

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD ORAL EN EL I.S.S.

**ANGÉLICA LLANOS DEL GORDO
MARTHA CONSUEGRA DÍAZ**

**TRABAJO PROEMPATADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

INSTITUTO DE POS-GRADO Y EDUCACIÓN CONTINUADA

BARRANQUILLA 2003

0002

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.
2. OBJETIVOS
 - 2.1 Objetivo General
 - 2.2 Objetivos Específicos
3. PERFIL DE MORBILIDAD BANCO DENTAL EN COLOMBIA POR CICLO VITAL.
4. ORGANIZACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL.
5. ENFOQUE DE LA ATENCIÓN EN EL MARCO DEL MODELO
6. ACCIONES ESTRATÉGICAS.
7. MODELO OPERACIONAL.
 - a. Características.
 - b. Procedimiento en la atención.
 - c. Responsabilidades inherentes del Recurso Humano del Servicio de Salud Oral.
 - d. Norma Técnica para la Ejecución de Actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud Oral.
 - e. Procedimiento y Facturación de Servicio de Salud Oral.
 - f. Indicadores de Evaluación.

- g. Glosario**
- h. Fuentes Bibliográficas**
- i. Fuentes Bibliográficas**

1. INTRODUCCION

Históricamente cuando se habla de salud oral, los entes que ofrecen estos servicios han abordado en forma tímida la salud dental identificándola solamente como una visión de atención y no dentro de un concepto de salud integral*. Sin embargo, aunque las estructuras dentarias son de gran importancia, no se puede perder el conjunto de las demás estructuras dentro del sistema estomatognático**. Por esto actualmente se aborda la salud oral en forma integral, analizando los procesos vitales tales como la respiración, la succión, la deglución, la fonación, la masticación, la digestión y los reflejos protectores dentro de cada ciclo vital.

Adicionalmente, los esquemas de salud en el mundo le han dado máxima importancia a la promoción y la prevención de la salud, ayudando a destacar los procesos que un individuo, familia o comunidad deben recibir; para controlar y eliminar los riesgos de las diferentes patologías del sistema estomatognático.

La población necesita conservar su salud y la odontología debe prodigársela mediante la promoción y la prevención. Para ello se debe investigar y aplicar formas masivas de prevención de enfermedades orales, y preparar profesionales con conciencia preventiva, dispuestos permanentemente a mantener sanos a los pacientes y sus familias.

Este documento tiene el propósito de definir planes, programas y actividades para disminuir la incidencia y prevalencia de patologías o enfermedades bucodentales. Así como ofrecer mecanismos y técnicas de promoción, prevención, tratamiento, mantenimiento y control de la salud oral.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar e impulsar un proceso de atención integral en salud oral con énfasis en promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a fin de disminuir la morbilidad oral y mantener el equilibrio del sistema estomatognático disminuyendo los costos que esas patologías generan en los usuarios del Seguro Social.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Definir estrategias de promoción, prevención y mantenimiento de la salud oral, dirigidas a las necesidades de la población usuaria por ciclo vital individual con enfoque familiar.
2. Promover servicios dinámicos de atención con todo el equipo de salud, para mejorar las coberturas en salud oral através de una mejor organización de los servicios y un mejoramiento de la capacidad resolutive del recurso humano, con criterios de oportunidad, calidad y humanización a los usuarios.
3. Incidir en la etiopatogenia de la morbilidad oral, mediante la eliminación y/o control de los factores de riesgo, individuales, grupales, familiares y comunitarios.

4. Promover el mejoramiento continuo de los servicios de salud oral, basados en el uso de medidas clínicas efectivas, relevando la aplicación de las normas de bioseguridad y la utilización racional de los recursos mediante la adecuada distribución y manejo de los mismos.
5. Disminuir los costos de la atención en salud oral y su impacto en la unidad de pago por capitación.

2. PERFIL DE MORBILIDAD BUCODENTAL EN COLOMBIA POR CICLO VITAL.

En Colombia como en el resto del mundo la caries dental y la enfermedad periodontal se constituyen como las entidades patológicas de mayor prevalencia relacionadas con el sistema bucodental. Sin embargo, no se puede desconocer que existen otros eventos, que aunque de prevalencia más baja, revisten la misma importancia dado que tienen que ver con el bienestar y en algunas ocasiones con la vida de las personas.

El perfil de salud bucal no puede ser definido como único en el contexto nacional, ya que dentro de la caracterización específica de cada región es altamente variable.

En el país se han realizado tres estudios que describen el perfil de salud bucal de la población. El último de ellos se efectuó en el año 1998 y sus resultados fueron publicados en 1999; por tal motivo, podemos contar con datos recientes que muestran el estado bucal de los colombianos.

Con relación a la caries dental en la *dentición primaria*, el 60.4% de los niños de 5 años tienen historia de caries en la dentición primaria, a los 7 años la tasa ha aumentado a 73.8% y desciende a 13% a los 12 años como efecto de la exfoliación dentaria.

TABLA No. 1
HISTORIA Y PREVALENCIA DE CARIES EN DENTICIÓN PRIMARIA
COLOMBIA, 1998

VARIABLES	HISTORIA DE CARIES						PREVALENCIA					
	SIN HISTORIA		CON HISTORIA		TOTAL		SIN CARIES		CON CARIES		TOTAL	
	Mes	%	Mes	%	Mes	%	Mes	%	Mes	%	Mes	%
EDAD												
5	375	39.6	572	60.4	947	100.0	428	45.2	519	54.8	947	100.0
6	283	31.1	627	68.9	910	100.0	359	39.5	551	60.6	910	100.0
7	242	26.2	683	73.8	925	100.0	335	36.2	590	63.8	925	100.0
12	845	87.0	126	13.0	971	100.0	918	94.5	53	5.5	971	100.0

Fuente: III Estudio Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud. Colombia. 1998.

Es importante tener en cuenta en el análisis de los datos, que la historia de caries hace relación a la proporción de personas con uno o más dientes cariados y/o perdidos y/o obturados, y la prevalencia a la presencia de una o más lesiones cavitarias de caries dental no tratada en el momento del estudio.

En los niños de 5 años la historia de caries, indica que el 39.6% alcanzaron esta edad con la dentición primaria libre de caries, lo que significa que se ha logrado un impacto apenas moderado en los niveles de salud de la dentición primaria.

La prevalencia de caries de 54.8% a los 5 años y de 63.8% a los 7 pone en evidencia que entre los niños que tienen historia, más de las 2/3 partes tienen lesiones cavitarias no tratadas.

Esta situación manifiesta claramente la necesidad de fortalecer los servicios de salud oral a nivel institucional, no solo en la prevención y tratamiento de la enfermedad, sino también en la *promoción* de la salud de nuestra población infantil.

Observando el estado de la *dentición permanente*, la historia de caries en la población muestra una tendencia clara a aumentar con la edad. A los 7 años, el 19.9% de los niños tienen historia de caries, y a los 12 esta proporción ha aumentado a 71.9%, lo que significa que muy temprano en la niñez la experiencia de caries ha afectado a la mayoría de las personas. Este indicador

nacional, es superado ampliamente en Bogotá (91.2%) y en la región Oriental (83.7%).

TABLA No. 2
HISTORIA Y PREVALENCIA DE CARIES EN DENTICION PERMANENTE
COLOMBIA, 1998

VARIABLES	HISTORIA DE CARIES						PREVALENCIA					
	CON HISTORIA		SIN HISTORIA		TOTAL		CON CARIES		SIN CARIES		TOTAL	
	Miles	%	Miles	%	Miles	%	Miles	%	Miles	%	Miles	%
EDAD												
5	18	6.4	261	93.6	279	100.0	15	5.3	264	94.7	279	100.0
6	107	13.5	684	86.5	791	100.0	95	12.0	696	88.0	791	100.0
7	181	19.9	726	80.1	907	100.0	164	18.0	743	82.0	907	100.0
12	698	71.9	273	28.1	971	100.0	554	57.0	417	43.0	971	100.0
15 - 19	3586	89.5	421	10.5	4007	100.0	2835	70.7	1172	29.3	4007	100.0
20 - 24	3795	95.4	182	4.6	3977	100.0	2859	71.9	1118	28.1	3977	100.0
25 - 29	3174	96.5	114	3.5	3288	100.0	2451	74.5	838	25.5	3289	100.0
30 - 34	3335	97.5	84	2.5	3419	100.0	2600	76.0	819	24.0	3419	100.0
35 - 39	2571	99.4	17	0.6	2588	100.0	1851	71.5	738	28.5	2589	100.0
40 - 44	2196	99.3	15	0.7	2211	100.0	1648	74.6	562	25.4	2210	100.0
55 - 59	987	97.5	25	2.5	1012	100.0	585	57.8	427	42.2	1012	100.0
60 - 64	887	96.6	31	3.4	918	100.0	461	50.2	457	49.8	918	100.0
65 y Más	1169	95.1	60	4.9	1229	100.0	603	49.0	626	51.0	1229	100.0

Fuente: III Estudio Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud. Colombia. 1998.

En la adolescencia (15 a 19 años) la proporción es de 89.5%, es decir que 9 de cada 10 adolescentes tiene experiencia de caries y ya a los 35 años todas las personas han tenido experiencia de caries.

Con relación a la *prevalencia de caries* la tendencia es muy similar a la historia. A los 12 años el 57% de los niños tienen una ó más lesiones cavitarias no tratadas. El análisis por regiones coloca de nuevo a los niños de Bogotá (77.9%) y la región Oriental (71.0%), como los más afectados. La prevalencia va aumentando con la edad alcanzando la tasa más alta de 76.0% a los 34 años.

Si se compara la historia con la prevalencia puede observarse que aproximadamente el 75% de las personas de todas las edades, que tienen historia reportan *caries no tratada en el momento del estudio*, lo cual es una expresión de la accesibilidad a los servicios y de las necesidades no atendidas.

Con relación a los resultados obtenidos en el estudio anterior puede apreciarse que la historia de caries ha disminuido, especialmente en la población joven.

En 1977-80, el 94.5% de los adolescentes de 15 a 19 años tenía historia de caries dental, en 1998 esta proporción disminuye a 89.5%; en los menores de 15 años la información disponible no permite establecer una comparación directa, sin embargo los datos sugieren que ha habido una reducción importante.

Se confirma con esta tendencia que la adolescencia es una etapa de alto riesgo para caries dental, en la que se combinan procesos culturales y sociales con los biológicos propios de esta edad. Esto significa que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deben cubrir a toda la población, deben tener especial énfasis en las personas menores de 25 años y deben contemplar acciones particulares diseñadas con un *enfoque básico de riesgo*. (ENSAB)

La tasa del 70.3% de los adultos con lesiones cavitarias de caries dental, merece un análisis más cuidadoso puesto que sugiere dos problemas importantes en la salud bucal de la población adulta: cambios en el perfil de la caries dental que por muchos años se consideró exclusivo de la población joven y necesidades acumuladas de atención en un grupo que cada vez está más limitado para acceder a los servicios.

Con relación a la *enfermedad periodontal* deben ser tenidos en cuenta para definición del tratamiento requerido por la población la manifestación de marcadores periodontales tales como: presencia de sangrado al sondaje, presencia de cálculos, presencia de bolsas pandas (< de 6 mm), y/o presencia de bolsas profundas (> de 6 mm).

TABLA No. 3
PROMEDIO DE SEXTANTES CON MARCADORES PERIODONTALES
COLOMBIA, 1998

EDAD	SANOS	SANGRADO	CALCULOS	BOLSAS 4 A 5 mm	BOLSAS 6 o más
7	4.0	2.0	0.4	*	*
12	3.0	3.0	1.7	*	*
15 A 19	2.5	3.5	2.6	0.3	0.0
20 A 34	1.8	3.9	3.2	0.6	0.0
35 A 44	1.1	3.7	3.2	0.9	0.1
55 y más	0.4	2.9	2.7	0.8	0.1
TOTAL	1.8	3.6	2.9	0.6	0.1

Fuente: III Estudio Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud. Colombia. 1998.

El análisis de las necesidades de tratamiento de acuerdo con el número de sextantes afectados muestra que a los 7 años el promedio de sextantes con sangrado y cálculos es de 0.4 y a los 12 este promedio ha aumentado a 1.7. Esto nos indica, que no solo la prevalencia de cálculos es mayor a los 12 años, sino que también el número de sextantes comprometidos aumenta.

A partir de la adolescencia y durante la edad adulta el promedio de sextantes sanos disminuye y muy pocos adultos tienen al menos un sextante sano, y las bolsas ya sean pandas o profundas se encuentran por lo menos en un sextante.

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

4. ORGANIZACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL.

Los servicios de salud oral del Seguro Social cuentan con 915 unidades odontológicas en 217 centros de atención de los 228 centros con que cuenta en el primer nivel.

El funcionamiento de los servicios de salud oral es de 10 horas diarias en promedio en cada uno de los centros de atención, lo que genera una posible oferta de 10.980 horas día.

TABLA No. 4

RECURSO HUMANO EXISTENTE SERVICIO DE SALUD ORAL

TIPO DE RECURSO	HORAS / DIA
ODONTOLOGOS GENERALES	5.443
ODONTOLOGOS ESPECIALISTAS	126
HIGIENISTAS ORALES	288
TOTAL HORAS / DIA	5.837

Fuente: Información recurso humano del Departamento Nacional de Servicios Ambulatorios, Agosto 2001.

Actualmente el Instituto cuenta con 5.837 horas día de recurso humano, de las cuales el 93.25% son de odontólogo general, 2.16% odontólogo especialista y de higienistas orales un 4.94%.

a. Características del Servicio:

- A pesar de los múltiples esfuerzos que se han venido realizando durante los últimos años para lograr la transformación real en cuanto a la prestación de los servicios, aún se sigue observando una marcada tendencia a la atención curativa (89.59%) frente a lo preventivo (10.39%) como lo muestra el cuadro que discrimina las actividades realizadas en 1.999. Tabla No.5

TABLA No. 5

**REPORTE DE ACTIVIDADES FINALES REALIZADAS EN 1.999-
TOTAL PAIS**

ACTIVIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
CONSULTAS:		
De primera vez	791.285	19.86
Urgencias	223.861	5.62
TRATAMIENTOS :		
Prevención	413.920	10.39
Estomatología	570.220	14.31
Operatoria	1.270.914	31.90
Periodoncia	271.379	6.81
Cirugía oral	47.843	1.20
Endodoncia	231.589	5.81
Exodoncia	152.949	3.84
Rehabilitación	3.991	0.10
ATM	5.535	0.14
TOTAL	3.983.486	100

Fuente: Dirección Nacional de Planeación de Salud IPS. Unidad de información y Análisis. Total año 1.999

- En cuanto a la continuidad de tratamientos, entendiéndose como la relación entre el número de pacientes a los cuales se les inicia el tratamiento y a los que se les termina, en 1996 era de 52.77%, alcanzando en 1999 el 75.36%. La meta propuesta es llegar al 100% de los pacientes programados en tratamiento integral.

- En pocas seccionales se está haciendo énfasis en la captación de los grupos más vulnerables a la enfermedad como son los niños (menores de 1 años hasta 14 años) y las mujeres embarazadas. Esto obedece a la falta de definición de los procedimientos para el ingreso a los programas de mantenimiento de la salud.

- No existe una definición clara del *proceso de atención*, lo que genera una mala interpretación de los tiempos destinados a la consulta de primera vez y las sesiones para tratamiento. Esta situación debe aclararse con el objeto de mejorar los costos y productividad, ya que por ser metodológicamente diferentes generan tiempos y costos distintos.

- Los costos del servicio se ven incrementados por deficiente programación de la consulta de primera vez y las sesiones para tratamiento; puesto que el consumo

de insumos es diferente en una consulta y en la realización de un procedimiento de operatoria, endodoncia, periodoncia, etc (sesión para tratamiento). Sin embargo, en algunas seccionales como Atlántico, Cundinamarca y Boyacá, se han ido estableciendo metodologías de trabajo que le permiten al profesional destinar más tiempo para sesiones de tratamiento, reducir notablemente los costos, terminar en menor número de sesiones y por tanto aumentar el número de pacientes controlados y de pacientes sanos que ingresan a la fase de mantenimiento.

- La falta de oportunidad de ingreso a la consulta hace que los pacientes ingresen por urgencia, lo que acarrea problemas de cobertura, de organización en los servicios y de atención eficiente. Según las estadísticas de 1.999 las consultas de urgencias marcaron un peso del 5.62% frente al número total de actividades realizadas ese año. Esta situación no genera ningún impacto

trascendental en la salud oral de los pacientes; solo hace que continúe un modelo resolutivo del dolor pero muy pocas veces a cambiar los estilos de vida de los pacientes, que incidirían directamente en la morbilidad oral.

-La ausencia de un sistema de información integral, no permite obtener los datos requeridos para el análisis de gestión en los servicios, lo que conlleva a un subregistro de las actividades y evaluación subjetiva de las metas planteadas en relación a los recursos. Sin embargo, en el último semestre se ha logrado la implementación de la aplicación EPI-RIPS y Gestión 95 con las cuales se espera mejore notablemente la obtención de los datos y el análisis de la información de los servicios en forma coherente y homologada.

-La alta rotación de paciente en los servicios de salud oral, eleva el contacto con sangre, fluidos, secreciones y tejidos corporales, lo cual conlleva riesgos biológicos que se potencializan con el uso de elementos de corte rotatorios, productores de aerosoles altamente contaminantes, facilitando la transmisión directa y/o cruzada de enfermedades que se manifiestan en una morbi-mortalidad específica, tanto para el personal de la salud como para los usuarios. Con el tiempo esta condición se ha visto mejorada en un pequeño porcentaje en la medida que se ha promovido la organización de las **centrales de esterilización** y sus procedimientos. Estas condiciones se deterioran si todo el recurso de salud oral no promueve el cumplimiento de las cadenas de asepsia de los servicios.

Si bien los servicios de salud oral aún tienen problemas serios de bioseguridad, el ISS igualmente ha generado mecanismos para mejorar las condiciones,

Garantizando la dotación de instrumental y suministros así como capacitación a todos los funcionarios tanto en el manejo de los desechos y cuidados de autoprotección.

Sin embargo, las condiciones de bioseguridad con las que se labora en el Instituto siguen siendo de interés prioritario para lograr una condición óptima de funcionamiento por el bienestar de los profesionales y los usuarios.

- La dificultad de realizar oportunamente el mantenimiento de los equipos y la compra de suministros sumado a los factores anteriores, han hecho que la eficiencia, eficacia y la calidad de los servicios disminuya.

- En cuanto al recurso humano es importante señalar su adecuada utilización de acuerdo a la formación y capacitación para el mejoramiento de la capacidad de resolución de los servicios de salud oral.

Existe una deficiente programación de los **profesionales** para desarrollar actividades de promoción y prevención dentro de todo el proceso de atención cuando no existen higienistas orales. Pues al no existir dicho recurso deben ejecutarse las actividades por parte de los profesionales como responsables de la salud oral del paciente y del tratamiento integral del mismo.

De igual manera, la falta de participación de las pocas **higienistas orales** en las actividades de promoción, protección, mantenimiento y control debido a que se recurre a este recurso para suplir el déficit de las auxiliares de consultorio.

Las auxiliares de consultorio son de suma importancia en los servicios de salud oral ya que son las encargadas de garantizar que las condiciones de bioseguridad se cumplan y que el odontólogo optimice su tiempo en la atención del paciente. La relación cuantitativa profesional-auxiliar de consultorio actualmente no es la adecuada. Se considera que la relación óptima profesional-auxiliar de consultorio es 1-1, por lo tanto se debe propender por lograr esta relación en todos los servicios con el objeto de que cada recurso realice las actividades que le competen.

Este recurso también se desvía de sus funciones para realizar actividades de tipo administrativo como: archivo, citas, etc; que influyen en el acompañamiento permanente de los procesos clínicos a los profesionales.

5. ENFOQUE DE LA ATENCION EN EL MARCO DEL MODELO

El Instituto de Seguros Sociales promueve una atención en salud oral integral que logre impactar la morbilidad oral de los usuarios desde el menor de un año a través de su madre hasta la población mayor de sesenta años.

El involucrar el sistema estomatognático con tanto énfasis, pretende resaltar la importancia de la salud oral integral y no caer en la especificidad que hoy se le da: los dientes. Al no existir un equilibrio funcional del mismo se generan problemas que afectan otros sistemas como son el digestivo; pues no se tiene la posibilidad de triturar los alimentos como se requiere para una buena nutrición; problemas de oído o cefaleas que no se diagnostican desde la parte médica y que son causados por disfunciones de la articulación temporomandibular (ATM). Además, de las interrelaciones infecciosas que por procesos no tratados se complican e incluso pueden llegar a causar la muerte del paciente.

Para mantener la normalidad del sistema estomatognático en el curso de la vida, se proponen actividades desde los menores de un año como son: la promoción de la lactancia materna que además de tener un componente altamente afectivo, permite el buen desarrollo de todo el sistema en el momento de succionar como son el adelantamiento de los maxilares entre otros (crecimiento y desarrollo dentó-maxilo-cráneo-facial); que previenen la aparición de alteraciones que requieren intervenciones específicas de ortopedia y/o ortodoncia .

Es importante insistir a escala familiar en el cambio de hábitos nutricionales y promover en lo posible el consumo de dietas no cariogénicas, y el mejoramiento de las técnicas de higiene oral, generando mecanismos de autoestima que fortalezcan la importancia de la boca como aquella parte del rostro que ofrece una primera imagen a las demás personas y transmite una imagen favorable para generar unas buenas relaciones interpersonales.

Además de crear conciencia de la importancia de demandar los servicios de salud oral oportunamente.

Lo anteriormente mencionado, se plasma en una organización de los servicios de salud oral que se caracterizan por una atención integral por ciclo vital individual con enfoque familiar mediante acciones de promoción de salud, prevención específica (Prevención Primaria), diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (Prevención Secundaria), limitación del daño y rehabilitación (Clasificación Niveles de Prevención, Leavell y Clark).

Dentro de este enfoque de atención que se plantea, el odontólogo hará parte de un equipo de salud que el usuario elija, y tendrá un papel importante en la medida en que logre transmitir al equipo interdisciplinario y a su población adscrita, la importancia que la salud oral tiene para el individuo, en todos los actos de su vida.

6. ACCIONES ESTRATEGICAS.

- 1. Comprometer y responsabilizar a los pacientes mediante un trato humano de apoyo, ayuda, motivación y explicación de las causas de su morbilidad y de la forma como él debe ayudar en su recuperación y rehabilitación, para volver al equilibrio sistémico funcional y comprometerlo con el mantenimiento y control.**
- 2. Responsabilizar al odontólogo general y a las higienistas orales del seguimiento y control de sus pacientes sanos, así como del cumplimiento de todas las medidas para brindar una buena organización de los servicios.**
- 3. Definir las actividades de salud oral organizadas por ciclo vital, haciendo énfasis en los ciclos más vulnerables (menores de 1 año hasta los 14 años y mujeres embarazadas).**
- 4. Optimizar la utilización de todos los recursos garantizando oportunidad en el mantenimiento de los equipos y la compra de suministros para lograr eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.**
- 5. Desarrollar un sistema de información que soporte el seguimiento y evaluación de la atención.**
- 6. Promover educación continuada para el recurso humano que abarque temas administrativos y clínicos permitiendo así la retroalimentación permanente de los servicios.**
- 7. Implementar un sistema de garantía de calidad con la verificación clínica de los tratamientos como un componente obligatorio del mismo.**

8. Garantizar las medidas mínimas de Bioseguridad, desde el cumplimiento de la norma por parte de todo el recurso humano del servicio, hasta contar con el recurso humano y suministros para que se desarrollen los procesos.
9. Organizar la red de servicios de salud oral que respondan a las necesidades de los usuarios.
10. Promover el proceso de investigación con visión epidemiológica para impulsar el diagnóstico precoz de las enfermedades orales.

7. MODELO OPERACIONAL.

a. Características:

La organización y funcionamiento de los servicios de salud oral tendrán las siguientes características:

1. Atención por ciclo vital individual con enfoque familiar captando desde el menor de un año a través de su madre hasta la población mayor de sesenta años y teniendo como grupos prioritarios los niños desde los 0 años hasta los 14 y las mujeres embarazadas.
2. El binomio odontólogo general-paciente serán los responsables de la salud oral, partiendo de la consulta para valoración diagnóstica estomatológica integral. Esta consulta, genera una clasificación de riesgo que encamina a ése individuo dentro de un modelo operacional específico para él, teniendo en cuenta sus riesgos según el ciclo vital y limitaciones propias de cada ser, tanto genotípicas como fenotípicas.
3. Se incrementa la posibilidad de captación de los pacientes sanos que por su naturaleza existen en cada grupo etáreo.
4. En la atención a la morbilidad se tendrá como directriz el comportamiento de la misma en la población según ciclo vital.
5. Las actividades de tratamiento se prestarán en los siguientes niveles teniendo en cuenta el plan de beneficios del ISS y las que se incluyan posteriormente por planes complementarios y copagos:

- a. **Primer Nivel:** Lo desarrolla el odontólogo general, procurando ser tan resolutivo e integral como el grado de complejidad de la patología del paciente y los recursos existentes se lo permita. Esto significa que **solamente** los casos de un alto grado de complejidad merecerán ser remitidos a un especialista si el odontólogo general no puede resolverlo.

En este nivel se encuentran todas las actividades que el Plan Obligatorio de Salud (7), el Acuerdo 117 de 1.998 (8) y la Resoluciones 412 y 3384 del 2000 (9 y 10) contemplan, e incluye la atención preventiva en salud oral como una actividad de obligatorio cumplimiento y su norma técnica.

- b. **Segundo Nivel:** Lo desarrollan especialistas como: Periodoncistas, Endodoncistas, Cirujanos Orales, Rehabilitadores, Ortopedistas, Ortodoncistas, Estomatólogos y Odontopediatras.

No todas las actividades que desarrollan los especialistas están incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), y posteriormente harán parte de planes complementarios. Cuando el paciente requiera de alguno de ellos por el grado de complejidad de su patología, debe hacerlo por voluntad propia y debe regresar al odontólogo general del equipo de salud que le corresponde para continuar el tratamiento y seguimiento. (Proceso de referencia y contrarreferencia)

- c. **Tercer Nivel:** Lo desarrollan los Cirujanos Maxilofaciales y/o Cirujanos plásticos en las clínicas que atienden las cirugías de los pacientes con labio y paladar hendido y el trauma cráneo - facial.

b. Procedimiento en la atención:

1. Ingreso del paciente: se puede dar por cuatro vías.

- 1.1. Demanda espontánea al equipo de salud correspondiente.
- 1.2. Demanda inducida de los grupos prioritarios.
- 1.3. Referencia de algún integrante del equipo de salud.
- 1.4. Demanda de atención de urgencia y/o prioritaria: en este caso específico la atención se dirigirá únicamente a la resolución del motivo

de consulta. La urgencia puede presentarse de igual manera durante el tratamiento programado al paciente, y ***debe ser resuelta por cualquier odontólogo del CAA***, una vez concluida la atención, el usuario regresará al equipo de salud correspondiente para continuar con su plan de tratamiento y mantenimiento de la salud oral. La oportunidad de la atención de urgencia y/o prioritaria, no debe ser mayor de 1 hora después de su solicitud. El porcentaje de estas actividades, no debe exceder el 2% de la atención diaria, en caso de sobrepasar este porcentaje, es indispensable que se analicen las causas y se apliquen los correctivos necesarios.

2. Consulta para valoración diagnóstica estomatológica integral: *** dentro de la consulta de valoración diagnóstica por odontología general pueden identificarse las siguientes actividades:

- 2.1 Elaboración de historia clínica : Comprende todas las acciones encaminadas a obtener el ***diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y plan de mantenimiento de la salud oral***, siendo estas dos últimas, el producto esperado dentro de la consulta.
 - 2.2 Clasificación de riesgo : Según guías de práctica clínica basadas en la evidencia
 - 2.3 Control de placa bacteriana : Además de ser una actividad indispensable para la evaluación y clasificación de riesgo, el control de placa bacteriana es una medida no sólo de prevención y educación, sino de tratamiento, por cuanto su remoción mecánica regular es capaz de suprimir la actividad bacteriana y detener el desarrollo de una lesión; en este sentido, el profesional encargado del paciente debe hacerlo conocedor de la importancia de su detección y eliminación, y de la ***corresponsabilidad*** que debe asumir para el éxito del tratamiento y/o mantenimiento de la salud oral. Para iniciar el tratamiento de morbilidad, debe presentar menos del 15% de placa bacteriana (7), si
-

esta situación no esta dada, se reforzarán las acciones educativas y técnicas individuales.

3. Procedimientos e Intervenciones no Quirúrgicos : dentro de los procedimientos e intervenciones no quirúrgicos en odontología general pueden identificarse las siguientes actividades:

3.1 Educación en salud: Son todas aquellas actividades que tienen por objeto la educación de las comunidades en las diferentes técnicas y métodos tendientes a mantener el equilibrio de la salud oral con el sistema general. La educación es definida por Green y Kreuter (12), como la combinación planeada de experiencias de aprendizaje diseñadas para predisponer, establecer y reforzar el comportamiento voluntario que conduzca a la salud de individuos, grupos y comunidades. Puede ser individual y grupal, y se debe programar según el riesgo detectado en la población a atender:

3.1.1. Educación individual: El propósito de esta actividad es que el paciente reconozca los factores de riesgo, y modifique o refuerce actitudes y prácticas positivas de salud oral. Pueden identificarse las siguientes actividades:

3.1.1.1. Revelado y control de placa bacteriana

3.1.1.2. Indicaciones y práctica de cepillado.

3.1.1.3. Indicaciones y práctica de uso de seda dental

3.1.2. Educación grupal: El objetivo consiste en que el grupo familiar reconozca los factores de riesgo, y modifique o refuerce actitudes y prácticas positivas de salud oral. La educación es requerida en todos los niveles y para todos los grupos de personas. Por si solos no evitan la enfermedad, dan la información, permitiendo al individuo decidir sobre su actitud frente a la enfermedad y su posibilidad de rehabilitarse y mantenerse sano. Para que la educación en salud oral sea efectiva, se necesita involucrar activamente al grupo hacia el cual va dirigida; la comunicación, debe darse de manera horizontal (de igual a igual), debe existir

retroalimentación y continuidad con refuerzos. Pueden identificarse las siguientes actividades:

3.1.2.1. Indicaciones de revelado y control de placa bacteriana

3.1.2.2. Indicaciones de cepillado.

3.1.2.3. Indicaciones de uso de seda dental

3.2. Procedimientos preventivos en salud oral: Estos procedimientos se deben realizar en todos los pacientes teniendo en cuenta 2 variables muy importantes : **su ciclo vital y el riesgo individual del paciente**. Al tener en cuenta estas dos variables, el medio de pago puede ser diferente : unas por promoción y mantenimiento de la salud (8 y 9) y otras por UPC, pero siempre se deben realizar en el paciente teniendo en cuenta el riesgo individual. Dentro de los procedimientos preventivos en salud oral, pueden identificarse las siguientes actividades:

3.2.1 Aplicación de sustancias preventivas en dientes: Pueden ser:

3.2.1.1. Colocación de sellantes

3.2.1.2. Aplicación de flúor

3.2.2. Detartraje supragingival y subgingival: entendido este como el control y remoción mecánica de la placa blanda y calcificada.

3.2.3. Profilaxis dental.

4. Procedimientos e intervenciones quirúrgicos: obedecen al plan de tratamiento de morbilidad establecido en la consulta de valoración diagnóstica estomatológica integral. Los tratamientos se someterán a la morbilidad oral de cada paciente; por lo tanto, corresponde al odontólogo tratante dentro del plan de tratamiento, definir el número de sesiones y tiempo requerido para la terminación del tratamiento. La estrategia determinada como lineamiento nacional, promueve el aumento de tiempo de cada sesión, a fin de rehabilitar por cuadrantes la salud oral del paciente; esta metodología conlleva a terminar el tratamiento en el menor número de citas, eliminando riesgos de complicaciones, mejora la satisfacción del usuario, aumenta el número de pacientes controlados, optimiza el uso del tiempo y disminuye los costos de la atención. El tiempo promedio estimado para la terminación del tratamiento odontológico, será de (4) horas, teniendo en cuenta la promoción de la técnica de trabajo a cuatro manos y el uso de aislamiento absoluto por cuadrantes.

5. Verificación del tratamiento terminado y satisfacción del usuario: este paso dentro del proceso de la atención es responsabilidad del odontólogo delegado por la gerencia del CAA para desarrollar las actividades de coordinación del área de salud oral. La estrategia de revisión de los tratamientos terminados será determinado por él, de acuerdo con la complejidad de cada centro de atención específico; es decir, la revisión se hará por muestreo de los pacientes controlados de cada grupo de atención o al total de pacientes controlados. La verificación consiste en determinar clínicamente el cumplimiento a cabalidad del plan de tratamiento registrado en la historia clínica y la calidad del mismo, además de aplicar la encuesta de satisfacción del cliente externo (la cual se enviará posteriormente). Una vez realizada la verificación, el odontólogo en funciones de coordinación determinará la pertinencia de que el paciente vuelva al odontólogo tratante a complementar su tratamiento o a iniciar el plan de seguimiento, control y mantenimiento de la salud oral.

6. Seguimiento, control y mantenimiento de la salud oral: el objetivo concreto del último paso del proceso de la atención, es el seguimiento de las cohortes de pacientes con diagnóstico inicial de sano y de pacientes controlados, es importante aclarar que las acciones preventivas nunca terminan. De acuerdo con el riesgo individual, el odontólogo responsable del paciente determinará el número de sesiones de mantenimiento y control así:

6.1. Alto riesgo: cada cuatro meses se realizarán las actividades preventivas correspondientes al ciclo vital.

6.2. Mediano riesgo: cada seis meses se realizarán las actividades correspondientes al ciclo vital.

6.3. Bajo riesgo: anualmente se realizarán las actividades correspondientes al ciclo vital.

c. Responsabilidades Inherentes del Recurso Humano del Servicio de Salud Oral.

Odontólogo General

- Cumplir y hacer cumplir las políticas, normas y reglamentos del Instituto de Seguros Sociales.
- Debe facilitar las buenas relaciones humanas y la oportunidad para la comunicación con directivas, funcionarios compañeros y usuarios.
- Respetar y acatar las ordenes de quien ejerza las funciones de coordinación, supervisión, evaluación y asesoría del servicio de salud oral del CAA y seccional.
- Tener en cuenta y dar cumplimiento a la agenda de trabajo y horario de laboral que tenga establecido.
- Ofrecer la atención con un alto nivel de calidez y relaciones humanas para motivar al paciente a valorar el servicio prestado.
- Diligenciar la Historia Clínica en forma oportuna, integral, completa ; consignando todos los antecedentes médicos y odontológicos, tanto familiares como individuales a que haya lugar ya que es el único documento que lo respalda legalmente.
- Comunicar y explicar al paciente sobre su situación actual de salud oral, las causas y factores de riesgos que llevaron a su enfermedad, el tipo de tratamiento (s) que requiere y los que la Institución le puede ofrecer (POS), los cuidados que debe tener y la participación de él en el desarrollo de la atención.
- Practicar la valoración clínica de los pacientes, con el fin de emitir los diagnósticos, hacer la clasificación de riesgo y el plan de tratamiento o el mantenimiento de la salud oral.
- Determinar los procedimientos y exámenes complementarios requeridos para definir las diferentes conductas de acuerdo a la patología (s) que se evalúen en el diligenciamiento de la Historia Clínica.
- Participar activa y permanentemente en las actividades de promoción y prevención con el recurso humano del CAA, delegando funciones a la higienista oral cuando exista este recurso.
- Supervisar y evaluar las actividades de promoción y prevención delegadas al personal auxiliar capacitado para tal fin.

- Solicitar las interconsultas y remitir a los pacientes que requieren ser atendidos en otro nivel de mayor complejidad, ya sea dentro de la red propia o en la red externa, teniendo en cuenta la naturaleza y severidad de los problemas diagnosticados, de acuerdo a la normatividad administrativa vigente para este tipo de procedimiento.
- Diligenciar con la periodicidad establecida los registros y formatos requeridos para el seguimiento y control de la prestación del servicio, establecidos por el Instituto de acuerdo a la normatividad dada por el Ministerio de Salud.
- Mantenerse actualizado en los procedimientos y conductas diagnósticas y terapéuticas que afecten las condiciones de salud oral de sus pacientes y trabajar conjuntamente con los equipos de salud.
- Cumplir con los indicadores de gestión definidos por el nivel nacional y seccional.
- Responsabilizarse del manejo adecuado y racional de los recursos que formen parte del servicio de salud oral.
- Las demás que se le asignen de acuerdo con el perfil del cargo.

HIGIENISTAS ORALES

- Cumplir y hacer cumplir las políticas, normas y reglamentos del Instituto de Seguros Sociales.
- Debe facilitar las buenas relaciones humanas y la oportunidad para la comunicación con directivas, funcionarios, compañeros y usuarios.
- Respetar y acatar las órdenes de quien ejerza las funciones de coordinación, supervisión, evaluación y asesoría del servicio de salud oral del CAA y seccional.
- Tener en cuenta y dar cumplimiento a la agenda de trabajo y horario laboral que tenga establecido.
- Ofrecer la atención con un alto nivel de calidez y relaciones humanas para motivar al paciente a valorar el servicio prestado.
- Hacer seguimiento a la historia clínica odontológica diligenciada por el odontólogo y desarrollar las actividades que le competen teniendo en cuenta el riesgo de cada paciente para su tratamiento.

- Acatar las acciones clínicas delegadas por el odontólogo y realizarlas con ética y calidad dentro del ámbito que le compete.
- Educar al paciente en los aspectos que el requiera (autocuidado), para mantener sano su sistema estomatognático, haciéndolo participe de las acciones que el debe asumir dentro del su autocuidado.
- Responsabilizarse ante el equipo de salud y el odontólogo tratante al que pertenece el paciente sobre las actividades ejecutadas.
- Organizar su área de trabajo, teniendo en cuenta las normas de bioseguridad establecidos y con el cumplimiento de las normas administrativas definidas por el CAA y nivel seccional.
- Reportar los datos estadísticos solicitados tanto por el nivel local, seccional y por el nivel nacional, respecto a las actividades individuales y grupales de promoción y prevención desarrolladas diarias y mensualmente.
- Participar en las reuniones clínicas y administrativas que se le solicite, con el fin de aportar las inquietudes para el mejoramiento de los servicios de salud oral a nivel local .
- Promover la apropiación de hábitos saludables por parte de cada paciente que asiste a la atención preventiva.
- Programar con el profesional que cumple funciones de coordinación la agenda de trabajo, con el fin de buscar la máxima eficiencia en la prestación del servicio diario.
- Evaluar todos los procesos y requerimientos, con el fin de seguir el conducto regular para solicitar los recursos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
- Las demás que se le asigne de acuerdo con la competencia de su cargo.

AUXILIAR DE CONSULTORIO

- Cumplir y hacer cumplir las políticas, normas y reglamentos del Instituto de Seguros Sociales.
- Debe facilitar las buenas relaciones humanas y la oportunidad para la comunicación con directivas, funcionarios, compañeros y usuarios.
- Respetar y acatar las ordenes de quien ejerza las funciones de coordinación, supervisión, evaluación y asesoría del servicio de salud oral del CAA y seccional.

- Tener en cuenta y dar cumplimiento a la agenda de trabajo y horario laboral que tenga establecido.
- Ofrecer la atención con un alto nivel de calidez y relaciones humanas para motivar al paciente a valorar el servicio prestado.
- Instrumentar en el proceso de atención clínica.
- Preparar los biomateriales que el profesional necesita, para tratar clínicamente a los pacientes.
- Reportar oportunamente las necesidades de mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos odontológicos y así garantizar su normal funcionamiento.
- Apoyar el diligenciamiento de los registros estadísticos que se utilicen en la atención diaria, para emitir los datos en la periodicidad establecidos por el sistema de información (RIPS), y de acuerdo con la delegación que el profesional le otorgue.
- Cumplir con las normas de bioseguridad establecidas dentro del Seguro Social.
- Organizar adecuadamente los recursos que se utilicen en la atención diaria.
- Estar atentas de los requerimientos que el profesional solicite, dentro del proceso de atención a los usuarios.
- Controlar los recursos que se utilicen de acuerdo a los lineamientos existentes y en coordinación con el odontólogo clínico.
- Tomar las ayudas diagnósticas para lo cual estén capacitadas y apoyen así la agilidad de la atención.
- Participar en las reuniones de tipo administrativo y clínico que se les soliciten, para el mejoramiento de los servicios de salud oral.
- Asistir a las reuniones de capacitación y actualización técnico científicas a que sean convocadas por la CAA, seccional y nivel nacional.
- Las demás que se le asignen dentro de la competencia de su cargo.

D. Norma Técnica para la Ejecución de Actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud Oral.

• JUSTIFICACIÓN

Los resultados del III **ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL** (1998) muestran una mejoría con los datos reportados del Estudio de Morbilidad Oral 1977-80, debido a la implementación de los programas de promoción y prevención de la salud bucal que se han venido realizando.

De acuerdo con el ENSAB III con relación a la caries dental, para la dentición temporal el ceo-d en los niños de 5 años disminuyó a 3.0 y para los permanentes el COP-d disminuyó a 2.3 a los 12 años, con un gran promedio de dientes temporales y permanentes sanos en boca que requieren medidas preventivas y un 10% en promedio con necesidad de operatoria dental.

En relación a la enfermedad periodontal se observó para la población general que el Índice de Extensión y Severidad general fue de (16.1), lo que significa que el 16% de las superficies están afectadas con un promedio de pérdida de inserción de 1.2mm, en tanto que el Índice de Extensión y Severidad específico fue (32.1). Igualmente la población afectada con al menos un marcador periodontal (sangrado, cálculos o bolsas) fue de 92.4% (8.8% sangrado, 53.3% sangrado y cálculos, 26.5% bolsas pandas y 3.8% bolsas profundas), sin embargo llama la atención que a los 12 años el 60.9% de los niños presentan sangrado y cálculos.

Por otro lado, se observó que el 81.6% de la población Colombiana presentó placa blanda al momento de realizar el examen odontológico, siendo mayor la presencia de placa en menores de 20 años.

Por lo anterior existe la necesidad de establecer normas para el desarrollo de actividades preventivas que permitan limitar el daño, mejorar las condiciones de salud bucal y mantener los niveles alcanzados en salud; ya que la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal, son patologías bucales **PREVENIBLES**.

Por esta razón y teniendo en cuenta que el Acuerdo 117/98, incluye la **atención preventiva en salud bucal como una actividad de obligatorio cumplimiento**, se presenta la siguiente norma técnica.

- **Control y remoción de la placa bacteriana:** Revisar la placa bacteriana presente en boca, enseñar la forma de eliminarla diariamente de los dientes y tejidos circundantes de cavidad oral como vestíbulo, surco, paladar y lengua entre otros, e indicar al paciente la forma adecuada de realizar el cuidado bucal diario.

-**Aplicación de Flúor:** Consiste en fortalecer la superficie del diente (esmalte), para así reducir la acción de los microorganismos (streptococo mutans principalmente), la producción de ácidos y la formación de cavidades en el tejido dentario.

-**Aplicación de sellantes:** Modificar la superficie del diente en áreas que presenten fosas y fisuras a fin de eliminar la placa bacteriana y minimizar con un correcto cepillado el riesgo de iniciación de la caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.

- **Detartraje supragingival:** Remover mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente, para evitar daños en los tejidos de soporte dental.

● **DEFINICIÓN :**

Atención Preventiva en salud bucal.

■ La atención preventiva en salud constituye un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población.

■ Está compuesta por :

- Control y remoción de placa bacteriana.

-Aplicación de flúor.

- Aplicación de sellantes.

- Detartraje supragingival (control mecánico de placa).

- **POBLACIÓN OBJETO:** La aplicación de la presente norma técnica debe cubrir a toda la población mayor de dos (2) años.
- **CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO**

Control y remoción de placa: Son las acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales, tejidos blandos y de los aparatos protésicos por parte del odontólogo o la auxiliar de higiene oral bajo la supervisión del odontólogo, con las indicaciones respectivas al paciente para mantener la cavidad bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana.

Se realizara la frecuencia de control 2 veces al año en los grupos de 2 a 19 años (semestral) y en los mayores de 20 años un control anual, sección incluye la profilaxis.

Descripción de la actividad

La actividad se realizara siguiendo estos pasos por paciente:

- Se inicia con el suministro de una sustancia o pastilla reveladora de placa al paciente, quien la muerde o distribuye por todas las superficies dentales con la lengua y procede a enjuagar la boca con agua. Luego se identifican las superficies teñidas por la sustancia, que corresponden a zonas de acumulo de placa bacteriana y se le muestra al paciente con la ayuda de un espejo de mano.

Finalmente el encargado de realizar la actividad realiza el registro de las superficies teñidas en los formatos correspondientes y calcula el índice de placa de O'Leary, es decir la relación entre el total de superficies teñidas con placa bacteriana sobre el total de superficies dentales presentes (cuatro superficies por diente) multiplicado por 100 y expresado en porcentaje.

- Se evalúa la forma como el paciente realiza la limpieza oral diaria e indica la técnica adecuada de higiene bucal, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
- La limpieza interproximal se hace con seda dental, elemento elaborado para eliminar la placa interdental en las superficies mesiales y distales, supra y subgingival de los dientes mediante el arrastre de restos alimenticios por el roce del hilo sobre la superficie dental, como complemento del cepillado. Se corta 20-30 cms del hilo y se enrolla las puntas alrededor de los dedos para su manipulación, se deja de 5-7 cms de parte activa e introduce en los espacios interproximales hasta llegar a la zona subgingival.
- Para las personas con problemas de destrezas, prótesis fija o aparatología de ortodoncia se recomienda el uso de dispositivos como portahilos y enhebradores de hilo dental, los primeros mantienen tenso el hilo mientras se pasa a través del punto de contacto y los segundos ayudan a introducir la seda bajo los arcos de alambre en los pacientes con tratamiento de ortodoncia o con prótesis fija.
- El cepillado dental es el método más eficaz para la remoción de la placa bacteriana, se realiza en orden para evitar dejar áreas sin limpiar con movimientos de barrido, es decir los dientes superiores hacia abajo y los inferiores hacia arriba tanto por vestibular como palatino o lingual, en las superficies oclusales de molares y premolares se hacen movimientos circulares con el fin de remover la placa retenida en los surcos. Para el uso del cepillo dental es fundamental el desarrollo psicomotor del individuo, por eso en los niños (de 2 a 12 años), ancianos y personas con discapacidades físicas y/o mental esta actividad debe realizarse con supervisión de los padres o un adulto.
- La higiene bucal se finaliza con la remoción de la placa depositada en los tejidos blandos y mucosas de la cavidad bucal, como lengua, encía, paladar y surco vestibular, cepillando con precaución pero de forma eficaz.
- La crema dental se utiliza como agente abrasivo, detergente, con agentes saborizantes y sustancias como el flúor que ayudan a la prevención de la

caries dental en concentraciones que varían entre 12000 y 1500 ppm. En el país, debido a la gran cantidad de fuentes de flúor y con el fin de evitar los efectos de sobredosificación de crema dental, se recomienda utilizar 0.5 cm de crema sobre el cepillo como cantidad ideal, ya que al ingerir o utilizar inadecuadamente el flúor se puede causar daños en la estructura dentaria como fluorosis dental, especialmente en los niños de 2 a 5 años.

- Finalmente se realiza la profilaxis o limpieza de la superficie de los dientes por parte del personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) en el consultorio odontológico con una copa de caucho y pasta profiláctica, diente por diente con movimientos circulares hasta remover la película de placa bacteriana de las superficies dentales. En las superficies vestibulares y linguales o palatinas se utiliza copa de caucho y en las superficies oclusales de molares y premolares los cepillos para profilaxis. El riesgo de un daño abrasivo en las superficie dental durante la profilaxis es mínimo.

Aplicación tópica seriada de flúor (topicación de flúor en gel y topicación de flúor en solución): Actividad que busca aplicar, frotar o poner en contacto la porción coronal del diente con una sustancia que contenga flúor para incorporarla a la superficie y producir mayor resistencia a la caries.

Se aplicara en los grupos de 5 a 19 años con una frecuencia de dos veces al año, en casos de una higiene bucal deficiente, índice de COP/CEO alto, mal posición dentaria, dieta rica en carbohidratos, aparatología de ortodoncia, superficie del esmalte irregular, morfología dentaria retentiva, xerostomía y /o pacientes con discapacidad física o mental.

No se aplica flúor cuando existe adecuada higiene bucal, el índice de COP/CEO es bajo, existe dieta rica en fibra, adecuada posición dentaria y flujo salivar adecuado.

Descripción de la actividad

La actividad se realizara siguiendo estos pasos por paciente:

- Esta actividad la realiza personal capacitado como el odontólogo general o la auxiliar de higiene oral, en el consultorio odontológico, con la

infraestructura necesaria que permita el adecuado manejo del material y el menor riesgo para el paciente, debido a que el flúor es una sustancia altamente tóxica al ser ingerida.

- Para iniciar esta actividad se sienta al paciente en la silla odontológica en posición erecta con la cabeza inclinada hacia adelante a fin de disminuir el riesgo de ingestión de flúor; se establece el tamaño adecuado de la cubeta para flúor desechable y se llena con una cantidad máxima de 2 ml. ó 40% de su capacidad con fluoruro.
- Al paciente se le aíslan los dientes con rollos de algodón y se secan con la jeringa de aire para obtener un campo seco que permita mayor absorción de fluoruro. Luego se inserta la cubeta en la boca por 4 minutos, presionándola contra los dientes para asegurar el cubrimiento de los espacios interproximales y se le pide a la persona que cierre la boca para ayudar a llevar el fluoruro alrededor de todas las superficies dentales. Se succiona durante todo el tiempo de aplicación, ya que al remover el exceso de saliva se evita que el fluoruro se diluya.
- Finalmente se le pide a la persona que incline la cabeza hacia abajo para retirar la cubeta bucal, que expectore y se succiona por 30 segundos más después de la aplicación. En esta actividad se debe mantener supervisión continua con el fin de prevenir accidentes con fluoruro.

Indicaciones para la aplicación de fluoruros

Se realiza 2 veces al año en niños que presentan una o varias de las siguientes condiciones:

- Hábitos de higiene bucal deficientes.
- Índice de COP/ceo alto (historia de caries dental).
- Malposición dentaria.
- Hábitos alimentarios ricos en carbohidratos (azúcares refinados)
- Aparatología de ortodoncia
- Superficie del esmalte irregular.
- Morfología dentaria retentiva

- Xerostomia
- Pacientes con discapacidad física y/o mental.

No se les aplica flúor tópico a los pacientes que poseen las siguientes características en su totalidad:

- Adecuada higiene bucal.
- Dieta balanceada (rica en fibra).
- Adecuada posición dentaria.
- Flujo salivar adecuado.
- Igualmente, para aquellos niños residentes en los municipios con altos contenidos de flúor en el agua, de acuerdo con el “Inventario del contenido natural de flúor en las aguas para consumo público” realizado en 1988, no se les aplica flúor debido al elevado riesgo de adquirir fluorosis dental; estos municipios son:

Atlántico: Luruaco y Usiacurí

Bolívar: Margarita.

Cesar: San Martín.

La Guajira: San Juan del Cesar.

Huila: Gigante (potrerillos), Hobo, Rivera y Suaza.

Meta: Puerto López

Norte de Santander: Arboledas y Salazar.

Santander: Cepitá.

Aplicación de sellantes de fosetas y fisuras (cada diente): Es la modificación morfológica de la superficie dental mediante la aplicación de una barrera física (resina adhesiva) en las fosas y fisuras profundas de los dientes que permita disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal.

Se aplicara en los grupos de 3 a 15 años, indicado: en **molares** permanentes recién erupcionados con surcos y fisuras angostos y profundos, **molares** con surcos profundos no remineralizados deciduos o permanentes en los pacientes con deficiencias en la higiene bucal, índice de COP/CEO alto, dieta rica en carbohidratos y azúcares, malposición dentaria, aparatología de ortodoncia y pacientes con discapacidad física o mental.

Descripción de la actividad

Se realizará siguiendo estos pasos por paciente:

- La realiza el personal capacitado como el odontólogo general o la auxiliar de higiene oral, en el consultorio odontológico con la infraestructura adecuada que permita la manipulación del material y colocación correcta de los sellantes de fosetas y fisuras en el paciente.
- Inicialmente se remueve la placa de las superficies donde se va a aplicar el sellante de fosetas y fisuras con cepillos y materiales abrasivos como piedra pómez, se aíslan los dientes con rollos de algodón o tela de caucho con el fin de garantizar un campo totalmente seco y se seca la superficie o superficies con aire libre de impurezas.
- Se graba la superficie del diente mediante la aplicación de una sustancia ácida (generalmente ácido fosfórico al 37%) por un minuto en dientes permanentes y 1.5 minutos para dientes deciduos, formándose microporosidades en la superficie del esmalte para facilitar la adhesión del sellante a la superficie dental.
- Inmediatamente se procede a hacer un lavado de la superficie con agua por 15 segundos, se seca y se observa que ésta quede con un aspecto lechoso y opaco (blanco Tiza), lo que indica que el procedimiento fue exitoso.
- En seguida se aplica mediante el dispensador especial o utilizando un pincel fino el sellante, que puede ser de autocurado o fotocurado, cuya diferencia radica principalmente en la forma como se polimeriza el material. El de fotocurado polimeriza por la acción de un rayo de luz intensa proveniente de una fibra óptica, que se coloca a dos milímetros de la superficie del diente de 20 a 30 segundos; el de autocurado requiere de la mezcla de dos sustancias un monómero y un catalizador que al unirse se endurece después de un corto tiempo (periodo de tiempo utilizado para la manipulación y aplicación del material en la superficie del diente)

- Posteriormente se evalúa el nivel de adherencia y la presencia de burbujas en el sellante con un explorador. si se encuentra alguna falla, se graba la superficie nuevamente por 10 segundo y se repite el procedimiento.
- Finalmente se realiza un control de oclusión con papel de articular de 8 micras para detectar áreas de mayor contacto por excesos de material sellante y se eliminan con discos de pulido o piedras montadas blancas para pulir resinas.

Los dientes sellados se evalúan cada seis meses o cada año, a juicio del operador, debido a que la pérdida parcial o total del sellante presenta fallas que ocurren con posterioridad a su aplicación y estas son manifiestas dentro de los seis a doce meses de realizado el procedimiento. En tal caso, se coloca de nuevo.

Indicaciones para la aplicación de sellantes

Se aplica sellantes de fosetas y fisuras a todos los pacientes que presenten las siguientes condiciones.

- Molares permanentes recién erupcionados con surcos y fisuras angostos y profundos.
- Molares con surcos profundos no remineralizados deciduos o permanentes. Y que presenten alguna de las siguientes características:
 - Pacientes con deficiencias en la higiene bucal.
 - Índice COP/ceo alto (historia de caries).
 - Consumo de dieta rica en carbohidratos y azúcares.
 - Malposición dentaria.
 - Aparatología de Ortodoncia.
 - Pacientes con discapacidad física y/o mental.

Detartraje supragingival: Procedimiento clínico realizado para remover y eliminar en forma mecánica la placa bacteriana y los cálculos de la porción coronal del diente para evitar los daños en los tejidos de soporte y así disminuir la presencia de gingivitis y periodontitis.

Se realizara en población mayores de 12 años.

A los pacientes con cálculos subgingivales o de gran extensión, se les hace evaluación minuciosa para establecer necesidad de atención de mayor complejidad (Odontólogo General o Periodoncista) .

Descripción de la actividad

Se realizará siguiendo estos pasos por paciente:

- El detartraje supragingival debe ser realizado por personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) una vez cada 6 ó 12 meses, a juicio del operador, con la infraestructura adecuada, ya que se remueven cálculos supragingivales de todas las superficies dentales con instrumentos mecánicos (curetas y limpiador neumático tipo cavitron o scaler) y se elimina la placa blanda con una profilaxis.
- El primer paso de esta actividad es la realización de una evaluación de los sitios donde se encuentran depósitos de placa bacteriana y cálculos supragingivales, los cuales se encuentran con mayor frecuencia en las zonas mandibulares linguales (incisivos inferiores y molares inferiores) y maxilares vestibulares donde se encuentra mayor flujo salivar (molares superiores).
- Se procede a realizar la remoción de cálculos y manchas ubicados en la porción coronal de los dientes con curetas especializadas o los limpiadores neumáticos tipo cavitron o scaler. Posteriormente con una copa de caucho y pasta profiláctica se limpian las superficies del diente. Después de un proceso profesional cuidadoso de limpieza los dientes son otra vez diagnosticados para asegurar que todas las superficies dentales están libres de placa y cálculos.
- Para aquellos pacientes con presencia de cálculos subgingivales o de gran extensión, con o sin movilidad del diente y/o pérdida de la inserción, se realiza una evaluación minuciosa que permita establecer la necesidad de atención de mayor complejidad (Odontólogo general y/o periodoncista).

- En pacientes que presentan un alto porcentaje de cálculos y en una sola sección no se alcance a realizar todos los cuadrantes, se les asignara una nueva cita, máximo 2, de excederse en citas, el coordinador de salud oral, debe identificar y reevaluar el caso clínico el cual debe estar justificado en la historia clínica por el profesional que prestó el servicio.

e. Procedimientos y Facturación de Servicios de Salud Oral

Según la resolución No. 5261 de Agosto 05 de 1994 (Mapipos), por la cual se establece el manual de actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el sistema general de seguridad social en salud se describen las consultas y procedimientos que se realizan en salud oral y que a su vez se encuentra homologado con los códigos SOAT y códigos CUPS y su respectiva valorización.

REGIMEN SOCIAL

ULO 40: Señálese para los servicios ambulatorios de salud Oral. Las siguientes tarifas:

ACTIVIDADES DE COMNSULTA AMBULATORIA Y DE URGENCIA Y DIGNOSTICAS

36100	PB	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	12,510
36100	PB	890304	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	12,510
39124	PB	890404	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	16,700
36101	PB	890203	CONSULYA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	8,755
36101	PB	890303	CONSULTA DE CONTROL O SEGUMINETO POR ODONTOLOGIA GENERAL	8,755
36102	PB	890703	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGIA GENERAL (282)	9,420

APLICA: para la solución inmediata del problema agudo, doloroso, hemorrágico, traumático o infeccioso.

282

36103	PB	890704	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	12,985
36105	PB	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	3,090
36105	PB	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	3,090
36105	PB	870453	RADRIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	3,090
36105	PB	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES	3,090

PREMORALES				
36105	PB	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MORALES	3,090
36105	PB	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	3,090
36106	PB	870440	RADIOGRAFIAS INTRAORALES OCLUSALES	5,690
36108	PB	893101	IMPRESIÓN DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	11,135
36109	PB	893102	FOTOGRAFIA CLINICA EXTRAORAL, INTRAORAL, FRONTAL O LATERAL	8,190
36110	PB	893104	ESTUDIO DE OCLUSION Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	24,225

OPERATORIA DENTAL

36201	PB	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGA (47)	9,925
Tarifa por superficie, teniendo en cuenta que las extensiones hacen parte de la superficie primaria (47)				
36203	PB	232102	OBTURACION DENTAL, CON RESINA DE FOTOCURADOR	12,445
36205	PB	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO (47)	9,340
36208	PB	232300	COLOCACION DE PIN MILIMETRICO SOD	8,075

PERIODONCIA

36302	PB	997300	DEATARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD (139)	10,940
36303	PB	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	35,220
36305	PB	243400	GINGIVECTOMIA SOD (53)	8,400
36306	PB	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD (48)	31,405

ENDONONCIA

36400	PB	237200	APXIFICACION (INDUCCION DE APEXOGENESIS) SOD	41,135
36401	PB	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	33,205
36402	PB	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	39,175
36403	PB	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	41,665
36407	PB	237401	CURETAJE DE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	50,155
36408	PB	242202	CIRUGIA A COLGAJO CON RSECCION RADICULAR (AMPUTACION, HEMISECCION)	47,305

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA

36502	PB	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO.	13,520
36504	PB	247100	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	581,850
36506	PB	893108	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTO-MAXILOFACIAL	9,670
36507	PB	893107	ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPEDICO	240,640

CIRUGIA ORAL

36601	PB	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	10,565
36602	PB	230102	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	15,365
36603	PB	231100	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	20,925
36604	PB	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	34,740
36605		231500	COLOCAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA) SOD (53)	27,025
Tarifa por diente (53)				
36607		245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD (284)	41,275
Tarifa por hemiarcada (284)				
36608	PB	274902	RESECCION DE BRINDAS INTRAORALES	36,265
36609	PB	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR (285) (286)	69,345
INCLUYE: la toma de injerto intraoral (285)				
INCLUYE: la colocación del injerto AUTOGENO, DE BANCO DE HUESOS O HETEROGENO (286)				
36612	PB	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	24,715
36613		235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	58,785
36614		243500	OPERCULECTOMIA NCOC	33,225
36615	PB	231300	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO SOD	54,580
36616	PB	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIO ESTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	69,260
36618	PB	231302	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	112,835
36617		231400	EXODONCIAS MULTIPLES CON ALVEOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	49,530

REHABILITACION

36700		234202	RECONSTRUCCION DE MUÑONES	26,915
36701		234401	COLOCACION O INSERCIÓN DE PROTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR) (287)	58,435
EXCLUYE: los modelos (287)				

36702	COLOCACION O INSERCIÓN DE PROTESIS TOTAL MEDIO	
36703	234402 CASO (SUPERIOR O REPARACIÓN DE PROTSIS FIJAS (288)	47,570 59,435
	Tarifa por cada unidad (soportes o ponticos) (288)	
36704	247401 FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	15,955
36705	FERULIZACION SEMIRIGADA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	23,603
36706	234203 PATRON DE NUCLEO (289)	24,230
	Tarifa por conducto (289)	
36708	248200 AJUSTAMIENTO ACLUSAL SOD	24,225
36710	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRILICA TERMOCURADA (53)	5,445
	Tarifa por diente (53)	

ODONTOPEDIATRIA

36801	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	14,320
36802	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	10,740
36803	TERAPIA DE CONDUCTO REDICULAR EN DIENTE TEMPORAL, URRADICULAR	13,915
36803	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL, MULTIRRADICULAR	13,915
36804	230201 EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	4,225
36804	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	4,225
36805	997105 APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA (283)	4,225
	Tarifa por diente	
36806	237101 PULPOCTOMIA CON PILPECTOMIA (290)	6,150
36807	COLOCACION O PLICACION DE CORONA EN FORMA PLASTICA	12,745

PREVENCION

36903	PB	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	2,040
36903	PB	997103 TOPICACION DE FLUOR EN GEL	1,500
36903	PB	997104 TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION	1,500
36904	PB	997310 CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	1,500
36905	PB	997101 APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO (53)	5,070
	Tarifa por diente (53)		
36905	PB	997102 APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO (53)	5,070

PARAGRAFO 1. Para la práctica de los procedimientos de ortodoncia correctiva se requiere del concepto favorable de la Junta Médica Quirúrgica en el ISS del Servicio de Maxilofacial.

PARAGRAFO 2. La mano de obra y los materiales que se utilicen en la elaboración y reparación de prótesis y ortesis, se pagaran a los precios oficiales fijados por los laboratorios dentales; se acentúa el procedimiento “elaboración y adaptación de aparato ortopédico” en consideración a que este costo está incluido en la tarifa del Código 893107.

PARAGRAFO 3. Los materiales que se utilicen en la práctica de la cirugía periodontal con reposición ósea y los aparatos que se coloquen durante el tratamiento de ortopedia funcional, se pagaran según el consumo. Igualmente los que se consuman en la elaboración de las coronas en acero inoxidable, policarbonato o forma plástica.

PARAGRAFO 4. Cuando se celebre un contrato de servicios de salud, de tipo intrainstitucional, mediante el cual el profesional aporta únicamente sus conocimientos y la EPS – ISS suministra los demás recurso para la atención, por las actividades finales que realice, de las definidas en este Artículo, se pagaran los siguientes valores:

M36000	SERVICIO DE ODONTOLOGO GENERAL, POR ACTIVIDAD FINAL DE CONSULTA, EXODONCIA, OPERATORIA DENTAL O PERIODONCIA	4.155
M36001	SERVICIO PROFESIONAL DE ODONTOLOGO GENERAL, POR ACTIVIDAD FINAL DE CIRUGIA ORAL (EXEPTO EXODONCIA) ENDOONCIA.	12.470

Por actividad final se entiende, la consulta para valoración diagnostica, así como todo procedimiento de carácter terapéutico que resuelva definitivamente la lesión que afecta al paciente.

Su definición se establece en el registro diario de cuidado odontológico, bajo las siguientes denominaciones:

CONSULTA	Número de consultas de medicas oral
CIRUGÍA ORAL	(Exepto exodoncia): Numero de cirugía
OPERATORIA DENTAL	Número de dientes obturados

EXODONCIA
ENDODONCIA
PERIODONCIA

Número de dientes extraídos
Numero de conductos obturados
Número de de tartajees y de curetajes

PARAGRAFO 5. El valor de las radiografías se facturará independientemente de las tarifas correspondientes a los procedimientos de endonocia y cirugía oral.

De acuerdo a la anterior resolución citamos el artículo 18 que trata: de los exclusiones y limitaciones del plan obligatorio de salud...

En concordancia con lo expuesto en el artículo anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciando han la ley 100 de 1993, el plano obligatorio de salud tendrá exclusiones y limitaciones que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y quías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad: aquellos que sean considerados como cosméticos, estético o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, incluyendo los que se describen a continuación.

- a. cirugías estéticas con fines de embellecimiento.
- b. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- c. Tratamiento para la infertilidad.
- d. Tratamiento no reconocido por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- e. Tratamiento o curas de reposo o del sueño.
- f. Medias elásticas de soporte, corsés, fijas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de rueda. Lentes de contacto. Los lentes se suministran una vez cada 5 años en los adultos y en los niños una vez cada año. Siempre por prescripción y para defectos que disminuyan la agudeza visual.
- g. Medicamentos o sustancias que nos e encuentran expresamente autorizadas en el manual de medicamento y terapéutica.
- h. Tratamiento con drogas sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.

- i. Trasplante de órganos, no se excluyen aquellos como el trasplante renal de medula ósea, de cornea y el de corazón con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas, guías integrales de atención.
- j. Tratamiento con Psicoterapia individual, Psicoanálisis o Psicoterapia, no se excluya la Psicoterapia individual de apoyo en las fases críticas de la enfermedad y solo durante la fase inicial, tampoco se exclúyalas terapias grupales. Se entiende por fases críticas iniciales aquellas que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución.
- k. Tratamiento para varices con fines estéticos.
- l. Actividades procedimiento e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas carcinomatosis, traumáticos o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan `posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte Psicológico, terapia paliativas para el dolor la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimiento deben estar contemplados en las respectivas guías de atención.
- m. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo instruccional o de capacitaciones que se lleva a cabo durante el proceso de rehabilitaciones distinto a aquellos necesarios estrictamente para el manejo medico de la enfermedad y sus escuelas.
- n. Prótesis, ortodoncia y tratamiento periodental en la atención odontológica .
- o. Actividades, intervenciones y procedimiento no expresamente consideradas en el presente manual.

F. Indicadores de Evaluación

a. Rendimientos por tipo de atención.

Estos rendimientos se proponen como indicadores útiles para unificar la medición de la productividad de los servicios, teniendo en cuenta que están sujetos a la presencia de auxiliar de consultorio, porque al no existir dicho recurso, el comportamiento de este indicador se verá afectado negativamente y la medición del mismo necesariamente tendrá diferentes parámetros de evaluación.

TABLA No. 6

RENDIMIENTOS PARA ODONTÓLOGO GENERAL

PRIMER NIVEL	RENDIMIEN TO	UNIDAD DE REFERENCIA
CONSULTAS:		
De primera vez	2.0	Consultas por hora
Urgencias	4.0	Consultas por hora
TRATAMIENTOS:		
Prevención	4.0	Actividades por hora.
Estomatología	4.0	Consultas por hora.
Operatoria	3.0	Dientes obturado por hora.
Periodoncia	2.0	No. de procedimiento por hora.
Cirugía oral		
- Baja complejidad	4.0	No. de exodoncias por hora
Endodoncia	1.0	No. conductos obturados por hora.

*Actividades realizadas por el odontólogo general.

TABLA No. 7

RENDIMIENTOS PARA ODONTÓLOGO ESPECIALISTA

SEGUNDO NIVEL	RENDIMIEN TO	UNIDAD DE REFERENCIA
CONSULTAS:		
De primera vez	4.0	Consultas por hora
Urgencias	2.0	Consultas por hora
TRATAMIENT OS:		
Odontopediatría	2.0	No. de pacientes por hora.
Endodoncia	1.0	No. conductos obturados por hora.
Periodoncia	1.0 o 2.0	Según complejidad del procedimiento.
Cirugía oral		
- Alta complejidad	1.0	No. de procedimientos por hora
ATM	2.5	No. de actividades por hora.
Ortopedia	2.0	No. de pacientes por hora.

*Actividades realizadas por odontólogos especialistas

TABLA No. 8

RENDIMIENTOS PARA HIGIENISTAS ORALES

HIGIENISTAS ORALES	RENDIMIEN TO	UNIDAD DE REFERENCIA
Educación grupal en salud por equipo interdisciplinario.	2 horas	Asistentes : 10-20 personas según el ciclo vital. No se admiten tiempos simultáneos del recurso humano, puede ser realizado por : psicólogo, nutricionista,

		enfermera, trabajadora social o higienista oral.
Control de placa	4.0	No. de actividades por hora
Profilaxis	4.0	No. de actividades por hora
Aplicación de flúor	4.0	No. de actividades por hora
Sellantes	2.0	No. de pacientes por hora*.
Detartraje supragingival	2.0	No. de pacientes por hora.

* Actividades realizadas por la higienista oral sin auxiliar de consultorio.

* Colocando los sellantes según el esquema definido en la norma técnica (Resolución 3384)

b) Indicadores: Serán obtenidos mediante la única herramienta avalada por la Gerencia Nacional de Servicios Ambulatorios : Gestión 95 V. 3.0

Fuente: Planillas RIPS.
Aplicación EPI-RIPS.
Agendas de trabajo.

INDICADORES POR PROFESIONAL

- Horas contratadas en el período
- Total consultas de primera vez (A realizar, realizadas y porcentaje de ejecución)
- Total consultas de urgencias. (A realizar, realizadas y porcentaje de ejecución)
- Total procedimientos de operatoria. (A realizar, realizadas y porcentaje de ejecución)
- Total procedimientos endodoncia. (A realizar, realizadas y porcentaje de ejecución)

- Total procedimientos de cirugía oral. (A realizar, realizadas y porcentaje de ejecución)
- Total procedimientos de periodoncia. (A realizar, realizadas y porcentaje de ejecución)
- Total procedimientos de promoción y prevención. (A realizar, realizadas y porcentaje de ejecución)
- Promedio de actividades por sesión.
- Continuidad en la atención.
- Rendimiento global.
- Porcentaje de remisiones a especialista.
- Porcentaje de exámenes de laboratorio.
- Porcentaje de exámenes de radiología.
- Porcentaje de incapacidades.
- Porcentaje de órdenes de farmacia.
- Porcentaje de medicamentos formulados.
- Total horas en otras actividades.
- Total horas subutilizadas
- Total horas no trabajadas.

INDICADORES CONSOLIDADOS POR CAA

- Horas contratadas diarias (disponibles)
- Horas contratadas en el período(disponibles).
- Total odontólogos contratados.
- Horas laboradas en consulta y sesiones de procedimientos odontológicos en el mes(ejecutado)
- Horas laboradas en coordinación odontológica (ejecutadas)
- Total de actividades realizadas en (ejecutadas)
- Total de actividades de Salud Oral a realiza en el período (planeado)
- Promedio de días laborados en el mes por profesional (ejecutado)
- Total de consultas realizadas.
- Relación horas administrativas vs horas asistenciales
- Porcentaje de utilización.
- Porcentaje de productividad
- Índice de exámenes de laboratorio.

- Índice de remisión a especialista.
- Índice de exámenes de radiología,
- Índice de órdenes de farmacia.
- Numero de medicamentos por orden formulada.
- **Oportunidad en la consulta de salud oral** : Se debe tener en cuenta :
 - Número de citas disponibles por día.
 - Número de citas no asignadas (demanda insatisfecha)
 - Número de citas solicitadas.
 - Días de espera para consulta en salud oral.
- Cobertura en salud oral.
- Rendimiento global de la consulta.
- Concentración de salud oral
- Continuidad en la atención
- Rendimiento global para actividades.
- Total horas en otras actividades.
- Total horas subutilizadas.
- Total horas no trabajadas.

g. Glosario.

SALUD ORAL: Es el equilibrio funcional del sistema estomatognático en el ser humano, que le permite realizar armónicamente sus funciones vitales dentro de su entorno bio-sico-social.

CARIES: Enfermedad microbiana de los tejidos calcificados del diente, caracterizada por la desmineralización y destrucción de la parte orgánica del mismo. Puede iniciarse tan pronto hacen erupción los dientes en la cavidad oral.

GINGIVITIS: Inflamación del tejido de la encía (aguda o crónica), cuya gravedad depende de la intensidad, duración y frecuencia de los factores irritativos locales y de la resistencia de los tejidos.

PERIODONTITIS: Inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, con pérdida de los mismos, generalmente precedida por gingivitis.

PULPITIS: Inflamación del tejido pulpar (reversible o irreversible), que incluye fenómenos vasculares y celulares.

PERICORONITIS: Se presenta alrededor de los molares (temporales o permanentes), en erupción o parcialmente impactados y que provocan celulitis y trismus.

CONSULTA PARA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL: Dentro de la cual se elabora una Historia Clínica completa, de donde se define el diagnóstico, apoyados con los diferentes ayudas diagnósticas, y se clasifica al paciente según los factores de riesgo encontrados en la valoración clínica.

CONSULTA DE URGENCIAS: Es la atención específica para el manejo de sintomatología, proceso infeccioso e inflamatorio, o problemas de estética.

ACTIVIDAD ODONTOLOGICA: Es toda acción en Odontología que implique la solución definitiva de un problema del sistema estomatognático.

OPERATORIA: Actividad donde se realizan obturaciones en material definitivo (amalgama, resina, ionómero de vidrio).

PERIODONCIA: Ciencia que estudia el periodonto; membrana fibrosa y vascular, que protege y soporta el diente. Está compuesto por la encía, el ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar.

ENDODONCIA: Ciencia que se encarga del estudio del tejido pulpar y periapical del diente.

ORTOPEDIA: Potencialización y estímulo del crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático, mediante guías y técnicas funcionales y corrección del desequilibrio sistémico .

ORTODONCIA: Corrección de las malposiciones dentarias específicamente.

ODONTOPEDIATRIA: Toda actividades odontológicas realizadas en niños

ATM (Articulación temporo-mandibular) : Análisis y tratamiento de función y disfunción de esta articulación vital para el funcionamiento estomatognático.

h. Fuentes Bibliograficas.

1. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, ACFO-Seguro Social. 1.998
2. CLINICA DEL SANO EN ODONTOLOGIA, Herazo, A. Benjamín. Ecoe Ediciones. Enero, 1987.
3. MORBILIDAD ORAL- Estudio Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Marzo de 1984.
4. III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB III, Tomo VII. II Estudio Nacional de Factores de Riesgos de Enfermedades Crónicas- ENFREC II, Ministerio de Salud, Centro Nacional de Consultorías, Colombia 1.999.
5. SALUD INTEGRAL PARA LA INFANCIA, SIPI, Manual de normas técnicas y administrativas. Tomo III. Seguro Social, Enero de 1.996.
6. DECRETO 2174 DE 1996.
7. RESOLUCION 5261 de 5 de Agosto de 1994. Articulo 98. Ministerio de Salud.
8. ACUERDO 117 de 1.998.
9. RESOLUCIÓN 412 del 25 de febrero de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptab las normas técnicas y guías de

atención para el desarrollo de las actividades de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

10.RESOLUCIÓN 3384 de 2.000