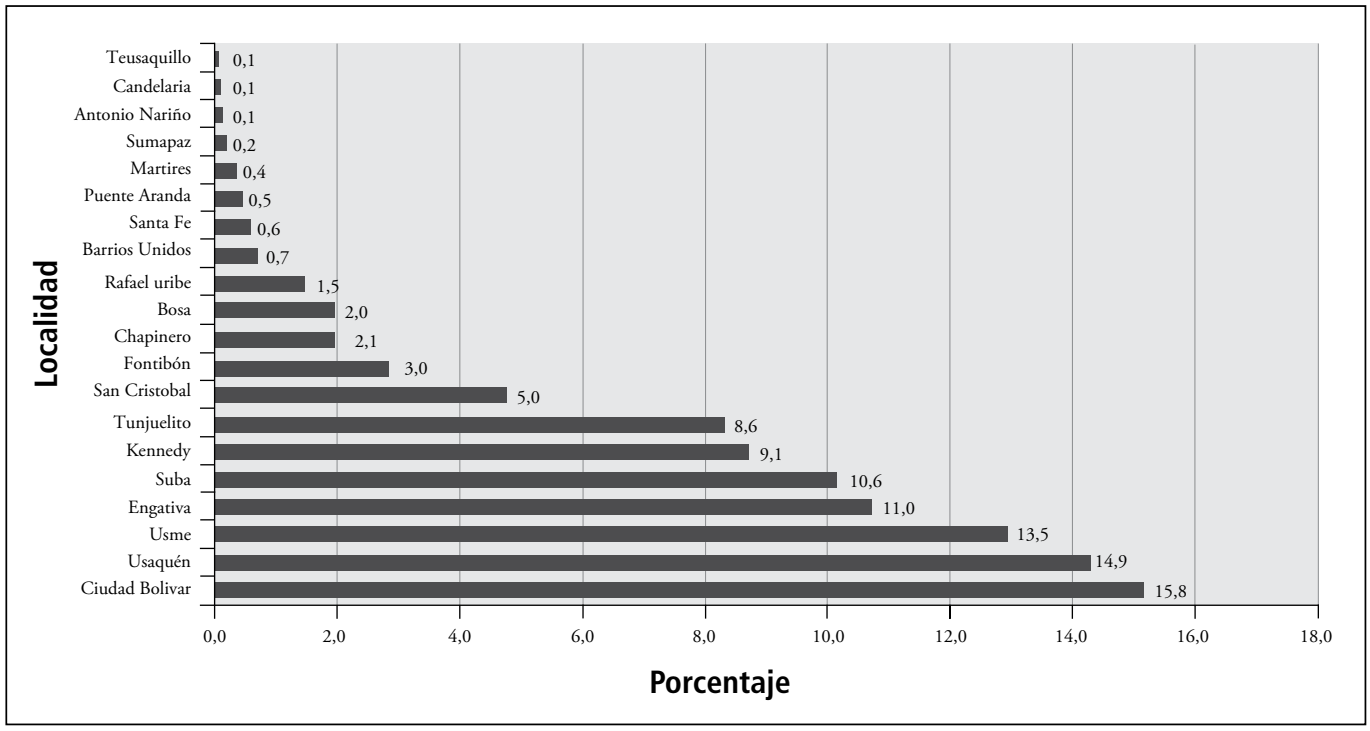
De las atenciones registradas en menores de 5 años, se halló que la mayor proporción de consultas por primera vez correspondieron a residentes de las localidades de Ciudad Bolívar, con el 15,8% de los casos (*n* = 1274); Usaquén, con el 14,9% (*n* = 1199); Usme, con el 13,5% (*n* = 1087); Engativá, con el 11,2% (*n* = 902), y Suba, con el 10,6% (*n* = 852); en menor proporción se encontraron las atenciones a los residentes de las localidades de Teusaquillo, con el 0,1% (*n* = 20); La Candelaria, con el 0,2% (*n* = 59); Antonio Nariño, con el 0,05% (*n* = 16), y Sumapaz, con el 0,2% (*n* = 59).

Por otra parte, al revisar las atenciones presentadas según el número de habitantes proyectados por el DANE para el periodo 2012, se observó que la proporción de atención para los menores de 5 años fue mayor para las siguientes localidades: Tunjuelito, con el 4,4% de los casos, seguida de Usaquén, con el 4,1%; Sumapaz, con el 3,0%; Usme, con el 2,7%, y Chapinero, con el 2,7%. La localidad de Sumapaz figuraba como una de las localidades con el menor número de atenciones por primera vez en menores de 5 años; al cruzar dicho número con el de habitantes, se observó que fue una de las localidades con la mayor cantidad de atenciones por habitante.

Identificación de los determinantes en salud oral basados en la encuesta de caracterización de salud a su casa (SASC) y la ficha de salud oral

Para el análisis de las condiciones de vida asociadas al proceso salud-enfermedad bucal, se empleó el enfoque de determinantes sociales trabajado por diversos autores, como Juan César García, Jaime Breilh y Asa Cristina

Figura 4. Localidad de residencia de menores de 5 años que consultan por primera vez. Bogotá, D. C., 2011-2012



Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2006-2010. Fecha de generación del reporte: 31 de enero de 2013.

Laurell. Los determinantes del proceso salud-enfermedad se abordan en tres niveles: 1) el ***nivel general,*** para el conjunto de la sociedad, y que determina los modos de vida; 2) el ***nivel particular***, para los diferentes grupos de la población, y que determina las condiciones de vida, y 3) el ***nivel individual***, para las variaciones individuales, y que determina los estilos de vida[4].

Al cruzar la base de datos de RIPS (2011-2012) con la base de APS (2011-2012)[5] se identificaron, en total, 1034 registros de atención en salud, y que pertenecieron a población caracterizada por los grupos de APS, correspondientes a la información de 725 familias y 771 individuos caracterizados mediante la estrategia.

En las tablas siguientes se presentarán los resultados de distribución de agrupaciones de diagnósticos de salud oral según el sexo, la localidad de residencia, el grupo etario, el tipo de usuario, la etnia y la caracterización según población especial, entre otras.

La distribución de patologías según el sexo fue muy similar entre hombres y mujeres; dentro de las principales diferencias se identificó que fue mayor la proporción de mujeres con enfermedades de los tejidos duros, con el 49% de los casos ($n = 289$), en relación con el 42% ($n = 78$) que se presenta en hombres; por el contrario, la enfermedad de los tejidos blandos tuvo una presentación inversa: fue más común en los hombres, con el 22% ($n = 40$), en relación con las atenciones registradas en las mujeres, que corresponden al 17% ($n = 97$).

Respecto a la distribución de diagnóstico principal agrupado según el grupo etario, se observa una mayor concentración entre los quintiles de 25-29 años y de 30-34 años, relacionados con enfermedades de los tejidos duros y blandos y enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales.

4 Los modos de vida para la salud se intervienen en la sociedad en su conjunto, con estrategias de promoción de la salud. Las condiciones de vida para la salud se intervienen en el ámbito de grupos de la población, con estrategias principalmente de prevención, aunque también se incluyen la promoción y la asistencia. Los estilos de vida para la salud se intervienen con estrategias, principalmente, de promoción, prevención y asistencia, pero con mayor énfasis en la prevención y la asistencia.

5 Se tomó este periodo para los registros de APS, debido a que el número de registros de la ficha de salud oral es muy bajo para los cruces; por tanto, se tomó información con el fin de tener una mayor cobertura de la población caracterizada por los equipos de SASC.

Según la localidad de residencia de los usuarios caracterizados mediante la estrategia de APS, se determinó que la mayor cantidad de individuos correspondieron a los de las localidades de Usaquén, Suba, Tunjuelito y Engativá (tabla 4).

Tabla 3. Diagnóstico principal de consulta en la población caracterizada por SASC según la edad. Bogotá, D. C., 2011-2012

Diagnóstico principal agrupado	Grupo de edad en años												Total
	0 a 4	5 a 9	10- 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 59	60 y mas	
Enfermedades de los tejidos duros	1	0	8	37	19	80	78	48	34	32	24	6	367
Enfermedades de los tejidos blandos	0	0	11	11	11	27	25	21	12	7	7	5	137
Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales	0	0	3	4	5	21	24	17	14	5	5	0	98
Perdida exfoliación o accidente	0	0	0	1	0	14	7	8	10	5	6	6	57
Tras desarrollo y erupciones de los dientes	0	0	0	0	1	9	9	7	1	2	2	1	32
Enfermedades de los maxilares	0	0	1	4	1	7	6	2	0	1	3	0	25
Otras enfermedades de los tejidos duros	0	0	1	1	1	1	3	3	3	3	1	0	17
Enfermedades de los tejidos periodontales	0	0	1	2	1	1	3	2	2	0	0	0	12
Estomatitis y lesiones afines	0	0	1	0	1	1	3	2	1	1	0	1	11
Trastornos de la estructura y la función de la cavidad bucal	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	1	7
Fracturas y luxaciones	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	5
Tumores malignos benignos y quistes	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3
Total	1	0	26	61	40	163	159	112	79	57	52	21	771

Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011-2012-Fichas de caracterización de APS-Ficha de Salud Oral. Información preliminar.

Tabla 4. Diagnóstico principal agrupado en la población caracterizada por SASC según la localidad de residencia. Bogotá, D. C., 2011-2012

Localidad	Diagnóstico principal agrupado												Total	% Total
	Trast. del desarrollo y erupciones de los dientes	Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales	Enfermedades de los tejidos periodontales	Enfermedades de los maxilares	Enfermedades de los tejidos blandos	Estomatitis y lesiones afines	Fracturas y luxaciones	Otras enfermedades de los tejidos duros	Pérdida, exfoliación o accidente	Trast. de la estructura y función de cavidad bucal	Enfermedades de los tejidos duros	Tumores malignos, benignos y quistes		
Usaquén	9	10	1	4	30	4	0	2	12	3	63	1	139	18,0
Suba	2	8	1	2	43	1	1	0	4	0	46	0	108	14,0
Tunjuelito	6	13	1	3	9	0	0	1	17	0	34	0	84	10,9
Engativá	1	12	1	9	9	0	0	2	6	0	40	0	80	10,4
Ciudad Bolívar	0	4	0	1	13	3	1	9	1	1	43	0	76	9,9
Usme	4	2	0	1	4	0	0	2	5	0	50	0	68	8,8
Sumapaz	0	4	2	1	18	0	1	0	2	1	16	0	45	5,8
San Cristóbal	2	4	1	1	7	2	0	0	3	1	15	0	36	4,7
Fontibón	0	5	1	2	1	0	0	1	1	0	22	0	33	4,3
Santa Fe	2	17	0	0	0	1	0	0	2	0	4	0	26	3,4
Rafael Uribe	1	5	0	0	0	0	0	0	4	1	10	1	22	2,9
Kennedy	0	2	2	1	0	0	1	0	0	0	14	0	20	2,6
Bosa	2	7	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	13	1,7
Chapinero	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	8	0	10	1,3
Candelaria	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,5
Mártires	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0,5
Teusaquillo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,3
Puente Aranda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,1
Total	32	98	12	25	137	11	5	17	57	7	367	3	771	100

Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011-2012-Fichas de caracterización de APS-Ficha de Salud Oral. Información preliminar.

Grupos poblacionales vulnerables

Para el tipo de aseguramiento, se determinó que la mayor proporción de los usuarios atendidos en la red adscrita y complementaria durante el periodo 2011-2012 correspondieron a: la población caracterizada vinculada, con el 71,3% de los casos; la subsidiada, con el 23,7%, y la desplazada, con el 4,9 % (tabla 5), comportamiento insuficiente para permitir una inferencia poblacional, debido a que los datos de atenciones corresponden, mayoritariamente, a RIPS de vinculados.

Tabla 5. Diagnóstico principal de consulta en la población caracterizada según el tipo de usuario. Bogotá, D. C., 2011-2012

Diagnóstico principal agrupado	Desplazado	Subsidiado no POS	Vinculado	Total
Enfermedades de los tejidos duros	14	66	287	367
Enfermedades de los tejidos blandos	5	14	118	137
Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales	8	31	59	98
Perdida exfoliación o accidente	2	22	33	57
Trast. desarrollo y erupciones de los dientes	4	19	9	32
Enfermedades de los maxilares	1	9	15	25
Otras afecciones de los tejidos duros	1	6	10	17
Enfermedades de los tejidos periodontales	3	0	9	12
Estomatitis y lesiones afines	0	5	6	11
Trast. de estructura y función de la cavidad bucal	0	6	1	7
Fracturas y luxaciones	0	3	2	5
Tumores malignos benignos y quistes	0	2	1	3
Total	38	183	550	771

Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011-2012-Fichas de caracterización de APS-Ficha de Salud Oral. Información preliminar.

Del total de población con atenciones en salud en la red adscrita y complementaria, y que, además, se encontraba caracterizada por los equipos de sasc y presentó una situación de morbilidad en salud oral, se encontró que el 0,38% eran individuos pertenecientes a alguna etnia (n = 3) (afrocolombiano e indígena). Asimismo, de esta población se identificó a un individuo afrocolombiano con diagnóstico de enfermedad de los tejidos blandos; y de dos indígenas, a uno con diagnóstico de enfermedad de la pulpa y el tejido periapical, y al otro, con enfermedad de los tejidos duros.

De la población caracterizada con diagnósticos asociados a enfermedades de salud oral el 2,5% (n=19) correspondieron a población especial, de estos el grupo más predominante fue el de población en condición de desplazamiento, seguido por en situación de desplazamiento (tabla 6).

Tabla 6. Diagnóstico principal agrupado en la población especial caracterizada por SASC. Bogotá, D. C., 2011-2012

Diagnóstico agrupado	Población especial				Total
	Condición de desplazamiento	Situación de desplazamiento	Reinsertado	Ninguno	
Enfermedades de los tejidos duros	6	4	0	357	367
Enfermedades de los tejidos blandos	2	1	2	132	137
Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales	1	1	0	96	98
Pérdida por exfoliación o accidente	1	0	0	56	57
Trast. desarrollo y erupciones de los dientes	0	1	0	31	32
Enfermedades de los maxilares	0	0	0	25	25
Otras enfermedades de los tejidos duros	0	0	0	17	17
Enfermedades de los tejidos periodontales	0	0	0	12	12
Estomatitis y lesiones afines	0	0	0	11	11
Trast. de la estructura y función de la cavidad bucal	0	0	0	7	7
Fracturas y luxaciones	0	0	0	5	5
Tumores malignos, benignos y quistes	0	0	0	3	3
Total	10	7	2	752	771

Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011-2012 - Fichas de caracterización de APS-Ficha de Salud Oral. Información preliminar.

Escolaridad

De los individuos caracterizados que fueron atendidos en la red adscrita y complementaria con diagnóstico de enfermedad en salud oral, se halló a 11 individuos analfabetas, correspondientes al 1,4% de la población con morbilidad en salud oral; de los individuos que cursaron algún grado de primaria, el 15% habían cursado la primaria incompleta, y el 43,8%, la secundaria incompleta.

Ficha de salud oral-APS

A partir de las preguntas de salud oral que hacen parte de la ficha de caracterización familiar de SASC, se logró identificar algunos de los principales determinantes de las condiciones de morbilidad bucal. Las respuestas a las mencionadas preguntas no son mutuamente excluyentes, lo cual indica que el individuo tiene la posibilidad de seleccionar *Sí* o *No* en cada uno de los ítems, según su opinión.

Para la pregunta relacionada con cuál es la opinión de tener una boca sana, más del 96% de los encuestados

manifestó otra respuesta no incluida en el listado de selección; el 51% manifestó no sentir dolor, y el 15,7%, tener los dientes completos, y ello indica que uno de los factores de mayor impacto frente a las problemáticas de salud oral, para tener la boca sana en la población caracterizada, es la carencia de dolor, seguida de factores estéticos como dientes blancos, completos o mal aliento (figura 5).

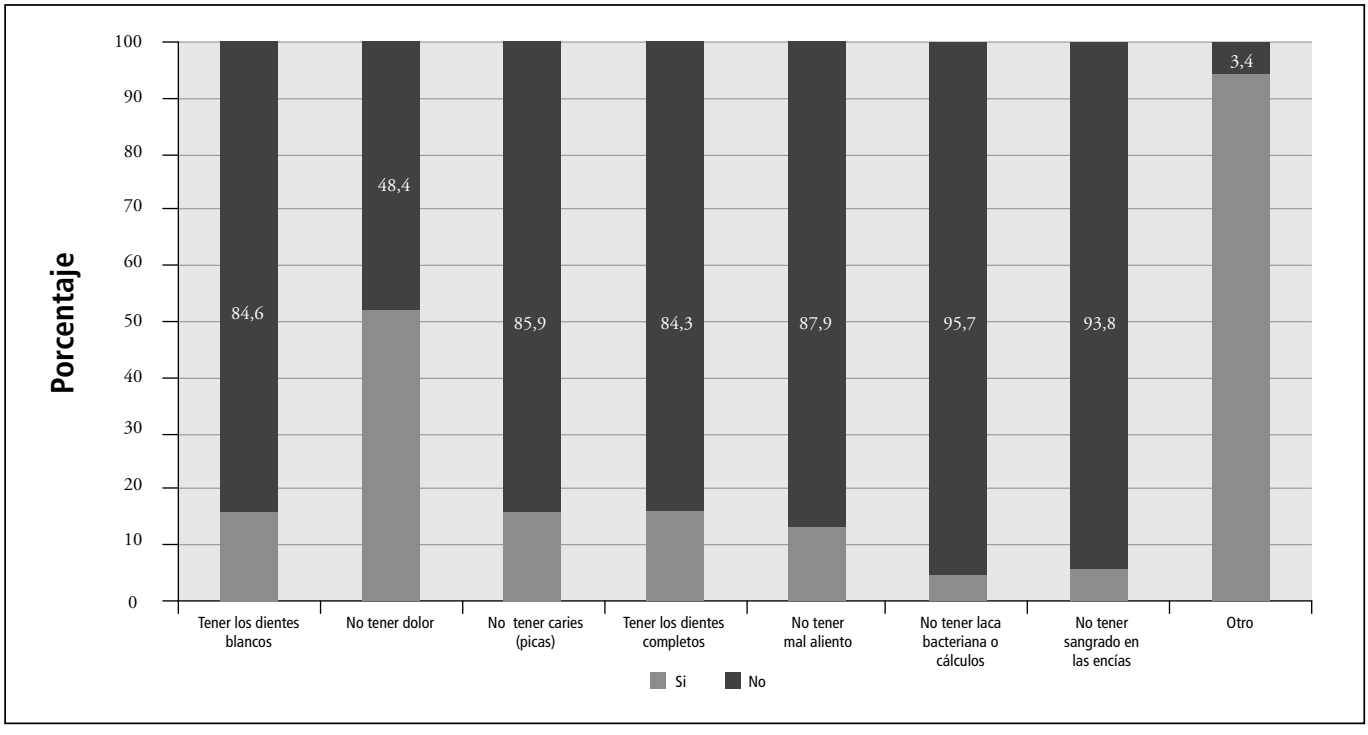
Entre los principales elementos para la limpieza de los dientes basados en las respuestas de las fichas de caracterización se encontraron: otro no definido en la encuesta (n = 519), el cepillo dental (n = 732), la crema dental (n = 149) y la seda dental (n = 56). Es importante identificar qué otro tipo de sustancia o aditamento están utilizando los encuestados para hacerse una adecuada higiene dental, debido a su alta proporción en las respuestas. Por otra parte, no existe concordancia entre el uso del cepillo dental y la crema dental: se hallan diferencias considerables en la proporción de uso, superiores al 60%.

De los 732 individuos caracterizados que aseguraron usar el cepillo para la limpieza de sus dientes, la mayor parte declaró que se cepilla los dientes después de la comida: el 59,9% (n = 462); el 30,4% lo hace después del desayuno (n = 234), y el 29,3%, al levantarse (n = 226). Es importante resaltar que en ninguna respuesta se observó un porcentaje próximo al 100% en ninguno de los momentos clave de su higiene bucodental, lo cual indica la escasa adherencia al cepillado de los dientes, pese a haber declarado que usan el cepillo dental para su higiene bucal. Por otro lado, se tienen establecidos, como mínimo, tres momentos clave en el día para el cepillado; uno de los más importantes es el que se hace antes de acostarse, debido a la disminución a esas horas de la saliva, secreción importante para la defensa antimicrobiana de los dientes.

De 771 individuos únicos en relación con la pregunta sobre la supervisión del cepillado a menores de 10 años, se encontró que 669 personas respondieron a la pregunta, de la cual se pudo inferir que 232 personas (n = 34,7%) supervisan el cepillado en los menores de 10 años; 437 personas (n = 65,3%) respondieron que no lo hacen.

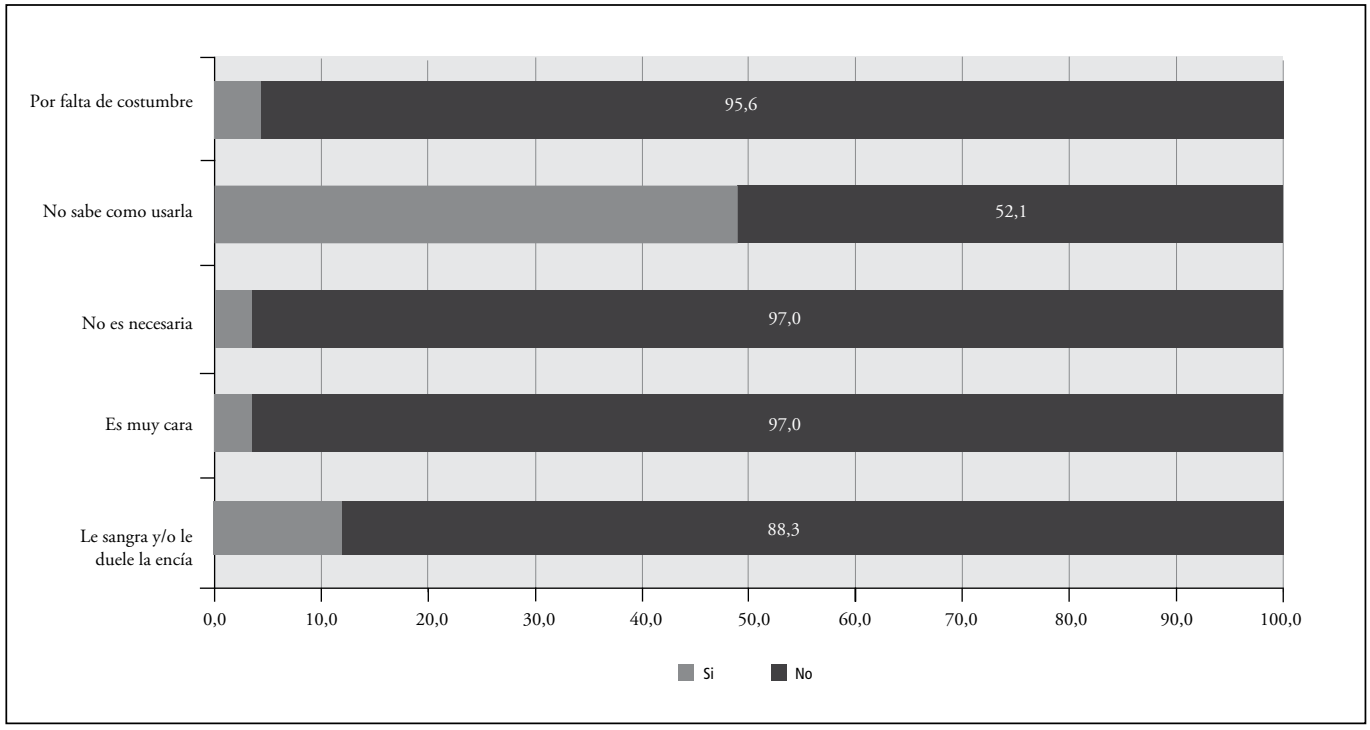
De quienes aseguraron no usar seda dental, las respuestas más relevantes en cuanto a sus motivos para no hacerlo fueron: porque no saben usarla y porque les sangra o les duele la encía; entre las respuestas poco comunes se encontraron: que "es muy cara", y que "no es necesaria" (figura 6).

Figura 5. Respuesta a la pregunta: "En su opinión, ¿qué es tener una boca sana?"



Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011-2012-Fichas de caracterización de APS-Ficha de Salud Oral. Información 2011-2012 preliminar.

Figura 6. Respuesta a la pregunta: "¿Por qué no usa la seda dental?"



Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas. RIPS 2011-2012-Fichas de caracterización de APS-Ficha de Salud Oral. Información preliminar.

Entre las razones más comunes por la cuales no se solicitó atención al odontólogo estando enfermo a lo largo de los últimos 30 días se incluyeron: porque el sitio de atención está muy lejos ($n = 5$); porque usaron remedios caseros ($n = 8$), y por otras razones ($n = 11$), no especificadas en la base de datos. Es importante indagar las razones por las que se deja de acudir en primera instancia al profesional, y a partir de estas, proponer una estrategia que busque promover la asistencia al consultorio odontológico.

Conclusiones

Los diagnósticos más comunes de morbilidad en salud oral registrados por la Red Adscrita y la Red Complementaria durante el periodo 2011-2012 fueron la caries de la dentina, la gingivitis crónica-aguda y la pulpitis; y los principales procedimientos de odontología fueron la consulta por primera vez por odontología general y la consulta de urgencias por odontología general.

Los principales diagnósticos agrupados de atención por morbilidad en salud oral fueron la enfermedad de los tejidos duros, la enfermedad de los tejidos blandos y la enfermedad de la pulpa y los tejidos periapicales.

El comportamiento de la morbilidad en salud oral según el sexo fue similar entre hombres y mujeres; tuvo un leve aumento en la mayoría de los diagnósticos entre las mujeres, a excepción de los diagnósticos de tumores malignos, tumores benignos y quistes, de fracturas y luxaciones de dientes y de signos y manifestaciones de boca, todos los cuales fueron más prevalentes en los hombres.

El grupo poblacional con el mayor número de atenciones según los registros generados durante el periodo de estudio fue el de 20-24 años, con el 13,39% de los casos ($n = 14,43$), seguido del grupo de 15-19 años, con el 11,59% ($n = 12153$) y el de 25-29 años, con el 10,3% ($n = 10808$). El grupo con el menor número de registros de atenciones fue el de 60 años o más, correspondiente al 4,01% ($n = 4207$).

Entre los diagnósticos de consulta en salud oral, el más registrado para el periodo 2011-2012 fue caries de la dentina, con el 52,7% de los casos ($n = 45389$), seguidas de la gingivitis crónica, con el 8,8% ($n = 7598$), la pulpitis, con el 8,5% ($n = 7352$) y la gingivitis aguda, con el 7,2% ($n = 6153$); todas ellas, enfermedades dentales asociadas a deficientes hábitos higiénicos bucales.

Las localidades donde se presentó la mayor proporción de atenciones relacionadas con enfermedad de los tejidos duros fueron: Usaquén, con el 17,65% de los casos (*n* = 3535); Tunjuelito, con el 17,65% (*n* = 3530), y San Cristóbal, con el 11% (*n* = 2206). Las localidades con el menor número de atenciones fueron: Sumapaz, con el 0,04% (*n* = 9); Los Mártires, con el 0,2% (*n* = 47), y La Candelaria, con el 0,2% (*n* = 49).

Las atenciones con diagnóstico de enfermedad de los tejidos blandos fueron más comunes en los residentes de las localidades de Usaquén, con el 16% de los casos (*n* = 57 889); Suba, con el 12,2% (*n* = 44 199), y Bosa, con el 11% (*n* = 40 034); fueron menos usuales en Teusaquillo, con el 0,1% (*n* = 267); Antonio Nariño, con el 0,1% (*n* = 372), y Sumapaz, con el 0,2% (*n* = 571); dicho comportamiento coincide con las características demográficas de cada localidad: las del mayor número de habitantes son Sumapaz, La Candelaria y Los Mártires, según la proyección de Bogotá realizada por el DANE para 2012.

Para el periodo 2011-2012 se estableció que el 7,7% de las atenciones (*n* = 8061) fueron registradas en menores de 5 años; de dichas atenciones, se halló que el diagnóstico principal más común de consulta por primera vez fue el asociado a enfermedades de los tejidos duros.

El número de individuos caracterizados con diagnóstico de morbilidad en salud oral pertenecientes a grupos poblacionales vulnerables, tales como desplazados, analfabetas, afrocolombianos o indígenas, fue inferior a 20, en relación con la muestra total, lo cual podría indicar que estos determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad no representan un factor influyente para la presentación de las mencionadas enfermedades.

Entre las principales respuestas de la población caracterizada, relacionadas con el concepto de "tener una boca sana", se hallaron: otras (no descritas en la encuesta de caracterización), no tener dolor y tener los dientes completos.

Dentro de los principales elementos utilizados para la higiene dental se encontraron el cepillo de dientes y la crema dental; sin embargo, la proporción de uso no es acorde entre los dos objetos, lo que indica deficiencias al momento de lavarse los dientes. Asimismo, se hallaron debilidades relacionadas con momentos clave para el cepillado de dientes, como antes de acostarse y al levantarse.

El 47,9% de las personas que no usan seda dental manifestaron no saber utilizarla, lo que indica la necesidad de fortalecer las estrategias educativas encaminadas al uso de este elemento, fundamental para la prevención de enfermedades como la caries y la enfermedad periodontal.

Como principal sesgo de la información se halló la inadecuada codificación de los Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y del diagnóstico CIE-10, de acuerdo con la edad del individuo, por parte de los profesionales de la red adscrita y complementaria; especialmente, para el periodo 2006-2008. Asimismo, se identificó una incorrecta codificación de la localidad durante el mismo periodo, debido a que se presentaba la tendencia a registrar como código de localidad el "11001", que corresponde a la Localidad de Usaquén; ello afecta la prevalencia del evento según la localidad de residencia. Como medida de control para la calidad del dato, se depuró la base de datos según el diagnóstico y el procedimiento relacionados con la edad del individuo, y así se identificó la tendencia por años y localidad.

A partir de 2009 se viene llevando a cabo un proceso de validación rigurosa de los RIPS por parte del Grupo de Información de la Dirección de Planeación y Sistemas de la SDS, lo que ha redundado en una mejor calidad en la información, al garantizar una mayor confiabilidad en los datos.

Referencias

1. Romero Y. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. Acta Odontol Venez. 2006;44:210-5.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Ginebra: OMS; 2008.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro: OMS; 2011.

4. Bohne W. Comment prevenir la carie? Analyse de la litterature. Academie Nationale de Chirurgie Dentaire-Seance de travail du jeudi 8 octobre 2009.

5. Organización Panamericana de la Salud OPS). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Washington: OPS; 1995.

Recibido para evaluación: 16 de enero de 2014
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Nirley Stella Vargas Díaz
Martha Lucía Hincapié M.
Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Bogotá, Colombia
nsvargas@saludcapital.gov.co
mlhincapie@saludcapital.gov.co