



La salud
es de todos

Minsalud

Lineamientos Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia “Soy Generación más Sonriente”

Subdirección de Enfermedades No transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de la Salud Cardiovascular, Bucal, del Cáncer y otras
condiciones crónicas

Versión para 2020



**La salud
es de todos**

Minsalud

FERNANDO RUIZ GOMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALEXANDER MOSCOSO

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CARDENAS GAMBOA

Viceministra de Protección Social

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL

Secretario General

CLAUDIA MILENA CUELLAR

Directora (E) de Promoción y Prevención

NUBIA ESPERANZA BAUTISTA

Subdirectora (E) de Enfermedades Transmisibles

YOLANDA SANDOVAL GIL

Coordinadora Grupo de Gestión Integrada de la Salud
Cardiovascular, Bucal, del Cáncer y otras condiciones
crónicas.



**La salud
es de todos**

Minsalud

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

**GRUPO GESTION INTEGRADA DE LA SALUD
CARDIOVASCULAR, BUCAL, DEL CÁNCER Y OTRAS
CONDICIONES CRÓNICAS**

ELABORACIÓN POR

SANDRA TOVAR VALENCIA

Profesional Especializado - Referente Salud Bucal



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla de Contenido

PRESENTACIÓN	5
1. Problemática a Intervenir	7
2. Avances de la Estrategia 2014-2019	11
3. Propósito de la Estrategia	15
4. Objetivo General de la Estrategia	15
5. Objetivos Específicos de la Estrategia	15
6. Población	15
7. Metas de la Estrategia	16
8. Actividades de la Estrategia	16
8.1. Educación para promover el cuidado de la salud bucal:	16
Definición	16
Alcance de la educación en la Estrategia	17
Población beneficiada	18
Recomendaciones	19
Descripción de la actividad	19
8.2. Aplicación de Barniz de Flúor	21
Definición	22
9. Actividades a desarrollar a través de la Estrategia	22
Población beneficiada	23
Recomendaciones	23
Descripción de la actividad	24
10. Financiación	25
11. Reporte para el monitoreo y evaluación 2020 de la Estrategia Soy Generación más Sonriente	25



La salud
es de todos

Minsalud

PRESENTACIÓN

Desde el año 2014 La Estrategia Soy Generación más Sonriente se constituye en una herramienta operativa para incrementar la cobertura en acciones de educación para el cuidado de la salud bucal y de aplicación de barniz de flúor en la población menor de 18 años.

Surge como herramienta para dar respuesta a:

- i. la necesidad de reducir desde la primera infancia los riesgos de presentar enfermedades bucales prevenibles,
- ii. mejorar el reporte de acciones de protección específica en el sistema de información (RIPS) y
- iii. aportar a reducir las altas prevalencias de caries y enfermedad periodontal que aún se presentan, según las evidenciadas suministradas por el IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV- realizado en los años 2013-2014.

Desde el año 2014 a la fecha los marcos de política pública en el sistema han tenido cambios, lo que obliga también a estar realizando ajustes pertinentes a la estrategia Soy Generación más Sonriente. Dentro de este marco de política pública se encuentran:

- El Plan Decenal de Salud Pública –PDSP- (2012-2021), que establece como metas para el año 2021 incrementar en un 20%: la población del país sin caries con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia con índice de caries dental COP=0; la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible; las prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las enfermedades bucales desde la primera infancia en entornos y programas sociales y las coberturas de prevención y detección temprana de las alteraciones de la salud bucal.
- La Ley Estatutaria 1751 de 2015 que regula el derecho fundamental a la Salud, el cual comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud para lo cual el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.
- La Resolución 3280 de 2018 en la que se establecen los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud –RIAPYMS-, dentro de la cual se establecen las acciones de detección temprana y protección específica en salud bucal a lo largo del curso de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultos y vejez), y dentro de la cual las actividades contempladas son: la atención en salud bucal por profesional de odontología, la aplicación de barniz de flúor, la profilaxis y remoción de placa bacteriana, el detartraje supragingival y la aplicación de sellantes según cada momento de curso de vida.



La salud
es de todos

Minsalud

- Debe tenerse presente que el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, contempla el desarrollo integral desde la primera infancia hasta la adolescencia en lo que denomina ***“Primero las niñas y los niños”***, en cuyo marco deben brindarse las atenciones integrales intersectoriales que permitan su desarrollo integral y dentro de las cuales el tema de salud integral es fundamental.

Acogiendo el marco de política nacional y soportados en las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en su informe del año 2008 hace un llamado a retomar la APS para cambiar el enfoque actual de los servicios de salud basado en atención curativa que no genera resultados a largo plazo en la salud de las poblaciones¹, se ha venido implementando la *“Estrategia Soy Generación más Sonriente”*, convirtiéndose en una de las herramientas operativas de la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018) en procura de procurar el acceso, en este caso de la población menor de 18 años, a acciones de protección específica para mejorar las condiciones de salud bucal de la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, y la reducción de la prevalencia de caries y enfermedad periodontal.

¹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1.



1. Problemática a Intervenir

La caries y las enfermedades que afectan los tejidos de soporte dental, son las condiciones más frecuentes que afectan la salud bucal.

La caries dental es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que resulta de un proceso dinámico de desmineralización y remineralización del esmalte dental que depende de las variaciones del pH en la cavidad oral y que a lo largo del tiempo puede o no generar pérdida de mineral llegando a la formación de cavidad^{2,3}. Como todas las demás condiciones que afectan la salud, la salud bucal en general y la caries en particular están también relacionadas con las condiciones sociales de los individuos y de las comunidades, marcadas por grandes inequidades principalmente en lo relacionado al acceso a los servicios de salud.

Se calcula que la prevalencia de caries no tratadas en dientes permanentes a nivel mundial en 2015 fue de 34.1%, siendo las edades más afectadas los niños de 1 a 4 años para dientes deciduos y a los 19 años para dientes permanentes. Esta morbilidad afecta la calidad de vida, calculando que para el año 2015 las tasas de años de vida Ajustados por Discapacidad (DALY) debido a condiciones de salud oral fueron 113, 24 y 2 por 100.000 años- personas para pérdida total de dientes, dientes permanentes sin tratamiento y dientes deciduos sin tratamiento respectivamente⁴.

En Colombia según el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) la prevalencia de caries a la edad de 5 años es de 52.20% (dentición temporal), a los 12 años es de 37.45% (dentición permanente) y a los 18 años es de 47.79%. Estos datos no incluyen en su evaluación las caries cavitacionales y al observar la prevalencia de caries obtenida con el índice C₍₂₋₆₎OP-D modificado, que incluye lesiones iniciales de caries la prevalencia tiene un aumento significativo para todas las edades, donde a la edad de 5 años la prevalencia es de 82.63% y a los 18 años de 93.80% (ver gráfica 1).

La Caries Temprana de la Infancia (CIT) se define como la presencia de una o más superficiales dentales cariadas, con restauraciones o pérdidas en niños menores de 5 años, en el caso de niños menores de 3 años que presenten cualquier señal de lesión de caries representa un indicador de un

² Vogel GL. Oral fluoride reservoirs and the prevention of dental caries. Monogr Oral Sci 2011; 22:146-57.

³ Kidd EAM, Fejerkov O. What Constitutes Dental Caries? Histopathology of Carious Enamel and Dentin Related to the action of Cariogenic Biofilms. J Dent Res 2004; 83:C35-C38.

⁴ Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability- Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. J Dental Research. 2017; 96(4): 380-387.

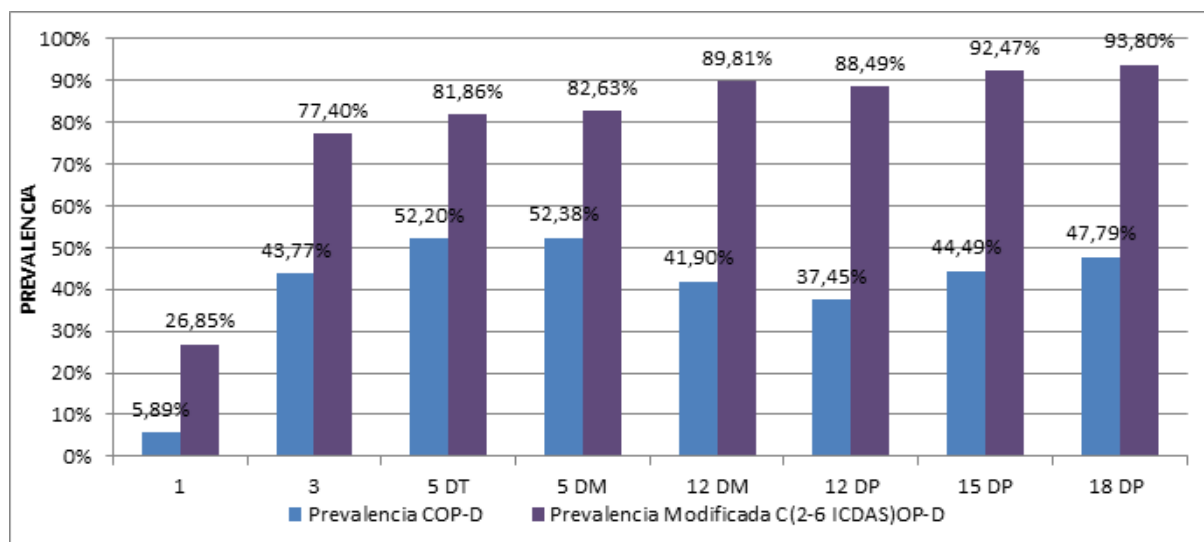


La salud
es de todos

Minsalud

estado avanzado de la enfermedad y se denomina Caries Severa de Infancia Temprana⁵. En Colombia los datos de prevalencia de caries dental que incluye la evaluación de lesiones iniciales en niños de 1 año de edad es de 26,85% y a los 3 años casi el 80% tiene la enfermedad. Estas lesiones iniciales de caries son susceptibles de intervención a través del diagnóstico y tratamiento de las lesiones iniciales, el control de factores moduladores como higiene bucal, la dieta y la exposición a flúor⁶.

Figura 1. Prevalencia de caries dental primera infancia, adolescencia y jóvenes en dentición temporal, mixta y permanente. Colombia, 2003-2004.



Fuente: ENSAB IV-MSPS, estimaciones UT SEI-PUJ Cendex, 2013-2014.

Entre las complicaciones y consecuencias de la CIT se encuentran inflamación, infección, alteraciones en la masticación, deficiencias en el desarrollo del lenguaje, alteraciones en el desarrollo de los maxilares, pérdida de espacio por exodoncias prematuras, hipomineralizaciones e hipoplasias en los dientes permanentes por los procesos crónicos infecciosos en la dentición temporal. Además de afectar la interacción psicosocial del niño, baja autoestima, lesiones de caries en la dentición permanente, miedo y aversión al tratamiento⁷. Su desarrollo está asociado a un cepillado inadecuado, primera visita al odontólogo tardía (24 a 35 meses de vida), presencia de desnutrición, consumo de alimentos en la

⁵ Fraiz FC, Bezerra ACB, Walter LRF. Atensão Odontológica na Primeira Infância: Enfoque em Cárie Dentária. Em: Manual de Referência para procedimentos Clínicos em Odontopediatria. Editores: Maria Lourdes de Andrade Massara, Paulo César Barbosa Rédua. 2.ed. São Paulo: editorial Santos, 2013. 344p.

⁶ Kidd E. The implications of the new paradigm of dental caries. J Dent 2011; 39 Supp 2:S3-8.

⁷ Salete M. Odontopediatria en la Primera Infancia. São Paulo: Santos Editora, 2009. 603p.



noche después de cepillarse, succión del biberón para dormir y durante la noche y uso de endulzantes en su contenido⁸.

La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (AAPD) reconoce que la salud oral perinatal e infantil son las bases sobre la cual la educación preventiva y el cuidado dental deben ser construido para lograr que un niño tenga una vida libre de enfermedades orales prevenibles y propone algunas pautas para la atención como la evaluación del riesgo de caries, orientación a los padres, estrategias preventivas e intervenciones terapéuticas⁹.

Por su parte la enfermedad periodontal, también se considera una enfermedad crónica multifactorial, que tiene varias formas de presentarse, siendo la gingivitis la forma más frecuente en las edades más jóvenes y la periodontitis la más frecuente en las edades adultas. La primera presenta enrojecimiento de las encías, con inflamación y fácil sangrado en la mayoría de los casos producto de una higiene oral inadecuada y es la fase reversible de la enfermedad aunque también puede verse complicada cuando está asociada a diabetes, tabaquismo, predisposición genética, nutrición inadecuada, variaciones hormonales en la pubertad o en la adultez, consumo de sustancias psicoactivas, VIH/SIDA y con ciertos medicamentos. La periodontitis puede resultar de una gingivitis no tratada, cuando las toxinas producidas por las bacterias contenidas en la placa bacteriana afectan el soporte dental, al estimular una respuesta inflamatoria crónica que deriva en la destrucción del soporte periodontal (encía, ligamento, soporte óseo), conduciendo en muchos casos a la pérdida dental. De igual forma que en la gingivitis, la severidad puede estar relacionada con las condiciones generales ya mencionadas¹⁰.

En el ENSAB la prevalencia de periodontitis según los criterios de Page y Eke, CDC-AAP para la edad de 18 años fue de 21.9%, dando cuenta de la necesidad de prevenir desde las primeras edades su aparición y sus consecuencias.

Tanto la caries como la enfermedad periodontal, se consideran condiciones altamente prevenibles en la mayoría de los casos, con la implementación de medidas sencillas como el mejoramiento de la alimentación, no consumo de tabaco y alcohol, adecuadas técnicas de higiene oral y aplicación de fluoruros tópicos y sellantes para el caso de la caries dental en las edades tempranas.

En el ENSAB IV con respecto a las prácticas de higiene oral los cuidadores de los niños de 1, 3 y 5 años reportaron que el 55.3% de los niños iniciaron esta práctica entre los 6 y 12 meses, el 45% de los padres o cuidadores asumen la responsabilidad de realizar la higiene de la boca del niño, el 74.2% indico que no han recibido información sobre el uso de la crema dental y el 78.2% no ha recibido explicación sobre la cantidad a usar durante el cepillado. En el caso de la población de 12, 15 y 18

⁸ Macías C, Díaz D, Caycedo M, Lamus F, Rincón C. Asociación de caries de infancia temprana con factores de riesgo en hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en Zipaquirá, Colombia. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2016; 28(1): 123-138.

⁹ American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and Infant Oral Health Care. Pediatr Dent. 2017; 39(6):208-212.

¹⁰ American Academy Periodontology. Types of gum disease. <https://www.perio.org/consumer/types-gum-disease.html>



años el 35.8% refiere haber recibido actividades educativas, el 35.4% control de placa y profilaxis, el 26% aplicación de flúor, el 20.01% detartraje y el 16.8% sellantes. En cuanto a los elementos de higiene oral usados por este grupo el 99% menciona usar crema dental, el 98.9% el cepillo, el 32.8% la seda y 24.5% enjuague bucal.

Como consecuencia de las bajas coberturas en las actividades de detección temprana y protección específica en salud bucal, según lo reportado en el ENSAB IV se evidencio la alta prevalencia de edentulismo parcial (perdida de al menos un diente) en adultos y adultos mayores y perdidas en edades tempranas del 15.28% a los 15 años y del 19,67% a los de 18 años (Ver Tabla 1).

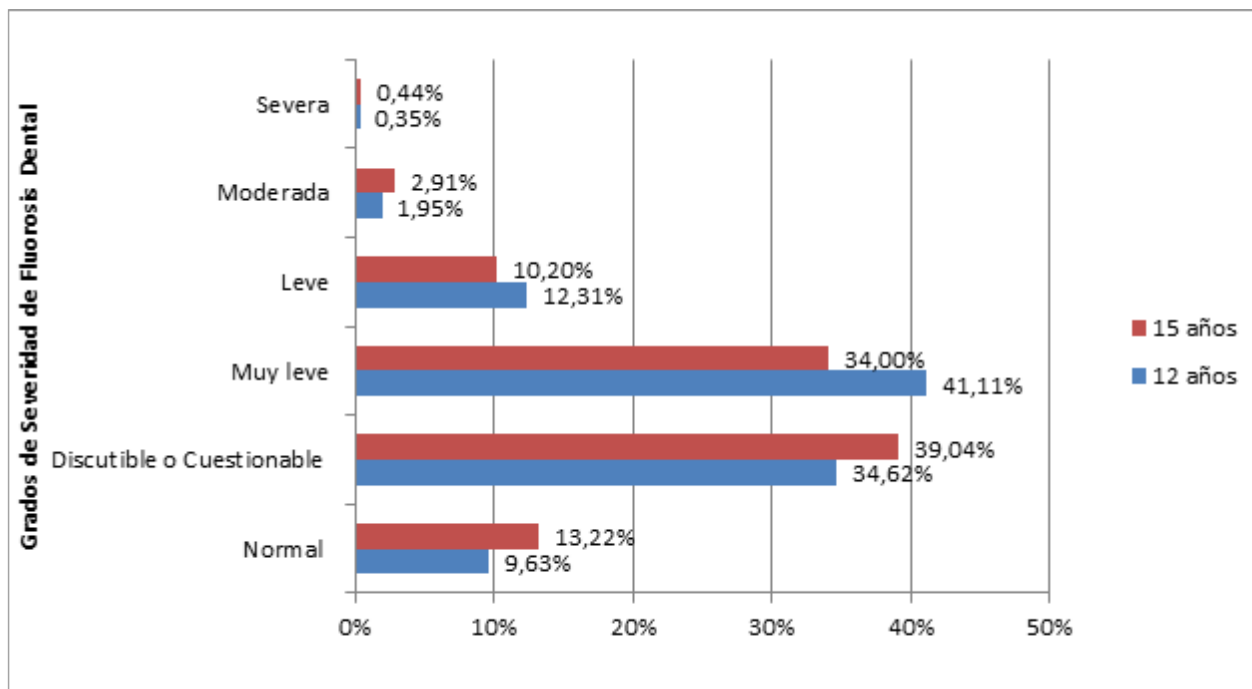
Tabla 1. Prevalencia de edentulismo parcial y edentulismo total en la población de 15, 18, 20 a 79 años en Colombia, 2013- 2014.

Grupo Etario	Edades	Edentulismo Parcial	Edentulismo Total
Jóvenes	15 años	15,28%	-
	18 años	19,67%	-
Adultos y Personas Mayores	20 a 34 años	45,49%	-
	35 a 44 años	82,69%	0,50%
	45 a 64 años	95,32%	7,43%
	65 a 79 años	98,90%	32,87%

Fuente: ENSAB IV

Otro de los eventos de interés en los menores de 18 años, es la presencia de fluorosis dental, que se produce como resultado de una ingesta excesiva de fluoruros durante el periodo de formación dental. Acorde con el ENSAB se presentan diversos grados de severidad en los jóvenes de 12 y 15 años, y aunque los grados leve, moderado y severo representan menos del 15% (ver gráfico 2), es necesario realizar educación a la población sobre las fuentes de flúor a las que los niños pueden estar expuestos y hacer uso controlado de los fluoruros, razón por la cual se ha adoptado el uso del barniz de flúor.

Figura 2. Presencia de fluorosis dental por severidad en la población de 12 y 15 años de edad. Colombia, 2013-2014.



Fuente: ENSAB IV-MSPS, estimaciones UT SEI-PUJ Cendex, 2013-2014.

2. Avances de la Estrategia 2014-2019

La estrategia se ha concentrado principalmente en los procesos de educación en el cuidado de la salud bucal y en la aplicación de barniz de flúor para los menores de 18 años.

Para el monitoreo y seguimiento de los avances, se toman como fuente de información oficial y definitiva los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), a partir de los cuales se realiza el monitoreo y seguimiento, y se presentan los resultados de los años de implementación de la estrategia de las acciones realizadas a través de las Jornadas Nacionales y de las acciones reportadas regularmente por los servicios de odontología a través de los RIPS.

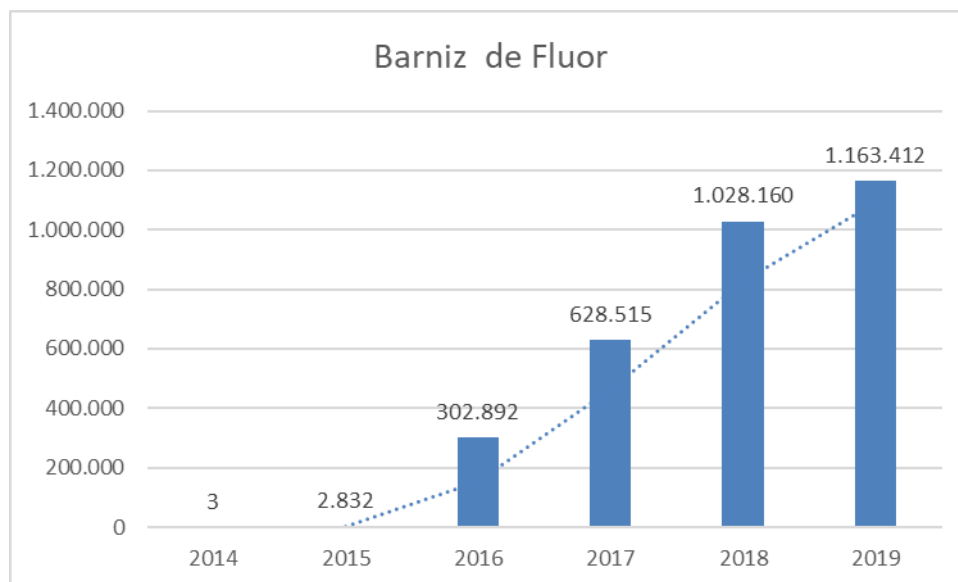
Si bien la estrategia se lanza en 2014, la implementación se inicia desde el año 2015, momento a partir del cual se ha conseguido un incremento exponencial de la aplicación de barniz de flúor como medida de protección específica, pasando de 2.832 personas atendidas en el año 2015, a 1.028.160 personas reportadas en los RIPS en 2018 y a 1.163.412 con la información disponible a agosto de 2019.



La salud
es de todos

Minsalud

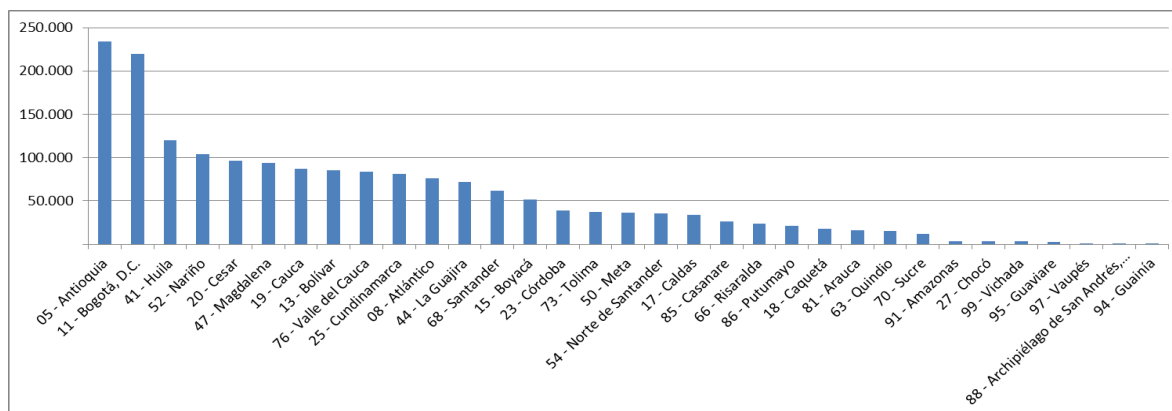
Figura 3. Número de personas atendidas con aplicación tópica de barniz de flúor. Colombia 2014-2019



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 8 de noviembre de 2019. Código CUPS 997106. Los datos calculados para

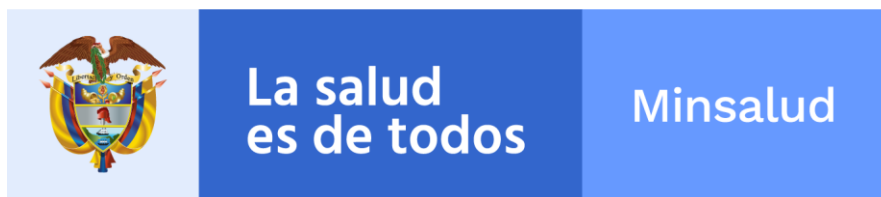
Al realizar el análisis por departamentos, se observa que solo Antioquia y Bogotá, presentan coberturas superiores a 200.000 personas con aplicación de barniz de flúor en el año, en tanto Huila y Nariño a pena superan las 100.000 personas y el resto de los departamentos se encuentran por debajo de las 100.000 personas cubiertas (ver figura 4).

Figura 4. Número de personas atendidas con aplicación tópica de barniz de flúor por Departamentos en Colombia durante el 2019.

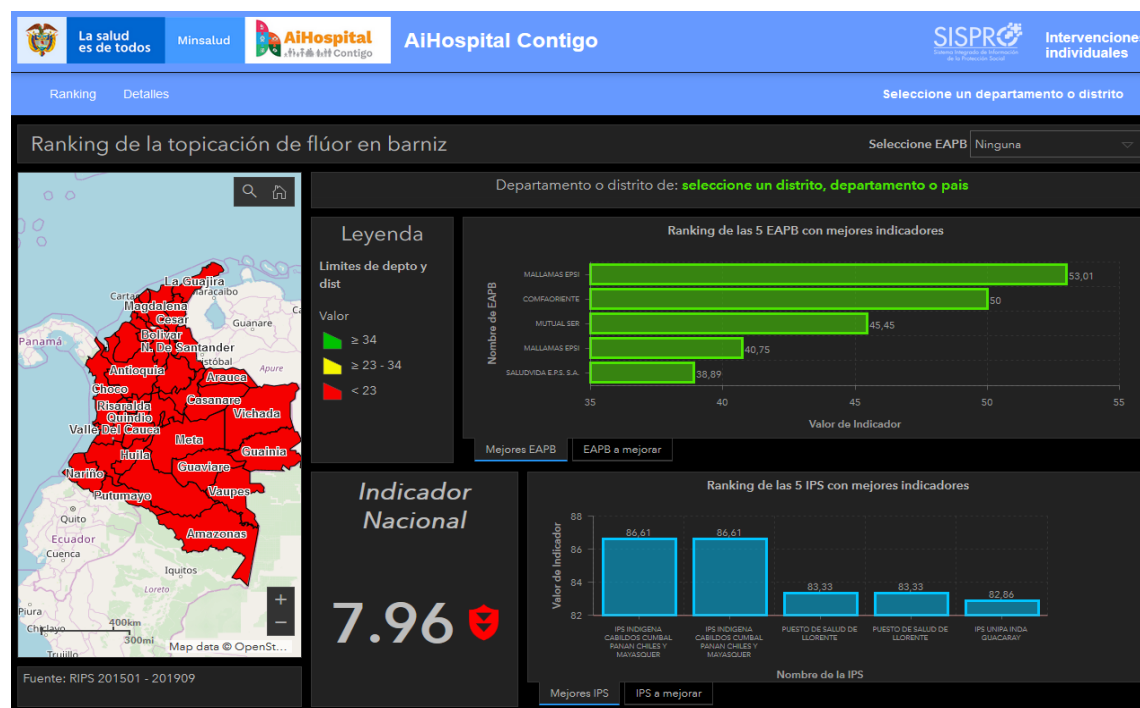


Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 9 de marzo de 2020. Código CUPS 997106.

A partir de los reportes del RIPS, el tablero de control de AiHospotal Contigo, mantendrá el monitoreo de la coberturas de las actividades programáticas contenidas en la RIA de Promoción y Mantenimiento

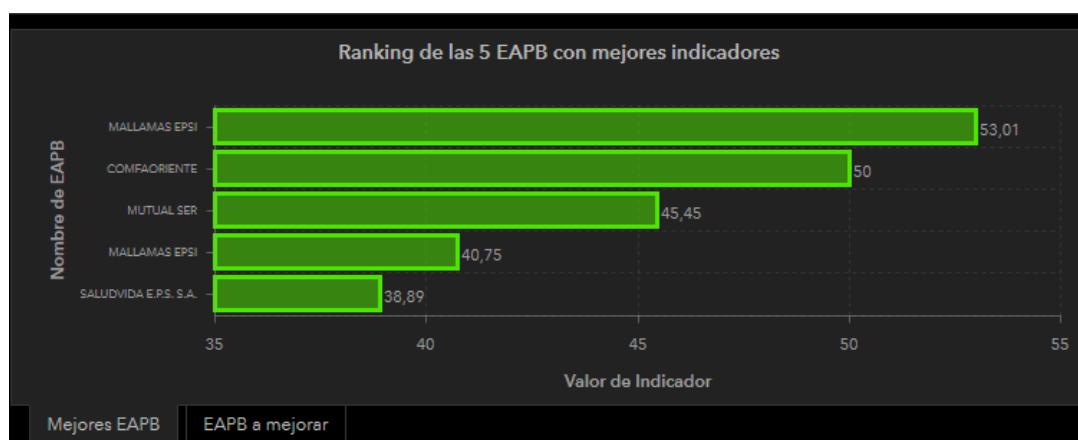


(Resolución 3280 de 2018), a partir de la cual el seguimiento se realiza por departamento o distrito, por EPS y por la red de prestadores. A la fecha la cobertura promedio nacional de la población entre 1 y 17 años que ha recibido de topicación de flúor en barniz es de 7.86%.



Fuente: SISPRO- MSPS – AiHospital Contigo. Consulta 10 de marzo de 2020.

Mediante esta aplicación,

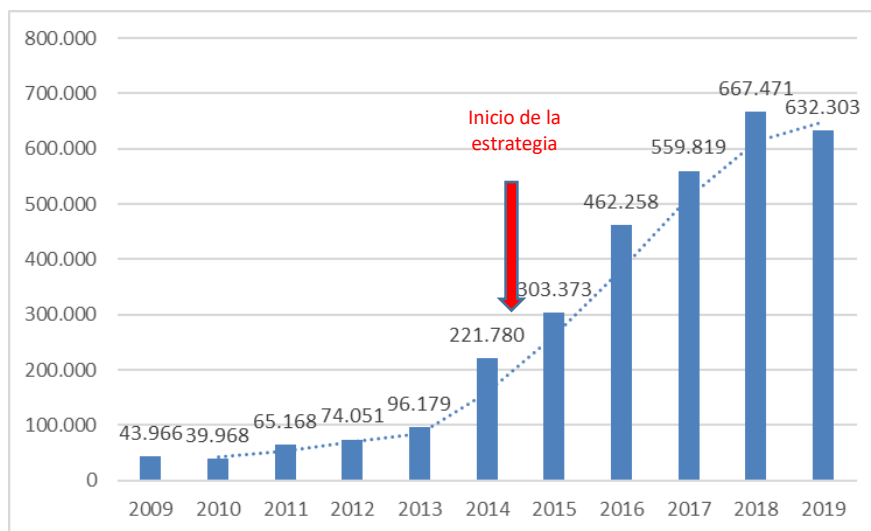


Fuente: SISPRO- MSPS – AiHospital Contigo. Consulta 10 de marzo de 2020.

Con relación a la actividad de educación en salud bucal, también se ha tenido una tendencia de incremento en las coberturas al pasar de 221.780 personas reportadas en el año 2014 (año en que

empezó la estrategia) a 667.471 personas reportadas a los RIPS en 2018 y a 632.303 a agosto de 2019 (figura 5).

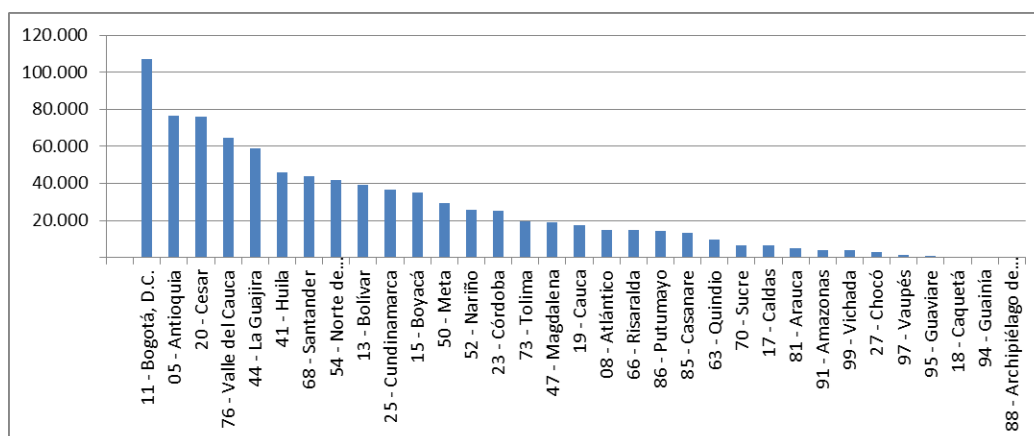
Figura 5. Número de personas menores de 18 años atendidas en educación individual en salud, por odontología. Colombia 2014-2019



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 8 de noviembre de 2019. Código CUPS 990203. Los datos calculados para el año 2019 corresponden a los meses de enero a agosto

Al analizar el comportamiento de la educación en cuidados bucales, según el registro individual de prestación de servicios –RIPS- por departamentos, Bogotá las 100.000 personas, Antioquia, Cesar, Valle del Cauca y La Guajira cubrieron entre 76.000 y 59.000 personas y los demás departamentos estuvieron por debajo de este valor (Figura 6).

Figura 6. Número de personas menores de 18 años atendidas en educación individual en salud – odontología, por Departamentos. Colombia 2019.



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 9 de marzo de 2020. Código CUPS 990203.



**La salud
es de todos**

Minsalud

3. Propósito de la Estrategia

Servir como herramienta operativa de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018), con el fin aportar a la consolidación de cohortes de población infantil, adolescente y joven con mejores condiciones de salud bucal, en particular con reducción en la historia y prevalencia de caries dental.

4. Objetivo General de la Estrategia

Incrementar la cobertura de personas intervenidas con información y educación para el cuidado de la salud bucal y con aplicación de barniz de flúor.

5. Objetivos Específicos de la Estrategia

- Concientizar a los cuidadores y padres de los menores de 18 años de la importancia de cuidar la salud bucal desde la erupción de los primeros dientes a fin de mantener una buena salud bucal a lo largo de los diferentes momentos del curso de vida.
- Aumentar progresivamente las coberturas de educación en cuidado de la salud bucal en menores de 18 años, cuidadores y padres y gestantes menores de edad.
- Aumentar progresivamente las coberturas de aplicación de barniz de flúor en menores de edad entre 1 y 17 años y gestantes menores de edad.

6. Población

- Menores de edad entre 1 y 17 años que reciben aplicación de barniz de flúor y actividades de educación en salud bucal.
- Gestantes menores de 18 años con aplicación de barniz de flúor y actividades de educación.
- Familias, padres y cuidadores de menores 18 años con actividades de educación para el cuidado de la salud bucal.



7. Metas de la Estrategia

- El 100% de los municipios del país implementan las intervenciones de salud bucal para población menor de 18 años, acorde con lo establecido en la Ruta de Promoción y Mantenimiento- RIAPYMS- (Resolución 3280 de 2018) y los lineamientos dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Lograr las coberturas de aplicación de barniz de flúor y de educación conforme lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y las normas que la complementen, adicionen o modifiquen.

8. Actividades de la Estrategia

8.1. *Educación para promover el cuidado de la salud bucal:*

La promoción de la salud se define como “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. Implica la creación de ambientes y entornos saludables, facilitando la participación social desde la construcción de ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso es involucrar a la comunidad en la implementación de las políticas. Las actividades deben involucrar la vida personal, familiar, laboral y comunitaria¹¹.

Las acciones de educación y comunicación para promover la salud deben estar articuladas con otras acciones como la implementación de políticas a través del uso de herramientas, planes, programas, proyectos y estrategias; también debe articularse con estrategias de movilización social, a fin de lograr la modificación de modos, condiciones y estilos de vida, incluyendo el ajuste de los servicios de salud y de la prestación de servicios como los de odontología.

Definición

Como parte de las acciones de promoción de la salud, la educación y comunicación para la salud se conciben como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud¹².

¹¹ Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 21 de Noviembre de 1986.

¹² Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. (Resolución 3280 de 2018)



La salud
es de todos

Minsalud

Alcance de la educación en la Estrategia

La educación para promover el cuidado de la salud bucal debe permitir:

- que la población pueda reconocer las condiciones que les favorecen mantener buenas condiciones de salud bucal a lo largo del curso de vida (alimentación saludable, no consumo de tabaco y alcohol, buenas prácticas de higiene bucal, atención preventiva y de protección específica) acorde con sus propias condiciones de vida, cultura y diversidad;
- reconocer como actuar para evitar y controlar los factores de riesgo comunes con las ENT (alimentación no saludable, consumo de tabaco y alcohol), y los específicos que afectan la salud bucal como la higiene bucal inadecuada, el estrés y trauma¹³, o la presencia de dispositivos en boca,
- identificar y apoyarse para participar en el control de las interacciones entre las afectaciones de la salud bucal y otras enfermedades no transmisibles - ENT (obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, EPOC y cáncer);
- conocer sus derechos para acceder a la atención en salud a través de los servicios que se prestan por las EPS pero también por las ET y otros actores.
- participar en procesos de movilización y participación para el cuidado de su salud y salud bucal, así como el de las personas con quienes se relacionan en la familia y en los entornos.

Esta educación permitirá la toma de decisiones frente a mantener una buena salud bucal para permitir a las personas comunicarse, masticar, deglutir y tener una buena autoestima, evitar molestias por enfermedades bucales como dolor, malestar, insomnio y limitaciones para comer afectando su bienestar y por ende su calidad de vida.

La promoción de cuidados de salud bucal permitirá proveer información que ayude a las personas a recuperar y mantener su salud, para lo cual se requiere el desarrollo de capacidades y procesos que permitan hacer uso del conocimiento científico de acuerdo a las condiciones y características de las diversas poblaciones, comunidades y personas con las que se interactúe a través del plan de beneficios con cargo a la UPC (PB) y de las tecnologías contenidas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC).

La educación para la salud debe incluir las siguientes actividades que debe involucrar no sólo a los profesionales de la salud bucal sino un trabajo conjunto entre las instituciones académicas, de investigación, prestadoras de servicios de salud, EAPBS y entidades territoriales:

- Identificar previamente los conocimientos, actitudes y prácticas -CAP-que tienen las personas, para reconocer y potencializar las que sean favorables para mantener y conseguir una buena salud bucal y las que deban ser modificadas positivamente en favor de la salud bucal.

¹³ Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bulletin of the World Health Organization. 2005; 83(9).



La salud
es de todos

Minsalud

- Reconocer las realidades individuales y/o colectivas y particulares que se relacionan con la salud bucal, normas sociales, creencias, actitudes, desarrollo de habilidades, cultura de la población, motivaciones y contexto bio-psico-social que afectan las prácticas en salud bucal.
- Favorecer acercamiento con las personas, poblaciones y comunidades, para concertar procesos de desarrollo del saber, comprender, sentir y actuar en relación con los temas de interés, en procura de favorecer la participación y movilización social.
- Diseñar, implementar estrategias y seleccionar medios, a través de los cuales se hagan llegar los contenidos, de acuerdo a las particularidades de la población a quienes se busca acompañar.
- Seleccionar las herramientas de información y educación pertinentes para lograr el acercamiento positivo que permita llevar los contenidos de cuidado en salud bucal.
- Diseñar e implementar conjuntamente, procesos formativos basados en diálogos de saberes y fomentando la participación comunitaria para la multiplicación de acciones de cuidado bucal.
- Acompañar a las personas, familias y colectivos para aplicar y transformar conceptos que favorezcan la salud bucal.
- Promover estrategias y proyectos colaborativos con participación ciudadana para difundir y fomentar cuidados de salud bucal.
- Desarrollar procesos de seguimiento, acompañamiento y asistencia, de forma sistematizada y documentada que permita identificar avances, logros y aspectos de interés a través del tiempo, como insumos para modificar estrategias, contenidos y acciones e implementar planes de mejoramiento.

Las estrategias y actividades para guiar las buenas prácticas para el cuidado de la salud son amplias y están supeditadas a las posibilidades e iniciativas que puedan desarrollar los profesionales, la comunidad, los servicios y los sectores, en los espacios de vida cotidiana de la población objeto, incluyendo los servicios de salud, los hogares y los establecimientos educativos, entre otros, identificando los mecanismos, tecnologías, medios de difusión y otras estrategias disponibles.

Población beneficiada

Las actividades de educación en cuidado de la salud bucal, lideradas y orientadas por los equipos de salud bucal (profesionales odontólogos y auxiliares de salud oral) con el apoyo de otros profesionales de la salud y otros sectores, deben fomentarse en todas las familias, padres, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, cuidadores, gestantes y gestores comunitarios quienes se mantienen en contacto con los menores de 18 años, procurando que sean apropiadas como parte de las acciones de cuidado de la salud de los menores pero también de ellos mismos. Estas orientaciones deben aplicarse independientemente de la condición de seguridad social, pero si deben ser aplicarse de forma diferencial acorde con las características de las personas, poblaciones y comunidades y por tanto ser adaptadas acorde con sus características diferenciales en los diversos ámbitos territoriales y entornos.



La salud
es de todos

Minsalud

Recomendaciones

Lograr la apropiación de prácticas de cuidado bucal, implica que el equipo de salud bucal en conjunto con otros profesionales de la salud y de otros sectores y los gestores comunitarios, realicen de forma continua y sostenida procesos de acompañamiento, educación y comunicación, monitoreo y evaluación a las personas, familias y comunidades en sus ámbitos de vida cotidiana, con el fin de lograr de forma progresiva la apropiación de conocimientos y el desarrollo de habilidades que lleven a mantener o mejorar la salud bucal.

Se deben tener en cuenta las particularidades y los diferenciales (edad, características socioeconómicas, étnicas, culturales, creencias, percepciones, entre otras) de las personas que hacen parte de las familias y comunidades de los menores de 18 años en todos los entornos (familias/viviendas, jardines infantiles, hogares de ICBF, establecimientos escolares de primaria y de secundaria, entornos universitarios y laborales, espacios sociales, entre otros), así como en los servicios de salud a través de todos los profesionales de la salud y la comunidad.

Descripción de la actividad

Los contextos en los que se pueden realizar las actividades de educación para la población objeto son los contemplados en la RIAPYMS como educación para la salud que incluyen:

- Educación individual a través de las tecnologías del Plan de Beneficios con cargo a la UPC como Educación en Salud por Odontología (CUPS 990203), Educación en Salud por Higiene Oral (CUPS 990212) e incluso Educación por Agente Educativo (CUPS 990211).
- Educación grupal (CUPS 9901) para todas las personas acorde con el momento de curso de vida, contemplado en la RIAPYMS con cargo a la UPC (incluye CUPS 990103 Educación grupal en salud, por Odontología, CUPS 990111 Educación grupal en salud, por Agente Educativo).
- Educación colectiva acorde igualmente con lo contemplado en la RIAPYMS en el marco de lo que establezca la ET dentro del PIC.

La educación para la promoción de la salud, implica, reconocer con todos los actores relacionados las problemáticas dentro de los contextos territoriales específicos; identificar los conocimientos, creencias, actitudes, normas sociales y practicas existentes y sobre cuáles de ellas es pertinente incidir; seleccionar las herramientas educativas y comunicativas pertinentes para junto con los actores involucrados, construir el conocimiento y aprendizaje orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes; diseñar e implementar igualmente con los actores el proceso formativo a partir del diálogo de saberes; acompañar a personas, familias y comunidades en la aplicación de los conceptos construidos; promover el desarrollo de proyectos concretos de intervención ciudadana para solucionar o incidir en las problemáticas identificadas; construir un plan de acción educativo para ahondar en las transformaciones individuales y sociales; evaluar participativamente el impacto obtenido con el proceso educativo, todo lo cual aplica claramente para el tema de salud bucal.

Mediante estas acciones, se espera la transformación positiva en los entornos de los conocimientos y las prácticas relacionadas entre otras con:



La salud
es de todos

Minsalud

- Alimentación saludable: fomentando prácticas como lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; alimentación complementaria saludable desde el sexto mes de vida; consumo de alimentos frescos no procesados; desarrollo de capacidades para la lectura de etiquetado tendiente a seleccionar alimentos saludables; entre otros.
- Identificación y aplicación de factores protectores que favorecen la salud bucal y la salud general, como: no consumo de tabaco o cesación del consumo en quienes ya lo iniciaron; control del consumo de alcohol; reducción de nutrientes críticos de interés en salud pública (sodio, grasas y azúcares); control de condiciones crónicas que comprometen la salud bucal, entre otros.
- Identificación y control del tabaquismo como factor de riesgo que favorece el desarrollo de la enfermedad periodontal¹⁴, de lesiones premalignas en cavidad oral y de cuatro enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, cáncer, EPOC y diabetes), informando sobre el riesgo de todas las formas de consumo de tabaco (cigarrillo, pipa, masticar tabaco) y de los cigarrillos electrónicos (también son llamados vapeadores, sistemas electrónicos de suministro de nicotina (SEAN), sistemas electrónicos sin suministro de nicotina (SSSN), vaporizadores personales, e-cigarettes, e-cigs, e-hookahs, mods, plumas de vapor o sistemas de tanque¹⁵)
- Identificación y fortalecimiento de factores de riesgo locales (en boca), temporales o permanentes, como: erupción dentaria (primaria, recambio y secundaria), trauma dental en prácticas deportivas, identificación de signos de alerta que requieran de atención inmediata basados en el Libro Clínico de AIEPI (Ministerio de la Protección Social, Sociedad Colombiana de Pediatría y OPS, 2010), riesgos en el uso de elementos como piercing intra y peri bucales y la pérdida temprana de dientes deciduos; hábitos como succión digital, bruxismo, empuje lingual, uso de chupos, onicofagia entre otros, que afectan el desarrollo de los maxilares y generan alteraciones en la oclusión.
- Hábitos de higiene oral y uso de elementos de higiene bucal: inicio de esta práctica desde la erupción del primer diente con una frecuencia de por lo menos dos veces al día para interferir con el crecimiento y la ecología del biofilm; responsabilidad y compromiso de padres y cuidadores para ayudar a los niños que por la edad no han desarrollado la motricidad para realizarlo solos o niños que presentan condiciones de discapacidad que limitan la realización de una adecuada higiene bucal; higiene ante presencia de aparatología de ortodoncia, piercing

¹⁴ Alvear FS, Vélez ME, Botero L. Factores de riesgo para las enfermedades periodontales. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2010; 22(1): 109-116.

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉLo que debes conocer sobre los cigarrillos electrónicos. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-general-cigarrillos-electronicos.pdf>



y condiciones sistémicas incluyendo condiciones de discapacidad; indicaciones en el uso de elementos de higiene bucal como cepillos de tamaño acorde a la edad, y al tamaño y forma de los maxilares; instrucciones para el uso de crema dental con flúor que incluye concentración de flúor, cantidad a usar y frecuencia de uso; uso de seda dental para la remoción de residuos especialmente en las caras interproximales y uso de cepillos interproximales en los casos en que se requiera; orientaciones sobre el uso de enjuagues bucales conforme la necesidad.

- Cuidados bucales y riesgos de las gestantes: cambios que se presentan a nivel periodontal durante la gestación; presencia de placa bacteriana por mala higiene oral e incremento del riesgo de desarrollar enfermedad periodontal, parto prematuro, niños con bajo peso al nacer¹⁶. Prácticas de salud bucal para la madre y el bebé como, lactancia materna y alimentación complementaria que debe comenzar a implementar con su hijo desde el nacimiento.
- Autoevaluación de las condiciones bucales para identificar tempranamente eventos que afectan la salud bucal, como la caries, la enfermedad periodontal, la fluorosis, la maloclusión, o la erosión dental caracterizada por la disolución química del tejido dentario sin involucramiento de bacterias que reblandece la superficie del esmalte y hace más susceptible a los tejidos dentales a impactos mecánicos. El diagnóstico de las lesiones iniciales si bien es muy difícil^{17,18}, las recomendaciones reducen su presencia (reducir el consumo de alimentos y bebidas ácidas, usar cremas dentales con baja concentración de abrasivos y no cepillar después del consumo de alimentos o bebidas ácidas¹⁹, entre otras).
- Reconocimiento de los servicios y actividades a los que tiene derecho para el cuidado de su salud general y en particular para el cuidado de la salud bucal, relacionadas con la prevención, diagnóstico, atención y rehabilitación, teniendo presente las contempladas en la Resolución 3280 de 2018 de acuerdo a los diferentes cursos de vida y en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (Resolución 3512 de 2019).

8.2. Aplicación de Barniz de Flúor

La aplicación de barniz de flúor, hace parte de las acciones preventivas y de protección específica, que están destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, reducir los factores de riesgo y realizar diagnóstico y tratamiento temprano para detener su avance y atenuar sus consecuencias. Se clasifica en tres niveles:

¹⁶ Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol.* 2004; 16 (2): 93-105.

¹⁷ *Wiegand and Attin, Oral Health Prev Dent, 2003;*

¹⁸ *Lussi et al., Br J Nutr, 2011*

¹⁹ *Ganess et al., Caries Res, 2001; Clin Oral Invest 2008*



prevención primaria (medidas orientadas a evitar la enfermedad), prevención secundaria (diagnóstico precoz) y prevención terciaria (tratamiento y rehabilitación)²⁰.

La terapia con flúor ha sido una estrategia utilizada para el control de la caries dental, ya que el ion flúor tiene la capacidad de retrasar o prevenir el desarrollo de lesiones de caries dental porque reduce la solubilidad del esmalte en un medio ácido promoviendo la remineralización del mismo²¹. [Buzalaf *et al.*, 2011].

Uno de los métodos de aplicación profesional de flúor, es el barniz de flúor, que tiene como ventajas la facilidad de aplicación desde edades tempranas, el tiempo de contacto prolongado con la superficie dental, seguridad en su uso y una buena aceptación por parte de los pacientes. Es un producto viscoso que se endurece cuando entra en contacto con la saliva formando una película que se adhiere a la superficie dental liberando de forma lenta el flúor hacia la superficie del esmalte y hacia la saliva. De esta forma sirven para prevenir la aparición de lesiones de caries porque reducen la desmineralización del tejido dental, así como también pueden generar procesos de remineralización del esmalte cuando existen lesiones iniciales de caries²². [Pessan *et al.*, 2011]. Una revisión sistemática de la literatura encontró que en poblaciones donde se usa el barniz de flúor como medida preventiva se logra disminuir el número de dientes cariados, obturados y perdidos en dentición decidua en un 37% y en dentición permanente en un 43%. [Marinho *et al.*, 2013].

Esta medida unida a prácticas de cuidado bucal como la higiene bucal, bajo consumo de azúcares, y control periódico por odontología entre otros, contribuye a reducir el riesgo de ruptura del esmalte y la consecuente formación de cavidades por caries dental.

Definición

Actividad que busca retardar y controlar el proceso de formación de caries dental al poner en contacto un método profesional de aplicación de flúor con la porción coronal o radicular del diente, para lo cual usa un vehículo que contiene altas concentraciones de flúor (22.000 ppm) que al entrar en contacto con la saliva forma una película que libera en forma continua iones de fluoruro hacia la superficie del diente y el medio bucal previniendo la desmineralización y disolución del tejido dental por la acción de microorganismos (*estreptococo mutans* y *lactobacilos*, principalmente).

9. Actividades a desarrollar a través de la Estrategia

- Gestionar con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las instituciones prestadoras de servicios, la implementación de las actividades de protección específica de salud

²⁰ Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int. 2011; 33(1): 7-11.

²¹

²²



La salud
es de todos

Minsalud

bucal establecidas en la Resolución 3280 de 2018, particularmente las relacionadas con la aplicación de barniz de flúor y la educación en salud.

Para el caso de la aplicación de barniz, es prioritario incentivar y monitorear que los servicios de odontología se realicen las aplicaciones del barniz de flúor para dar cubrimiento a toda la población objeto definida en la Resolución 3280 de 2018 a través de:

- ✓ las atenciones regulares en los servicios de salud odontológicos a lo largo de todo el año
- ✓ la realización de Jornadas Nacionales (idealmente en coordinación y articulación con el Programa Ampliado de Inmunización PAI), a fin de que en estas jornadas se completen las metas para llegar a las coberturas que anualmente sean estimadas y definidas

Población beneficiada

Los niños y jóvenes menores de 18 años son la población objeto para la aplicación de barniz de flúor, siendo concordantes con lo establecido en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud – RIAPYMS (Res. 3280 de 2018).

Recomendaciones

Acorde con la RIAPYMS, el barniz de flúor aplica para todas las personas en la primera infancia (a partir del primer año de edad), infancia y adolescencia.

En el marco del sistema de salud, los contextos en los que es posible realizar la aplicación del barniz son:

- Los servicios de odontología a través de la consulta odontológica intramural.
- Los servicios de odontología a través de la consulta odontológica extramural según se tenga habilitado dicho servicio por la entidad, para realizar acciones en los entornos de permanencia de los niños adolescentes y jóvenes (hogares, hogares comunitarios, establecimientos educativos, otros).
- La realización de Jornadas de Salud, con la participación de las ET a través de la intervención del PIC y de las EAPB para la realización de las acciones individuales, como parte de un programa o proyecto de salud pública.

El barniz se aplica mínimo dos veces por año de vida en la población menor de 18 años, teniendo presente que entre aplicación y aplicación debe existir un periodo de al menos 6 meses. Sin embargo, cuando se evidencien factores de riesgo como la dependencia para la práctica de cuidados bucales y de atención odontológica, poco desarrollo motriz, de crecimiento y de autopercepción, presencia de xerostomía, mal posición dentaria, discapacidad física o mental, falta de habilidad manual, presencia de aditamentos dentales (piercing, Brackets, u otros), altos índices de placa dental por inadecuados hábitos higiénicos, alto índice COP/ceo (historia de caries por encima de 3), presencia de caries no cavitacionales, alto consumo



de carbohidratos (azúcares refinados), entre otros, la aplicación del barniz puede requerir una mayor frecuencia (cada tres meses)²³.

La población sobre la que se inicie la cobertura con barniz de flúor, **NO DEBE** recibir adicionalmente aplicaciones de flúor en gel, para no realizar sobre-exposición y mantener un adecuado control de la exposición al flúor, con miras a no generar riesgo de presencia de otras condiciones.

Descripción de la actividad

Acciones previas a la aplicación

- Informe a través de los medios disponibles a padres, cuidadores y a los propios profesionales que los niños y adolescentes deben haber recibido alimentación de forma previa a la aplicación del barniz de flúor, de forma que una vez realizada la aplicación puedan estar una hora o más sin consumo de alimentos ni bebidas.
- Informe a los padres o cuidadores que, debido al color del barniz, puede presentarse un cambio temporal en el color de los dientes del niño o adolescente.
- Prevenga a los padres y cuidadores, que en especial los niños pequeños, pueden manifestar queja durante la aplicación pero que este se debe a la falta de costumbre de tener elementos extraños en boca, pero que no se debe a que se genere dolor o lesiones o mal sabor por el uso del barniz.
- Instruya a los niños, adolescentes, padres y cuidadores de que una vez aplicado el barniz, no debe recibirse alimentos por lo menos en la siguiente hora y que debe realizarse cepillado solo hasta 12 horas después de la aplicación o al día siguiente.
- Revise las recomendaciones de los fabricantes de los diferentes productos para garantizar que el material sea de calidad y para brindar las recomendaciones a niños, padres y cuidadores con relación a los cuidados que deben tenerse durante y posterior a la aplicación.

Acciones durante la aplicación del barniz

- Los niños de 1 a 3 años pueden ser colocados en el regazo de los padres (método rodilla-rodilla), con la cabeza del niño dirigida hacia el profesional y las piernas alrededor de la cintura de los padres o bien en el sillón o una mesa de examen.
- Haciendo uso de una suave presión, abra la boca del niño y retire el exceso de saliva con una gasa; en los niños mayores y adolescentes, el cepillado de dientes puede ser suficiente y la profilaxis profesional no es requerida en caso de no poder realizarla.
- Aísle de forma relativa, la zona de trabajo dependiendo de la cantidad de dientes presentes y la edad del niño.
- Haciendo uso de un aplicador microbrush o pincel o un aplicador tipo jeringa, según las recomendaciones de la casa comercial del producto, aplique una capa delgada del barniz directamente sobre **todas las superficies de los dientes** (entre 0,3 y 0,5 ml de barniz), buscando tener un orden para evitar que algún diente se quede sin aplicación, aún si presenta lesiones de caries no cavitacionales en una o más de sus superficies. No lo aplique los dientes donde presente grandes cavidades abiertas.
- La seda, el hilo dental u otros aditamentos, deben usarse en caso de que se pueda para asegurar el depósito de barniz, en las zonas interproximales.



La salud
es de todos

Minsalud

- Una vez aplicado el barniz, no es necesario preocuparse por la contaminación de la saliva, pues el material se seca rápidamente en su presencia.

Acciones posteriores a la aplicación

- Instruya a niños, padres y cuidadores sobre no consumir alimentos durante una hora o más posterior a la aplicación del barniz (verificar el tiempo con las instrucciones del fabricante del material que se esté empleando en el momento), y al hacerlo esta debe ser una dieta blanda y no abrasiva o pegajosa (dulces, chicles, entre otros) por el resto del día.
- Instruya en no realizar cepillado ni uso de crema dental hasta 12 horas después o el día siguiente (o según las recomendaciones del fabricante del material).

10. Financiación

- Los procedimientos de información, se encuentran financiados a través de los procedimientos individuales contenidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y a través de los procedimientos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, acorde con las competencias tanto de las EPS como de las entidades territoriales. Igualmente las acciones de educación, cuentan con financiación dentro de los dos planes de beneficios.
 - Para los menores de 18 años, la aplicación de barniz de flúor se encuentra incluida dentro del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, por lo que no debe generarse ningún tipo de barrera de acceso dentro de los servicios, para que los usuarios puedan acceder a este procedimiento.
 - Las personas que no se encuentran afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, deberán ser cubiertos con los recursos de oferta, por parte de las respectivas entidades territoriales.
 - Las Entidades Territoriales, deben disponer recursos para la Gestión en Salud Pública, y hacer uso eficiente del mismo, potencializando tanto las acciones PAI como para las de Salud Bucal.

11. Reporte para el monitoreo y evaluación 2020 de la Estrategia Soy Generación más Sonriente

En 2020, el reporte de las intervenciones de educación en toda la población y de aplicación de barniz de flúor en los menores de 18 años, realizadas durante las consultas de odontología y durante las jornadas nacionales a través de mecanismos intra o extramurales, **se realizará sólo a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS.**

A través de los reportes en RIPS se monitoreará y evaluará el incremento de las coberturas de:

- Número y porcentaje de niños y/o cuidadores que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal (incluye los CUPS descritos en el numeral 9.1.).
- Número y porcentaje de niños de 1 a 2 años (12 a 35 meses), con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida.



La salud
es de todos

Minsalud

- Número y porcentaje de niños de 1 a 2 años (12 a 35 meses), con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número y porcentaje de niños de 3 a 5 años (36 a 71 meses), con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número y porcentaje de niños de 3 a 5 años (36 a 71 meses), con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida. Número y porcentaje de población de 6 a 17 años con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número de entidades que promueven cuidados bucales en territorios y en el país.
- Número y porcentaje de población de 6 a 17 años con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número y porcentaje de gestantes que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal.
- Número y porcentaje de adultos mayores que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal.