



**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA
SANTA MARTA MAGDALENA D.T.C.H
2007**

**PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD BUCODENTAL EN NATIVOS DE LA
SIERRA NEVADA EN LA IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA DE
SANTA MARTA EN EL AÑO 2004**

**JIMENEZ AYALA IVONNE PAOLA
LOPEZ PIANETTA ELADIA ROSA
MANGA MENDOZA SEBASTIAN JOSE**



**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA
SANTA MARTA MAGDALENA D.T.C.H
2007**

**PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD BUCODENTAL EN NATIVOS DE LA
SIERRA NEVADA EN LA IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA DE
SANTA MARTA EN EL AÑO 2004**

**Memoria de grado presentada como requisito para optar al título de
Odontólogo General**

Investigadora Principal:

**Docente Catedrática
ARRIETA MORÓN CARMEN DEL ROSARIO**

**Auxiliares de Investigación:
Estudiantes de Pregrado de Odontología**

**JIMENEZ AYALA IVONNE PAOLA
LOPEZ PIANETTA ELADIA ROSA
MANGA MENDOZA SEBASTIAN JOSE**

**“LOS JURADOS EXAMINADORES DE LA MEMORIA DE GRADO NO
SERAN RESPONSABLES DE LOS CONCEPTOS E IDEAS EMITIDAS POR
LOS AUTORES”**

NOTA DE ACEPTACION

PRESIDENTE

JURADO

JURADO

SANTA MARTA, 31 DE JULIO DEL 2007

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, quien con su luz me ilumino y me dio fuerzas para alcanzar todas las metas propuestas y en especial para obtener este logro.

A mis padres ALBA AYALA Y JOSE JIMENEZ, quienes confiaron en mí, pusieron todos sus esfuerzos y sacrificios que me condujeron a obtener tan significativa meta, a ellos les debo todo lo que hoy soy.

A mis hermanos ALEXANDER, ISOLDA, IRINA.

A mis sobrinos JUAN y SHAROL.

A mi novio MIGUEL VALVERDE que siempre estuvo a mi lado brindándome el cariño y el amor suficiente en los momentos que más necesite.

A mis compañeros de memoria de grado ELADIA Y SEBASTIAN que se convirtieron en mi familia de trabajo.

IVONNE.

DEDICATORIA

A Dios, por darme las fuerzas e iluminar mi camino para poder lograr el gran objetivo de mi vida, Ser profesional.

A la memoria de mi padre ALVARO MANUEL LOPEZ PABA (Q.E.P.D)...., en el lugar donde te encuentres, papá, hacia allá se orientan mis pensamientos, porque por muy lejos que estés no existe distancia ni tiempo mayores a este amor que me une a ti. ESTE TRIUNFO ES PARA TI. TE AMO PAPI

A mi madre ELDA PLANETA BENAVIDES quien con su dedicación, empuje, esfuerzos y sacrificios logró sacarme adelante. Gracias por ser mi amiga, por aguantarme, por escucharme y sobre todo, gracias por guiarme hacia el camino del bien.

A mi Abuela ELVIRA por su apoyo y compañía

A mis hermanos, IRO, KELIN, ALVARO, MOISE, MAIRA Y LULI, quienes siempre me brindaron su apoyo incondicional. LOS QUIERO MUCHO

A mis sobrinos MOISES Y LUPE, los dos angelitos que alegran mi vida y le dan sentido cada día a mi existir, son ellos el mayor aliciente para continuar este camino que apenas inicia.

A mis tíos, tías y demás familiares que con su constante apoyo y preocupación han sido partícipes de mi crecimiento personal. GRACIAS POR SU APOYO

A mi novio SEBASTIAN JOSE MANGA MENDOZA, que con su amor, comprensión y apoyo me ayudó a alcanzar esta meta. TE ADORO.

A mi compañera de tesis, IVONNE por su compañía, comprensión y apoyo

ELADIA

DEDICATORIA

A DIOS... por la vida y toda la fortuna que me ha dado.

A mis padres

PEDRO Y MARINA, quienes con su amor y buenas enseñanzas en cada momento de mi vida guiaron mis pasos por el camino correcto y contribuyeron de forma incansable en el logro de la meta que un día me propuse y que hoy alcanzo.

A mis hermanos

PEDRO, MARTHA, GLORIA Y LUIS, por haber creído en mí, por estar a mi lado en los momentos de angustia y alegría, brindándome siempre su apoyo y cariño incondicional.

A mis cuñados

ARCENIO, EDUARDO Y MONICA, quienes con su constante respaldo han sido partícipes y testigos de mi crecimiento personal, brindándome el apoyo que solo de un hermano es posible recibir.

A mi novia

ELADIA, mi amiga y mi compañera quien a lo largo de este tiempo se convirtió en una persona muy importante en mi vida y con quien he compartido muchos de los mejores momentos de mi existencia.

A mi amiga

IVONNE, compañera de estudio quien a mi lado, y al de otros compañeros, siempre se esforzó por salir adelante superando cualquier obstáculo que en el camino se pudiera presentar.

SEBASTIAN

AGRADECIMIENTOS

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA. Centro de educación superior de importancia en la Región Caribe Colombiana, por la formación impartida.

Dra. CARMEN ARRIETA MORON OD., Msc. En educación, especialista en modelos tipos y diseños de investigación. Investigadora principal del presente trabajo y docente de la Universidad del Magdalena: por que sin su dedicación, aporte y entrega no hubiera sido posible la realización del presente trabajo.

Dr. RENE CARDONA MD. Coordinador medico de la IPS Gonawindua Ette Ennaka: por su colaboración en la elaboración y ejecución de este proyecto.

Dr. GABRIEL MEJIA ARROYO OD. Director del programa de odontología de la universidad del magdalena.

Dr. JESUS MANRRIQUE OD. PERIODONCISTA. Jurado del presente trabajo y docente de la Universidad del Magdalena.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN-----	15-16
CAPITULO I	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	17-24
2. DELIMITACION DE LA INVETIGACION-----	24
3. JUSTIFICACION-----	25-27
4. LIMITACIONES-----	27
5. OBJETIVO GENERAL-----	28
5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS-----	28
CAPITULO II	
6. MARCO TEÓRICO-----	29-34
6.1 MARCO LEGAL Y JURIDICO-----	34-35
6.2 MARCO CONTEXTUAL -----	35-36
6.3 MARCO REFERENCIAL TEÓRICO-----	36-37
6.4 MARCO CONCEPTUAL-----	37-39
CAPITULO III	
7. VARIABLES-----	40
7.1 VARIABLE EDAD-----	40
7.2 VARIABLE GENERO-----	41
7.3 VARIABLE DE MORBILIDAD ENSAB III-----	41-42

CAPITULO IV

8. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION -----	43-49
8.1 ANTECEDENTES METODOLOGICOS -----	43-44
8.2 TIPO DE ESTUDIO -----	45
8.3 DISEÑO METODOLOGICO -----	45
8.3.1 Población -----	45
8.3.1.1 Muestra -----	46
8.3.1.2 Selección de la muestra -----	46
8.4 DELIMITACION ESPACIAL Y TEMPORAL -----	46
9. RESULTADOS -----	50-61
9.1 CARIES DENTAL -----	50
9.2 GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL -----	52
9.3 PERDIDA DENTARIA -----	54
9.4 ENFERMEDAD PULPAR -----	56
10. DISCUSIÓN -----	62
11. CONCLUSIONES -----	63
12. RECOMENDACIONES -----	42
13. ANEXOS -----	65-69
14. BIBLIOGRAFIA -----	70-73

LISTA DE CUADROS

pág.

Cuadro 1: Causas de morbilidad / año-----	23
Cuadro 2: Relación de resultados III ENSAB y metas mundiales en salud bucal para el año 2000 OMS-----	32
Cuadro 3: Lugares de asentamiento de indígenas atendidos por la IPS indígena Gonawindua Ette Ennaka -----	45
Cuadro 4: Operacionalización de variables-----	47
Cuadro 5: Formato de recolección de datos -----	48
Cuadro 6: Caries dental-----	50
Cuadro 7: Gingivitis y enfermedad periodontal-----	52
Cuadro 8: Pérdida dentaria-----	54
Cuadro 9: Enfermedad pulpar-----	56
Cuadro 10: Descripción porcentual de todas las patologías-----	58
Cuadro 11: Número de eventos por intervalo de edad-----	58
Cuadro 12: Descripción porcentual de cada patología por intervalos de edad-----	60
Cuadro 13: Descripción porcentual de cada patología por género-----	61

LISTA DE GRAFICOS

pág.

Grafico 1: Distribución de los pacientes con caries dental por genero-----	51
Grafico 2: Distribución de los pacientes con caries dental por edades simples-----	51
Grafico 3: Distribución porcentual de los pacientes con gingivitis y enfermedad periodontal por género-----	53
Grafica 4: Distribución de los pacientes con gingivitis y enfermedad periodontal por edades simples-----	53
Grafica 5: Distribución porcentual de los pacientes con perdida dentaria por genero-----	55
Grafica 6: Distribución de los pacientes con perdida dentaria por edades simples-----	55
Grafica 7: Distribución porcentual de los pacientes con enfermedad pulpar por genero-----	57
Grafica 8: Distribución de los pacientes con enfermedad pulpar por edades simples-----	57
Grafica 9: Distribución por genero de cada una de las patologías-----	59
Grafica 10: Distribución porcentual de todas las patologías-----	59

LISTA DE ANEXOS

**Anexo A: Presupuesto global de la propuesta
por fuentes de financiación (En miles de \$)-----66-67**

Anexo B: Formato de reducción de datos-----68-69

RESUMEN

Introducción: se determinó la prevalencia de la morbilidad bucodental en nativos de la sierra nevada en la IPS indígena gonawindua ette ennaka de santa marta en el año 2004.

Materiales y Métodos: Se seleccionaron a través de muestreo por conveniencia 4900 historias clínicas de pacientes atendidos en consulta odontológica en centros rurales del Magdalena y Guajira en el año 2004, reducidos en el formato de Registro Individual para Prestación de Servicio RIPS en la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka con sede en la ciudad de Santa Marta. Estos datos se procesaron a través del programa EPI-info 604d, obteniéndose frecuencias expresadas en porcentajes.

Resultados:

La prevalencia de morbilidad bucodental fue mayor en mujeres con el 53% frente al 47% en hombres. En general la prevalencia de caries fue del 53%; gingivitis y enfermedad 33,65%; perdida dentaria 11,1% y enfermedad pulpar 2,24%.

Conclusión:

Los resultados del comportamiento de variables de morbilidad bucodental en este estudio, solo puede aplicarse a una población similar en condiciones similares, ya que el tipo de muestra, define este resultado como epidemiológicamente no comparable con otros en los cuales el diseño asegura la validez interna y externa.

INTRODUCCIÓN

Para los pueblos nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta SNSM, como para todos en el mundo, el concepto de salud no se reduce a la ausencia de enfermedad sino que abarca otros aspectos difíciles de comprender e interpretar desde el enfoque convencional. De esta manera, para **koguis, wiwas y arhuacos**, nombres de las tres etnias nativas, la salud está ligada al mandato ancestral de proteger la sierra, umunukunu en su lengua ancestral, que es el corazón del mundo, manteniendo el orden espiritual, territorial, colectivo y personal. (Testimonio de dirigente de la IPS indígena entrevistado en la búsqueda de información preliminar)

Este concepto tradicional de salud es compartido por todos los pueblos nativos del mundo y en su esencia, es reconocido por la Organización mundial de la Salud OMS, con el siguiente precepto: *La esencia del concepto de salud en las culturas indígenas es el Equilibrio, la Armonía que se preserva actuando de acuerdo a las leyes dejadas por los ancestros. La enfermedad es rompimiento del equilibrio por quebrantar dicha normatividad. La curación implica el restablecimiento del equilibrio* (OPS/OMS 2004).¹

Sin embargo, la puesta en práctica de una propuesta tan amplia en su conceptualización ha significado un reto importante para la OMS; ya que como ente coordinador de los programas de salud a nivel mundial ha requerido del apoyo de estrategias de intervención como el análisis sociocultural de los pueblos basado en un enfoque intercultural de la salud “es decir, la caracterización de los diferentes grupos poblacionales, la comprensión de los sistemas de salud indígenas basados en sistemas de creencias y valores que determinan los procesos de mantenimiento y restauración de la salud y el aprovechamiento de los recursos comunitarios” (OMS 2003)²

Un intento por encontrar ejes articuladores entre este concepto y el enfoque convencional, remite a la Conferencia de la OMS en Ottawa 1986 donde se establece que la diferencia entre el concepto de Promoción de la Salud propuesto allí y otros modelos de intervención en Salud Pública, es que este puede identificarse como: A) Basado en una aproximación holística y no estrictamente médica, y B) Centrado en una perspectiva de actuación no paternalista, sino favorecedora de las opciones personales y grupales³

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud: equilibrio y armonía en el individuo y en sus relaciones con la naturaleza. Bogotá, Agosto 6 de 2004.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS. Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. 2003.

³ ALVAREZ- DARDET DÍAZ CARLOS. Promoción de la Salud. Empoderamiento y Redes. Apuntes: Políticas y Planes de Salud. Departamento Salud Pública Universidad de Alicante.

Una obligada confrontación de estos conceptos señala que mientras “los análisis convencionales tienden a homogenizar a la población y a considerar al sistema de salud como un sistema cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental, en el análisis sociocultural, el enfoque intercultural de la salud reconoce la importancia de caracterizar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud” (OPS/OMS 2004)⁴

El proyecto se propone obtener una información que aporte elementos para diseñar programas de promoción y prevención de la salud bucal y de atención básica para las comunidades de nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a consulta odontológica a la IPS Gonawindua Ette Ennaka, mediante un estudio descriptivo transversal sobre la morbilidad bucodental con criterios como caries, gingivitis y enfermedad periodontal o de los tejidos de soporte; pérdida dentaria y enfermedades pulpares o del tejido interior del diente que han sido básicos en todos los estudios realizados anteriormente. Para ello se utilizarán datos obtenidos de historias clínicas de los nativos que acudieron en la IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA durante el año 2004, reducidos en los formatos de Registros Individuales para la Prestación del Servicio RIPS.

En prospectiva, se busca que este proyecto sea la fase inicial de un proceso de intervención que se desarrollará así:

Fase II: Conocimientos, Actitudes y Prácticas C. A. P. sobre Promoción de Salud y Prevención de Enfermedad Bucodental de nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka.

Fase III: Programa de Atención Básica en Salud Oral para Nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka

⁴OPS/OMS, armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas Op.cit., p.15.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio identifica como núcleo del problema el comportamiento de la morbilidad bucodental en la comunidad de nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a consulta odontológica a la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka, en los tres aspectos comprendidos en la definición de morbilidad planteada por parte el Ministerio de Protección Social: "...cualquier separación subjetiva u objetiva del estado de bienestar psicológico o fisiológico. Desprendiéndose que "...este estado de no salud puede ser percibido o sentido [morbilidad sentida] y no generar demanda de atención médica (morbilidad percibida), u objetivado por haber solicitado cualquier tipo de atención (morbilidad diagnosticada)".⁵

Parafraseando a Maupome-Cervantes G., Borges-Yañez A., Ledesma-Montes C., y otros, 1993,⁶ uno de los elementos principales para determinar las necesidades de atención de una enfermedad es su morbilidad y es notable la ausencia de estudios epidemiológicos que ayuden a establecer cuáles son estas necesidades en la población rural y con más énfasis en la población indígena.

Los antecedentes escogidos se orientan a presentar características de los estudios sobre morbilidad bucodental en comunidades indígenas; los criterios escogidos como indicadores de la misma y su comportamiento, medido a través de estos.

C. Rodríguez F. 2003, señala que los primeros estudios que registran patologías dentales se realizaron en cráneos prehispánicos Chibchas por el antropólogo E. Silva Celis en 1945 y que los antropólogos dedicados al estudio y conocimiento de la morfología de la dentición humana, han privilegiado aspectos como las patologías dentales (paleopatología dental) expresados como caries, hipoplasia en el esmalte, pérdida de dientes antes de morir, periodontosis, cálculo y ausencia congénita de dientes ya que son utilizados para establecer la calidad de vida de una población, identificar si existe marginación biológica o niveles de estrés fisiológico entre sus miembros e inferir algunos hábitos alimenticios.⁷

En 2005, el antropólogo M. Burbano, en el estudio Patologías Dentales de Antiguos Residentes del Alto Rey (El Tambo, Cauca), Suroeste De

⁵ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Encuesta Nacional De Salud 2005 – 2006. Manual De Diligenciamiento De La Encuesta A Hogares- Bogotá, D. C., Junio de 2006.

⁶ MAUPOME G. BORGES A. LEDESMA C. HERRERA R. LEYVA E. NAVARRO A. Prevalencia De Caries En Zonas Rurales Y Peri-Urbanas Marginadas.

⁷ RODRÍGUEZ FLÓREZ, C. D., 2003, Antropología dental en Colombia. Comienzos, estado actual y perspectivas de investigación.

Colombia (CA. 1220 -1600 D. C), introduce criterios y mediciones epidemiológicas: caries 39.5%; hipoplasia 37.5%; cálculo dental 43.7%; dilaceraciones (alteración de posición) 18.7% y enfermedad Periodontal 8.3%.⁸

Entre 1977 y 1996 se registran los trabajos en varias poblaciones del altiplano cundiboyacense donde participan equipos conformados por los odontólogos H. Polanco y B. Herazo, en conjunto con los antropólogos J. V. Rodríguez y A. M. Groot (1987, 1990a, 1990b, 1991 y 1992). En 1991, Polanco y Herazo, examinaron estructuras dentales de 39 cráneos de una comunidad de Tunja, Boyacá. Encontraron 88.0% dientes sanos y un 63.6% con caries dental; 74.3% con atrición (desgaste oclusal). Anomalías dentomaxilofaciales de mayor Prevalencia: diastemas (separación entre dientes), apiñamiento y mordida cruzada posterior.

En 1995, en cráneos en la localidad de Tajumbina Nariño, Colombia, Herazo B., mostró que en el 66% de cráneos, el 90.4% dientes estaban sanos, 6.6% cariados y 3.0% se consideraron extraídos por caries; en el 100% de los cráneos, el 85% de los dientes presenta atrición.⁹

Se conoció la utilización de índices epidemiológicos en la década de los 30, en un estudio patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Pública en Estados Unidos, realizado por Klein & Palmer (publicado en 1937), en 926 niños entre 6 y 19 años, indígenas escolares americanos, habitantes de 76 reservas en 16 estados de E. U. A. Los datos habían sido recolectados por un único examinador entre 1929 y 1932. El método utilizado fue el Índice DMFT (decayed missing filled teeth) o COP -D en español, el cual sirve para reportar el estado actual y los antecedentes de caries dental ya que arroja promedios de dientes cariados, perdidos y obturados presentes en cavidad bucal. El resultado mostró promedios de dientes cariados mayor de 3.0 (estimador universal), en jóvenes entre 14 y 16 años.

Utilizando el mismo indicador, en la Universidad de Pensilvania, E. U. A., Irwin Ship, 1966, encontró un incremento en la Prevalencia de Caries Dental en niños y jóvenes indígenas sioux entre 8 y 16 años con las mismas condiciones de edad, ubicación y antecedentes étnicos que los participantes 30 años antes del estudio de Klein y Palmer en 1937. El promedio de cariados aumentó en el rango de edades 12 a 16, por un valor mucho mayor que en el estudio de Klein & Palmer.¹⁰

⁸ BURBANO MIGUEL. Patologías Dentales de Antiguos Residentes del Alto Rey (El Tambo, Cauca), Suroeste De Colombia (CA. 1220 -1600 D. C) Boletín de Antropología. 2005.

⁹ HERAZO ACUÑA BENJAMIN. morbilidad bucodental colombiana. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. 1995.

¹⁰ IRWIN SHIP . Dental Caries Incidence in North and South Dakota Indian School Children during 30 Years.

En Colombia, en el año 1995, se iniciaron estudios utilizando indicadores epidemiológicos de morbilidad bucodental en comunidades diversas, incluidos indígenas. En 1996, Herazo B., en la publicación *Morbilidad Bucodental Colombiana* presenta los resultados de las condiciones bucodentales encontradas en 36.519 personas, distribuidas en 105 comunidades estudiadas desde 1984 hasta 1994, entre ellas 25 comunidades indígenas presentaron: 43% necesidades de exodoncia, obturaciones y prótesis dental; 7% enfermedad periodontal severa; 40% atrición; 22% apiñamiento; 5% abscesos de origen dentario. El índice C. O. P. (indicador para dientes permanentes cariados, obturados y perdidos) en población de 12 años y más fue 11.6 y el índice c. e. o. (indicador para dientes temporales o deciduos cariados, extraídos, obturados) en población menor de 12 años, fue 6.5.

Teniendo en cuenta que desde 1979,¹¹ se había recomendado a los dirigentes de salud de los países de las Américas, por parte de la OMS, que el promedio mundial de índice C. O. P a los 12 años fuera de 3.0, estos eran unos promedios altos.

Los promedios mundiales y regionales no necesariamente miden el comportamiento de morbilidad bucodental de manera confiable en América Latina donde se combinan situaciones del desarrollo con las de subdesarrollo.¹²

Esto se refleja en el contraste presentado por estudios como: Morón A., Rivera L., Rojas de R. F., Pirona M., Santana Y., y otros 2004 del Instituto de Investigaciones de la Universidad del Zulia, Venezuela, quienes al determinar el perfil epidemiológico bucal de niños entre 6 y 17 años de la etnia wayúu, encontraron que el 43.1% padecía de caries dental (mostrando un logro cercano al promedio OPS/OMS para población libres de caries de 50%), en contraste con una alta Prevalencia de necesidades de tratamiento periodontal, 52.8%.¹³

En la Universidad del Valle, en Cali Colombia, Triana F, Rivera S, Soto Libia y Bedoya A 2005, encontraron en niños de regiones rurales de la Amazonia, entre 5 y 12 años una historia de caries de 65.5% y una prevalencia de 62.6%, es decir, alta Prevalencia de caries en la infancia temprana; pero en estas mismas edades, una historia de caries (Índice coe-d) de 1.4, cifra por debajo de la meta establecida por la OMS para el año 2000 y entre niños de 10 y 12 años, una prevalencia de caries en

¹¹ HERAZO, Op.cit.,p.18.

¹² ESCOBAR G., ORTIZ AC., MEJÍA LM., *Caries Dental En Los Menores De Veinte Años: Un Problema De Salud Pública En Colombia*.2003

¹³ MORÓN A, RIVERA L, ROJAS DE RIVERA F y col. *Aportes Al Estudio De La Epidemiología Bucal Del Wayúu*. Ciencia Odontológica ISSN 1317-8245 Maracaibo. Venezuela. 2004

dientes permanentes de 28.4%, también baja con respecto al mismo estimador global de 50%.¹⁴

En Colombia, la institucionalidad tampoco ha contribuido a una caracterización coherente del comportamiento de la morbilidad bucodental poblacional, aunque existe una información valiosa en estudios.

El primero sobre prevalencia de morbilidad oral lo llevaron a cabo, entre 1965 y 1966, el Ministerio de Salud, ASCOFAME y otras instituciones.¹⁵ Allí se evaluó la frecuencia, la severidad, las causas y efectos de los problemas de salud oral, los factores de índole social y económicos asociados con esta problemática y la disponibilidad de los servicios de atención, con el fin de contribuir a una mejor planificación de las acciones en salud oral. Este estudio mostró que los niños entre 5 y 14 años presentaban un promedio de cinco dientes con historia de caries y enfermedad periodontal de 88.7%. En 1977 y 1980 se adelantó el Estudio Nacional de Salud donde se incluyó el II Estudio de Morbilidad Oral, que encontró en 96.7% de la población, historia de caries con un promedio de 12.7 dientes afectados y enfermedad periodontal de 94.7%.¹⁶

Entre 1994 y 1996, en medio de la crisis del Ministerio de Salud en 1995 que trajo como una de las consecuencias la desaparición de la División de Salud Oral. Se formula un Plan Nacional de Salud Bucal PNSB que define la realización del Tercer Estudio Nacional de Salud ENSAB III¹⁷. Los datos señalaban que el 88,7% de la población colombiana tenía historia de caries dental y el 65,3% presentaba caries activa. El 50,2% de la población mayor de quince años presentaba algún grado de pérdida de inserción periodontal y el 11,2% de los jóvenes de seis a diecinueve años tenía algún grado de fluorosis dental. El ENSAB III concluyó que si bien la situación de las personas menores de veinte años es mejor, comparada con la situación identificada en 1980, los problemas bucales siguen siendo muy prevalentes, se incrementan con la edad, y una parte importante de los adultos mayores son edéntulos (desdentados) totales”.¹⁸ En la zona urbana, la prevalencia de caries es de 63,4% en comparación con 70,8% en la zona rural y por regiones, la mayor prevalencia se encuentra en la región oriental (Orinoquía y Amazonía), seguida por la región Atlántica, la Occidental y la Central.¹⁹

En opinión de ACFO (Asociación Colombiana de Facultades de Odontología) muchos estudios realizados después del ENSAB III,

¹⁴ TRIANA F, RIVERA S, SOTO LIBIA Y BEDOYA A. Estudio De Morbilidad Oral En Niños Escolares De Una Población De Indígenas Amazónicos. 2005

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA. Discusión general de promoción y prevención. III Estudio nacional de salud bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas 1999.

¹⁶ TRIANA, Op.cit.,p.20.

¹⁷ INFORME ESPECIAL, III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL – ENSAB III. Tomado de SIVIGILA. Informe Ejecutivo Semanal No. 8 del 2000.

¹⁸ FRANCO Á. M., OCHOA E., MARTÍNEZ E. Reflexiones Para La Construcción De Política Pública Con Impacto En El Componente Bucal De La Salud 2004.

¹⁹ ESCOBAR, Op.cit., p.19.

muestran como éste, un mejoramiento de la situación de salud oral en todos los grupos de edad, sobre todo en la población menor de 12 años, pero desde varios espacios de análisis de la problemática de salud bucal se ha dicho con respecto a ese resultado que “falta consolidar conocimientos y practicas que favorezcan la salud oral, en todos los grupos poblacionales”²⁰, ya que el Sistema General De Seguridad Social SGSSS en los últimos años no ha logrado implementar de forma satisfactoria las orientaciones planteadas en los planes presentados, “...no se cuenta con información y procesos sistemáticos de evaluación de la situación de los servicios de salud oral y de las condiciones de salud y enfermedad oral de la población...”²¹.

La situación acarreada por los vacíos de información es determinante para la comprensión del problema de la morbilidad bucodental y dificulta el diseño de políticas. Uno ya identificado es el desconocimiento del comportamiento de dicha morbilidad en la población menor de 5 años. Escobar G., Ortiz AC., Mejía LM. 2003, señalan que “el Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998 únicamente evalúa la población a partir de los 5 años y pocos estudios han tratado de abordar el problema de la caries dental en el grupo de edades inferiores”²². Estas autoras, citan a Franco AM, que encontró que 45% de los niños entre uno y cinco años de estrato medio y bajo en Medellín presentaban caries al momento del examen, cifra que alcanza 62% en el grupo de 5 años y a Valbuena LF, Díaz AM, Castelblanco MH. 2000, que encontraron, en una muestra de población en Bogotá, que el patrón de caries de la infancia temprana en 11,3% de los niños con edades entre uno y cinco años.²³

En los seguimientos hechos en estos estudios se configura una problemática que se presenta muy común en países de América Latina, sobre todo en comunidades vulnerables en Colombia, como lo muestran las opiniones de la OPS/OMS cuando señala que allí, la población indígena estuvo estimada en 785.356 personas, correspondientes al 1.83% del total de la población nacional de aproximadamente 43 millones de habitantes “la pirámide de población indígena, de base muy amplia y fuerte reducción progresiva, muestra una población joven en la cual un poco menos de la mitad (45 %) son menores de quince años...” pero, la esperanza de vida para indígenas es 57.8 años en mujeres y 55.4 en hombres, mientras que para el resto de la población, el promedio 73 en mujeres y 64.3 en hombres. Además, “... en las últimas tres o cuatro décadas, además, las comunidades que habían permanecido relativamente aisladas, han venido intensificando su interacción con el entorno social, enfrentándose a enfermedades desconocidas (cáncer,

²⁰ ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ODONTOLOGÍA - ACFO. Propuesta Para La Formulación Del Plan Nacional De Salud Bucal 2005.

²¹ HERAZO, Op.cit., p.18.

²² ESCOBAR, Op.cit., p.19.

²³ FRANCO, Op.cit., p.20.

VIH-SIDA) para las cuales no contaban con suficientes defensas orgánicas ni con los conocimientos requeridos para afrontarlas...”²⁴

En regiones como la Sierra Nevada de Santa Marta, los nativos manifiestan que esta problemática se inició con la llegada del hombre blanco europeo a América. Para ellos, el mundo surgió en el pensamiento de los padres espirituales y después se materializaron montañas, bosques, animales, lagunas y sus ancestros. Por eso están convencidos que, el ejercicio cotidiano de los valores y tradiciones ha mantenido el orden ancestral de la naturaleza y el orden social de las comunidades. Frente a ese orden, están los aspectos del orden establecido para las sociedades modernas; uno de ellos, el campo de la salud.

Sobre esto, Luz Helena Izquierdo, indígena y dirigente arhuaca, manifestó a ACTUALIDAD ÉTNICA (Julio 24 2003), que el gobierno ha facilitado el fortalecimiento de las EPS Indígenas pero se están “presentando acuerdos y resoluciones que, de manera parcial, entran a reglamentar algunos artículos de la Ley 691 (ley promulgada en el 2001 en la cual se reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud) sin llevar un proceso de concertación con las organizaciones y la comunidad indígena... no toda la población indígena está dentro del Régimen Subsidiado, y además, la mitad de los afiliados están en EPS no indígenas o privadas, y por esto es de vital importancia el fortalecimiento y adecuación socio – cultural dentro de los diferentes pueblos, y esto se lograría con un mayor control y regulación por parte de las mismas autoridades indígenas...”²⁵

En el contexto de la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka la problemática se ha especificado de la siguiente manera:

“Los recursos con los cuales se financia la IPS Indígena son oficiales y provienen del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) del Régimen Subsidiado en el Ministerio de Salud. Estos recursos pasan primero por los Entes Territoriales, (alcaldías y gobernaciones), y luego van a la entidad administradora (ARS) quien los ejecuta bajo la orientación y veeduría de la Organización Gonawindua Tayrona. Estas estaciones antes de recibir los recursos generalmente causan demoras en su flujo y en muchas ocasiones han amenazado la oportunidad y continuidad de los servicios”.

“ Por otra parte, en estos últimos años hemos sentido más que nunca la necesidad de contar con instalaciones adecuadas para recibir cómodamente y atender oportunamente los enfermos que han recorrido largas distancias desde las partes altas de la Sierra Nevada para acceder a los servicios de los niveles superiores del sistema occidental de salud.

²⁴ OPS/OMS, armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas Op.cit., p.1.

²⁵ REVISTA ACTUALIDAD ÉTNICA. Bogotá – Colombia. Julio 24 de 2003. Consulta 28 de Julio 2006.

Las instalaciones con las que actualmente se cuenta, aun cuando cumplen su objetivo, son totalmente inadecuadas desde el punto de vista de las necesidades culturales de los indígenas y además la circulación en la ciudad de indígenas enfermos reviste muchos peligros...”²⁶

Con relación a esto, en la IPS, un informe del año 2005 señala que la morbilidad bucodental viene presentando el siguiente comportamiento.

En los años 2002 Y 2004, primera causa y en 2003 tercera causa²⁷ (cuadro 1)

Cuadro 1. Causas de morbilidad / año

ORDEN	2002	2003	2004
1°	ENF. DE LOS DIENTES Y ANEXOS	ENF. PARASITARIA E INTESTINAL	ENF. DE LOS DIENTES Y ANEXOS
2°	ENF. PARASITARIA E INTESTINAL	I.R.A.	ENF. PARASITARIA E INTESTINAL
3°	I.R.A.	ENF. DE LOS DIENTES Y ANEXOS	I.R.A.

Fuente: Documento Técnico IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA. Versión Preliminar 2005.

Desde la perspectiva de los nativos, de acuerdo a lo expresado por un dirigente de la IPS, la concepción ancestral de salud de las comunidades nativas se convierte en la barrera intercultural que impide la participación de los individuos en los programas convencionales; pero, desde una perspectiva crítica de la problemática de salud, la situación forma parte de los problemas de implementación de los programas de intervención planteados en el Plan Nacional de Salud Bucal PNSB; considerando que las IPS indígenas colombianas comenzaron a formar parte del SGSSS desde al año 2001, en virtud de la Ley 691 (18/09/2001).

²⁶ IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA Propuesta De Desarrollo Institucional Para Prestación De Servicios De Salud En Los Resguardos Indígenas De La Sierra Nevada. Santa Marta 2003.

²⁷ IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA. Documento Técnico. Versión Preliminar 2005.

En consideración a las características que adquiere el problema al reunir los diversos elementos presentados en esta problemática, este proyecto plantea realiza el siguiente planteamiento:

Los nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta padecen de enfermedades bucodentales cuyas características y comportamiento se desconocen porque en Colombia no existen estudios epidemiológicos que los describan y los estudios exploratorios nacionales realizados en décadas anteriores han excluido a esta al igual que a otras poblaciones étnicas y además porque los programas de atención que se realizan por los entes territoriales encargados de administrar los recursos no tienen en cuenta un enfoque intercultural de salud que promueva una mejor cobertura y equidad en el acceso a los servicios.

Siendo la formulación del problema en esta fase del proyecto y en este estudio la siguiente:

¿Cual es la Prevalencia de Morbilidad Bucodental de los nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a la consulta odontológica a la IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA en el año 2004?

2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Dado lo anterior, en este estudio determina la Prevalencia de Morbilidad Bucodental representada en Caries, Gingivitis y Enfermedad Periodontal, Pérdida Dentaria y Enfermedad Pulpar en nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a consulta odontológica a la IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA en centro rurales de los Departamentos del Magdalena y Guajira en el año 2004.

3. JUSTIFICACIÓN

Tal como lo señala el autor Benjamín Herazo, “se ha reconocido por parte de la comunidad científica en el área de la salud pública, la necesidad que los programas tengan en cuenta las características de las comunidades hacia las cuales van dirigidos”²⁸; ya que es necesario integrar el conocimiento de salud, acumulado por la tradición occidental a través del método científico y el saber tradicional que ha permitido la supervivencia de los pueblos nativos.

La boca, como todos los órganos o estructuras del cuerpo humano, es de intrínseca importancia biológica porque, es el primer sistema de seguridad que percibe el individuo al momento de nacer, pues es a través de la boca en donde se introducen todos los alimentos que le permiten al hombre subsistir. En el plano cultural la trascendencia e importancia de la cavidad bucal es paralela en diferentes aspectos de la vida; en la oralidad, en lo estético, en lo laboral, en lo científico. En el orden biomédico, puede ser afectada por innumerables patologías, unas altamente prevalentes y otras de muy poca frecuencia, pueden afectarla enfermedades de todo tipo como son las infecciosas, neoplásicas, metabólicas, nutricionales, Inmunológicas, sanguíneas, genéticas, congénitas, degenerativas, anomalías deformantes, incapacidades, letales y no letales.²⁸

Por su parte, los dientes son bastantes importantes dentro de toda la estructura bucodental; biológicamente son necesarios para la masticación, fonética, y culturalmente lo son en el aspecto estético y cómo ya se conoce, las enfermedades bucodentales tienen consecuencias negativas no sólo biológicamente sino en todo el entorno, social, económico y político del Individuo y las comunidades.²⁸

Por todo lo expresado anteriormente, el estudio de las condiciones bucodentales de las comunidades o individuos es de vital importancia. No obstante, el país no cuenta con un estudio de Morbilidad Bucodental actualizado porque el último realizado fue el Estudio Nacional de Salud ENSAB III, 1997, perdió actualidad.

Por eso, este proyecto aportará datos sobre las connotaciones en Salud Pública para un contexto regional indígena que involucra dos departamentos: Magdalena y Guajira.

²⁸ HERAZO, Op.cit., p.18.

La problemática indígena es compleja... “El abordaje académico e institucional de esta problemática ocurre en la intersección de los temas referentes a los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, la identidad y la cosmovisión de estos pueblos...”²⁹. Según la OPS, estos aspectos como condicionantes de la exclusión “suponen la existencia y aplicación de marcos jurídicos que prioricen el desarrollo de estos pueblos y la consolidación de procesos multidisciplinarios de cooperación intra e intersectoriales de trabajo conjunto”.³⁰

En 2006, OPS señalaba que “aunque Colombia ha sido un referente para América Latina en cuanto al reconocimiento jurídico de derechos para los grupos étnicos, especialmente para los pueblos indígenas, la mayoría de las comunidades étnicas continúan afrontando condiciones de vida inferiores a los promedios nacionales...”³¹, diagnósticos situacionales estos que viene siendo reiterativos ya que esta institución, había identificado en el 2003, como atributos de exclusión de un grupo poblacional, los siguientes: “...nivel de pobreza, localización, ejercicio de los derechos de ciudadanía, el nivel educativo, género, faja etárea, pertenencia étnica, monolingüismo en un idioma nativo, discapacidad física...”³²

En ese orden, se hace necesario que los programas de salud bucal enriquezcan su fundamentación y superen el esquema rígido que apunta a la incorporación de un estilo de vida ajena a la tradición ancestral, desde la cual el tratamiento de todas las enfermedades y entre ellas las de cavidad oral, responda a una cosmovisión de salud que considera la prevención como una responsabilidad integral: material y espiritual, individual y colectiva, entre lo corporal y la naturaleza y de esta manera alcanzar el tan anhelado bienestar físico, psicosocial y espiritual.

Esta integración se ha alterado con la intervención occidental en los pueblos nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta y ha debilitado el desarrollo de características que, en el modelo convencional de salud corresponden a la promoción de la salud oral y a la prevención de enfermedades en ese aspecto.

Tales características no son entendidas e interpretadas de la manera como el Sistema de Salud quisiera, razón por la cual, este trabajo de investigación aporta elementos para articular dos saberes que hasta ahora se han mantenido aislados.

²⁹ OPS/OMS, Salud: equilibrio y armonía en el individuo y en sus relaciones con la naturaleza, Op.cit., p.15.

³⁰ OPS/OMS Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas, Op.cit. p.15.

³¹ OPS/OMS, Salud: equilibrio y armonía en el individuo y en sus relaciones con la naturaleza, Op.cit., p.15.

³² OPS/OMS Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas, Op.cit. p.15.

De esa manera, la prestación de servicios de salud convencional, médica u odontológica, tendrá efectos positivos en las comunidades indígenas porque mejorará las condiciones de la prestación de servicios de salud oral convencional, teniendo en cuenta la normatividad de las comunidades indígenas y retomando el modelo tradicional en el cual se considera necesario armonizar las condiciones territoriales, ecológicas, sociales y culturales de las comunidades para el logro de la salud integral.

Los cuestionamientos que justifican el alcance del proyecto son:

¿Cómo contribuiría el conocimiento de la Prevalencia de morbilidad bucodental de los nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta a generar un enfoque intercultural de salud que promueva una mejor cobertura y equidad al acceso de los servicios de salud?

¿Cómo contribuiría al logro de la equidad en el acceso y cobertura de los servicios de salud como propósito institucional en el orden mundial y al fortalecimiento de los programas de promoción y prevención y a los planes de atención básica del SGSSS en el orden nacional?

¿Cómo lograr superar el esquema rígido con una secuencia de pasos propio de los modelos convencionales de salud para apropiar la prevención como una responsabilidad integral: material y espiritual, individual y colectiva, entre lo corporal y la naturaleza y de esta manera alcanzar el tan anhelado bienestar físico, psicosocial y espiritual?

¿Cuáles serían las acciones a desarrollar por los diferentes actores del SGSSS para lograr la integración de los nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta a dicho sistema y promover la implementación de planes de atención básica, ajustada a la normatividad y con compromiso efectivo de los diferentes actores de los sectores involucrados en los mismos?

4. LIMITACIONES

No aplicar un diseño de estudio que permitiera un cálculo de muestra aleatoria en una población total de 12.531 personas censadas por la IPS porque se decidió determinar la prevalencia con datos de las personas que acudieron a consulta odontológica en los centros que funcionan en zonas rurales de los Departamentos de Magdalena y Guajira durante el año 2004.

No tener acceso directo a las historias clínicas cumpliendo una normatividad de las directivas de la IPS.

5. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de morbilidad bucodental de nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a consulta odontológica a la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka en el año 2004 a través de la medición de datos consignados en los Registros Individuales para la Prestación del Servicio RIPS obtenidos de las historias clínicas.

5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1)** Identificar las características sociodemográficas de la morbilidad bucodental de nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a consulta odontológica a la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka en el año 2004.
- 2)** Identificar las características de la morbilidad bucodental de nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a consulta odontológica a la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka en el año 2004.
- 3)** Determinar las frecuencias mediante porcentajes de la morbilidad bucodental en nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta que acudieron a consulta odontológica a la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka en el año 2004.

6. MARCO TEÓRICO

La investigación sobre morbilidad bucodental en comunidades indígenas, en Colombia, ha sido abordada desde distintos enfoques. En los antecedentes escogidos en este estudio, se identifican: un enfoque antropológico - forense y otro biomédico. Los primeros realizados por antropólogos y por equipos interdisciplinarios con participación de antropólogos y odontólogos. Los de enfoque biomédico, han venido aplicando indicadores validados en la experiencia disciplinar odontológica para medir comportamientos y evaluar intervenciones. En ambos casos, como objeto de estudio, la morbilidad bucodental ha tenido una dinámica determinada por los propósitos y la metodología utilizada: Se han utilizado los resultados tanto para fortalecer teorías en áreas de conocimiento como para evaluar intervenciones y programas, mediante la utilización de indicadores, en individuos o grupos específicos y/o en poblaciones. El contexto también ha determinado la dinámica: Se reconocen diferencias entre los propósitos de los estudios de mediados y postrimerías del siglo XX, marcados por las tendencias mundiales de los enfoques de salud; mismas que están marcando las características de los estudios en los inicios del siglo XXI cuando el componente salud esta vinculado de una manera compleja con los componentes bio – psico – socio – culturales del ser humano.

A continuación se presenta un acercamiento a lo expuesto desde las características de los estudios consultados.

En antropología, los primeros estudios en registrar las patologías dentales en cráneos prehispánicos Chibchas fueron realizados por E. Silva Celis, a mediados de los años 40 (1945, 1946 y 1947), con el propósito de comprender problemáticas históricas asociadas a los grupos humanos como: Evolución y adaptación; Aislamientos, contactos y desplazamientos humanos; Condiciones y hábitos alimenticios; convivencia y manejo de las enfermedades; Identificación étnica y forense.³³ En ese orden, el antropólogo M. Burbano, 2005, utiliza datos sobre prevalencia de enfermedades dentales para reconstruir y recrear sus formas de vida a través de su estado de salud, en una muestra de 48 individuos antiguos residentes del Alto Rey (Cauca).³⁴

En los estudios en cráneos realizados por equipos interdisciplinarios conformados por odontólogos y antropólogos (H. Polanco, B. Herazo en conjunto con los antropólogos J. V. Rodríguez y A. M. Groot (1987, 1990a, 1990b, 1991 y 1992), el hallazgo de patologías dentales caracterizaba el estado de la salud de las comunidades prehispánicas colombianas.

³³ RODRÍGUEZ, Op.cit., p.17.

³⁴ BURBANO, Op.Cit., p. 18.

Dentro de la evolución de los estudios sobre morbilidad bucodental en comunidades indígenas ha sido importante el papel de entidades e instituciones como Instituto Nacional de Salud Pública en Estados Unidos, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Asociación Dental Americana, Federación Dental Internacional, , los Ministerios de Salud de diferentes países y en Colombia, el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud y varias Instituciones de Educación Superior que han apoyado el desarrollo de teorías y su importancia en el conocimiento de las comunidades colombianas, en sus programas académicos.

En el ámbito institucional y académico, los estudios de Klein & Palmer en 1937 y de Irwin Ship 1966, apoyaban, en el primer caso, la teoría de la historia natural de la caries dental, según la cual el refinamiento de los alimentos producto de la civilización y el consecuente cambio de hábitos alimenticios aumenta la incidencia de caries en poblaciones indígenas aisladas; y en el segundo, el de Ship, continuaba con lo anterior y su estudio aportó datos a un ensayo clínico controlado que evaluaba la efectividad de una dieta suplementaria de fosfato dicálcico en la incidencia de caries, en niños indígenas sioux, entre 8 y 16 años de resguardos del norte y Sur de Dakota ³⁵.

Como referente mundial, la OMS/OPS ha sido determinante en la influencia a los estudios sobre morbilidad bucodental en comunidades indígenas.

La situación de salud generada por la crisis económica de la década de los 80, hacía cada vez más difícil alcanzar la meta de la OMS de SPT-2000 (Salud para todos en el año 2000) y se requería innovación y liderazgo regional por parte de la organización. Entre abril de 1987 y febrero de 1988, mientras el Banco Mundial BM discutía su “agenda para la reforma”, en las conclusiones de un panel de salubristas de países de la región, aparecen tres temas relacionados con lo que posteriormente daría pie a los diagnósticos de inequidad en salud para comunidades vulnerables entre ellas las indígenas:

- Desprotección de minorías étnicas y núcleos marginados, incluyendo en muchos casos amplias capas de población rural y semirural;
- Modernización de enclaves urbanos con prevalencia de patologías de la pobreza y de las mal llamadas patologías de la ‘civilización’;
- Resurgimiento de enfermedades que se creían casi erradicadas como la malaria, el dengue, la tuberculosis y otras.

³⁵ IRWIN, Op.cit., p.18.

En 1990, por primera vez se habló con toda claridad de una “crisis de la salud pública”, entendida como “la incapacidad de la mayoría de la sociedad de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren”. En el debate regional propuesto por la OPS para “redefinir el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas” (OPS, 1992a: 3-8, se pusieron en evidencia las diferencias entre los conceptos de salud pública en las subregiones del continente que dependían de las diversas experiencias históricas de los sistemas de salud. América Latina mostraba los diferentes tipos de fragmentación de servicios curativos y preventivos, públicos y privados, de asistencia pública y de seguridad social. El compromiso adquirido allí era que “...la nueva salud pública debía resolver esta diversidad a favor de una estrategia regional de universalización de la salud, de equidad en la oferta y en el acceso a los servicios de salud, en particular, de la garantía de los servicios esenciales en este campo entendidos como derecho fundamental”³⁶.

La OMS determinaba el sentido de participación de los equipos de expertos en la toma de las decisiones y trasladaba la responsabilidad las instituciones de salud de los países de Latinoamérica que debían capacitar adecuadamente sus recursos humanos en salud e invertir en investigación. Entre 1994 y 1996, en la formulación del Primer Plan Nacional de Salud Bucal, el entonces Ministerio de Salud en Colombia, estipula como dos de sus metas el fomento de investigación en salud bucal (lo cual dio vía libre a el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III) y lograr que todo el recurso humano en salud bucal, estuviera capacitado en aspectos epidemiológicos y gerenciales básicos para el año 1998.

La comparación entre la perspectiva de la política Salud para Todos en el año 2000 de la OMS y los resultados de ese estudio, dejaban dudas sobre el impacto de los programas gubernamentales de salud bucal en Colombia

³⁶ HERNÁNDEZ A. M. OBREGÓN T. DIANA. La Organización Panamericana De La Salud Y El Estado Colombiano. Cien Años De Historia. 2002

Cuadro 2. Relación de resultados III ENSAB y metas mundiales en salud bucal para el año 2000 OMS

Edad (Años)	Meta 2000	Resultado del III ENSAB
05-06	50% Libre de caries	Con historia de caries: 60.4% (a los 5 años) 68.9% (A los 6 años) 73.8% (A los 7 años) Prevalencia de caries: 54.8% (A los 5 años) 60.6% (A los 6 años) 63.8% (A los 7 años)
12	Menos 3 dientes permanentes con historia de caries: CPO – D = 3.0	CPO-D = 2.3 Historia caries: 71.9% Prevalencia caries: 57%
18	85% de la población con todos sus dientes naturales presentes	Historia caries: 89.5% 49.1% dentición completa
34-44	Disminución del 50% del numero de personas sin dientes y 75% de la población con 20 dientes mínimo	Historia caries: 76.0% Dentición completa: 49.1%
+65	Disminución del 50% del numero de personas sin dientes y 50% de la población con 20 dientes como mínimo	Dentición completa: 49.1%

Fuente: Herazo (modificado) y ENSAB III Informe Especial 2003.

Los expertos, concentrados en las instituciones formadoras de recursos de salud, identificaron falencias en estos y las exponían en distintos espacios así: Herazo B., recordaba que el Ministerio de Salud, “por restricciones económicas y debido a las tantas reestructuraciones a que ha sido sometido desde 1986 y especialmente desde la descentralización en 1990, no ha podido cumplir con la continuidad de antiguos programas que cubrían comunidades marginales del país”³⁷. Escobar G., Ortiz AC., Mejía LM. 2003, se referían al señalamiento de la Organización Panamericana de la Salud cuando afirma que “las condiciones de salud bucal en Latinoamérica se expresan como un mosaico epidemiológico, en el cual se combinan problemas de las sociedades subdesarrolladas con las de desarrollo avanzado...”³⁸; ya que, aunque los datos de los tres estudios nacionales de salud bucal realizados entre 1966 y 1997, muestran una disminución gradual en la severidad del problema, la caries dental afecta actualmente (prevalencia) a un porcentaje muy importante de la población colombiana.

³⁷ HERAZO, Op.cit., p.18.

³⁸ ESCOBAR, Op.cit., p. 19.

Franco AM., Ochoa E., Martínez E 2004, advierten que “...en la reglamentación de los planes y programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha venido excluyendo paulatinamente la salud bucal; esta no figura en el PAB y por lo tanto, en la gran mayoría de los entes territoriales no se asume como una prioridad, razón por la cual en muchos municipios los programas escolares de salud bucal se suspendieron o no cuentan con los recursos necesarios para financiarse...”³⁹.

En 1993, cuando las Naciones Unidas declararon el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, los organismos mundiales de financiación, las divisiones, ministerios y/o departamentos de Salud de América se comprometieron a conocer más a fondo las tendencias de salud y los temas emergentes de las minorías étnicas y una de las estrategias solicitadas fue la inclusión de información demográfica, sanitaria y socioeconómica en los censos de los países de las Américas.⁴⁰

Esto es importante porque como lo señalan Piñeros P. M y Ruiz S. M 1998, aun cuando se reconozca que el estado de salud de la mayoría de las comunidades indígenas colombianas es malo, es muy escasa la información que se tiene sobre estadísticas vitales e indicadores de salud y “algunos estudios puntuales ponen de manifiesto la existencia de profundas desigualdades, con tasas de mortalidad infantil en población indígena que superan ampliamente a las del resto de la población ... e incluso se afirma que la pertenencia a una población indígena supone una desventaja que persiste aun cuando mejoran las condiciones económicas y sociales”⁴¹.

En este sentido, las investigaciones realizadas en las universidades de la región, si bien utilizan los resultados para determinar comportamiento de la morbilidad bucodental, también se refieren en sus conclusiones al componente cultural y a las limitaciones en las políticas de salud en la región. En la Universidad del Zulia, Venezuela, el estudio de Morón A., Rivera L., Rojas de R. F., Pirona M., Santana Y., Suárez I., Portillo J. 2004, la finalidad de determinar el perfil de salud-enfermedad bucal de la población nativa venezolana, sirvió para confirmar “la distribución diferenciada del fenómeno, tanto en su producción como en el tipo de respuesta que se le da al problema, dependiendo del lugar que ocupa el individuo en la estructura social y de la forma cómo se inserta en el proceso de trabajo y en el de consumo”⁴².

En la Universidad de Valle del Cauca, Colombia, Triana F, Rivera S, Soto Libia y Bedoya A. 2005, los resultados con una baja Prevalencia de

³⁹ FRANCO, Op.cit., p.20.

⁴⁰ PHO. WHO. Trabajando Para Lograr La Equidad De Salud Con Una Perspectiva Étnica.

⁴¹ PIÑEROS-PETERSEN M. Ruiz-Salguero M. Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia.1998

⁴² MORON, Op.cit., p.19.

morbilidad bucodental en niños entre 10 y 12 años de regiones rurales de la Amazonia, son relacionados por las autoras, de manera consecuente con los estudios norteamericanos, con una alimentación “fibrosa, dura y seca”, pero mencionan de paso que el estudio fue realizado en niños de regiones rurales de la Amazonia no incluidas en el estudio nacional ENSAB III por no estar documentadas cartográficamente.⁴³

Las conclusiones de los estudios realizados con este enfoque muestran que la salud bucal no debe excluirse cuando se dimensiona la problemática de salud como una deuda sanitaria en América Latina, “... ante la cual; las políticas económicas mundiales han contribuido al aumento desmedido de la pobreza y la inequidad, lo cual también se refleja en la magnitud del problema de caries dental según variables socioeconómicas, posibilidades de desarrollo y acceso a los programas y servicios de salud”.⁴⁴

6.1 MARCO LEGAL Y JURIDICO

LEY 691 DE 2001

Esta “ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, entendiendo por tales la definición dada en el artículo 1° de la Ley 21 de 1991”.

Artículo 27. Sistemas de información. El Ministerio de Salud adecuará los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que estos respondan a la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, incluyendo en particular indicadores concernientes a patologías y conceptos médicos tradicionales de los Pueblos Indígenas, en orden a disponer de una información confiable, oportuna y coherente con sus condiciones, usos y costumbres, que permita medir impacto, eficiencia, eficacia, cobertura y resultados de los Servicios de Salud correspondientes.⁴⁵

La LEY 21 DE 1991 en su Resolución 10013 de Colombia indica que los programas de atención primaria en salud para indígenas se adaptan “a la

⁴³ TRIANA, Op.cit., p.20.

⁴⁴ ESCOBAR, Op.cit., p.19.

⁴⁵ DIARIO OFICIAL N° 44.558, de 21 de Septiembre de 2001.

estructura organizacional, política, administrativa y socioeconómica”, de manera que “se respeten sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural”; que tales programas sean precedidos de estudios que permitan “conocer la situación cultural, socioeconómica y sanitaria” de los indígenas y “su concepción mítica de la salud y de la enfermedad”; que, con apoyo de tales estudios, se elaboren modelos que permitan “prestar servicios eficientes de atención primaria” y proponer la forma de integrar la medicina tradicional autóctona con la medicina institucionalizada” (Roldán Ortega, R. 2000).

6.2 MARCO CONTEXTUAL

LA IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA funciona desde el año 2001 bajo jurisdicción de la Ley 691 de 2001 que reglamentó el ingreso de las instituciones que prestaban atención a los pueblos indígenas, al Sistema General de Salud y Seguridad Social SGSSS de Colombia.⁴⁶

Esta conformada por 15 centros de salud y 30 puestos de salud en distintos asentamientos de las comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta

La constitución organizacional de esta IPS se definió por la decisión de cabildos en los resguardos Kogui- Malayo- Arhuaco, Arhuaco de la Sierra y Chimila, habiendo obtenido personería jurídica en marzo del año 2000 Su funcionamiento administrativa y prestacional, inició la prestación de servicios dentro del SGSSS desde el año 2001.

Su jurisdicción actualmente presta servicios desde la cuenca del río Fundación en el departamento del Magdalena hasta el Municipio de Rihacha en el departamento de la Guajira.

El alcance de su actividad es la prestación de servicios de Salud y actividades Conexas como las del PAB; ejecutan proyectos afines como fortalecimientos nutricionales entre otras. Se rige por dos tipos de normatividad: Las normas oficiales de la Republica de Colombia y la normatividad indígena que adecua los procedimientos convencionales a la realidad cultural de los pueblos indígenas, convirtiendo a estas en una institución de carácter especial.

Su dirección esta dada por autoridades Indígenas las cuales se conforman en una junta directiva con representantes por cada una de las etnias en iguales proporción; además, por los tres gobernadores de cada uno de los cabildos de los resguardos. Esto define las políticas y

⁴⁶ IPS INDÍGENA Propuesta De Desarrollo Institucional Para Prestación De Servicios De Salud, Op.cit., p.23.

funcionamiento general. Adicional a esto existe un Órgano Directivo conformado por tres coordinadores Indígenas y el gerente los cuales permanentemente realizan la dirección dentro de lo cual el Gerente es el representante legal de la institución y el ordenador del gasto. (Informe del Gerente de la IPS INDIGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA. (Santa Marta 2007)

6.3 Marco referencial teórico: La salud oral es un componente indisoluble de la salud general, como condición de bienestar y calidad de vida. Las enfermedades orales como asuntos prevenibles son un deber de la sociedad para garantizar niveles de salud acordes a las posibilidades científico-técnicas que poseen.

CONCEPTOS DE MORBILIDAD

La morbilidad se define como cualquier separación subjetiva u objetiva del estado de bienestar psicológico o fisiológico. De dicha definición se desprende que este estado de no salud puede ser percibido o sentido y no generar demanda de atención médica (morbilidad percibida), u objetivado por haber solicitado cualquier tipo de atención (morbilidad diagnosticada).⁴⁷

Junto con Herazo B.⁴⁸, se retoman los siguientes conceptos Según la Real Academia de la Lengua Española, Morbilidad, es la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado. Epidemiológicamente, morbilidad tiene el mismo significado anterior y se compenetra con lo especificado en esta área del conocimiento de la salud o enfermedad.

Bucal es lo relativo o pertinente a la boca; boca es la abertura anterior del tubo digestivo de los animales, situada en el extremo anterior del cuerpo o sea en la cabeza. Sirve de entrada a la cavidad bucal. También se aplica a toda la expresada cavidad en la cual está colocada la lengua y los dientes, cuando existen.

Dental es lo perteneciente o relativo a los dientes y diente es cada uno de los cuerpos duros que, engastados en la mandíbula del hombre y de muchos animales, quedan descubiertos en parte para servir de órganos de masticación o defensa.

Bucodental es lo relativo a la cavidad bucal con énfasis en los dientes, es decir, resaltando los dientes sobre los otros órganos o estructuras que están en ella.

⁴⁷ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Encuesta Nacional De Salud, Op.cit., p.17.

⁴⁸ HERAZO, Op.cit., p.18.

Morbilidad es sinónimo de enfermedad en una comunidad: por lo general el común de las personas y de los especialistas clínicos hablan o escriben de patología o enfermedad porque se refieren fundamentalmente al individuo, a la persona: los epidemiólogos y salubristas, la mayoría del personal vinculado con la Salud Pública, utiliza el termino de Morbilidad porque casi siempre se están refiriendo a grupos de personas, comunidades en general, que es el motivo de estudio de la Epidemiología y de la Salud Pública.

Morbilidad es antagónico de Salubridad, como Morboso de Sano, y es de suma importancia para las entidades rectoras de la salud y para todas las personas, conocer cuáles son las principales causas de Morbilidad que prevalecen en sus comunidades para así adoptar medidas preventivas y terapéuticas que permitan conservar la salud y evitar la presencia de enfermedades en la población y en los individuos.

6.4 Marco conceptual: Entendida la salud / enfermedad como producto social, es decir, las relaciones que establecen las poblaciones con los territorios que habitan y construyen definen unas condiciones particulares de enfermar y morir que les son específicas, la manera de integrarlos no solo esta restringida al manejo de los efectos (atención y limitación de daño).⁴⁹

Con base en lo planteado por Escobar G., Ortiz AC., Mejía LM., 2003, la caries dental y otras patologías documentadas en los estudios referenciados, son enfermedades que responden a factores que van más allá de lo biológico; lo cual, hace necesario describir su prevalencia en condiciones sociodemográficas específicas. Por ello, dado que la mejoría en las condiciones de salud bucal de la cual se habla en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, no ha llegado por igual a todos los grupos de población y que es evidente la diferencia entre regiones, zona urbana y rural y estrato socioeconómico y en regiones donde se concentra el mayor número de población indígena⁵⁰, resulta indispensable, formular orientaciones que sean compartidas por los diferentes actores, entre ellos la misma población por lo cual hay que mejorar los mecanismos de participación en las decisiones relacionadas con el mejoramiento de su calidad de vida y bienestar.

Esto requiere la interacción de aportes de los actores de la práctica odontológica, que se encuentra sometida según el Plan Nacional de Salud Bucal 2006 a una “práctica fragmentada y súper especializada, con un énfasis asistencial que ha perdido de vista la conexión entre el individuo, la colectividad y su entorno”⁵¹, a fin de viabilizar estrategias y actividades a desarrollar, en un tiempo que permita impactar favorablemente la

⁴⁹ ACFO, Op.cit., p.21.

⁵⁰ ESCOBAR, Op.cit. p.19.

⁵¹ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. PNSB. Resolución Numero 3577 De 2006.

situación en salud oral en poblaciones donde se privilegia una visión holística e integral de la misma.

Se ha reconocido que los pueblos indígenas tienen una perspectiva integral del mundo, en consecuencia definen la salud en términos de un bienestar integral que incorpora la dimensión espiritual; es decir, la salud se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los componentes inseparables de lo que es individual (físico, mental, emocional y espiritual) y lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual)⁵².

El concepto de la salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de un individuo y de la sociedad-comunidad en condiciones de equidad. Esta reflexión conceptual, denominada análisis sociocultural, es apoyada desde la OMS para promover el *enfoque intercultural* en la atención de salud. Es decir, la caracterización de los diferentes grupos poblacionales, la comprensión de los sistemas de salud basados en sistemas de creencias y valores que determinan los procesos de mantenimiento y restauración de la salud y el aprovechamiento de los recursos comunitarios, contrario al análisis convencional que tiende a homogenizar a la población y a considerar al sistema de salud como un sistema cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental. No obstante, ha sido en escenarios donde se gesta, desde los principios biomédicos el enfoque convencional como en la academia, donde se han realizado estudios que permiten comprender los enfoques holísticos,

Por ello, el estudio plantea que la mejor manera de realizar el propósito del Plan nacional de Salud Bucal: “Integrar dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud las condiciones que permitan el mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios por parte de los usuarios y el mejoramiento de los indicadores de salud bucal acorde con las características epidemiológicas de la población y los ámbitos y competencias de los actores del Sistema”.⁵³, es contribuir con estudios donde se establezca el comportamiento de la morbilidad bucodental; sobre todo, en poblaciones donde existen barreras de muchos tipos para el acceso a los servicios de salud.

Según lo citado por Benjamín Herazo Acuña los estudios de Morbilidad, o de Situación de Salud, permiten definir cuáles son las patologías o enfermedades son predominantes, porque siempre ellas están relacionadas con su entorno social, económico, político y biológico y de esa manera, plantear soluciones integrales que conlleven a la prevención, tratamiento y erradicación de ellas y el mejoramiento de las condiciones de vida de toda población. También, que las instituciones o

⁵² OMS/OPS, armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas, Op.cit., p.15.

⁵³ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Encuesta Nacional De Salud, Op.cit., p.17.

profesionales o científicos investiguen las causas de esas patologías o enfermedades, elaboren hipótesis, propongan alternativas de solución y que las instituciones docentes o formadoras del recurso humano puedan elaborar curriculum o planes curriculares adecuados a las necesidades sentidas del país y preparar idóneamente a los profesionales para que ellos le resuelvan los problemas a las comunidades donde ejerzan.⁵⁴

⁵⁴ HERAZO, Op.cit., p.18.

7. VARIABLES

Se utilizan dos tipos de variables:

Sociodemográficas: Edad y Género

Morbilidad Bucodental: Caries, Gingivitis y Enfermedad Periodontal Pérdida Dentaria y Enfermedad Pulpar.

7.1 VARIABLE EDAD

La variable Edad forma parte de la historia del desarrollo de los programas de la salud bucal de la OMS. En 1979, después de la promulgación de la política *Salud para todos en el año 2000*, la primera meta mensurable sobre salud bucal determinada fue que el promedio del indicador DMFT (Dientes cariados, obturados, perdidos) para 12 años de edad debía ser 3.0; y así fueron desarrollados en los años 80, otros indicadores hasta cubrir la escala de edades completa, así: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. Desde entonces, estos grupos de edad son los recomendados por la OPS para el seguimiento de los programas de salud bucal en los países de América.

Para estas edades e intervalos de edad, aplican los métodos y técnicas de recolección de información que la OMS recomienda, con el aporte y el consenso de expertos, como es el caso de los índices C. O. P – D (dientes cariados, obturados, perdidos) y c. e. o – d (dientes deciduos cariados extraídos o con extracción indicada y obturados) para determinar la historia o los antecedentes de caries dental en dichas edades.⁵⁵

En el III Estudio Nacional de Salud Oral ENSAB III⁵⁶ las edades e intervalos de edad para cada variable fueron:

Caries Dental; Caries Radicular e Índice CPO-D (dientes cariados obturados perdidos): 5, 6, 7, 12 años; 15-19; 20-24; 25-29; 30-34, 35-39; 40-44; 55-59; 60-64; 65-74

Enfermedad Periodontal. Pérdida de Inserción Periodontal, Placa Blanda: 15-19; 20-24; 25-29; 30-34, 35-39; 40-44; 55-59; 60-64; 65-74

En el estudio, los intervalos de edad fueron tomados del Registro Individual para Prestación del Servicio de la IPS Gonawindua Ette Ennaka y fueron:

1 a 4 años; 5 – 14; 15 – 44; 45 -64; 65 y más años.

⁵⁵ MARTINEZ BENJAMIN. Tópico Encuestas en Salud Bucal. Audiencia Curso Método de Investigación.

⁵⁶ INFORME ESPECIAL, ENSAB III, Op.cit., p.20.

7.2 VARIABLE GÉNERO

En este estudio utilizar el enfoque de género, se apoya en la perspectiva de los programas y proyectos de la OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas (bajo la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas SAPIA), lo cual “significa satisfacer las necesidades específicas en salud de cada sexo, tomando en cuenta que estas son determinadas por características biológicas y factores psicosociales”...“La inequidad en las relaciones entre mujeres y hombres pone en riesgo a uno de los sexos, en la mayoría de las veces a las mujeres, quienes se encuentran generalmente en una situación de desventaja frente al control sobre los recursos necesarios para proteger la salud”... “...con la incorporación de un enfoque de género, se pretende analizar en qué momentos la construcción social de las relaciones de género perjudica innecesariamente a la salud de uno u otro sexo...” “En el marco de la diversidad étnica y cultural en la Región de las Américas, el análisis de los factores protectores y perjudiciales para la salud de mujeres y hombres indígenas, nos aportará elementos para mejorar la cooperación técnica y la calidad de vida de la población”⁵⁷

7.3 VARIABLES DE MORBILIDAD DEL ENSAB III: Las variables de morbilidad se analizaron con los datos originales tomados del examinado o por medio de índices, cruzados con las variables independientes que en algunos casos fueron reagrupadas para darle mayor cualificación a los resultados y evitar errores de muestreo altos en el caso de fenómenos de baja frecuencia.⁵⁸

- Placa (Dentobacteriana) Blanda
- Caries Dental
- Caries Radicular
- Enfermedad Periodontal
- Índice CPO-D (dientes cariados obturados perdidos)
- Pérdida Inserción Periodontal
- Necesidades De Tratamiento
- Fluorosis Dental
- Articulación Temporomandibular (Disfunción)
- Mucosa Oral y Anomalías De La Oclusión y Dentofaciales
- Prótesis (Presencia o Necesidad de Prótesis)

Apoyándose en las razones del ENSAB III, el estudio agrupa patologías bucodentales, expresadas en códigos en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE -10⁵⁹, utilizada por la IPS Gonawindua Ette Ennaka:

⁵⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 1997

⁵⁸ INFORME ESPECIAL ENSAB III, Op.cit., p.20.

⁵⁹ CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10).

Caries dental:

K020: Caries limitada al esmalte

K021: Caries de la dentina

K023: Caries dentaria detenida

K024: Odontoclasia

K028: Otras caries dentales

K029: Caries dental, no especificada

Gingivitis y enfermedad periodontal:

K050: Gingivitis aguda

k051: Gingivitis crónica

k052: Periodontitis aguda

k053: Periodontitis crónica

Perdida dentaria:

K081: Perdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local

K083: Raíz dental retenida

Enfermedades pulpares: (No se informa en ENSAB III)

K040: Pulpitis

K041: Necrosis de la pulpa

K046: Absceso periapical con fístula

K047: Absceso periapical sin fístula

8. METODOLOGIA

La investigación es de tipo epidemiológico de carácter descriptivo; ya que apunta a las características expresadas por Macmahon B. Trichopoulos D. 2001⁶⁰:

- 1) la enfermedad humana se relaciona con el entorno ambiental en que vivimos;
- 2) el recuento de los fenómenos naturales puede ser más ilustrativo que su simple observación;
- 3) se puede utilizar “experimentos naturales” para investigar la etiología de la enfermedad;
- 4) los experimentos naturales ocurren mas frecuentemente de lo que se piensa y refleja la tremenda heterogeneidad de la experiencia humana; y
- 5) se pueden utilizar “experimentos reales” en poblaciones humanas bajo determinadas circunstancias.

8.1 ANTECEDENTES METODOLÓGICOS

En Colombia, la investigación antropológica forense sobre prevalencia de morbilidad bucodental en comunidades indígenas, ha utilizado diseños descriptivos enfocados a caracterizar poblaciones y establecer distancias biológicas entre individuos o grupos usando rasgos fenotípicos especiales. Los estudios comparativos sobre odontometría se han realizado para determinar aspectos biológicos a través de medidas dentales. Interdisciplinariamente, con participación de antropólogos y odontólogos se han realizado estudios comparativos sobre crecimiento y desgaste dental para estimar la edad de muerte a partir del registro de desgaste dental en la superficie oclusal de individuos adultos.⁶¹

La participación de odontólogos, desde el punto de vista clínico – fisiopatológico, contribuyó a la utilización de una metodología de conteo de patologías dentarias a través de indicadores validados por la OMS y recogidos en el Manual de Encuestas de Salud Bucodental, 4a edición 1997.⁶²

En dicho manual se señalan los métodos necesarios para recolectar y notificar datos sobre enfermedades y afecciones bucodentales y para

⁶⁰ MACMAHON B. TRICHOPOULOS D. EPIDEMIOLOGIA. Harvard School of public health Boston, Massachussets. Segunda edicion. Marban 2001

⁶¹ MINISTERIO DE SALUD. Oficina de Epidemiología. SIVIGILA. III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL ENSAB III. 2000

⁶² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos.

estimar las demandas futuras de los servicios de asistencia de salud bucodental, apoyados por una descripción de los criterios de diagnóstico, sistematizados en indicadores o índices.

La OMS estableció en 1969 el Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental (BMDSB) para atender a la necesidad de información sobre el estado de la salud bucodental y las tendencias epidemiológicas, que sirviera de base para el Programa de Salud Bucodental de la OMS (ORH).

El banco de datos atiende a las solicitudes de recopilación de información de salud bucodental claramente definida y disponible en el ámbito internacional y la exigencia de normalización del sistema de acopio y presentación de esos datos. Además, el BMDSB acumula información pertinente de fuentes que no suelen figurar en las publicaciones científicas, por ejemplo, los informes preparados para los ministerios de salud. La OMS también recomienda que los países realicen encuestas periódicas de salud bucodental cada cinco años si es posible, con el fin de captar los cambios de los patrones y tendencias de la salud bucodental suficientemente pronto para realizar una planificación o replanificación de los servicios de forma apropiada y oportuna.

Nithila A., Bourgeois D., Barmes D. E. y Murtomaa H, 1998, señalan la importancia de la encuesta en planificación y vigilancia de los programas de atención de salud bucodental porque la diversidad de los datos de un mismo país es importante para dicho efecto y aún más si se contempla la posibilidad de hacer comparaciones internacionales. De ahí la importancia de generar metodologías que puedan ser aplicadas efectivamente.

“...hace más de 20 años se tomó la iniciativa de establecer y emplear la metodología exploratoria de recolección de datos para facilitar la realización de encuestas epidemiológicas periódicas y uniformes... En los criterios para definir un estudio nacional se deben tener en cuenta varios métodos de muestreo...Mientras que el método de muestreo probabilístico aleatorio trata de representar a toda la población al diseñar una muestra que reduzca al mínimo la posibilidad de pasar por alto *cualquier* variación, el método exploratorio define el número mínimo de grupos y conglomerados de edad que representarán *amplias* variaciones de importancia para los puntos incluidos en la encuesta con el fin de hacer una estimación nacional, con ponderación de los datos cuando sea necesario...”⁶³

⁶³ NITHILA A., BOURGEOIS D., BARMES D. E. Y MURTOMAA H. Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996.

8.2 TIPO DE ESTUDIO

Observacional Descriptivo:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

Estos estudios descriptivos pretenden medir o recoger información de manera independiente sobre los conceptos o las variables que se refieren. Desde luego, pueden integrar las mediciones o información de cada una de dichas variables o conceptos para decir como es y como se manifiesta el fenómeno de interés; su objetivo no es indicar como se relacionan las variables.⁶⁴

8.3 Diseño metodológico

8.3.1 Población: Los 12531 Nativos de la Sierra Nevada (de las etnias koguis, wiwa y arhuacos) que componen la población que puede ser atendida por la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka y que reside en zonas rurales de los Departamentos del Magdalena, Cesar y Guajira, en asentamientos ubicados en cuencas ribereñas de la Sierra Nevada de Santa Marta (ver tabla)

Cuadro 3 Lugares de asentamiento de indígenas atendidos por la IPS indígena Gonawindua Ette Ennaka

CUENCA DE RIO	ETNIA
FUNDACION	ARHUACO
ARACATACA	ARHUACO
TUCURINCA	KOGUI
GUACHACA	WIWA
BURITACA	KOGUI
DON DIEGO	KOGUI
SAN DIEGUITO	ARHUACO
PALOMINO	KOGUI
ANCHO	KOGUI
JEREZ	KOGUI-WIWA
TAPIAS	KOGUI-WIWA
RANCHERIA	KOGUI-WIWA

Fuente: IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka. Documento Técnico. Versión Preliminar 2005.

⁶⁴ MACMAHON, Op.cit., p.43.

8.3.1.1 Muestra: Los 4900 Nativos de la Sierra Nevada, que fueron atendidos en el año 2004, por la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka, en centros cercanos a sus lugares de asentamiento.

8.3.1.2 Selección de la muestra: Dada la ubicación rural tanto de los lugares de asentamiento de la población como de la ubicación de los centros de atención, se hará un *muestreo intencional*, un tipo de muestreo no probabilístico que consiste en elegir aquellos elementos que mejor se adaptan a las conveniencias de viabilidad del estudio.

Maupome G. Borges A. Ledesma C. Herrera R. Leyva E. Navarro A.⁶⁵; Sánchez H. Parra J. H. Cardona D.⁶⁶; Triana F, Rivera S, Soto Libia y Bedoya A.⁶⁷; entre otros utilizaron este tipo de muestreo para poblaciones de carácter rural.

En este tipo de muestreos presenta como mayor inconveniente el no poder cuantificar la representatividad de la muestra. Casi siempre se presentan sesgos, por tanto debe aplicarse únicamente cuando no existe alternativa, como en este caso en el que se requería la colaboración por parte de las autoridades indígenas y administradores de la IPS, quienes no permiten el acceso a las historias clínicas por el derecho a la privacidad de personas.

Los individuos incluidos pueden quedar o no próximos a la media, “pero casi nunca representará la variabilidad de la población, que normalmente quedará subestimada”.⁶⁸

En este estudio, la muestra seleccionada, entonces es 4900 registros de pacientes que acudieron a consulta odontológica, cuyos datos consignados en historias clínicas, fueron reducidos en los Registros Individuales para Prestación de Servicio en RIPS de la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka en la ciudad de Santa Marta en el año 2004.

8.4 Delimitación espacial y temporal: La recolección de datos se llevó a cabo en la IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA, situada en calle 11a #19-34 de la ciudad de Santa Marta.

El tiempo en el cual se realizó fue 5 meses comprendidos entre Enero y Mayo del año 2007.

⁶⁵ MAUPOME, Op.cit., p.17.

⁶⁶ SÁNCHEZ H. PARRA J. H. CARDONA D. Fluorosis Dental En Escolares Del Departamento De Caldas, Colombia.2005.

⁶⁷ TRIANA, Op.cit., p.20.

⁶⁸ CASAL J. MATEU E. Tipos de muestreo. Rev. Epidem. Med. Prev. (2003)

Cuadro 4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
EDAD	Numero de años vividos por la persona	Cuantitativa	Nominal Continua	Intervalo establecido por registro RIPS: 0-5 etc.
GÉNERO	Condición sexual biológica y rol social	Cualitativa Categorica	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
CARIES DENTAL	Destrucción de tejidos dentarios(esmalte, dentina, cemento)	Cualitativa	Nominal	Presenta SI NO
ENFERMEDADES PERIODONTAL	Alteración y/o destrucción de tejidos de soporte dentario	Cualitativa	Nominal	Presenta SI NO
ENFERMEDAD PULPAR	Alteración y/o destrucción de tejido blando interior del órgano dentario	Cualitativa	Nominal	Presenta SI NO

- **Recolección De Información:** El estudio no elaboró instrumento de recolección de información ya que esta se recibió seleccionada por la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka desde las historias clínicas y reducida en el instrumento de Registro Individual de Prestación de Servicios R. I. P. S., utilizado por la misma institución.

- **Registro individual de prestación de servicios R. I. P. S.**

El Ministerio de Salud de Colombia en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, promulga la Resolución 03374 de 2000 (27 de diciembre de 2000) Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados, el llamado RIPS.⁶⁹

El RIPS “es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y

⁶⁹ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 03374 de 2000.

estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la presente Resolución. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa”.⁷⁰

La obligatoriedad del Registro Individual para la Prestación del Servicio RIPS fue reglamentada en el artículo 44 del capítulo VIII de la Ley 1122 del Congreso de la República de Colombia el 9 de enero de 2007.⁷¹

El instrumento de reducción o ‘captura’ de información es el siguiente: (cuadro 5)

GONAWINDUA ETTE ENNAKA I.P.S.
Indígena Resolución No. 0041 del 17 de marzo del 2000
Nit. 819.003.539-2
Calle 11A No. 19-34



Cuadro 5 **FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS**

CODIGOS DEL CIE 10	1-4 AÑOS DE EDAD		5-14 AÑOS DE EDAD		15-44 AÑOS DE EDAD		45-64 AÑOS DE EDAD		DE 65 AÑOS EN ADELANTE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
K020										
K021										
K022										
K023										
K024										
K028										
K029										
K040										
K041										
K042										
K043										
K044										
K045										

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

⁷⁰ OMS/OPS, armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas, Op.cit.,p.15.

⁷¹ MINISTERIO DE SALUD Resolución 03374 de 2000, Op.cit., p.47.

- **Análisis De Datos:** Los resultados obtenidos se procesaron a través de una base de datos del programa EPI-info 604d, obteniéndose las salidas en forma de frecuencias absolutas y porcentuales.

- **Procedimientos:**

1. Búsqueda de información preliminar
2. Acercamiento al área de estudio. Entrevistas con directivos de la IPS Indígena Gonawindua Ette Ennaka en Santa Marta.
3. Solicitud de la Información
4. Reducción de Información:
 - a) Agrupamiento de Categorías del C. I. E. 10 en variables de Morbilidad Bucodental estimadas en estudios anteriores.
 - b) Identificación de edades y grupos etáreos reconocidos por el estimador global OMS.
 - c) Identificación de edades y grupos etáreos informados por el ENSAB III
5. Elaboración de Tablas de Frecuencia.
6. Cálculo de Porcentajes.

- **Estadística:** Una vez reunidos los valores que tomaron las variables (datos), se procedió al análisis descriptivo de los mismos. Sobre la variable numérica EDAD (expresada en intervalos), se necesitó saber:

- Frecuencias (porcentajes) de la ocurrencia de Caries, Enfermedad Periodontal, Pérdida dentaria y Enfermedad Pulpar en cada intervalo.

Sobre la variable categórica GÉNERO, se analizó el número de casos que presentaron la morbilidad bucodental manifestada como Caries, Gingivitis y Enfermedad Periodontal, Perdida Dentaria y Enfermedad Pulpar.

La comparación entre características sociodemográficas (edad o género) y morbilidad bucodental (caries; gingivitis y enfermedad periodontal; perdida dentaria y enfermedad pulpar) proporcionó porcentajes de ambas unidades de análisis.

9. RESULTADOS

Al realizar el análisis de los datos obtenidos se encontró que la patología oral mas prevalente fue la caries dental con un 53% seguida por la gingivitis y enfermedad periodontal con 33,65% y perdida dentaria con 11,1%.

9.1 CARIES DENTAL

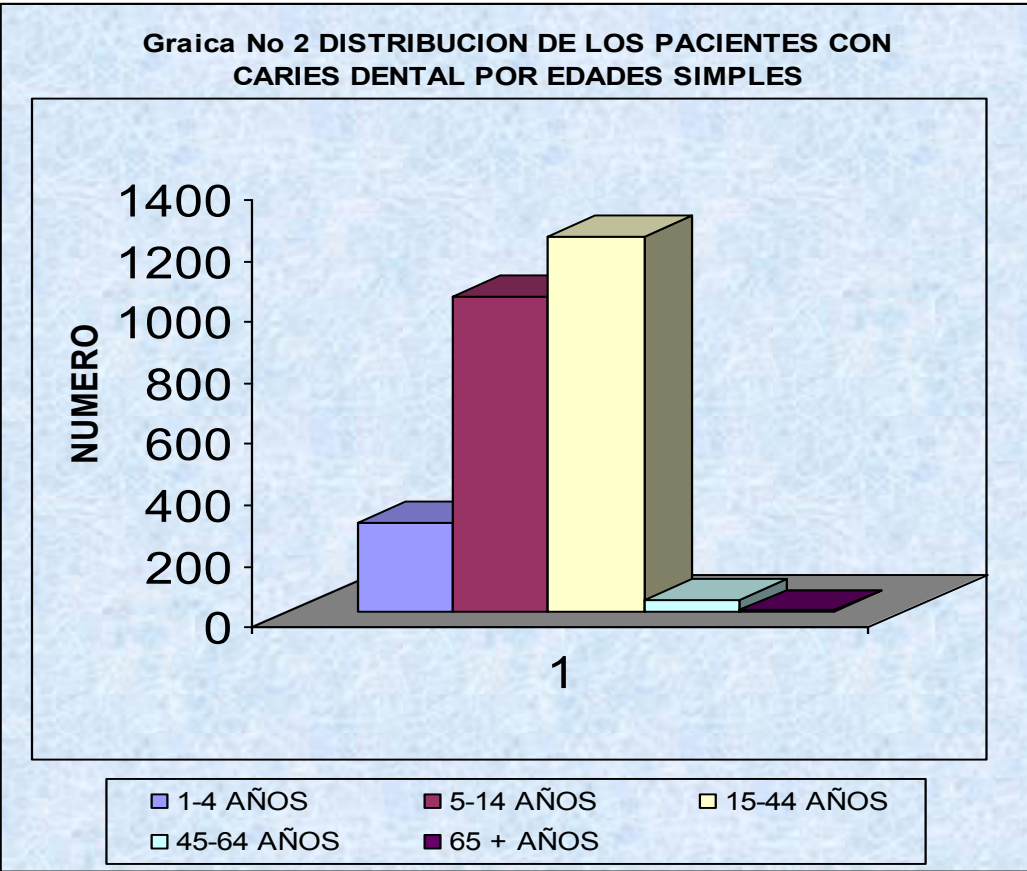
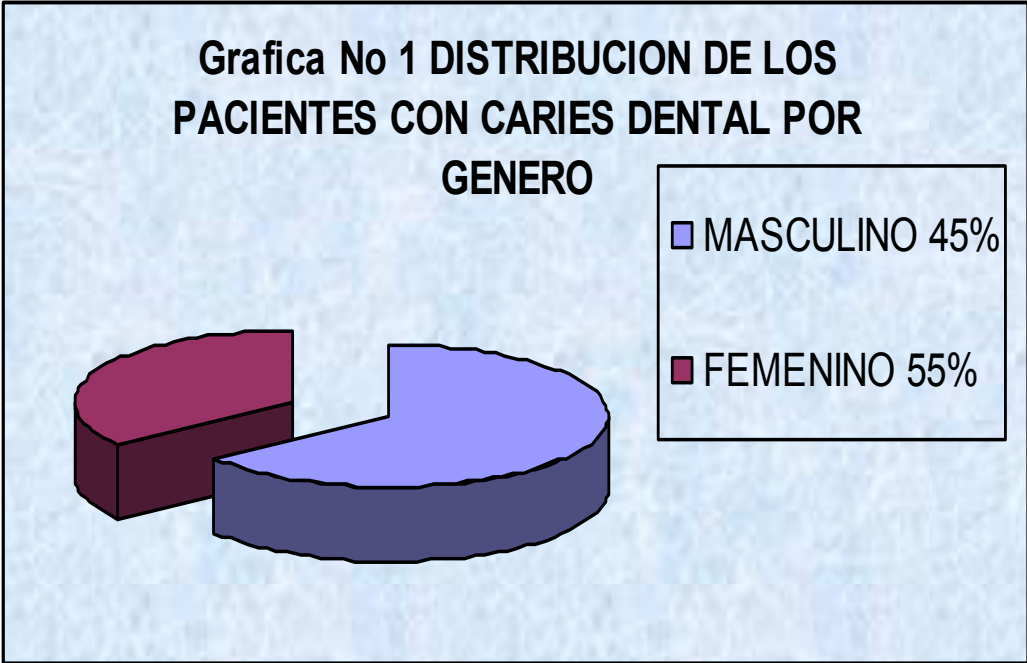
La prevalencia de caries dental en la población estudiada fue de 53%, siendo mayor en mujeres con un 55% frente al 45% en hombres de 2596 casos presentes.

En el rango de edad donde más se presento esta patología fue de 15 a 44 años de edad con 1.227 casos, seguido por el de 5 a 14 años de edad donde se presentaron 1032 casos de caries dental.

Cuadro 6 *Caries dental*

EDAD	GENERO		
	M	F	TOTALES
1-4 AÑOS	158	132	290
5-14 AÑOS	535	497	1032
15-44 AÑOS	459	768	1227
45-64 AÑOS	20	22	42
65 + AÑOS	3	2	5
TOTALES	1175	1421	2596

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.



FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

9.2 GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

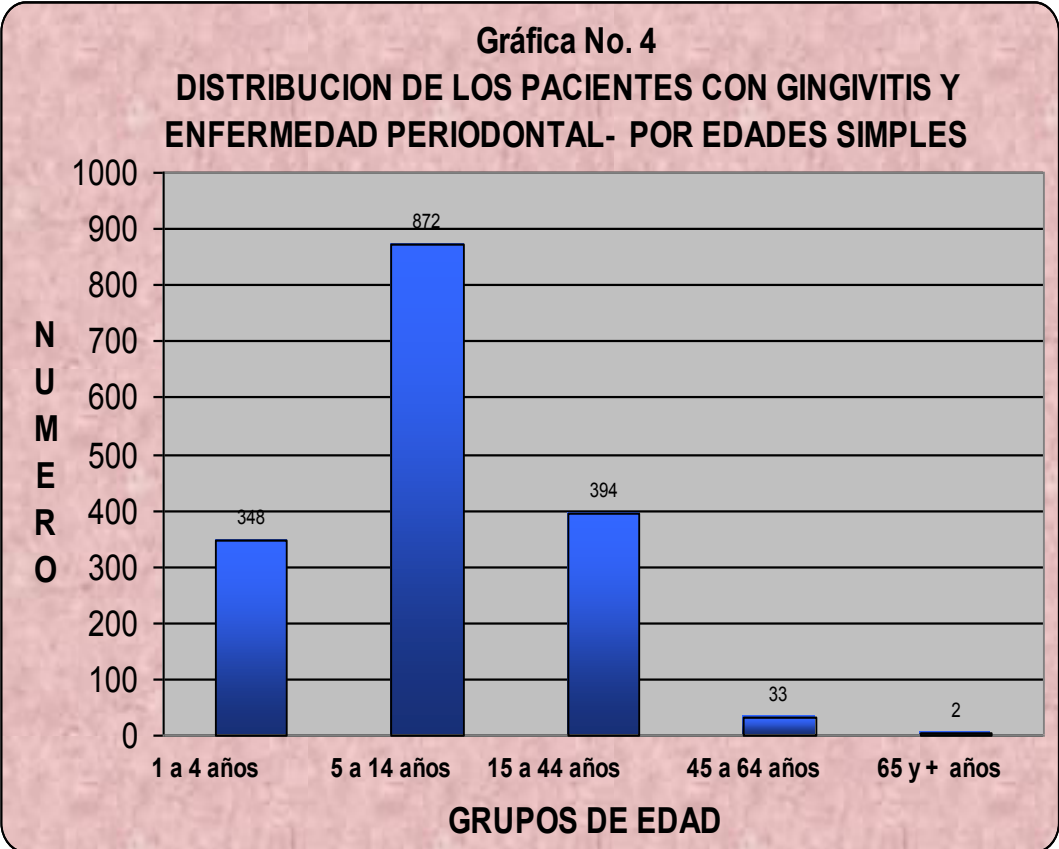
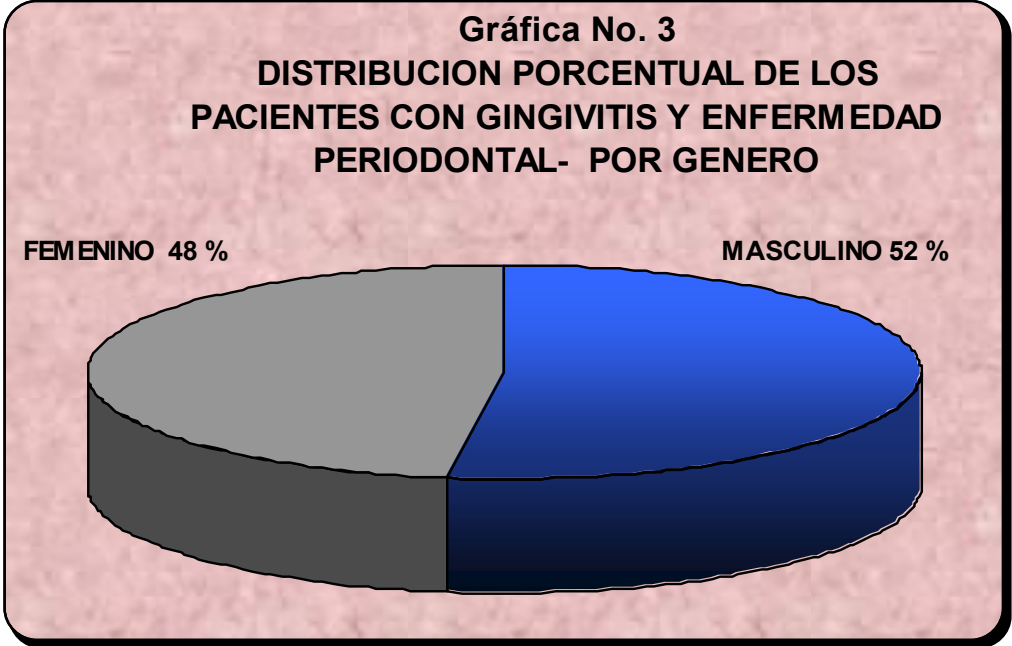
La prevalencia de gingivitis y enfermedad periodontal en la población estudiada fue de 33.65%, siendo mayor en hombres con un 52% frente al 48% en mujeres de 1649 casos presentes.

En el rango de edad donde más se presentó esta patología fue de 5 a 14 años de edad con 872 casos, seguido por el de 1 a 4 años de edad donde se presentaron 348 casos de gingivitis y enfermedad periodontal.

Cuadro 7 **Gingivitis y enfermedad periodontal**

EDAD	GENERO		TOTALES
	M	F	
1-4 AÑOS	181	167	348
5-14 AÑOS	470	402	872
15-44 AÑOS	188	206	394
45-64 AÑOS	20	13	33
65 + AÑOS	2	0	2
TOTAL	861	788	1649

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.



FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

9.3 PERDIDA DENTARIA: La prevalencia de perdida dentaria en la población estudiada fue de 11.1%, siendo mayor en mujeres con un 59% frente al 41% en hombres de 559 casos presentes.

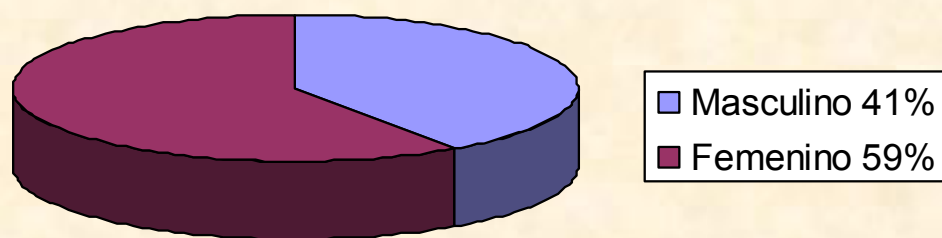
En el rango de edad donde más se presento esta patología fue de 15 a 44 años de edad con 302 casos, seguido por el de 5 a 14 años de edad donde se presentaron 155 casos de perdida dentaria.

Cuadro 8 Perdida dentaria

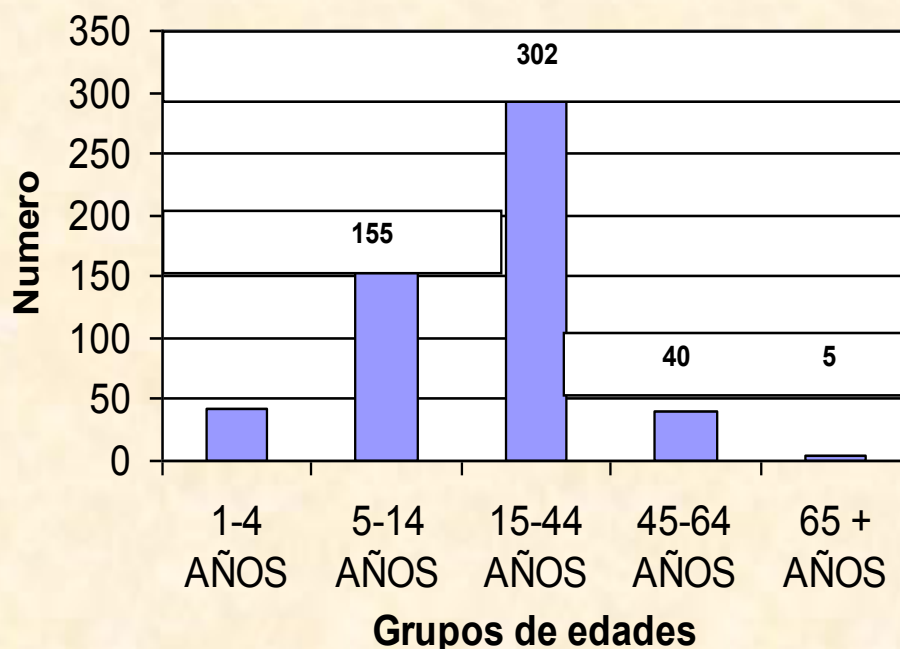
EDAD	GENERO		TOTALES
	M	F	
1-4 AÑOS	21	22	43
5-14 AÑOS	78	77	155
15-44 AÑOS	106	196	302
45-64 AÑOS	14	26	40
65 + AÑOS	2	3	5
TOTAL	221	324	545

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

Grafica No 5 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS PACIENTES CON PERDIDA DENTARIA - POR GENERO



Grafica No 6 DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON PERDIDA DENTARIA POR EDADES SIMPLES



FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

9.4 ENFERMEDAD PULPAR: La prevalencia de enfermedad pulpar en la población estudiada fue de 2.24%, siendo mayor en mujeres con un 62% frente al 38% en hombres de 110 casos presentes.

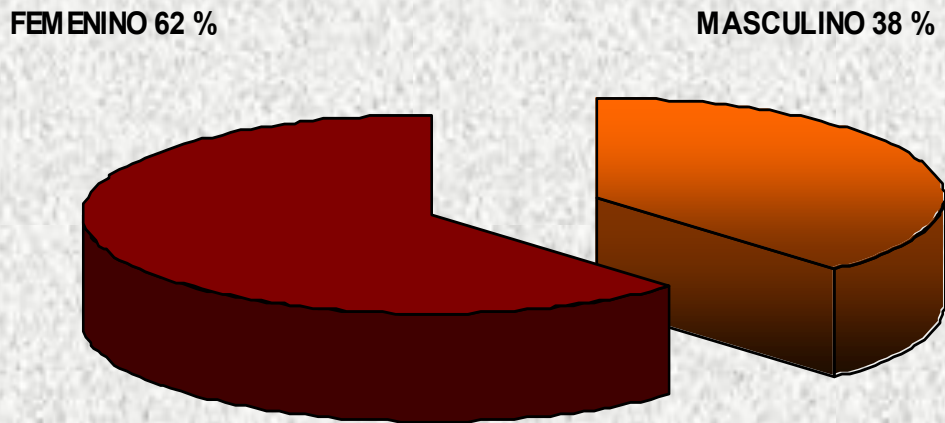
En el rango de edad donde más se presentó esta patología fue de 15 a 44 años de edad con 73 casos, seguido por el de 5 a 14 años de edad donde se presentaron 33 casos de enfermedad pulpar.

Cuadro 9 Enfermedad pulpar

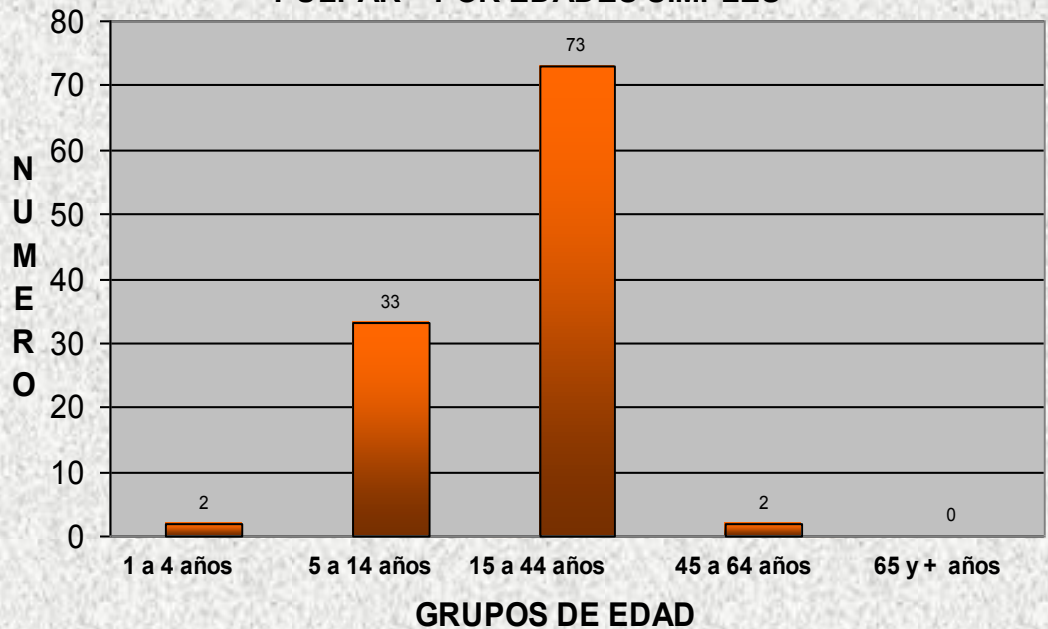
EDAD	GENERO		TOTALES
	MASC	FEM	
1-4 AÑOS	2	0	2
5-14 AÑOS	18	15	33
15-44 AÑOS	21	52	73
45-64 AÑOS	1	1	2
65 + AÑOS	0	0	0
TOTAL	42	68	110

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

Gráfica No. 7
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD PULPAR -
POR GENERO



Gráfica No. 8
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD
PULPAR - POR EDADES SIMPLES



FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

- TODAS LAS PATOLOGIAS: En la población estudiada se encontraron las siguientes situaciones:

La necesidad de atención odontológica es predominantemente mayor en la parte de operatoria dental y terapia básica periodontal.

La prevalencia de morbilidad bucodental fue mayor en mujeres con 2601 eventos frente a 2299 eventos en hombres de 4900 casos presentes. En general el rango de edad más susceptible a padecer patologías bucodentales es el de 5 a14 años de edad con 2092 eventos de 4900 casos presentes lo que corresponde al 42,7% del 100% de la muestra. (Cuadro 10 -11).

Cuadro 10 Descripción porcentual de todas las patologías

PATOLOGIA	GENERO		TOTAL	
	M	F	No.	%
CARIES DENTAL	1175	1421	2596	53
GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.	861	788	1649	33,65
PERDIDA DENTARIA	221	324	545	11,1
ENFERMEDAD PULPAR	42	68	110	2,24
TOTALES	2299	2601	4900	100,00

Cuadro11 Número de eventos por intervalo de edad

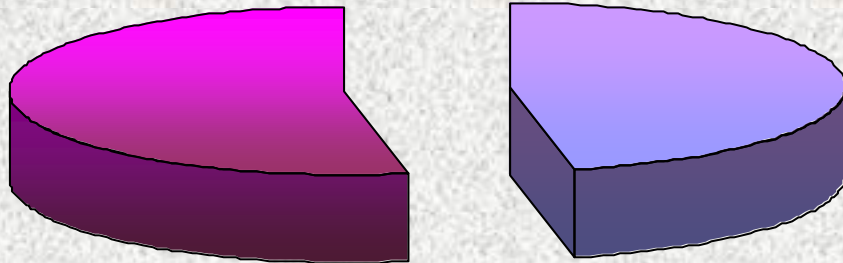
INTERVALO DE EDAD	NUMERO DE EVENTOS	%
1-4 AÑOS	683	14
5-14 AÑOS	2092	42.7
15-44 AÑOS	1996	40.7
45-64 AÑOS	117	2.3
65+ AÑOS	12	0.24
TOTAL	4900	100

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

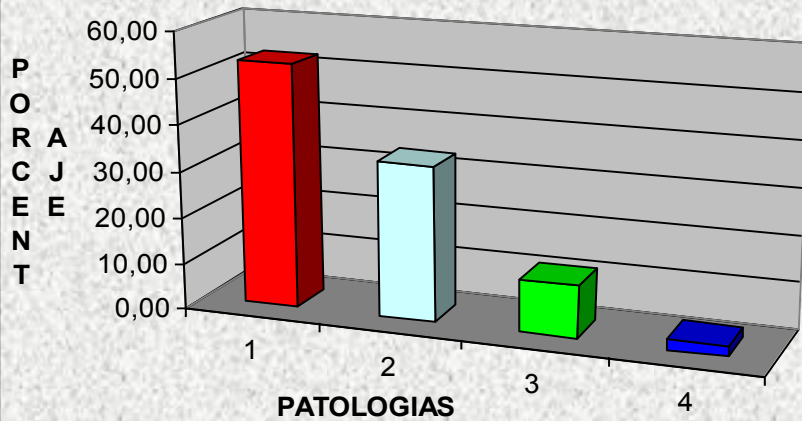
GRAFICA No 9
DISTRIBUCION POR GENERO DE TODAS LAS PATOLOGIAS

FEMENINO 53 %

MASCULINO 47 %



GRAFICA No 10
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TODAS LAS PATOLOGIAS



CONVENCIONES: 1= CARIES; 2=GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL; 3=PERDIDA DENTARIA; 4=ENFERMEDAD PULPAR.

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

El total de la muestra comprendida entre 1-4 años de edad fue de 683 pacientes de los cuales el 42.5% presento caries dental ; el 50.9% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 6.3% perdida dentaria y el 0.3% enfermedad pulpar.

El total de la muestra comprendida entre 5-14 años de edad fue de 2092 pacientes de los cuales el 49.3% presento caries dental ; el 41.7% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 7.4% perdida dentaria y el 1.5% enfermedad pulpar.

El total de la muestra comprendida entre 15-44 años de edad fue de 1996 pacientes de los cuales el 61.4% presento caries dental ; el 19.7% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 15.1% perdida dentaria y el 3.6% enfermedad pulpar.

El total de la muestra comprendida entre 45-64 años de edad fue de 117 pacientes de los cuales el 35.9% presento caries dental ; el 28.2% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 34.1% perdida dentaria y el 1.7% enfermedad pulpar.

El total de la muestra comprendida entre 65+ años de edad fue de 12 pacientes de los cuales el 41.7% presento caries dental ; el 16.6% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 41.6% perdida dentaria y el 0% enfermedad pulpar. (cuadro12)

Cuadro 12 Descripción porcentual de cada patología por intervalos de edad

TODAS LAS PATOLOGIAS					
EDAD	CARIES %	GINGIVITIS Y ENF.PER. %	PERDIDA DENTARIA%	ENF. PULPAR %	TOTAL%
1-4 AÑOS	42,5	50,9	6,3	0,3	100
5-14AÑOS	49,3	41,7	7,4	1,5	99,9
15-44AÑOS	61,4	19,7	15,1	3,6	99,8
45-64 AÑOS	35,9	28,2	34,1	1,7	99,9
65+AÑOS	41,7	16,6	41,6	0	99,9

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

El total de hombres entre 1-4 años de edad fue de 362 pacientes de los cuales el 43.4% presento caries dental ; el 50% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 5.8% perdida dentaria y el 0.6% enfermedad pulpar. En el mismo intervalo de edad el genero femenino estuvo constituido por 321 pacientes de los cuales el 41.1% presento caries dental ;

el 52% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 6.8% perdida dentaria y el 0% enfermedad pulpar.

El total de hombres entre 5-14 años de edad fue de 1101 pacientes de los cuales el 48.5% presento caries dental ; el 42.6% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 7% perdida dentaria y el 1.6% enfermedad pulpar. En el mismo intervalo de edad el genero femenino estuvo constituido por 987 pacientes de los cuales el 50.3% presento caries dental ; el 40.7% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 7.4% perdida dentaria y el 1.5% enfermedad pulpar.

El total de hombres entre 15-44 años de edad fue de 774 pacientes de los cuales el 59.3% presento caries dental; el 24.2% gingivitis y enfermedad periodontal; el 13.6% perdida dentaria y el 2.7% enfermedad pulpar. En el mismo intervalo de edad el genero femenino estuvo constituido por 1222 pacientes de los cuales el 62.9% presento caries dental; el 16.8% gingivitis y enfermedad periodontal; el 16% perdida dentaria y el 4.2% enfermedad pulpar.

El total de hombres entre 45-64 años de edad fue de 55 pacientes de los cuales el 36.2% presento caries dental; el 36.1% gingivitis y enfermedad periodontal; el 25.3% perdida dentaria y el 1.8% enfermedad pulpar. En el mismo intervalo de edad el genero femenino estuvo constituido por 62 pacientes de los cuales el 35.5% presento caries dental; el 20.9% gingivitis y enfermedad periodontal; el 41.9% perdida dentaria y el 1.6% enfermedad pulpar

El total de hombres entre 65-+ años de edad fue de 7 pacientes de los cuales el 42.8% presento caries dental; el 28.5% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 28.5% perdida dentaria y el 0% enfermedad pulpar. En el mismo intervalo de edad el genero femenino estuvo constituido por 5 pacientes de los cuales el 40% presento caries dental ; el 0% gingivitis y enfermedad periodontal ; el 60% perdida dentaria y el 0% enfermedad pulpar. (cuadro 13)

Cuadro 13 Descripción porcentual de cada patología por género

EDAD	CARIES DENTAL		ENF.PULPAR		PERDIDA DENTARIA		GING. Y ENF. PERIO.	
	M	F	M	F	M	F	M	F
1-4 años	43.4%	41.1%	0.6%	0	5.8%	6.8%	50%	52%
5-14 años	48.5%	50.3%	1.6%	1.5%	7.0%	7.4%	42.6%	40.7%
15-44 años	59.3%	62.9%	2.7%	4.2%	13.6%	16.0%	24.2%	16.8%
45-64 años	36.2%	35.5%	1.8%	1.6%	25.3%	41.9%	36.1%	20.9%
65 + años	42.8%	40%	0	0	28.5%	60%	28.5%	0

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

10. DISCUSIÓN

El comportamiento de las variables de morbilidad bucodental frente a las mismas en otros estudios citados es:

La prevalencia de caries en niños entre 1-4 años de edad, es 42.5% en contraste con 45% encontrado por Franco A. M., en la ciudad de Medellín 2004⁷²

El porcentaje de personas con caries dental entre 5-14 años de edad es 49.3%, frente a 43.1% reportado, para intervalos de edad similares, por Morón A, Rivera I, Rojas de Rivera F. y col. 2004⁷³, al 62.6% notificado por Triana F, Rivera S. y col. 2005⁷⁴ y al 58.5% informado ENSAB III. En general, la prevalencia de caries dental en la muestra fue de 53% frente a 65.3% reportado en el ENSAB III.⁷⁵

Entre 5-14 años, la enfermedad periodontal se presentó en un 41.7%, frente a 52.8% encontrado por Morón A, Rivera L, Rojas De Rivera F y Col. 2004.⁷⁶

En general, la prevalencia de enfermedad periodontal en la muestra fue de 33.65% frente a 50.2% reportado en el ENSAB III⁷⁷ y a 52.8% citado por Morón A., Rivera I, Rojas de Rivera F. y col.⁷⁸

En colectivo, la prevalencia de perdida dentaria en la muestra fue de 11.1% frente al promedio de la reportada en ENSAB III, 50.8%.⁷⁹

⁷² FRANCO, Op.cit., p.20.

⁷³ MORON, Op.cit., p.19.

⁷⁴ TRANA, Op.cit.p.20.

⁷⁵ INFORME ESPECIAL ENSAB III, Op.cit.p.20.

⁷⁶ MORON, Op.cit., p.19.

⁷⁷ INFORME ESPECIAL ENSAB III, Op.cit.p.20.

⁷⁸ MORON, Op.cit., p.19.

⁷⁹ INFORME ESPECIAL ENSAB III, Op.cit.p.20..

11. CONCLUSIONES

Los resultados del comportamiento de variables de morbilidad bucodental en este estudio, solo puede aplicarse a una población similar en condiciones similares, ya que el tipo de muestra, define este resultado como epidemiológicamente no comparable con otros en los cuales el diseño asegura la validez interna y externa.

Sin embargo, se puede observar que, comparados entre sí, los porcentajes de los estudios citados que fueron realizados con muestras estadísticamente representativas y los de este, la variación no es relevante. Esto permite plantear que existe una tendencia a que el comportamiento de las variables de morbilidad bucodental sea similar, en la población de nativos de la Sierra Nevada de Santa Marta, a la de otras poblaciones en las mismas condiciones de ubicación rural y de oportunidad de acceso a los servicios y que los valores obtenidos puedan convertirse en estimadores iniciales en estudios particulares de la IPS Indígena Gonawindua Ete Ennaka.

También es necesario considerar, como en la mayoría de los estudios donde la población tiene las mismas características, que los resultados pueden estar influenciados por patrones de vida asociados con sus prácticas y creencias culturales.⁸⁰

⁸⁰ MORON, Op.cit., p.19.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de un trabajo de campo en el cual se apliquen los rigores metodológicos necesarios para generar hipótesis y estimadores para otros estudios.

Para mejorar el estado de salud bucal y por ende la calidad de vida de los nativos de la sierra nevada de Santa Marta, cuyas principales patologías bucales son la caries dental y las periodontopatías todos los entes involucrados, estado y odontología, deben participar conjuntamente en la elaboración y ejecución de políticas en salud que permitan dar solución a esta problemática.

Para lograr este objetivo se deben realizar amplios y permanentes programas de prevención específica, en primer lugar de las patologías más prevalentes y luego continuar con aquellas que se presenta en menor numero.

ANEXOS

Anexo A: Cuadro de presupuesto
Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación
(En miles de \$).

RUBROS	FUENTES			TOTAL
	FONCIENCIAS	UNIMAG (CAPACIDAD INSTALADA)	OTRAS FUENTES	
Personal: 1 Investigadora Principal x12 meses		\$ 4.800.000.00		\$ 4.800.000
Insumos laboratorio:				
Otros insumos: - Papelería - Copias e Instrumentos de Recolección Datos e Información. - Unidades Extraíbles (Disquetes. USB y CD - R)	\$ 500.000.00 \$ 100.000.00			\$ 600.000.00
Equipo Compra: -1 Computador Portátil			\$ 4.000.000.00	\$4.000.000.00
Uso. 1 Computador (mesa) 1 Impresora 1 Scanner 1 Video Beam		\$ 400.000.00 \$ 20.000.00 \$ 20.000.00 \$ 300.000.00		\$ 740.000.00

Servicios técnicos: - Internet - Conexión a Bases de Datos		\$ 30.000.00 \$ 300.000.00		\$ 330.000.00
Contratación expertos: 1 Experto AUTOCAD x 15 días		\$ 600.000.00		\$ 600.000
Publicaciones y patentes: 200 Folletos Publicitarios 1 Videox 5 copias		\$ 60.000.00 \$ 70.000.00		\$ 130.000.00
TOTAL	\$ 600.000	\$ 6.600.000	\$4.000.000	

Anexo B: Formato de reducción de datos



GONAWINDUA ETTE ENNAKA I.P.S. Indígena

Resolución No. 0041 del 17 de marzo del 2000

Nit. 819.003.539-2

Calle 11A No. 19-34

CODIGOS DEL CIE 10	1-4 AÑOS DE EDAD		5-14 AÑOS DE EDAD		15-44 AÑOS DE EDAD		45-64 AÑOS DE EDAD		DE 65 AÑOS EN ADELANTE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
K020	19	14	53	32	15	31	0	3	0	1
K021	127	106	443	421	405	665	17	15	3	1
K022	0	0	2	3	4	10	0	0	0	0
K023	0	1	0	3	2	5	0	0	0	0
K024	2	1	4	1	1	3	0	2	0	0
K028	12	11	33	37	31	51	1	4	0	0
K029	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0
K040	1	0	13	9	9	26	1	1	0	0
K041	0	0	2	5	8	23	0	0	0	0
K042	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
K043	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K044	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K045	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
K046	0	0	2	1	2	2	0	0	0	0
K047	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0
K048	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K049	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K050	137	135	260	210	49	50	8	2	2	0
K051	44	32	206	185	129	140	12	9	0	0
K052	0	0	3	4	7	11	0	2	0	0

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.



GONAWINDUA ETTE ENNAKA I.P.S. Indígena

Resolución No. 0041 del 17 de marzo del 2000

Nit. 819.003.539-2
Calle 11A No. 19-34

CODIGOS DEL CIE 10	1-4 AÑOS DE EDAD		5-14 AÑOS DE EDAD		15-44 AÑOS DE EDAD		45-64 AÑOS DE EDAD		DE 65 AÑOS EN ADELANTE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
K053	0	0	1	3	3	5	0	0	0	0
K054	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
K055	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
K056	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K081	2	4	3	5	14	14	6	5	0	0
K083	19	18	75	72	92	182	8	21	2	3
K090	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K091	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K092	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K098	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K099	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K121	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K122	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Formato de reducción de datos

FUENTE: Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) IPS GONAWINDUA ETTE ENNAKA.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ- DARDET DÍAZ CARLOS. Promoción de la Salud. Empoderamiento y Redes. Apuntes: Políticas y Planes de Salud. Departamento Salud Pública Universidad de Alicante. En Línea: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_polit_plan_5.htm. CONSULTA ENERO 2004
- ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ODONTOLOGÍA - ACFO. Propuesta Para La Formulación Del Plan Nacional De Salud Bucal 2005. Secretaria Distrital de Salud. Ministerio de la Protección Social. Bogota D. C. Julio del 2004
- BURBANO MIGUEL. Patologías Dentales de Antiguos Residentes del Alto Rey (El Tambo, Cauca), Suroeste De Colombia (CA. 1220 - 1600 D. C) Boletín de Antropología. 2005. Año/Vol. 19, numero 036. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia pp. 94 -126
- CASAL J. MATEU E. Tipos de muestreo. Rev. Epidem. Med. Prev. (2003), 1: 3-7)
- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10). Consulta en línea: www.gerenciasalud.com
- DIARIO OFICIAL N° 44.558, de 21 de Septiembre de 2001. Consulta en línea: www.secretariassenado.gov.co
- ESCOBAR G., ORTIZ AC., MEJÍA LM., Caries Dental En Los Menores De Veinte Años: Un Problema De Salud Pública En Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 21 No. 2. Universidad de Antioquia. Julio – Diciembre 2003
- FRANCO Á. M., OCHOA E., MARTÍNEZ E. Reflexiones Para La Construcción De Política Pública Con Impacto En El Componente Bucal De La Salud. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia Vol. 15 N. ° 2 - Primer semestre 2004.
- HERAZO ACUÑA BENJAMIN. MORBILIDAD BUCODENTAL COLOMBIANA. Facultad de Odontologia Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Preventiva y Sociales. Ministerio de Salud. Programa de Salud Bucal Bogota 1995.

- HERNÁNDEZ A. M. OBREGÓN T. DIANA. La Organización Panamericana De La Salud Y El Estado Colombiano. Cien Años De Historia 1902 - 2002. Bogotá Octubre 2002
- INFORME ESPECIAL, III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL – ENSAB III. Tomado de SIVIGILA. Informe Ejecutivo Semanal No. 8 del 2000 Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud. Consulta en línea www.saludcolombia.com
- IPS INDÍGENA GONAWINDUA ETTE ENNAKA Propuesta De Desarrollo Institucional Para Prestación De Servicios De Salud En Los Resguardos Indígenas De La Sierra Nevada. Santa Marta 2003. En Línea: <http://tribalink.org/news/GONAWINDUA.html>. Consulta 28/06/07
- -----.Documento Técnico. Versión Preliminar 2005.
- MACMAHON B. TRICHOPOULOS D. EPIDEMIOLOGIA. Harvard School of public health Boston, Massachussets. Segunda edicion. Marban 2001
- MARTINEZ BENJAMIN. Tópico Encuestas en Salud Bucal. Audiencia Curso Método de Investigación. Universidad Mayor. Facultad de Odontología. En Línea: http://patoral.umayor.cl/enc_oral/enc_oral.html. Consulta 14/07/07
- MAUPOME G. BORGES A. LEDESMA C. HERRERA R. LEYVA E. NAVARRO A. Prevalencia De Caries En Zonas Rurales Y Peri-Urbanas Marginadas. Revista Salud Pública Mex 1993; Vol. 4 No. 35: 357-367. En Línea: <http://dge1.insp.mx/salud/35/354-5s.html>.
- MINISTERIO DE SALUD, República de Colombia. Discusión general de promoción y prevención. III Estudio nacional de salud bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p. 69-153.
- ----- Resolución 03374 de 2000. En Línea: www.fasecolda.com/docs/SegSoc/Resoluciones/

- MINISTERIO DE SALUD. Oficina de Epidemiología. SIVIGILA. III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL – ENSAB III. Informe Ejecutivo Semanal No. 8 del 2000
- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Encuesta Nacional De Salud 2005 – 2006. Manual De Diligenciamiento De La Encuesta A Hogares- Bogotá, D. C., Junio de 2006
- -----. Plan Nacional de Salud Bucal –PNSB. Resolución Numero 3577 De 2006. Septiembre 28
- MORÓN A, RIVERA L, ROJAS DE RIVERA F y col. Aportes Al Estudio De La Epidemiología Bucal Del Wayúu. Ciencia Odontológica ISSN 1317-8245 Maracaibo. Venezuela. 2004.
- NITHILA A., BOURGEOIS D., BARMES D. E. Y MURTOMAA H. Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996: Panorámica de las encuestas de salud bucodental a los 12 años de edad. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 4 n. 6 Washington Dic. 1998. ISSN 1020-4989.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. 4a edición. Publicación Ocasional. Numero de Orden 31504275. ISBN-13 9789243544939 ISBN-10 9243544934.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Incorporación Del Enfoque De Género En Los Programas De La OPS Para La Promoción De La Salud De Los Pueblos Indígenas. Iniciativa de los Pueblos Indígenas: Mujer, Salud y Desarrollo. Abril 1997. Washington, D. C.
- -----Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Washington, D.C. 2003.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud: equilibrio y armonía en el individuo y en sus relaciones con la naturaleza. Bogotá, Agosto 6 de 2004. En línea: <http://www.col.ops-oms.org/desarrollo/01indigenas.asp>. Consulta Enero 2006
- PAULA RIERA, BENJAMÍN MARTINEZ. Morbilidad y Mortalidad por cancer boral y faringeo en Chile. Revista Medica de Chile. Santiago de Chile, Mayo del 2005
- PHO. WHO. Trabajando Para Lograr La Equidad De Salud Con Una Perspectiva Étnica: Lo Que Se Ha Hecho Y Las Prácticas Óptimas. www.paho.org/Spanish/AD/GE/Torres-BestPractice-sp.pdf
- PIÑEROS-PETERSEN M. RUIZ-SALGUERO M. Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia. Revista Salud Publica Mex julio - Agosto 1998; Vol.40 No. 4:324-329.
- REVISTA ACTUALIDAD ÉTNICA. Bogotá – Colombia. Julio 24 de 2003,. Consulta 28 de Julio 2006. En Línea. http://www.etniasdecolombia.org/periodico_detalle.asp?cid=1166
- RODRÍGUEZ FLÓREZ, C. D., 2003, Antropología dental en Colombia. Comienzos, estado actual y perspectivas de investigación. Antropo, 4, 17-27. www.didac.ehu.es/antropo
- SÁNCHEZ H. PARRA J. H. CARDONA D. Fluorosis Dental En Escolares Del Departamento De Caldas, Colombia. Biomédica 2005,25; 46-54.
- SHIP IRWIN. Dental Caries Incidence in North and South Dakota Indian School Children during 30 Years. Dental Research Department, Philadelphia General Hospital, and Department of Oral Medicine, University of Pennsylvania School of Dental Medicine, Philadelphia, Pennsylvania. Journal of Dental Research, 1966 – IADR.
- TRIANA F, RIVERA S, SOTO LIBIA Y BEDOYA A. Estudio De Morbilidad Oral En Niños Escolares De Una Población De Indígenas Amazónicos. Escuela de Odontología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali. 2005