

Boletín Epidemiológico Temático

Vigilancia en Salud Pública de la Salud Oral
Primer trimestre del 2011

**Situación de salud
oral de la gestante y
menores de 5 años**



SECRETARÍA DISTRITAL
DE SALUD
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ

I. Contenido

	Página
1. Presentación	4
2. Introducción	4
3. Red de vigilancia en salud oral	4
4. La Gestante	5
5. Niños y niñas menores de 5 años	9
6. SISVESO (Años 2010-2011) Comportamiento notificación y las Alertas Epidemiológicas.	13
7. Discusión	14
8. Conclusiones	15
9. Glosario	16
10. Bibliografía	17

II. Índice de Cuadros

	Página
Cuadro 1. Número de gestantes captadas en el primer trimestre, años 2010 – 2011	5
Cuadro 2. Índice COP-D en Gestantes.	9
Cuadro 3. Número de niños y niñas captados en el primer trimestre años 2010 – 2011	9
Cuadro 4. Índice ceo-d en menores de cinco años.	12

III. Índice de figuras

	Página
Figura.1 Participación por red de vigilancia de la salud oral en la captación de la gestante	4
Figura. 2 Porcentaje de mujeres en estado de embarazo captadas en el SISVESO	5
Figura. 3 Participación de la gestante según etapa de ciclo vital	6
Figura. 4 Porcentaje de acuerdo a la visita al odontólogo en el año anterior	6
Figura. 5 Frecuencia de uso diario de elementos de higiene oral gestantes	7
Figura. 6 Porcentaje de gestantes según Estado de higiene oral por etapa de ciclo vital	7
Figura. 7 Estado periodontal de la gestante	7
Figura. 8 Comportamiento de las alertas epidemiológicas de salud oral en las gestantes I trimestre años 2010 -2011	8
Figura. 9 Comportamiento de los eventos objeto de vigilancia epidemiológica en salud oral en la gestante I trimestre años 2010 y 2011	8
Figura.10 Visita al odontólogo el año anterior de las niñas y niños menores de 5 años captados en el primer trimestre del año 2011	10
Figura.11 Frecuencia de uso diario de elementos de higiene oral en las niñas y niños menores de cinco años captados en el primer trimestre del año 2011	10
Figura.12 Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años captados en el SISVESO, según estado de higiene oral, primer trimestre de 2011	11
Figura.13 Comportamiento de los eventos objeto de vigilancia epidemiológica en salud oral en los niños y niñas menores de cinco años, captados en el SISVESO en el primer trimestre años 2010 y 2011	11
Figura.14 Comportamiento de las alertas epidemiológicas de salud oral en los niños y niñas menores de cinco años, captados en el SISVESO en el primer trimestre de los años 2010 – 2011	12
Figura.15 Pirámide poblacional SISVESO, primer trimestre, año 2011, Bogotá D.C.	12

Presentación

El Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral SISVESO, tiene como objetivo general el monitoreo sistemático y continuo de la población Bogotana, para evidenciar su situación de salud oral e identificar los determinantes sociales que puedan incidir en ella.

Dentro de este proceso es importante evidenciar esta situación en poblaciones específicas como gestantes y menores de cinco años, que además son objeto de seguimiento dentro del Plan de Gobierno Distrital.

Introducción

La Secretaría Distrital de Salud realiza seguimiento de la salud oral de la gestante y los niños y niñas menores de 5 años, meta estructural No. 10.

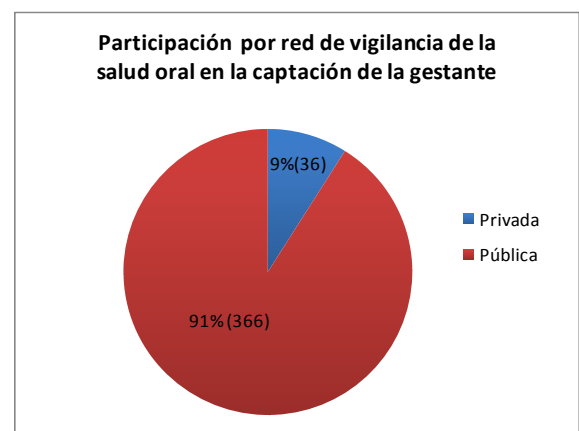
La norma (resolución 412 de 2.000 del MPS),(1) contempla su atención dentro de las actividades de promoción y prevención de la salud, donde las Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios, a cargo de ellas, tienen la responsabilidad de

brindarle atención integral y de calidad.

Ante esta situación y contando desde la Dirección de Salud Pública, en el área de vigilancia en salud, con el subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral SISVESO, en el que desde el año 2009 se ha implementado la estrategia de vigilancia centinela de la población bogotana, pretende a través del análisis de la información, evidenciar la situación de salud oral de estos grupos poblacionales, para la toma de decisiones en el modelo de atención en salud oral, actual.

Red de vigilancia

Figura. 1



Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011.

En los meses de Enero, Febrero y Marzo del año 2011, que comprenden el primer trimestre del año, el SISVESO, ha implementado su estrategia de vigilancia centinela en 110 Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD), donde el 75%(83) pertenecen a la red pública (14 empresas sociales del estado, de primer nivel de atención); el 18%(20) pertenecen a la red privada (5 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios) y el 6%(7) son Instituciones Educativas Distritales que cuentan con atención odontológica para la población escolar.

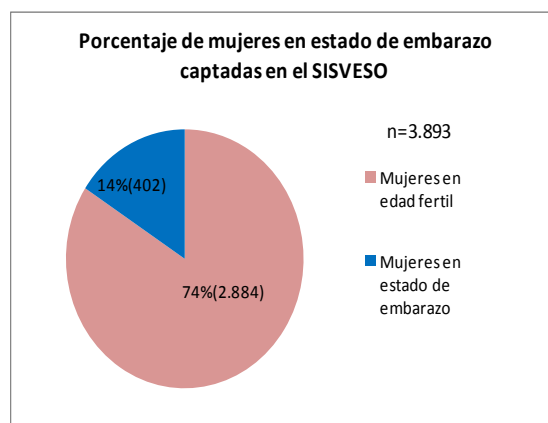
La gestante

Cuadro. 1. Número de gestantes captadas en el primer trimestre para los años 2010 – 2011

Población femenina	I trimestre año 2010	I trimestre año 2011
Gestantes capatadas	306	402
Mujeres en edad fértil	1.656	2.884
Total población femenina captada	2.247	3.893

Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2010 - 2011

Figura. 2



Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011.

Del total de mujeres captadas para este periodo (3.893), el 74% se encuentran en edad fértil (10 a 49 años de edad) y de estas el 14% (402) se encontraban en estado de embarazo, el 91%(366) lo aporta la red pública y el 9%(36) la red privada.

El 57%(229 gestantes) acceden de forma tardía a la consulta odontológica, después de la semana 15 de su gestación, a partir del segundo trimestre de embarazo; el 45%(173 gestantes) lo hacen de forma oportuna, en el primer trimestre de su embarazo, período en el que deben ser valoradas y educadas para promocionar y mantener una buena salud oral durante la gestación y posteriormente al nuevo ser.

Figura 3.



Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011

El 75% de las gestantes se encuentran en la etapa de ciclo vital, juventud (edad entre los 10 a 26 años) y el 25% en la adultez (edad entre los 27 y 49 años).

Las gestantes pertenecen a 18 localidades de residencia de Bogotá D.C., con mayor participación, Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar, Bosa, Suba, Kennedy, Usaquén, Fontibón, Engativá, Tunjuelito y San Cristóbal, donde se concentra el 87% de ellas.

El 76% se concentran en el estrato socioeconómico uno y dos, y el restante se encuentra en estrato tres.

La participación por etnia es muy baja apenas 3 de ellas son afrocolombianas y una (1) indígena; 6 se encuentran en condición de desplazamiento.

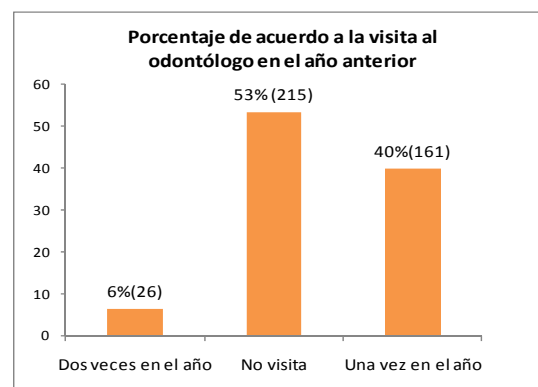
En cuanto a la ocupación el 60%(240) refiere ser ama de casa, mientras que el 23%(93 gestantes) son

trabajadoras, desempeñando diversidad de oficios, y, tan solo el 17%(69 mujeres gestantes) son estudiantes, 3 de las cuales, son menores de edad.

El 84% de las gestantes refieren tener un nivel educativo bajo, 40% con bachillerato completo, 35% bachillerato incompleto, el 9% primaria y tan solo el 16% de ellas tienen un nivel técnico o universitario en su gran mayoría incompleto.

Seguridad social en salud: el 54%(217 gestantes) se encuentran en la población vinculada o pobre no asegurada; el 37%(148) pertenecen al régimen de aseguramiento subsidiado y el 9%(36) al contributivo; particular 1 gestante.

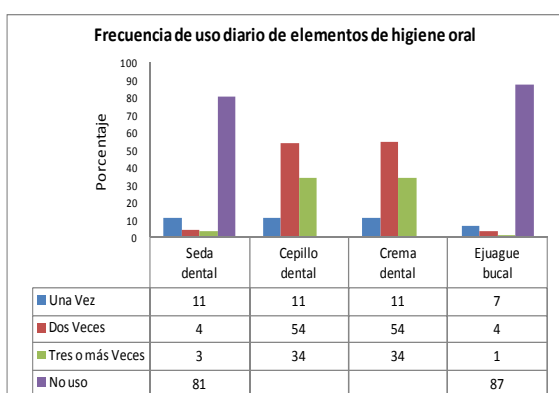
Figura 4.



Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011

El 53% de las gestantes refieren no haber visitado al odontólogo el año anterior a la actual consulta, las razones expuestas: falta de tiempo, no consideraron necesario, por descuido, y, falsos imaginarios con respecto a la consulta odontológica en estado de embarazo.

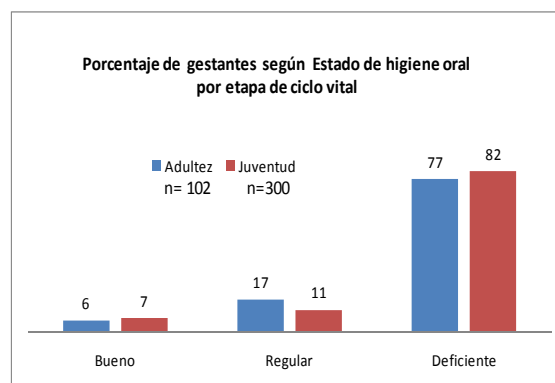
Figura 5.



Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011

En cuanto a los hábitos de higiene oral, la seda dental y el enjuague bucal no se utilizan dentro de los elementos de higiene oral en una gran proporción; el cepillo y la crema dental son los de mayor uso, utilizándolos tan solo dos veces al día, desatendiendo la recomendación del odontólogo de realizarlo mínimo tres veces al día para lograr una adecuada higiene oral.

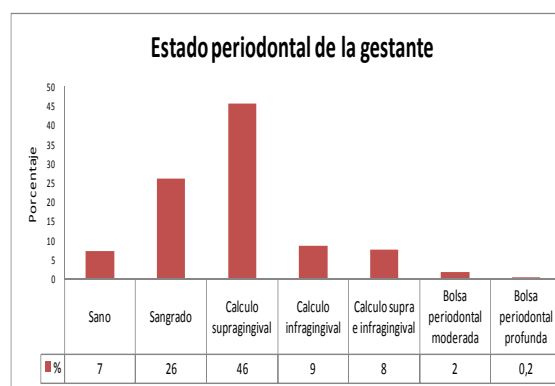
Figura 6.



Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011

El 81%(324 gestantes) presentan un estado de higiene oral deficiente de acuerdo al resultado del índice de higiene oral de silness & Loe modificado, que evidencia la presencia o ausencia de placa bacteriana en las superficies dentarias.

Figura 7.

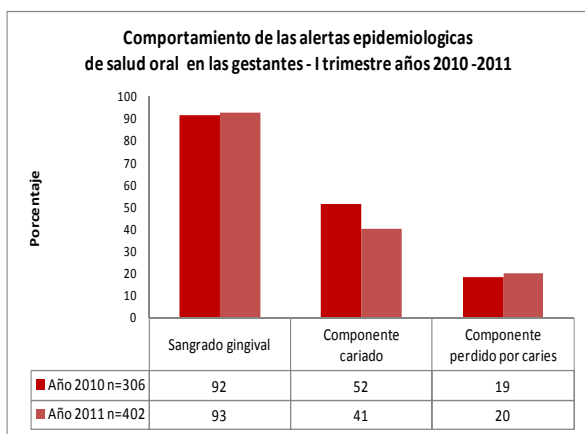


Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011

El 62%(249 gestantes) presentaron calculo dental, siendo más frecuente el supra gingival, situación previa a la enfermedad periodontal y el 26%(105) presentaron sangrado gingival al sondaje y relacionado también con presencia de placa bacteriana.

En el mismo periodo del año 2010 se captaron 306 gestantes, es importante resaltar que en este, la estrategia de vigilancia centinela, se había implementado apenas en tres UPGD de la red privada y el resto pertenecían a la red pública.

Figura 8.



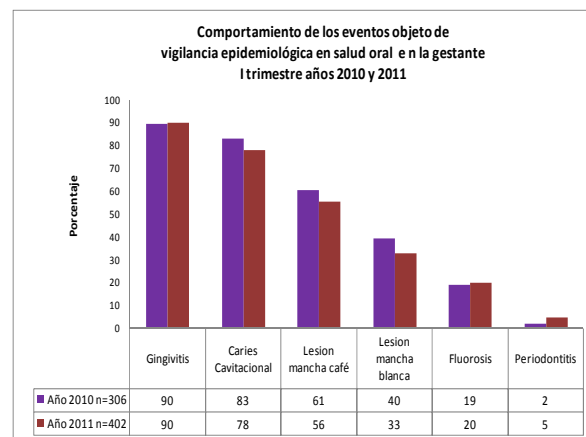
Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2010- 2011

Para el año 2010, se generan 496 alertas epidemiológicas en las gestantes captadas en el primer trimestre del año (enero, febrero y marzo) donde en promedio se generan 2 alertas epidemiológicas por cada gestante, de igual manera ocurre en para el año 2011, donde en

el mismo periodo, se generan 618 alertas epidemiológicas, también en promedio 2 por cada gestante. Las de mayor registro son alerta por sangrado gingival y por componente cariado, siendo de menor reporte la de componente perdido por caries.

La alerta por sangrado está relacionada con presencia de placa bacteriana blanda o dura y es espontanea. Las alertas componente cariado y perdido por caries se generan cuando el odontólogo encuentra 3 o más de 3 dientes con caries cavitacional que no han tenido intervención e igual rango para los perdidos por caries únicamente.

Figura 9.



Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2010 - 2011

Para el año 2010, en las gestantes, se captaron 901 eventos de vigilancia epidemiológica de la salud oral, en

promedio por cada gestante se notifican 3 eventos; de igual manera en el año 2011, donde en total se captaron 1.132 eventos de vigilancia en salud oral. La gingivitis, la caries cavitacional, lesión mancha café y blanca siguen siendo los eventos de mayor prevalencia en el periodo de ambos años.

Cuadro. 2. Índice COP-D en Gestantes.

C	O	P	COP D
3	3	1	7

El resultado del índice epidemiológico cariado, obturado y perdido por caries es de un promedio de 7 ubicándose en un rango de muy alto dentro de la clasificación de la Organización Mundial de la salud. Se encuentra además a expensas de los componentes cariados y obturados donde se puede observar que han sido objeto de intervención para el evento de caries cavitacional.

Niños y niñas menores de cinco

Para el primer trimestre del presente año, los menores de cinco años representan el 47%(653) del total

para la etapa de ciclo vital infancia (1.401 niñas y niños); el 99%(649 niños y niñas), pertenece a la etapa de ciclo vital infancia del grupo pre-escolar, niños y niñas entre uno y cuatro años de edad y el 1%(4) son menores de un año.

El 52%(340) pertenecen al sexo masculino y el 48%(313) al sexo femenino.

Cuadro. 3. Número de niños y niñas captados en el primer trimestre años 2010 – 2011

Menor de 5 años	Año 2010	Año 2011
Femenino	160	313
Masculino	168	340
Total	328	653

Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2010 – 2011

Por localidad de residencia los menores de cinco años captados pertenecen a las 20 localidades de Bogotá D.C.; el 95% se concentran por orden de frecuencia en: Fontibón, Ciudad Bolívar, Engativá, Suba, Rafael Uribe Uribe, Bosa Tunjuelito, Usme, Kennedy, Usaquén, Santa Fe, San Cristóbal y Antonio Nariño.

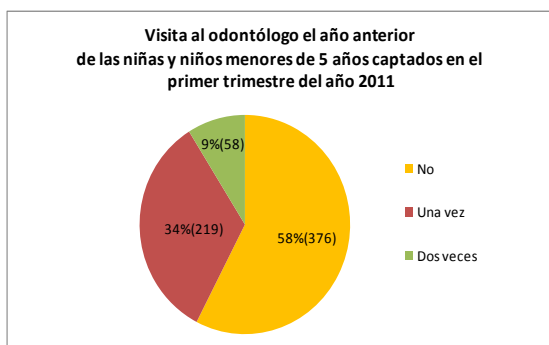
Dentro de las características socio-económicas encontramos que el 49%(318 niños y niñas) pertenecen al estrato dos, el 28%(185) al tres, el

23(148) al uno y el 0.3%(2) al estrato cuatro.

En condición de desplazamiento se encuentran 5 niños y niñas que representan el 1% del total captado.

El 57%(374 niños y niñas menores de 5 años) se encuentran afiliados en salud, al régimen subsidiado; el 29%(190) son población vinculada y el 14%(89) están afiliados al régimen contributivo.

Figura 10.

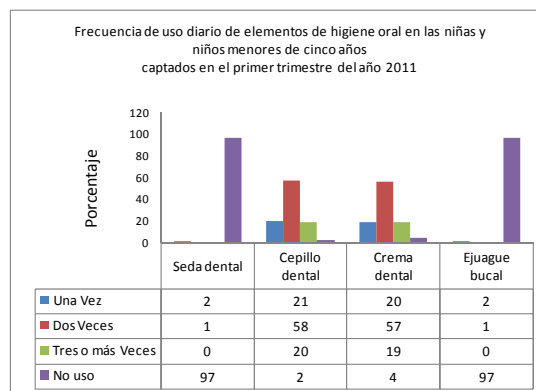


Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011

El 58%(376 niños y niñas menores de 5 años) no visitaron al odontólogo el año anterior, el 34%(219) lo visitaron una vez y tan solo en el 9%(58) se cumple lo normado en la resolución 412 del año 2000, del Ministerio de la Protección Social, visita al odontólogo dos veces al año dentro de las acciones de promoción, prevención y protección de la salud oral; las razones de los cuidadores es falta de

tiempo, descuido y desconocimiento de los deberes para con la salud.

Figura 11.

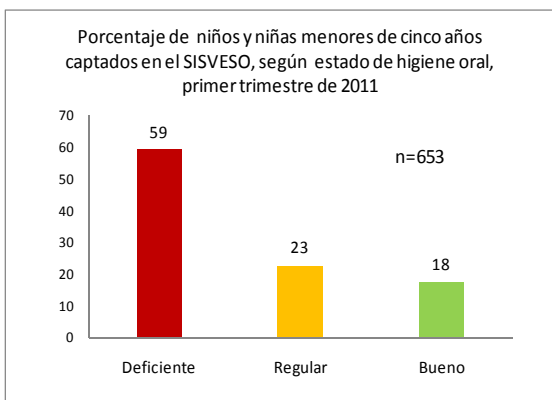


Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011

El 97% de los niños y niñas menores de cinco años captados en el SISVESO para el primer trimestre del presente año, no usan dentro de sus elementos de higiene oral, la seda dental ni el enjuague bucal, esto puede deberse en esta población específica a la edad en la que estos deberán empezar a usarse.

El cepillo y la crema dental se usan con mayor frecuencia dos veces al día, lo que puede deberse a la réplica de los padres o cuidadores en cuanto a los hábitos de higiene oral.

Figura 12.



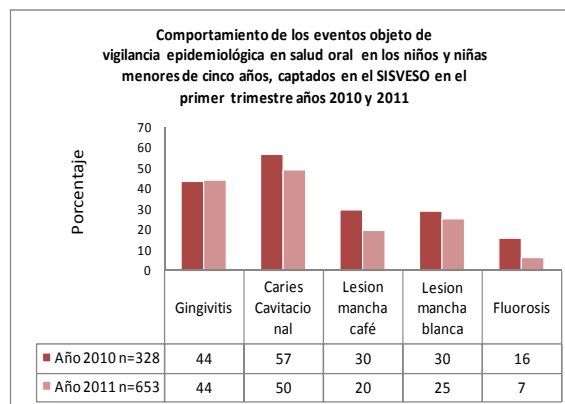
Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011

El estado de higiene oral de acuerdo al índice de Silnes & Loe modificado, es bueno, tan solo, en el 18% (115 niñas y niños) de los menores de cinco años, donde se evidencia presencia de placa bacteriana en menos del 15% de las superficies dentarias examinadas.



Fuente: Foto de Anna Karwowska, http://es.123rf.com/photo_2168076_la-peque-a-ni-a-cute-cepill-ndose-los-dientes.html

Figura 13.

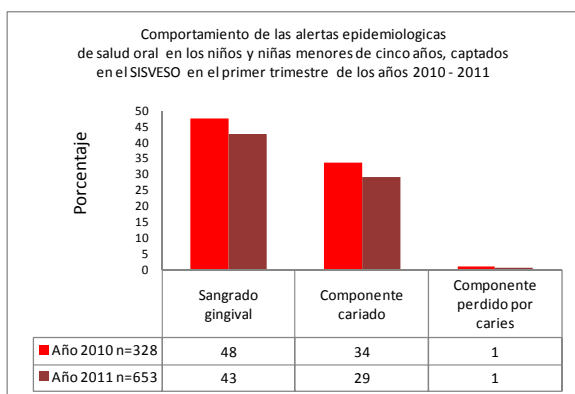


Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2010 – 2011

En el año 2010, por cada niño o niña menor de cinco años se captaron en promedio 2 eventos objeto de vigilancia epidemiológica de la salud oral; en el año 2011, por cada niño o niña menor de cinco años se captó en promedio un evento.

La caries cavitacional es el evento de mayor prevalencia en ambos años afectando el 57% y 50% de esta población en el 2010 y 2011 respectivamente. Las lesiones mancha blanca y café son el tercer y cuarto evento de notificación, y, en ellos se encuentra la intervención oportuna.

Figura 14.



Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2010 – 2011

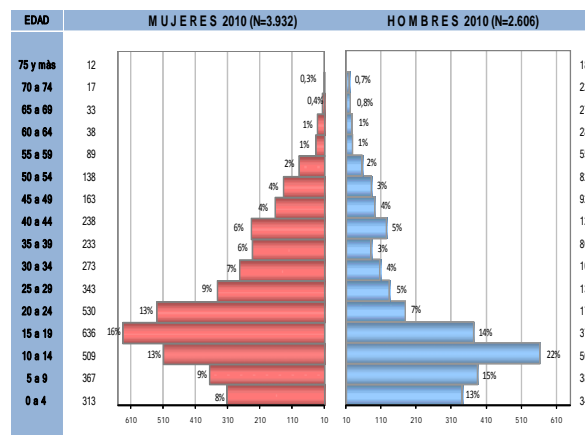
Cuadro 4. Índice ceo-d en menores de cinco Años.

c	o	p	ceo-d
2,0	0,3	0,1	2,3

Para los dientes temporales el promedio del índice epidemiológico cariados, extracción indicada y obturados es de 2,3 que según la Organización Mundial de la Salud se encuentra en un rango bajo, y, al analizar cada componente estaría a expensas del cariado (caries cavitacional) con un promedio de 2, donde podemos observar que no ha habido intervención por el promedio de obturados.

SISVESO, notificación de eventos objeto de vigilancia y alertas epidemiológicas, primer trimestre, años 2010-2011

Figura 15. Pirámide poblacional SISVESO, primer trimestre, año 2011, Bogotá D.C.



Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2011

La juventud (personas entre los 10 y 26 años de edad) es la etapa de ciclo vital con mayor participación representando el 45% del total de población captada en este trimestre, dentro de esta, el sexo femenino es el de mayor participación con el 63%, mientras el masculino 37%.

Sigue la adultez (personas entre los 27 y 59 años de edad) representando el 29%, donde el sexo femenino también, es el de mayor participación, con el 68% y 32% para el masculino.

La infancia participa con el 22%(1.401 niños y niñas entre cero y

9 años de edad), siendo en este mayor el masculino con el 52%, mientras el femenino 48%.

La persona mayor (personas de 60 años y más) es el de menor registro, representando el 3%(195) del total.

Cuadro. 3. Comportamiento de la notificación de los eventos de vigilancia en salud oral para el primer trimestre de los años 2010 – 2011.

Evento	Año 2010		Año 2011	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Gingivitis	2869	79	4962	78
Caries cavitacional	2730	75	4559	71
Lesión mancha café	1802	50	2878	45
Lesión mancha blanca	1330	37	1622	25
Periodontitis	188	5	354	6
Fluorosis	782	22	1120	18
Total personas captadas	3633	100	6380	100

Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2010 – 2011

Para los meses de enero, febrero y marzo del año 2010, se notificaron al SISVESO, 9.701 eventos en 3.633 personas captadas, en promedio se notificaron 3 eventos por persona.

Para el año 2011, se notificaron 15.495 eventos en 6.380 personas captadas para este periodo, en promedio se notificaron 2 eventos por persona.

El comportamiento por evento es similar en ambos años, donde gingivitis y caries cavitacional son los

de mayor prevalencia, y se encuentran en todos las etapas de ciclo vital.

Cuadro. 4. Comportamiento de las Alertas epidemiológicas en salud oral para el primer trimestre de los años 2010 – 2011.

Alertas epidemiológicas	Año 2010		Año 2011	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sangrado gingival	2998	83	5073	80
Componente cariado	1547	43	2120	33
Componente perdido por caries	947	26	1542	24
Total personas captadas	3633	100	6380	100

Fuente: SISVESO, S.D.S., D.S.P., Área de vigilancia en salud pública. Bogotá D.C., I trimestre de 2010 – 2011

Para el año 2010, en el periodo analizado, la red de vigilancia generó 5.492 alertas epidemiológicas en salud oral, en promedio 1,5 por cada persona captada (3.633).

Para el año 2011 el comportamiento fue muy similar, a pesar de captar casi el doble de personas (6.380) donde por cada persona se generó en promedio 1,4 alertas epidemiológicas en salud oral.

FIN

Discusión

En el tema de la promoción y prevención de la salud oral, existe una norma del orden nacional (resolución 412 de 2000) (1), emanada por el Ministerio de la Protección Social, que es clara en su ejecución, partiendo de que los niños y niñas, no nacen enfermos, y, en el sistema de atención deben estar todas las acciones encaminadas a abordar la salud y las acciones mantenimiento de está, en la población que pertenece a la infancia.

Al igual que otros programas de monitoreo en el país y en Bogotá, en la salud oral tenemos un esquema preventivo que cumplir, primordialmente en la primera infancia, hasta los cinco años de edad.

De otro lado dentro de la atención prenatal de la gestante está contemplado el acceso oportuno al monitoreo de la salud oral durante su gestación, que implica inducción y seguimiento, para el aprendizaje de una cultura de auto cuidado y multiplicidad.

El gran interrogante es: ¿Si todo está dado para que la situación de salud oral de estas poblaciones, sea favorable, fortaleciendo su calidad de

vida, porque se está presentando esta situación de salud oral, que observamos mediante la evidencia epidemiológica, y, que presentamos en el presente boletín?

La responsabilidad que como país y Distrito capital, tenemos ante la situación de salud oral, se plantea también en las metas internacionales y nacionales que como tarea debemos estar monitoreando de forma permanente, con el propósito de lograr que “el 50% de los niños a la edad de 6 años estén libres de caries dental; reducir el índice COP particularmente en el componente C, a la edad de 12 años, en un X porcentaje (construcción línea base año 2010-2011), con especial atención en grupos poblacionales de alto riesgo”(4), entre otras.

Las nuevas metas en salud oral, no solo miran la posibilidad de disminuir la caries dental, sino que proponen hacer frente a otros componentes como las condiciones relacionadas con la salud periodontal, la mucosa bucal, el cáncer, pre-cáncer bucal, trauma cráneo facial, el dolor **y la relación entre la salud bucal y la calidad de vida.** (4)

El Plan Nacional de Salud Pública, al incluir la obligatoriedad de introducir a los menores de 1 año en la atención odontológica, obliga a contar con mecanismos más acordes para identificar etapas más tempranas de

la enfermedad cariosa, y, poder intervenir en edades más tempranas de la vida, con acciones más costo efectivas. Por lo anterior si bien el COP es el indicador considerado, se hace necesario actualizar el índice tradicional, para desagregar su componente C (cariado), en criterios que permitan desagregar la caries cavitacional, de la no cavitacional, y, para ello se han complementado los criterios del COP tradicional, con algunos criterios tomados del Sistema Internacional de Detección y Valoración de Caries, (ICDAS), generándose un COP modificado. (4)

Es importante resaltar que lo anteriormente expuesto fue propuesto y desarrollado dentro de la estrategia de vigilancia centinela del SISVESO, en el Distrito Capital, donde se tienen resultados de los años 2009 y 2010 entrando al tercer año de implementación.

Conclusiones

Partiendo de la evidencia y del análisis epidemiológico que se inicia a realizar dentro del sistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral, se debe orientar la atención en salud oral.

Dada la situación de salud oral se hace necesario que todos los actores involucrados en la rectoría, desde la Secretaría Distrital de Salud, participen en la intervención de la situación evidenciada.

La implementación de un modelo de atención integral en salud oral, en el Distrito capital, se hace cada vez imprescindible.

Establecer en los servicios de salud oral, estrategias de seguimiento a poblaciones en condiciones vulnerables.

Evaluar las acciones de promoción y prevención, mediante estrategias basadas en la evidencia de la situación de salud oral, fortalecimiento de la vigilancia a través del monitoreo continuo para la orientación de la intervención oportuna y efectiva.

Educar de manera efectiva a la población en deberes y derechos para el ejercicio de la autonomía en salud oral, es de vital importancia en el modelo de atención.

Se debe fortalecer de la salud oral, mediante el abordaje desde la salud pública, para orientar acciones integrales, mediante la identificación de determinantes sociales y culturales que afectan la salud oral de la población Bogotana.

Glosario

SISVESO: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral.

UPGD: Unidad Primaria Generadora del Dato: Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA. (2)

MPS: Ministerio de la Protección Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. Aseguradoras.

ESE: Empresa Social del Estado. Hospital Público.

IED: Institución Educativa Distrital.

Red de vigilancia en salud pública: Conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el

conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública. (2)

Unidad Centinela: Centro de atención donde se realiza monitoreo de condiciones de salud dentro de la estrategia de vigilancia centinela en salud pública.

Vigilancia en Salud Pública: Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública (2)

Eventos: Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad, clasificadas en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados. (2)

Estrategia Promocional de Calidad de Vida:

Entendido como el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para ser efectivos los derechos sociales. Igualmente propone comprender e interpretar la complejidad de los determinantes que se expresan en problemas que afectan la calidad de vida y salud de las personas y sus entornos e impactan de manera desigual en la población. Propone que el análisis vaya más allá de la identificación de "problemas", aislados o parcelados, logrando entender la complejidad de las condiciones y situaciones de un entorno. (3)

Eventos de Interés en Salud Pública:

Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.(2)

Bibliografía

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resoluciones 412 y 3384 de 2.000.
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006. 10 de Octubre de 2006.
3. Colombia. Secretaria Distrital de Salud. Plan de Salud Distrito Capital. 25 Abril de 2008.
4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Documento Técnico. Aspectos metodológicos para la construcción de línea base, para el seguimiento de las metas del objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá, abril de 2010.