



Libertad y Orden

CIRCULAR EXTERNA No. 00000034

PARA: Entidades Promotoras de Salud –EPS-, Entidades Obligadas a Compensar –EOC-, direcciones territoriales de salud, Superintendencia Nacional de Salud, personas e instituciones prestadoras de servicios de salud.

DE: Viceministro de Salud y Bienestar

ASUNTO: Acciones para el mejoramiento de la salud bucal.

FECHA: 23 JUN 2010

En desarrollo de las competencias consagradas en la Ley 100 de 1993 y las facultades contenidas en el Decreto Ley 205 de 2003, se establecen las siguientes precisiones con relación a algunas acciones que benefician la salud bucal de la población, y que contribuyen al logro de las metas definidas en esta materia en el Decreto 3039 de 2007, Objetivo 3: Mejorar la salud oral.

Continuidad en la aplicación de flúor como medida preventiva en salud bucal.

La Norma Técnica para la Atención Preventiva en Salud Bucal de la Resolución 412 de 2000, contempla como acciones para mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías bucales en la población, el control y la remoción de la placa bacteriana, la aplicación de flúor, la aplicación de sellantes y el detartraje supragingival (control mecánico de placa).

En el caso del uso de flúor, es evidente la relación que existe entre el uso de los fluoruros en la prevención y control de la caries dental y su eficacia en esta acción, pero también los riesgos de su uso que incluyen:

- Intoxicación aguda, que para el caso de niños menores de 6 años implicaría un consumo de 5 mg de flúor por kilogramo de peso corporal para ser una dosis tóxica probable, razón por lo cual **NO SE RECOMIENDA EL USO** de geles o enjuagues de flúor en **menores de 5 años**.
- Riesgo de fluorosis dental, entendida como una hipomineralización del esmalte producida como respuesta a la ingesta excesiva de flúor por un periodo prolongado de tiempo **y durante la formación del esmalte¹, específicamente en los 5 primeros años de vida**, durante la la amelogénesis y en la etapa de maduración de la matriz

¹ A Whitford, Q. The Metabolism and Toxicity of Fluoride. Monographs in Oral Science, Vol 13. 1989

1 *mi*



Libertad y Orden

00000034 23 JUN 2010
Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Despacho del Viceministro de Salud y Bienestar

orgánica del esmalte (Fejerskov y cols., 1990; Fejerskov y cols., 1996)^{2 3} por lo que se presenta como porosidades superficiales y sub-superficiales mayores a las del esmalte normal.

La severidad de la fluorosis depende entonces de la cantidad o concentración del flúor ingerido, de la duración de la exposición, del nivel de desarrollo del diente, de la edad en la que se está expuesto a cantidades excesivas de fluoruro y a la variación individual o susceptibilidad⁴.

De otra parte actualmente están también ampliamente documentados, los mecanismos cariostáticos de los fluoruros, que interfieren en la solubilidad del esmalte y en la remineralización de las lesiones tanto en esmalte como en cemento, principalmente a través de aplicaciones tópicas para la permanente presencia en el medio bucal, lo cual es un factor importante para el control del avance de la caries dental (Rolla y Saxegaard; 1990, Kashket y López; 1992, Ogaard y cols.; 1994, Anusavice, 1995; Zero y cols., 1992; Ten Cate, 1999; Brambilla y cols., 2000; Featherstone, 2000; Twetman y cols., 2000; Kidd, 2005; Yamazaki y cols.; 2007, Yamazaki y cols., 2007; Ellwood y cols. 2008).

Dada por tanto la evidencia actualmente disponible y en tanto se logre contar con nueva información epidemiológica confiable y representativa en el país, el Ministerio de la Protección Social, **sostiene la importancia de mantener la aplicación de la Norma Técnica correspondiente a la Resolución 412 de 2000 en lo que hace referencia a la aplicación de flúor**, toda vez que este procedimiento se aplica a población mayor de 5 años de edad en la cual ya se han formado la mayor parte de las coronas de los dientes permanentes, por lo que no se agrava tampoco la condición de fluorosis dental en el caso de que esta ya se encuentre presente. También porque ello mismo sustenta que su aplicación tópica si favorece el control de las lesiones cariosas, en tejidos dentales **con o sin fluorosis**, debido a que en ambos casos se está ante la presencia de una hipomineralización (por dos etiologías diferentes) que deben ser controladas con la misma aplicación de flúor tópico, acompañada del fortalecimiento de mejores prácticas higiénicas y alimentarias y de cuidados profesionales.

Por lo anterior se solicita, que en vez de reducir la aplicación de flúor en población mayor de 5 años como medida para reducir el riesgo de fluorosis, se tengan presentes las todas las siguientes precauciones:

² Fejerskov O; Richards A; Den Besten P (1996): The effect of fluoride on tooth mineralization". In: Fluoride in dentistry, 2nd edition, Ed Munksgaard, Copenhagen; Pp: 112-152.

³ Fejerskov O; Baelum V; Richards A: (1996): "Dose response and dental fluorosis"; In: Fluoride in dentistry; 2nd edition, Ed Munksgaard, Copenhagen; Pp: 153-166.

⁴ Horowitz. H. Fluorosis dental - taller regional de vigilancia epidemiológica y control de calidad de los programas de fluoruración de la sal. Quito, 1998.

2 *mini*



Libertad y Orden

00000034 23 JUN 2010

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Despacho del Viceministro de Salud y Bienestar

- Favorecer el acceso de las madres gestantes y de los bebés desde los primeros meses de vida y de forma regular a la consulta odontológica, con el fin de brindar en estas etapas de la vida las orientaciones adecuadas que favorezcan el adecuado uso del flúor para favorecer la no presencia fluorosis dental pero también para identificar y atender de forma temprana y oportuna lesiones no cavitacionales de caries dental u otras condiciones que se presentan en la boca, incluyendo la caries de la infancia temprana.
- Realizar las aplicaciones de flúor acorde con lo establecido en la norma aún en los casos en que se identifique presencia de condiciones compatibles con fluorosis dental.
- Indicar a los cuidadores sobre el inicio de la higiene bucal desde los primeros meses de vida del bebé
- Colaborar con la educación para el uso restringido de cremas dentales FLUORADAS en menores de 2 años (una de las principales causas de fluorosis actualmente reconocidas) para evitar en estas edades el riesgo de ingesta.
- Inculcar la supervisión a la higiene bucal de los niños por parte de los cuidadores, lo cual implica realizar el cepillado, colaborar al niño para evitar la menor ingesta posible de crema dental, el uso de mínimas cantidades de crema dental (del tamaño de una lenteja o menor).
- Fomentar la distribución y uso de cremas dentales con concentraciones de flúor menores a 500 ppm en menores de 5 años, las cuales ya se encuentran en el mercado o en su defecto y en caso de no poder tener acceso a ellas y presentarse condiciones de riesgo, hacer el cepillado de forma mas frecuente y con menores cantidades de crema dental.

Atención en los servicios de Odontología de los menores de 5 años

En la búsqueda de lograr de forma progresiva el mejoramiento de la salud bucal de la población del país, en el SGSSS se han fortalecido acciones en beneficio de la población infantil:

- La Resolución 412 de 2000, establece las acciones de protección específica para salud bucal a través de la Norma Técnica de obligatorio cumplimiento, que aplica a partir de los 2 años de edad.
- El Decreto 3039 de 2007, dentro del Objetivo 3: Mejorar la Salud Oral, definió como estrategia para avanzar en lograr las líneas de política 2 y 3, Prevención de los riesgos y Recuperación y Superación de los daños en salud, incluir **la promoción en las madres, padres y cuidadores el primer acceso a los servicios odontológicos en los menores de 1 año** (Resaltado fuera del texto original).
- El Acuerdo 04 de la CRES en su Artículo Tercero, y para cumplir con el mandato de la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, señaló que a partir del 1 de Enero de 2010, la cobertura de la población entre los cero (0) y doce (12) años de edad, afiliada tanto en el esquema de subsidios plenos como en el de parciales, será la prevista por las normas vigentes para el Régimen Contributivo.

- El Acuerdo 8 de la CRES por su parte, aclara y actualiza integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y dentro de sus Anexos hace la relación de los procedimientos y medicamentos a los que por tanto tienen derecho los afiliados al SGSSS, no señalando restricción de edad.
- Mediante el Acuerdo 09 de la CRES se establecieron los valores de la UPC-S y de la UPC-C promedio así como los ponderadores y los valores correspondientes para cada grupo de edad tanto del régimen contributivo como del subsidiado, a fin de garantizar la cobertura de los Planes de Beneficios.
- Posteriormente el Artículo Segundo del Acuerdo 11 la CRES, aclara que el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado a que tiene derecho la población comprendida entre los cero (0) y los doce (12) años, también comprende a los mayores de doce (12) años y menores de dieciocho (18) años de edad, afiliados tanto en el esquema de subsidios plenos como en el de parciales conforme los señala la honorable Corte Constitucional en el Auto No. 342 de 2009. De ello se desprende que para las edades de cero (0) a menores de dieciocho (18) años, la norma vigente aplicable es la del Acuerdo 8.

Es así como, dentro de los procedimientos contemplados en el Acuerdo 8 se incluyen la consulta de primera vez por odontología general (código CUPS 890203), la consulta de primera vez por odontología especializada (CUPS 890204), la consulta de control o de seguimiento por odontología general (CUPS 890303) y la consulta de control o de seguimiento por odontología especializada (CUPS 890304), la interconsulta por odontología general (CUPS 890403) y por odontología especializada (CUPS 890404), la consulta de urgencias tanto por odontología general como especializada (CUPS 890703 y 890704), el examen o reconocimiento de mucosa oral y periodontal (890100), el control y crecimiento dentomaxilofacial (CUPS 893108), la educación grupal en salud por higiene oral (CUPS 990112), la educación individual en salud por odontología (CUPS 990203), así como los procedimientos contenidos en la norma técnica de la Resolución 412 y muchos otros procedimientos relacionados con la atención odontológica que se encuentran a lo largo del mencionado Acuerdo.

Lo anterior permite señalar que, bajo la normatividad establecida por la CRES las personas desde los cero años de vida (por tanto todos los menores de 0 a 18 años), afiliados al SGSSS, tienen derecho a acceder a la prestación de servicios individuales de promoción de la salud bucal y de prevención de enfermedades, así como a la atención para la identificación, intervención y atención de sus necesidades que le permitan la reducción de complicaciones que afecten la salud bucal.



Libertad y Orden

L-00000034 23 JUN 2018

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Despacho del Viceministro de Salud y Bienestar

Acciones de Salud Bucal en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

La Resolución 425 de 2008, establece que los Planes de Intervención Colectiva incluyen intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud.

Es así como para lo relacionado de forma específica con la salud bucal, el literal h del numeral 1 del artículo 17 de la señalada Resolución, hace mención a la Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal en el ámbito hogar, ámbito laboral, escolar y en instituciones como guarderías y hogares de bienestar. En tal sentido, se reconocen claramente las bondades que las acciones de enseñanza de hábitos higiénicos, tienen en la reducción de riesgos, sobre todo para las enfermedades bucales mas prevalentes que aún se presentan en el país.

Sin embargo, y dentro del marco del buen uso de los recursos públicos, es necesario priorizar su uso en acciones de mayor externalidad. Si bien se reconoce la importancia que tienen en estos procesos los elementos de aseo como el cepillo y la pasta dental y que en el país una importante proporción de la población presentan limitaciones para acceder a estos elementos de aseo, no se tiene evidencia de que sea suficiente hacer entrega solo de dichos elementos o que estos por si mismos mejoren las condiciones de salud bucal, si no van acompañados de valoraciones regulares para evidenciar el estado real e inicial de las necesidades y condiciones (lo cual no se contempla dentro de las acciones de promoción del Plan de Intervenciones Colectivas), y de acompañamiento periódico y regular para apoyar y orientar el desarrollo de destrezas y el fortalecimiento de mejores hábitos, prácticas y habilidades tanto de higiene como nutricionales acorde con las capacidades motrices, nivel educativo, económico, y cultural entre otros de las personas y poblaciones.

Por lo anterior la recomendación de este Ministerio, se orienta a hacer uso de los recursos del PIC en el desarrollo de acciones de promoción, que beneficien a un mayor número de personas, en donde se inculque sobre las responsabilidades del autocuidado y en donde se busque un mejor desarrollo de habilidades por parte de las personas, y se les informe sobre las acciones a las que tienen derecho para acceder a los servicios de odontología acorde con su tipo de afiliación.


CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA

Proyectó: Sandra Tovar Valencia, Asesor de Salud Bucal Dirección General de Salud Pública
Revisó: Ricardo Luque Núñez, Coordinador (E) Grupo de Promoción y Prevención DGSP
Autorizó: Lenis Enrique Urquijo Velásquez, Director General de Salud Pública