

# Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal

Construyendo un  
bloque por más  
Salud Bucal  
São Paulo – 2018





**Coordenación**

Fernanda Campos de Almeida Carrer  
Gilberto Alfredo Pucca Junior

**Traducción**

Dorival Pedroso da Silva  
Mariana Lopes Galante

**Organizadores**

Mariana Gabriel

**Projeto gráfico**

Mary Caroline Skelton Macedo

# **Observatorio iberoamericano de políticas públicas en salud bucal**

---

## **Construyendo un bloque por más salud bucal**

São Paulo  
ODONTOLOGIA - USP  
2018

**Revisión:** Fernanda Campos de Almeida Carrer, Mariana Gabriel,  
Dorival Pedroso da Silva, Mariana Lopes Galante.

**Traducción:** Dorival Pedroso da Silva e Mariana Lopes Galante.

**Projeto gráfico:** Mary Caroline Skelton Macedo.

Catalogación de la publicación  
Servicio de Documentación Odontológica  
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Carrer, Fernanda Campos de Almeida.

Observatorio ibero-americano de políticas públicas  
em salud bucal: construyendo un bloque por más salud bucal  
/ [Coord. ] Fernanda Campos de Almeida Carrer e  
Gilberto Alfredo Pucca Junior: [Org.] Dorival Pedroso  
da Silva [et al.] - São Paulo : Faculdade de Odontologia  
da USP, 2018  
118 p.

ISBN 978-85-7040-010-9

1. Observatorio ibero-americano. 2. Políticas  
públicas. 3. Salud bucal. I. Carrer, Fernanda  
Campos de Almeida. II. Pucca Junior, Gilberto  
Alfredo. III. Título

## PRESENTACIÓN

Al recibir las copias “**Construyendo un bloque por más Salud Bucal - São Paulo 2018**”, elaborado por el Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, en portugués y español, señalo que la propuesta es la identificación de escenarios y estrategias de los sistemas de salud de algunos países de América Latina, con énfasis en las políticas de salud bucal.

La calidad de los artículos y la representatividad de los profesores presentes en esta propuesta establecen reflexiones y desafíos que favorecen discusiones y divulgaciones de estudios y de investigaciones de modelos más concordantes, para alcanzar índices y avances ideales en la salud bucal de las poblaciones involucradas, capaz de colaborar con la salud integral de las personas. En este sentido, como responsabilidad social, las Universidades y las Escuelas de Odontología asumen un papel fundamental, pues pueden, por medio del énfasis en la innovación, en la planificación estratégica y en las perspectivas de transformación de la enseñanza con motivación social, para contribuir a la formación de líderes en la educación y la salud.

Estoy muy contento y felicito a los maestros Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante y Mary Caroline Skelton Macedo, organizadores, así como a los equipos de académicos y profesores colaboradores de Brasil, Argentina, Bolivia, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Haiti, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay por el empeño en la preparación de estos informes. Dejo también un agradecimiento especial a la Pro Rectoría de Cultura y Extensión Universitaria de la Universidad de São Paulo por el apoyo en financiar esta divulgación a través del Edital Santander USP de Derechos Fundamentales y Políticas Públicas (2017.1.238.23.4).

Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha  
Director da Universidad de Odontologia da USP  
Gestão 2017-2021

## PREFACIO

*"La utopía está allí en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte corre diez pasos. Por más que yo camine, jamás alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Sirve para eso: para que no deje de caminar ". Eduardo Galeano*

Vivir juntos. Trabajar juntos. Buscar juntos. Conjunto. Al hacer junto se construye el colectivo, así es la exégesis de la Salud Bucal Colectiva.

Este trabajo es fruto de la producción colectiva del conocimiento científico, en un área que busca el desarrollo de políticas públicas para las comunidades iberoamericanas. La Salud Bucal Colectiva (SBC) es el campo de la Salud, por principio Interdisciplinario, que se dedica a la Salud Bucal de las Poblaciones e Individuos en sus contextos, así como a los Servicios y Sistemas de Salud.

Al desarrollar las actividades del Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, los autores buscan presentar un retrato de la salud bucal de sus países, y así, reflexionar sobre sus políticas de Salud Bucal y, en cómo mejorar la calidad de vida y salud de sus poblaciones.

De este punto de vista se coloca el colectivo, desde una perspectiva filosófica o social, enfatizando la interdependencia de las poblaciones locales y concentrando sus objetivos en la comunidad, en la sociedad, nación o país, no requiriendo, por lo tanto, un sistema de gobierno o político para existir, pero debe proporcionar una igual cantidad de libertad e igualdad de oportunidades para desarrollar habilidades y talentos propios. Esta es la intencionalidad de este emprendimiento.

Lo prefijo Ibero- y el adjetivo Ibérica se refieren a la Península Ibérica en Europa, cubriendo Portugal y España. Iberoamérica incluye todos los países que hablan español en América del Norte, Central y del Sur, además del único país de habla portuguesa en la región, Brasil. Portugal y España están incluidos ellos mismos en algunas definiciones. De esta manera, todos estamos conectados, tanto desde un punto de vista histórico como cultural y, ahora una visión progresiva para construir colectivamente la mejora de la salud bucodental en las Américas.

. Dentro de ese enfoque, este primer producto nos da la dimensión del trabajo conjunto realizado por un grupo de investigadores, actuando por el colectivo, en el área de Salud Bucal. Por lo que es felicitar a los que concibieron el formato de libro, ya que transmite una imagen fuerte de lo que era el pasado y lo que el futuro podría descubrir. Muchos son los caminos que, cuando seguidos, conducen a la buena salud bucal, y el concepto de construcción también implica que hay un comienzo, un estado actual y un espacio adelante. Hay un camino adelante a ser construido, el cual deberá ser mejor que el del pasado. Los países deben prepararse para actuar con una gama inmensa de necesidades en Salud Bucal y buscar las herramientas apropiadas para abordar, simultáneamente, los múltiples problemas.

Es importante que productos como éste, que cuentan el estado de la Salud Bucal en sus países, dejan un legado para que las generaciones futuras puedan conocer y observar los eventos históricos de salud en el contexto de otras circunstancias sociales y apreciar las soluciones que tuvieron que ser buscadas.

La historia de los progresos realizados en estos países es importante para las Américas y señala las diferencias que existen entre las regiones iberoamericanas.

Trabajar en conjunto todos los días con los países de la región para mejorar y proteger la salud bucal de sus poblaciones y por lo tanto promover el derecho universal a la salud.

La misión del Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal es la de fortalecer los servicios de salud bucal, a través de la comunicación y colaboración entre los países miembros, para proporcionar informaciones y recursos necesarios en la promoción de atención de salud bucal, de igualdad y calidad para todas las personas en las Américas, especialmente para las poblaciones más vulnerables.

MARIA ERCILIA DE ARAUJO  
Profesora Titular de Salud Colectiva da FOU SP

# Latin American Oral Health Association - LAOHA



La **LAOHA** - Latin American Oral Health Association fue fundada en Brasil, en mayo de 2015, con el apoyo de docentes de dos importantes instituciones de enseñanza superior brasileñas, la Universidad de São Paulo (USP) y la UNG Universidad. Ambas instituciones y sus filiales son responsables del desarrollo técnico y/o científico de la Asociación.

**LAOHA** es una asociación de derecho privado, sin fines económicos, de carácter científico, educativo, filantrópico y asistencial, cuyo principal objetivo es apoyar la formación de nuevos investigadores y, a través de la concesión de becas de estudios y proyectos de investigación, diseminar nuevos conocimientos que puedan contribuir a la mejora de la salud bucal de la población en América Latina y demás regiones.

El apoyo tiene su enfoque en profesionales que presenten diferenciales de excelencia académica y liderazgo, pero que por motivos geográficos y/o financieros, no pudieron profundizarse en los estudios en sus países o lugares de origen. A ellos se les da entonces la oportunidad de mejorar su formación en centros de excelencia y, al final, regresar comprometidos en promover cambios positivos en la salud a la investigación odontológica en su región de origen.

En la promoción de cambios en las políticas públicas de salud bucal, la Asociación busca apoyar acciones de intervención clínico-epidemiológicas que deben formar parte de las actividades de trabajo de las unidades de atención a la población.

Por lo tanto, LAOHA busca contribuir al desarrollo científico de la odontología y mejorar la salud bucal de la población latinoamericana a través de la investigación y la educación

Giuseppe Romito  
Presidente da LAOHA

# ORGANIZADORES

Fernanda Campos de Almeida Carrer (Coordinador)  
Gilberto Alfredo Pucca Junior (Coordinador)  
Dorival Pedroso da Silva  
Mariana Gabriel  
Mariana Lopes Galante  
Mary Caroline Skelton Macedo

## EQUIPO DE COLABORADORES

**BRASIL:** Mauricio Bartelle Basso, Carina de Souza Paiva, Fernanda Wandembruck Goedert, Patricia Araújo Pereira Azevedo, Renata Presti Alves, Luiza Santos Scontre, Fábio Carneiro Martins, Ronald Pereira Cavalcanti, Said Yasser Said Abdallah, Samuel Jorge Moysés

**ARGENTINA:** Melania González y Rivas

**BOLIVIA:** Shirley M. Flores Villegas

**CANADÁ:** Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau

**CHILE:** Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Viguera

**COLOMBIA:** Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia

**COSTA RICA:** William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana Cristina Parra, Susan Lugo

**CUBA:** Maritza Sosa Rosales

**ECUADOR:** Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisca Coloma

**HAITI:** Jean-Raymond Ernst Joseph

**MÉXICO:** Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal

**PARAGUAY:** Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García

**PERÚ:** Carlos Francisco Garcia Zavaleta, Flor de María Pachas Barrionuevo, Ana Soledad Arana Sunohara

**REPÚBLICA DOMINICANA:** Adolfo Rodríguez Nuñez

**URUGUAY:** Pablo Bianco, Liliana Queijo

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

9



BRASIL

10



ARGENTINA

16



BOLIVIA

29



CANADÁ

40



CHILE

48



COLOMBIA

54



COSTA RICA

60



CUBA

66



ECUADOR

73



HAITI

79



MÉXICO

83



PARAGUAY

90



PERÚ

100



REPÚBLICA DOMINICANA

110



URUGUAY

112



## INTRODUCCIÓN

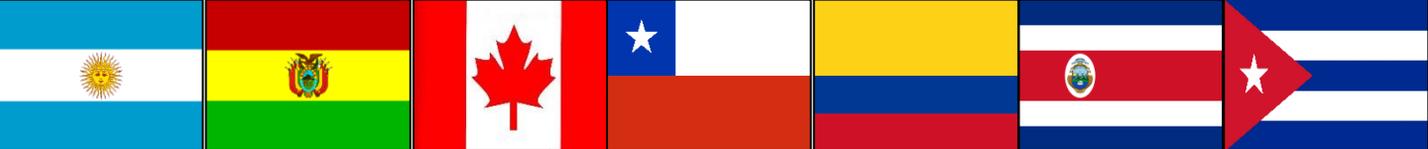
El Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, tiene como objetivo reunir investigadores de América Latina, América Central y España, que se dediquen al estudio de las políticas públicas en salud bucal, en sus países y fuera de ellos.

Este grupo pretende potenciar las investigaciones en el área y aumentar la colaboración entre los países miembros de modo que la investigación en el área de la salud pública y en la salud bucal colectiva pueda ganar en calidad y cantidad de publicaciones y cooperaciones. Una red de colaboración fortalecida entre nuestros vecinos, puede establecer nuevos marcos teóricos que permitan avanzar en la construcción de un modelo de sistema de salud que tenga a la salud bucal como una de sus prioridades y que sea capaz de ofrecer el cuidado en salud integral de forma justa y socialmente sostenible.

Paralelamente, el grupo debe desarrollar material educativo que posibilite y fomente la discusión alrededor del tema de la inserción de la salud bucal, en los sistemas de salud alrededor del mundo. Tanto en los cursos de grado y de postgrado, pero fundamentalmente en la sociedad en general, la discusión sobre salud pública y la inclusión del cuidado integral y universalizado a la población es prioritaria. No es posible garantizar el cuidado integral a los individuos y a las colectividades sin que se garantice acceso a los cuidados en salud bucodental, en todos los niveles de atención, y éste debe ser un derecho fundamental de la ciudadanía.

Nuestro grupo cree que la información es un instrumento estratégico de empoderamiento para que haya presión por parte de la sociedad y, que ésta sea catalizadora de la voluntad política e interés por parte de formuladores de políticas públicas para que podamos garantizar salud efectiva para todos.





Brasil



**Autores: Fernanda Campos de Almeida Carrer, Mariana Gabriel,  
Gilberto Alfredo Pucca Junior, Dorival Pedroso da Silva.**

## **SISTEMA ÚNICO DE SALUD**

El Sistema Único de Salud (SUS) es la organización, legalmente constituida, para viabilizar la osada y compleja política de salud brasileña y trae consigo las directrices y preceptos de esta política. Establecida y concebida con base en el concepto ampliado de salud, que incluye los condicionantes sociales, económicos, culturales, además de los biológicos, teniendo siempre en vista la intersectorialidad y la totalidad de sus acciones, aglutinando una serie de acciones y órganos que orquestados y organizados, en las esferas municipal, estatal y federal, articulan acciones diversas en el campo de la salud pública.

La ley 8080 de 1990<sup>1</sup>, que reguló el SUS, inició una nueva era, en que el derecho a la salud fue descrito en la carta magna brasileña<sup>2</sup> como: "un derecho de todos y un deber del Estado", pues eso no siempre fue así. Inmediatamente antes de la implantación del SUS, el derecho a la atención pública de salud, en Brasil, quedaba restringido a aquellos que poseían cartera firmada de trabajo y, por lo tanto, contribuían a la previsión social mensual, excluyendo gran parte de la población, que sin acceso a la red pública de salud, recurría a la atención particular o las casas de misericordia, entre otros mecanismos menos ortodoxos.

El papel del SUS no se limita a la prestación de servicio de salud, siendo responsable por la articulación y coordinación de acciones que van desde la promoción a la salud, pasando por la prevención, tratamiento y rehabilitación, además de otras atribuciones incluyen: la vigilancia en salud, la ordenación de la formación de recursos humanos en salud, organización y gestión de los sistemas de información.

Desde la implementación del SUS la situación de salud de la población brasileña ha cambiado, y de acuerdo con Mendes (2011)<sup>3</sup> presentamos actualmente una triple carga de enfermedades, lo que contribuyó a las modificaciones del sistema de salud ofertado. Para dar cuenta de esta nueva condición se propuso un mecanismo de cooperación y coordinación de gestión por medio de las Redes de Atención a la Salud (RAS), que tienen como uno de los objetivos garantizar la línea del cuidado de manera integral y más eficiente para el paciente y para el sistema, teniendo como ordenadora del cuidado de la atención primaria la salud a través de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF)<sup>4</sup>, siendo compuesta por un equipo multidisciplinario con médicos, enfermeros, auxiliares o técnicos de enfermería y agentes comunitarios. Equipo al que pueden ser añadidos, los profesionales de Salud Bucal: cirujano-dentista generalista o especialista en Salud de la Familia, auxiliar y / o técnico en Salud Bucal.





El SUS se basa en principios doctrinales que se complementan, siendo ellos:

<p>Universalidad</p>	<p>Asegura a todos, brasileños y extranjeros residentes o no, que estén en territorio nacional, acceso irrestricto a TODOS los servicios y bienes prestados por el SUS.</p>
<p>Integralidad</p>	<p>Este concepto contempla al menos cuatro dimensiones de la integralidad, a saber: a) como integración de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, componiendo niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria; b) como forma de actuación profesional que abarca las dimensiones biológica, psicológica y social; c) como garantía de la continuidad de la atención en los distintos niveles de complejidad del sistema de servicios de salud; d) como articulación de un conjunto de políticas públicas vinculadas a una totalidad de proyectos de cambios que incidieran sobre las condiciones de vida, determinantes de la salud y de los riesgos de enfermedad, mediante acción intersectorial.</p>
<p>Equidad</p>	<p>Entendida como promover la igualdad independientemente de las diferencias de sexo, cultura, sector económico al que se pertenece. También se contempla en la equidad, el principio de la racionalización de recursos, que escasos, deben ser distribuidos en la medida de la complejidad de los casos. El concepto de equidad se contrapone al concepto de desigualdad y está íntimamente ligado al concepto de justicia.</p>



La salud no debe ser disociada, fragmentada o compartimentalizada, pero puede ser comprendida en varias dimensiones, que deben ser preservadas, cuidadas y que cuando trabajadas respetando sus peculiaridades, sin disociarlas del todo, pueden facilitar la formulación de políticas públicas y acciones específicas.

Es necesario recordar que las enfermedades bucales implican limitaciones al trabajo, al rendimiento escolar, a la vida en sociedad y con la familia, sin embargo lo que se pretende con este texto es enfatizar las diversas dimensiones (bio-psico-social) del proceso de la enfermedad y que, por lo que se refiere al concepto ampliado de salud incluyendo la salud bucal en la lógica del tratamiento individual y unicausal es un error que perduró por décadas en el sistema público y privado brasileño y que comenzó a corregirse en los últimos años.

## La Política Nacional de Salud Bucal: Brasil Sonriente



El SUS se basaba en la integralidad del cuidado, sin embargo, en 2004, en un nuevo contexto político, con clara priorización de políticas de bienestar social, se define la nueva política nacional de salud bucal (PNSB)<sup>5</sup> denominado "Brasil Sonriente". La salud bucal fue declarada área estratégica y la Coordinación Nacional de Salud Bucal, para la organización de este nuevo modelo, alineado a la Política Nacional de Salud y basado en los principios de la estrategia de salud de la familia, establece que la red de cuidado en salud bucal pensada con base en las líneas del cuidado del niño, del adolescente, del adulto, del anciano se realiza mediante la creación de flujos que impliquen acciones resolutivas de los equipos de salud, centradas en acoger, informar, atender y encaminar.

La línea del cuidado implica una redirección del proceso de trabajo, en el cual el buen funcionamiento del equipo de trabajo es uno de sus fundamentos de mayor importancia. Para adecuarse al nuevo modelo de proceso de trabajo, es fundamental el trabajo con los conceptos de interdisciplinariedad y multidisciplinario, debiendo ser pensadas y realizadas en la lógica de la integralidad de la atención, de la intersectorialidad, ampliando la red (figura 1) y calificando la asistencia, sin renunciar a las acciones de prevención y promoción de salud (figuras 2 y 3) y de garantizar acceso a las áreas más vulnerables del país, a través, por ejemplo, de las Unidades Móviles Odontológicas (UMO- Figura 5).



Como parte importante de la estrategia de expansión y adecuación del modelo de atención a la salud bucal en el SUS, el aumento de Equipo de Salud Bucal (ESB) junto a la ESF ha proporcionado mejoras en el acceso y, consecuentemente, permitido que el resto de la red sea viabilizada. Además del aumento de número de equipos (ESB) que saltó de 42.619 (2002) a 22.139 (2012), se buscó distribuir la ASB por el territorio nacional. Los registros del MS en el año 2012 indicaban que 4907 ciudades poseían por lo menos una ESB, contrastando con el señalado por los índices, registrando 2.302 ciudades en 2002, la cobertura creció del 7% en 2002 al 39% en 2012.

La creación de los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), fue un hito en la atención a la Salud Bucal en Brasil, los CEOs se convirtieron prácticamente sinónimo de Brasil Sonriente. Actualmente, la red de atención integrada a la salud bucal puede contar con la atención primaria asignada en la Unidad Básica de Salud y con la atención secundaria más dispersa por el territorio de la red, respetando el principio de la gestión de que los recursos más abundantes y de mayor necesidad y la demanda por parte de la población, deben estar más cerca del usuario y diseminados por el territorio.

La alta complejidad en Odontología siempre fue un punto crítico, debido al hecho de que otros actores entrar en este escenario con intereses divergentes de la propuesta establecida por la Política de Salud Bucal.

Por más que Brasil Sorriente ha enfrentado las resistencias y ha abierto caminos hacia la Odontología en el nivel terciario de atención. La acreditación de Cacons y Unacons fue vinculada a la presencia del dentista en el equipo, lo que garantiza que los pacientes oncológicos tengan acceso a la atención odontológica antes, durante y después de su tratamiento. Actualmente, el dentista puede internar pacientes, lo que no era posible legalmente en el pasado. En la agenda del Ministerio de Salud, también está inserta la ampliación en la atención de pacientes con necesidades especiales bajo sedación y anestesia general, además de otros elementos de la Odontología Hospitalaria.

La Odontología brasileña puede conmemorar, tenemos la mayor política pública de salud bucal del mundo, Brasil Sonriente, logró la expansión del 450% en la provisión de Equipos de Salud Bucal en la Estrategia de Salud de la Familia, pero todavía tenemos una cobertura poblacional de cerca de 40%, dejando gran parte de la población sin acceso a los servicios de salud bucal <sup>6</sup>.

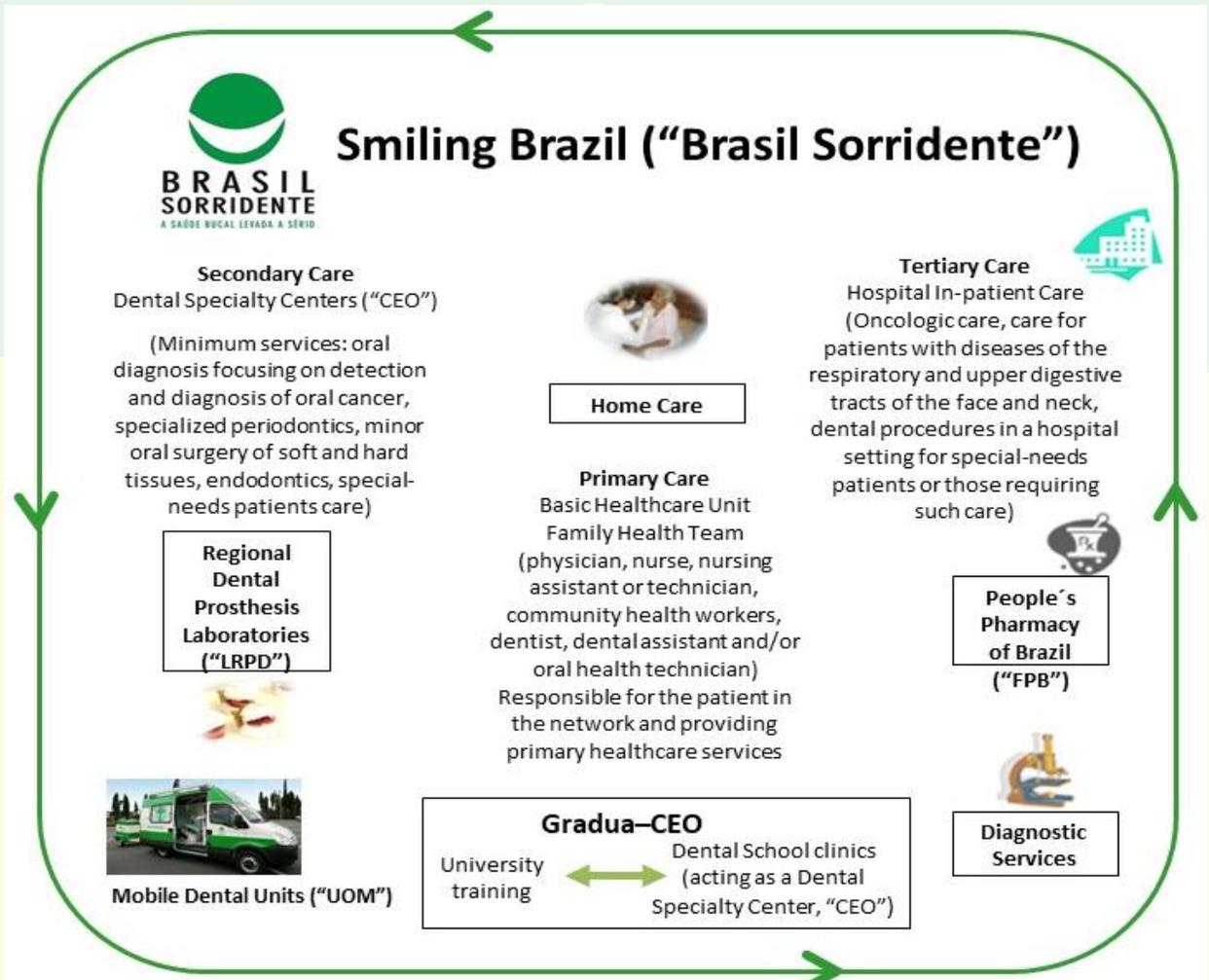


Figura 1. Esquema de la red poliárquica de salud bucal de Brasil Sonriente. Pucca et al, 2015.

El 10 de junio de 2016, un grupo de senadores, diputados, y entidades de clase, entregó un proyecto de ley que transforma a Brasil Sonriente en política federal. Hoy 30% de los dentistas brasileños están vinculados al SUS, que es el mayor empleador de nuestra clase, tenemos dentistas trabajando en aproximadamente 15.000 unidades básicas de salud esparcidas por Brasil, en los más de 1000 CEOS y en todos los CACONS y UNACONS (Hospitales de centros oncológicos) y estas conquistas están amenazadas y necesitan ser protegidas en virtud de la ley.



Figura 2. Kit de higiene dental distribuido por el programa Brasil Sorriente.



Figura 3. Estación de tratamiento de agua.



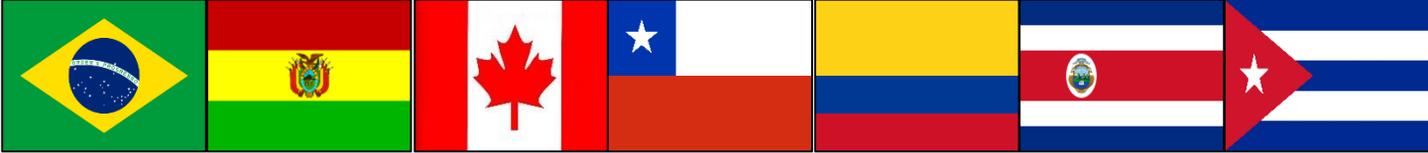
Figura 4. Laboratorio Regional de Prótesis Tocantins.



Figura 5. Unidad Móvil Odontológica.

### Bibliografía:

1. Brasil. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Brasil; 1990.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 200-III. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm).; 1988.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(5):2297–2305. doi:10.1590/S1413-81232010000500005.
4. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Vol I.; 2012. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
5. Pucca Jr GA, Suassuna A, Solla J, Costa H, Brasil. Ministério Da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Portal da Saúde. 2004;16. [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)
6. Pucca GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1333-7. doi: 10.1177/0022034515599979. Epub 2015 Aug 27. PubMed PMID: 26316461



# Argentina



**Autora: Melania González y Rivas.**

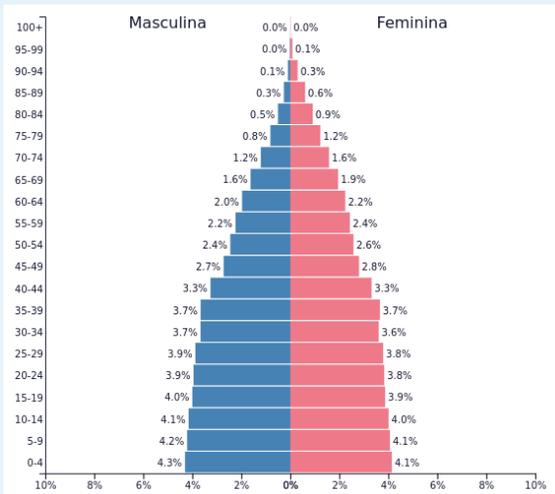
## LA SALUD BUCAL EN LA REPUBLICA ARGENTINA.

Argentina es un estado federal descentralizado, integrado por un Estado nacional conformado por veinticuatro jurisdicciones con bandera propia y autonomía política, veintitrés provincias y una ciudad autónoma.

Con una superficie de 2.780.400 km<sup>2</sup>, es el país hispanohablante más extenso del planeta, el segundo más grande de América Latina, y octavo en el mundo, si se considera solo la superficie continental sujeta a soberanía efectiva.

### Demografía de Argentina:

Es un país con baja densidad de población, muy concentrada en el Aglomerado Gran Buenos Aires (38,9 %), mayoritariamente urbana, un 92 % y con una gran proporción de personas mayores de 60 años (14,3 %). Tiene altas tasas de esperanza de vida (75,3 años) y alfabetización (98,1 %).



Registra índices socio-laborales diversificados que se acoplan a la posición y distribución territorial. La tasa de mortalidad infantil es del 9,6 % (2013). La desocupación es del 7,1 % (INDEC, segundo trimestre 2012). Las tasas de pobreza hacia el año 2016, según el INDEC llega a 30,3%.

<b>TOTAL ARGENTINA</b>	<b>44.542.210</b>
<b>Población masculina actual (48.9%)</b>	<b>21.789.080</b>
<b>Población femenina actual (51,10%)</b>	<b>22.753.130</b>





## Sistema de Salud

El sistema de salud argentino está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado.

El **sector público** está integrado por los ministerios nacionales y provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.

El sector público está conformado por el Ministerio de Salud de la Nación, los Ministerios de Salud provinciales y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas de los quintiles de ingresos más bajos, sin seguridad social y sin capacidad de pago (36 % de la población). Este sector se financia con recursos fiscales que ascienden a 2.2 % del PBI (que provienen fundamentalmente de aportes provinciales) y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. Al interior de este sistema hay una multiplicidad de programas – algunos de ellos financiados con créditos internacionales – tales como SUMAR, Funciones Esenciales de Salud Pública (Banco Mundial) y Redes (Banco Interamericano de Desarrollo), que apuntan a asegurar actividades sobre poblaciones de mayor vulnerabilidad.

El **sector del seguridad social** obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las Obras Sociales operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS) nacionales (más de 200 con un gasto de 1,59 % del PBI) y 24 provinciales (0,74% del PBI), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias (42 % de la población). Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – PAMI – brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias (20 % de la población con un gasto que llega a 0,75% del PBI). Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y empleadores.

El **sector privado** está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a pacientes individuales, a los beneficiarios de las Obras Sociales y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga, que se financian sobre todo con afiliaciones que pagan las familias y/o las empresas.

Estas condiciones estructurales presentan de los atributos de fragmentación institucional y segmentación de su sistema de salud. En el caso del subsector público, se ha observado la existencia de una escasa articulación entre las jurisdicciones a nivel nacional, provincial, municipal.



En el sector de la Obras Sociales y privado, se dificulta por su composición heterogénea debido al número de organizaciones, tipo de población, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de cobertura.

Este sector también incluye más de un centenar de entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga – EMP que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y, con recursos derivados de contratos con las OS (8 % de la población). El gasto en los servicios que ofrecen se presta en consultorios e instalaciones privadas.

Las Obras Sociales nacionales son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud – SSS, cuyo principal objetivo es el de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para sus afiliados. Las Obras Sociales nacionales y las Empresas de Medicina Prepaga, tienen la obligación de atender el Programa Médico Obligatorio (PMO) y su cumplimiento es supervisado por la SSS.

Los recursos que la Argentina gasta en servicios de atención de la salud superan el 8.5 % del PBI, uno de los niveles más elevados de América Latina. Si bien toda la población tiene acceso a los servicios ofrecidos por el sector público, los logros alcanzados en salud parecen insuficientes comparados con los recursos asignados al sector, y se observan inequidades en los resultados en salud, en el nivel de gasto, así como en las condiciones humanas y materiales para el acceso efectivo a los servicios en los diversos territorios y grupos poblacionales de la Nación.

La autoridad sanitaria nacional, por la estructura federal y los recursos que gestiona, tiene limitada capacidad de influir sobre los poderes provinciales y no reúne poder suficiente para imponer innovaciones legislativas que deriven en cambios trascendentes; para hacerlo debe concitar consensos muy amplios, los que se han intentado a través de esfuerzos de planes federales de salud y de fortalecer el papel del Consejo Federal de Salud – CO [Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal FESA].

Consciente de esta realidad, el actual gobierno (2015-2019) ha propuesto al país 12 objetivos en salud. De ellos, sus prioridades son la cobertura universal en salud; desarrollar una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y un sistema de acreditación de la calidad. Estos objetivos son interdependientes, ya que la propuesta de ampliación de la cobertura en una primera fase comienza por nominalizar a todos aquellos que no están afiliados a la seguridad social, especialmente aquellos más vulnerables, para que, gradualmente, en una fase posterior puedan tener acceso efectivo al PMO (lo que requiere como condición previa su actualización una vez que la agencia de evaluación esté en funciones).



Actualmente, el proyecto está en el Parlamento), y se asegure finalmente una calidad homogénea (lo que requiere de un sistema nacional de acreditación). Estas propuestas requerirán –más que de recursos financieros– de la capacidad de concitar acuerdos entre los diversos actores de modo que se pueda materializar el anhelo de acceso equitativo a similares servicios en términos de protección financiera, oportunidad y calidad, independientemente de la condición laboral, residencia y nivel de ingresos.

## RECURSOS HUMANOS DE LA ODONTOLOGIA

La estimación fehaciente y actualizada del recurso humano profesionales de la Odontología Argentina, es un elemento fundamental y necesario para poder tomar decisiones sanitarias, a mediano y largo plazo.

Según datos oficiales estimados por el Censo Nacional Económico 2010, ascendería a 53.011 el número de odontólogos en el país. Según la Federación Argentina de Colegios de Odontólogos (FACO) la cantidad de egresados, es de 1500 colegas por año. Por lo que realizando una inferencia desde 2010 hasta la actualidad, en 2017, tenemos aproximadamente 63.511 odontólogos argentinos. Representan en relación a la población actual a una densidad profesional de un odontólogo cada 701 habitantes y el 6,08 % del total de las profesiones.

Teniendo en cuenta la dispersión significativa de los odontólogos, hay una marcada tendencia a que permanezcan mayoritariamente en las grandes ciudades y en menor proporción en las zonas rurales.

Como gran falencia, no se cuenta acceso a datos actualizados, sobre número actualizado de especialistas ni su área de residencia.



## Formación de Recursos humanos de Odontología en Argentina:

La formación de posgrado en Salud Pública es un proceso fundamental para el desarrollo de la salud, ya que de la capacitación de profesionales bien formados dependerá la posibilidad de prevenir los problemas que afectan la salud bucal de la población.

La capacitación de Recursos humanos en el campo de la Odontología necesita intervenciones mancomunadas entre los sectores Salud y Educación, que deberán orientarse al fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, desarrollando equipos de salud, garantizando la equidad y la calidad en la formación profesional, promoviendo la elección y retención de los estudiantes en carreras del área de la salud en todo el país.



Los actuales debates en diferentes foros sobre el desarrollo de recursos humanos en salud, revelan una preocupación compartida en distintas regiones del mundo sobre las necesidades y la adecuación de la enseñanza - aprendizaje de esta disciplina. Se constata que emerge una responsabilidad social distinta a la del pasado en la misión de formar líderes en salud pública.

Ésta se expresa en un cuestionamiento del para qué y del cómo se forman a los futuros profesionales del área de la salud , rebasando las preocupaciones esenciales sobre los contenidos relevantes para abarcar también los principios, estrategias y metodologías de aprendizaje que aseguren la apropiación de una capacidad efectiva de intervención en relación a las necesidades sanitarias en contextos reales.

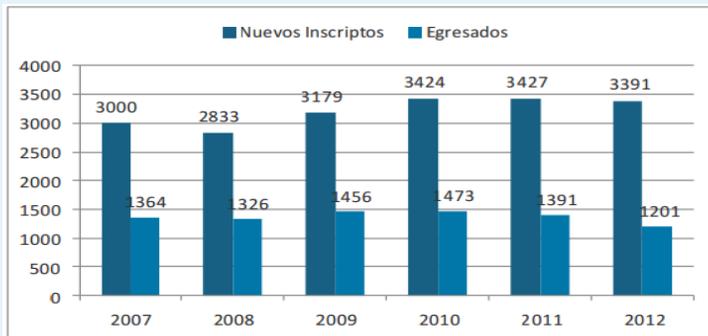
Hay que tener en cuenta que la formación de posgrado, es una formación para adultos, por lo que muchas perspectivas y herramientas de la pedagogía disponibles han sido desarrolladas para otros niveles educativos. Es inevitable hacer una selección crítica de metodologías para evitar el riesgo de complejizar los procesos de formación. El adulto aprende incorporando conceptos o valores.

Una perspectiva constructivista resulta más analógica con los posgrados para profesionales de la salud, que una perspectiva escolar, en donde involuntariamente se reproducen los modelos de aprendizaje que los alumnos y los docentes traen de sus experiencias en otros niveles educativos. En este sentido se entiende que el aprendizaje es más importante que la enseñanza. Los posgrados se han esmerado en muchos casos en mejorar la enseñanza pero el proceso que es más difícil mejorar es lo relacionado a contenidos y modalidad de aprendizaje de los participantes.

Para obtener el éxito en el proceso de aprendizaje deberá sostenerse una adecuada motivación, que incluya aplicación real y ejercicios de problematización en las dimensiones de la intelectualidad y la emocionalidad, como una poderosa herramienta para desencadenar procesos abiertos que motiven a la investigación y la formación científica.

Según Borrell Bentz (2000), las condiciones reales de desempeño profesional exigen habilidades interpersonales, capacidad comunicacional y trabajo en equipo. En un sentido analógico el aprendizaje en grupos interdisciplinarios, las frecuentes presentaciones y discusiones, el desarrollo de habilidades para manejar los disensos y los conflictos, resultan parte sustancial de la formación. En el siguiente cuadro se puede apreciar la creciente evolución cualitativa de egresados de la Carrera de Odontología en la Argentina en el periodo 2007-2012. Pese a una leve disminución en el año 2012, puede apreciarse que se mantiene estable la proporción entre ingresantes y egresados en alrededor del 30%.

## Evolución de nuevos inscriptos y egresados de la carrera de odontología. Sistema universitario. Años 2007-2012.



Fuente: Elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, a partir de información aportada por el Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación de la Nación. Año 2014.

El derecho a la educación, se encuentra incluido en la Constitución Nacional de la República Argentina y se establecen procesos normativos que regulan a las instituciones formadoras del sistema. El Estado Argentino garantiza la accesibilidad de las personas a la educación obligatoria que se extiende desde el preescolar hasta la escuela secundaria. De la misma manera que la salud, la educación se gestiona desde los estados provinciales, con competencias concurrentes con el Estado nacional.

Este modelo de gestión ha determinado una gran disparidad en el desarrollo de la oferta formativa. La educación superior de profesionales de la Odontología se distribuye entre instituciones universitarias e instituciones capacitadoras de educación técnico-profesional. Dentro de las universitarias se encuentran los institutos universitarios y las universidades, que gozan de autonomía tanto en lo administrativo como en lo académico. El Ministerio de Educación de la Nación Argentina, a través de la Secretaría de Políticas Universitarias, es el órgano rector de la educación universitaria.

En un escenario como el descripto, la planificación de recursos humanos está signada por la posibilidad de alcanzar acuerdos federales, por el trabajo inter-jurisdiccional con el Ministerio de Educación y las universidades y por los consensos con las diversas asociaciones profesionales, instituciones científicas, colegios odontológicos y organizaciones prestadoras de servicios que participan en las distintas instancias del desarrollo y certificación de los especialistas.

### FORMACION ACADEMICA UNIVERSITARIA

Las universidades argentinas forman Odontólogos con *sólida formación científico-técnica y humanístico-social*, comprometidos con el problema de la salud bucal de la población con el objetivo de que sus egresados logren un excelente desempeño profesional con actitudes éticas y técnicas.



Listado de las 15 Universidades Argentinas que ofrecen título de grado en Odontología: Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de la Plata, Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de Cuyo, Universidad Nacional del Nordeste, Instituto Universitario Italiano de Rosario, Universidad Maimónides, Universidad Católica de La Plata, Universidad del Salvador, Universidad Nacional de Río Negro, Universidad Nacional de Tucumán, Universidad Abierta Interamericana, Universidad de Mendoza, Universidad Argentina John F. Kennedy, Universidad de Buenos Aires.

## Carreras de Posgrado universitario en Argentina

Los posgrados universitarios son estudios que permiten a los profesionales actualizar y/o especializar sus conocimientos en relación a un área profesional y profundizar su formación como investigadores. En Argentina existen múltiples opciones en universidades o instituciones formadoras que trabajan en colaboración con casas de altos estudios para ofrecer una variada cantidad de cursos, diplomaturas, especializaciones, maestrías y doctorados.

Hay tres tipos de carreras de posgrado:

Especialización	"Tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo. Cuenta con evaluación final de carácter integrador. Conduce al otorgamiento de un título de Especialista, con especificación de la profesión o campo de aplicación" (RM 160/11).
Maestría	"Tiene por objeto proporcionar una formación académica y/o profesional. Profundiza el conocimiento teórico, metodológico, tecnológico, de gestión, o artístico, en función del estado de desarrollo correspondiente a una disciplina, área interdisciplinaria o campo profesional de una o más profesiones. Para el egreso, requiere la presentación de un trabajo final individual y escrito que podrá realizarse a través de un proyecto, estudio de casos, obra, producción artística o tesis, según el tipo de Maestría, cuya aprobación conduce al otorgamiento del título de "Magister", con especificación precisa de una sola de estas posibilidades: una disciplina, un área interdisciplinar, una profesión o un campo de aplicación" (RM 160/11).
Doctorado	"Tiene por objeto la formación de posgraduados que puedan lograr aportes originales en un área de conocimiento —cuya universalidad deben procurar—, dentro de un marco de excelencia académica, a través de una formación que se centre fundamentalmente en torno a la investigación desde la que se procurará realizar dichos aportes originales. El doctorado culmina con una tesis de carácter individual que se realiza bajo la supervisión de un Director. La tesis debe constituirse como un aporte original al área del conocimiento de la que se trate, y demostrar solvencia teórica y metodológica relevante en el campo de la investigación científica. Conduce al otorgamiento del título de "Doctor" con especificación precisa de una disciplina o área interdisciplinar" (RM 160/11).

Fuente: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/formacion/posgrado/universitarios>.



## LEGISLACIONES ARGENTINAS VINCULADAS A LA SALUD BUCAL

El derecho argentino, por vía constitucional, tiene reconocido el derecho humano a la salud. El derecho a la salud entra al escenario de los Derechos Humanos, con jerarquía constitucional en la Argentina, de la mano del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (Art. 75, Inc. 22 Constitución Nacional) y ello conlleva la obligación del Estado nacional –como parte signataria de los tratados o pactos– de cumplir lo normado en los instrumentos internacionales que reconocen derechos humanos.

El Estado nacional y los Estados provinciales son responsables de cumplimentar las acciones básicas que garanticen el acceso de sus habitantes a los servicios de salud (Arts. 75, Inc. 22 y 31 C.N.). El sistema de salud argentino presenta fallas de falta de articulación y de fragmentación entre los tres subsectores (público, seguridad social y privado). Es necesario trabajar para armonizar la legislación sanitaria de las veinticinco jurisdicciones del país, a la vez que se construye una Ley Federal de Salud, sustentada en los derechos humanos y que prescriba las reglas de acceso a servicios de salud igualitarios para todos los habitantes del país.

**Ley 17.132 -1967-** Ejercicio de la Medicina, Odontología, y de las actividades de colaboración con ambas disciplinas ( Obstétricas, Kinesiólogos, Terapistas físicos, Ópticos Técnicos, Mecánicos Dentales, Dietistas, Auxiliares de Radiología, Auxiliares de Psiquiatría, Auxiliares de Laboratorio, Auxiliares de Anestesia, Fonoaudiólogos, Ortópticos, Técnicos de Ortesis y prótesis, Técnicos en calzado ortopédico.) DECRETO NACIONAL 6.216/1967.BUENOS AIRES, 30 de Agosto de 1967.Boletín Oficial, 8 de Septiembre de 1967.Vigente, de alcance general.

**Ley 21.172 -1975-** Fluoración de las aguas potables de abastecimiento público. BUENOS AIRES, 30 de Septiembre de 1975. BOLETIN OFICIAL, 07 de Noviembre de 1975.

**Ley Nacional 26.396/08** (que propone la implementación de kioscos saludables en las escuelas (Artículo N°9), \*En la mayoría de las provincias se han elaborado proyectos de ley con el objetivo de mejorar o ampliar la oferta de alimentos de buena calidad nutricional. A excepción de las provincias de Formosa, La Rioja, Córdoba y Santa Cruz, que no han presentado proyectos de ley provinciales, hasta la actualidad. \* Las capitales de La Rioja, Córdoba y Santa Cruz, junto con Salta, Mendoza y Jujuy, ya han implementado kioscos saludables en las escuelas a partir de Ordenanzas Municipales o por Decreto. \* Muchos de los proyectos de ley provinciales presentados han dado un gran paso hacia leyes provinciales y otros han caducado. \* Las provincias que han avanzado al respecto son: La Pampa, San Luis, Misiones, Chaco, Corrientes, Chubut, Tierra del Fuego y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La provincia de Buenos Aires, cuenta con una disposición en donde recomienda a las asociaciones cooperadoras a mejorar el perfil nutricional de los alimentos del kiosco hacia uno más saludable.



## **Dirección Nacional de Salud Bucodental**

La Dirección Nacional de Salud Bucodental, (Ministerio de Salud de la Nación Argentina) creada bajo el Decreto 580/2015, tiene como objetivos proponer, desarrollar y controlar las acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud bucodental, de manera eficiente, equitativa y solidaria, con el fin de reducir la morbilidad por enfermedades bucodentales y mejorar la calidad de vida de la población.

### **LÍNEAS DE ACCIÓN:**

- ✓ Implementar, coordinar y supervisar las políticas destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que afectan la salud bucodental en el ámbito nacional.
- ✓ Proponer políticas nacionales de salud bucodental: principios, objetivos y estrategias de implementación.
- ✓ Adoptar medidas para la incorporación del componente de la salud bucodental dentro de las políticas desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación.
- ✓ Supervisar el cumplimiento de los objetivos y las estrategias de las políticas de salud bucodental en todo el territorio nacional.
- ✓ Participar y contribuir al fortalecimiento de las redes jurisdiccionales locales y regionales.
- ✓ Participar en la elaboración de indicadores sobre salud bucodental a fin de incorporarlos a los sistemas de información y notificación sanitaria de la República Argentina.
- ✓ Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación de las políticas en salud bucal.
- ✓ Promover campañas de concientización y comunicación social destinadas tanto a los diversos grupos de riesgo como a la comunidad en general.
- ✓ Participar en la promoción y desarrollo de investigaciones científicas que orienten la definición de las políticas sanitarias en salud bucodental.

## **PROGRAMAS QUE COMPONEN LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD BUCODENTAL**

### **Programa de Prevención y Asistencia Primaria Bucodental**

El Programa tiene como propósito fortalecer las medidas de salud, orientadas a la reducción de enfermedades bucales, mediante la efectiva ejecución de acciones y programas focalizados en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Asimismo, se propone cubrir a todos los grupos etarios trabajando en conjunto con los distintos programas de la Dirección, elaborando estrategias integrales e integradas.



## **Programa Nacional de Cáncer Bucal**

Su objetivo principal es la disminución de la morbimortalidad del Cáncer Bucal en la República Argentina, mediante la capacitación de los profesionales de la Salud involucrados en la especialidad, para optimizar su accionar, y a través de la sensibilización a la población en las conductas de riesgo que deben evitarse para prevenir esta enfermedad.

## **Programa Nacional de Rehabilitación Bucodental**

El Programa tiene como objetivo desarrollar un sistema de atención odontológica de rehabilitación bucodental en todo el país, promoviendo la inclusión social y logrando el acceso universal de poblaciones de pacientes parcial o totalmente desdentados a la asistencia oportuna e integral, donde se conjugan la promoción, la prevención, la atención y rehabilitación oral. Para ello se trabaja articuladamente con los programas de Prevención y Asistencia Primaria Bucodental y Cáncer Bucal, a fin de que la confección de prótesis sea un paso más hacia la salud bucal integral del paciente.

## **Programas Nacionales en Instituciones Privadas**

La Confederación Odontológica de la República Argentina , conforma en 1995 la Comisión Nacional de Prevención (CNP), formada por odontólogos que en representación de las entidades confederadas, realizan por primera vez un programa único para todo el país.

El Programa “Sonríe Argentina”, se realizó por cinco años desde 1996 hasta el año 2000 inclusive para 700.000 niños y 26.600 docentes .En base a estos exitosos resultados, se implementó el Programa “ Sonríe Argentina 2 “ desde 2001 hasta 2005, para 1.391.300 niños y 56525 docentes .En ambos programas la cobertura geográfica fue de 20 provincias argentinas, auspiciado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y los Ministerios de Salud y Educación de las provincias bajo programa. En Londres en agosto de 1999, fue galardonado con el 1º Premio Mundial a Programas de Educación para la Salud, otorgado por la International Association Paediatric Dentistry (IAPD).

En la actualidad, con mas de veinte años de trayectoria, la CNP sigue implementando programas preventivos y de educación para la salud, con el apoyo de las entidades provinciales que conforman CORA.

## **ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS NACIONALES DE SALUD BUCAL**

Se plantea la necesidad de contar a nivel país, con datos formales y actualizados que permitan el análisis de las condiciones de cada población para la identificación de los grupos e individuos de riesgo como estrategia estratégica en la búsqueda de una mayor equidad, eficacia y eficiencia del sistema de salud bucal de la población argentina. En referencia a los estudios epidemiológicos nacionales a nivel nacional, estos son los antecedentes:

Argentina – Dato oficial a nivel país 3,4 ( 1987) Informe de World Health Organization. DMFT levels at 12 years, 1996. Geneva: WHO; 1996.



**“Estudio de Incidencia y necesidad de tratamiento de caries en niños de 12 años de la República Argentina”**, informe del Departamento de Educación para la Salud. Confederación Odontológica Argentina-DES-CORA año 1999. Tamaño de la muestra N= 5409 niños. El estudio halló en la República Argentina, que los más altos índices (CPOs) corresponden a las regiones del NOA (nor.-oeste Argentino) (5,96 + 5,53) y NEA (nor.-este Argentino) (4,43 + 6,45), siendo los más bajos registrados en el sur del País: (1,24 + 2,12).

### **Estudio sobre la prevalencia de caries en niños de 6 a 12 años en Argentina- (CORA 2015)**

Los resultados arrojados por el estudio de una muestra N=7785 indican que el porcentaje promedio de niños de 6 años con experiencia de caries fue del 74,4% y del 70% en los niños de 12 años. Pero además se evidenciaron diferencias significativas, en términos estadísticos, vinculadas al tipo de institución al que asistían los niños: en la muestra de niños de 6 años, los registros fueron del 73,7% de incidencia de caries en las escuelas urbanas, y del 76,2% en escuelas rurales; mientras que en el grupo de niños de 12 años, se registró un 68,7% de experiencia de caries en el grupo que asiste a escuelas urbanas y un 73,6% en el grupo que asiste a escuelas rurales.

### **Estudio Epidemiológico Nacional. Diagnóstico de la necesidad de tratamiento periodontal en adultos de la República Argentina-Departamento Educación para la Salud (DES.CORA) y Sociedad Argentina de Periodontología (SAP-AOA).2000.**

El estudio epidemiológico nacional de necesidad de tratamiento periodontal en adultos de la Argentina relevó un diagnóstico de la salud gingival en pacientes de 18 a 84 años. Fue realizado por la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA) y la SAP, siguiendo los criterios sugeridos por OMS para estudios epidemiológicos. Incluyó a 3.694 pacientes (2222 mujeres y 1472 hombres) que concurren por primera vez a solicitar tratamiento a un odontólogo general. El estudio estableció que casi el 97% de los pacientes que concurren a la consulta odontológica necesitan algún tratamiento periodontal. Con relación a la complejidad de los tratamientos que son necesarios en la población argentina, el 17.3% de los adultos necesita instrucción en técnicas de higiene bucal, el 65.2% instrucción en higiene bucal y eliminación de cálculos supra y subgingival y el 14.3%, además de la instrucción en higiene bucal y eliminación de cálculos, requiere atención de mayor complejidad (quirúrgica). También se observó que a medida que aumenta la edad del paciente, aumenta la complejidad del tratamiento que necesita.



## Bibliografía:

AREA MOREIRA, M. (1990). Los materiales curriculares en los procesos de diseminación y desarrollo del currículum. En: Escudero, J., Diseño, desarrollo e innovación del currículum. Madrid: Síntesis. Pp. 189-208.

ARGYRIS, CH. Y D. A. SCHON (1996), *Organizational Learning II*, MA, Addison Wesley.

BASABE, L., COLS, E., y FEENEY, S. (2004). Los componentes del contenido escolar. Ficha de la cátedra de Didáctica I, Oficina de Publicaciones de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA

BIERLY, P.E.; DALY, P. (2002). *Aligning Human Resource Management Practices and Knowledge Strategies*. En C.W. Choo; N. Bontis (Eds.), *The Strategic Management of Intellectual Capital and Organizational Knowledge* (pp. 277-295). Oxford: Oxford University Press.

Borrell Bentz ,R.(2000), *Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N° 26, OPS/OMS, Washington

CAMPUS VIRTUAL ROCA INTERNACIONAL <http://www.rocainternacional.org>  
[http://www.rocainternacional.org/odontologia\\_comunitaria.php](http://www.rocainternacional.org/odontologia_comunitaria.php)

CONEAU. Estándares y procesos de acreditación en las carreras de posgrado de Argentina- Resolución 160/2011-Ministerio de Educación de la República Argentina

CASTELLS, Manuel (2001), *La Era de la Información. Economía, sociedad y Cultura*. "Volumen1: La Sociedad Red" Alianza Editorial, Madrid, Prólogo y Capítulo 1.

DIGITHUM-BORGES, Federico (2007). «El estudiante de entornos virtuales. Una primera aproximación». En: Federico BORGES (coord.). «El estudiante de entornos virtuales» [dossier en línea]. Digithum. N.º 9. UOC. <http://www.uoc.edu/digithum/9/dt/esp/borges.pdf>

FRAJ, E.; MATUTE, J.; MELERO, I. (2013). El aprendizaje y la innovación como determinantes del desarrollo de una capacidad de gestión medioambiental proactiva. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 16: 180–193

FELDMAN, D. y PALAMIDESSI, M. (2001). *Programación de la enseñanza en la Universidad*. Universidad Nacional de General Sarmiento. Serie Formación Docente N° 1.

Borrell Bentz ,R.(2000), *Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N° 26, OPS/OMS, Washington.

BROA Bauman, S. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. D. M.L.; NEWSTROM, J.W. (1992): *Transfer of training*. Indianapolis, IN: Addison-Wesley Publishing Company.

BURBULES, NICHOLAS YCALLISTER, THOMAS, (2001). *Riesgos y promesas de las nuevas tecnologías de la información*. Granica. Barcelona.

CABERO ALMENARA, J. (2001): *Las tecnologías de la información y comunicación en la Universidad*. Sevilla, MAD

CAMPUS VIRTUAL ROCA INTERNACIONAL <http://www.rocainternacional.org>

[http://www.rocainternacional.org/odontologia\\_comunitaria.php](http://www.rocainternacional.org/odontologia_comunitaria.php)

CONEAU. Estándares y procesos de acreditación en las carreras de posgrado de Argentina- Resolución 160/2011-Ministerio de Educación de la República Argentina

CASTELLS, Manuel (2001), *La Era de la Información. Economía, sociedad y Cultura*. "Volumen1: La Sociedad Red" Alianza Editorial, Madrid, Prólogo y Capítulo 1.

FRAJ, E.; MATUTE, J.; MELERO, I. (2013). El aprendizaje y la innovación como determinantes del desarrollo de una capacidad de gestión medioambiental proactiva. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 16: 180–193

FELDMAN, D. y PALAMIDESSI, M. (2001). *Programación de la enseñanza en la Universidad*. Universidad Nacional de General Sarmiento. Serie Formación Docente N° 1.

GARCÍA ARETIO, L. (2004) "Blended Learning, ¿enseñanza y aprendizaje integrados?", en *Boletín Electrónico de Noticias de Educación a Distancia (BENED)* disponible en <http://www.uned.es/catedraunesco-ead/boletin.html> -Octubre de 2004

GROS SALVAT, B. (2000), *El ordenador invisible*, Gedisa, Barcelona. Cap. III y VIII

GONZÁLEZ SOTO, A.P.; GONZÁLEZ, J.M. (2000). *Formación y empresa. Las organizaciones como marco de la formación*. *Educación XX1*, 3:163-217.

GORE, Ernesto (1998), "Capítulo 5: El diseño de Programas de Capacitación", en: *La Educación en las Empresas*, Ediciones Granica S.A., Barcelona,, pp. 135 a 147.

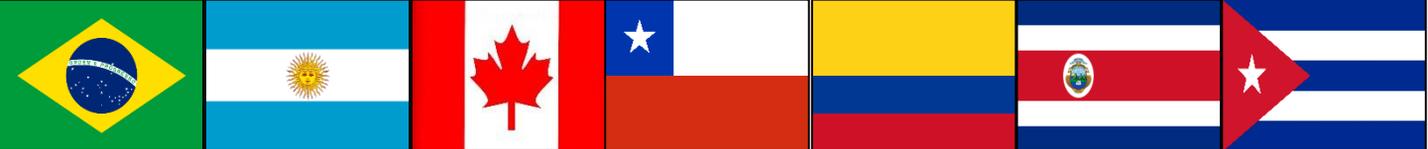
GONZALEZ Y RIVAS.M. Trabajo Final Integrador (TFI) de la Especialidad en Docencia en Entornos Virtuales de la Universidad Nacional de Quilmes-Argentina. 2014.

GONZALEZ Y RIVAS, M.(2013)*Planificación en odontología comunitaria, familiar y social-Capitulos 5 y 6-Editorial Ripano Madrid*



## Fuentes de Datos

- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos Argentina 2015. Buenos Aires: el Ministerio. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18697/indicadores\\_basicos\\_esp.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18697/indicadores_basicos_esp.pdf) 52.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. El acceso a la salud en argentina: III encuesta de utilización y gasto en servicios de salud. Buenos Aires: el Ministerio; 2010. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/fesp/images/stories/recursos-de-comunicacion/publicaciones/estudio\\_carga\\_enfermedad.pdf](http://www.msal.gob.ar/fesp/images/stories/recursos-de-comunicacion/publicaciones/estudio_carga_enfermedad.pdf)
- Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Abramzón, Mónica C. “Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004”. Buenos Aires, Argentina (2005).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001” y “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010”.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, “Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010- 2040”, 1era. Edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2013)
- Federación Colegio Odontólogos de la República Argentina (FACO) <http://www.faco.org.ar/>
- Indicadores básicos de salud de Argentina 2017 (OPS/OMS y Ministerio de Salud de la Nación)
- Dirección Nacional de Salud Bucodental <http://msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/592-direccion-nacional-de-salud-bucodental>
- [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH\\_Arg\\_estudio\\_epidem2000.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_Arg_estudio_epidem2000.pdf)



Bolivia



**Autora: Shirley M. Flores Villegas.**

## **POLITICAS DE SALUD PÚBLICA BUCODENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

### **1. Aspectos geográficos**

Bolivia se halla situada en la zona central de América del sur, la extensión territorial es de 1.098.581 kilómetros y tiene 10.89 millones (2016).

Fisiografía en el territorio boliviano se consideran tres zonas geográficas predominantes (Oriente, Occidente y Valles).

Idioma: castellano y todos los idiomas de las naciones y pueblos en número de 36.

Clima: aunque el territorio boliviano está situado en el Trópico de Capricornio, posee variedad de climas (cálido, templado y frío).

Estructura y organización: territorial Bolivia se organiza territorialmente en departamentos, provincias, municipios y territorios indígenas originarios campesinos.

### **Bolivia: Superficie, Número de Provincias y Municipios, según departamento**

Departamento	Superficie (km <sup>2</sup> )	Provincias	Municipios
<b>Bolivia</b>	1.098.581	112	339
<b>Chuquisaca</b>	51.524	10	29
<b>La Paz</b>	133.985	20	87
<b>Cochabamba</b>	55.631	16	47
<b>Oruro</b>	53.588	16	35
<b>Potosí</b>	118.218	16	40
<b>Tarija</b>	37.623	6	11
<b>Santa Cruz</b>	370.621	15	56
<b>Beni</b>	213.564	8	19
<b>Pando</b>	63.827	5	15

Fuente: Instituto Nacional de Estadística INE

### **2. Antecedentes de la Salud Bucodental en Bolivia**

El porcentaje en la población marginal y poblaciones rurales de caries alcanza el 98 por ciento y en un mínimo porcentaje reciben tratamiento odontológico restaurador, estudio que implicaba afrontar la problemática de una forma directa y asumiendo la responsabilidad en la búsqueda de la de la solución.





La Constitución Política del Estado en su artículo 37 dispone que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El Decreto supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, que constituye la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional señala en su artículo 90 inciso d) que es atribución del Señor Ministro de Salud garantizar la salud de la población a través de su promoción prevención de las enfermedades.

El Ministerio de Salud y Deportes como cabeza del sector salud ha desarrollado el plan de desarrollo sectorial 2006-2010 el cual entre una de sus políticas, rectoría, orienta hacia la recuperación de la soberanía sanitaria devolviéndole el rol al Ministerio de Salud y Deportes, mediante el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión.

### **Organización del modelo de atención en Salud**

Es un conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Deportes.

Redes Sociales constituidas por organizaciones sociales de base y un conjunto de personas que representan a la sociedad civil organizada en el ámbito urbano rural de acuerdo a sus usos y costumbres reconociendo prioritariamente el derecho de las mujeres campesinas indígenas y originarias.

### **Redes de Salud**

Conformadas por establecimientos de salud de la Red Municipal SAFC I, que cuentan con servicio de Odontología, pertenecientes a los 3 niveles de atención de esta manera conforman una red de referencia y retorno.

### **DILOS Directorio Local de Salud**

Constituye la máxima autoridad en la gestión compartida con participación popular de salud, para el cumplimiento de política nacional de salud, implantación del SUMI y aplicación de programas priorizados.

### **Gobierno Municipal**

Es la instancia operativa básica, constituida por establecimientos que deben ser complementarios entre si, en la identificación y resolución de los problemas en salud de la población de responsabilidad problemática en sus áreas de influencia territorial. El Alcalde Municipal o su representante tiene la función de la administración de las cuentas municipales de salud, propone y gestiona el financiamiento de Programas y proyectos de salud.



## **Servicio Departamental de Salud SEDES**

Es la instancia articuladora de las políticas nacionales y de la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de salud en el Departamento y es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y normas de orden público en su jurisdicción.

## **Ministerio de Salud y Deportes MSyD**

Es el órgano rector y normativo de la gestión de salud a nivel nacional; formula estrategias políticas, planes y programas nacionales y dicta normas para el sistema nacional.

El Decreto Supremo N° 29894 del 7 de febrero 2009, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo, ha asignado atribuciones al Viceministerio de Salud y promoción de la salud que forma parte del Ministerio de Salud y Deportes

## **Programas Nacionales de Salud Oral**

### **Proyecto de Prevención Sonrisas Sanas- Vidas Saludables**

El modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, reconoce y consolida el proceso de participación de las formas organizativas de la población, permitiendo actuar al equipo de salud y a los actores sociales en corresponsabilidad para la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, seguimiento y control social de las acciones de salud. Esta interacción permite abordar los determinantes sociales de la salud: vivienda, educación, tierra, territorio, agua, producción, y otras, entendiéndose a la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo a la ausencia de enfermedad”

En nuestro país la prevalencia de caries es del 95%, lo que hace que la demanda de la población sea muy grande, este estudio implica afrontar la problemática de forma directa. Los Consultorios Móviles Odontológicos tienen como objetivo llevar servicios de salud de manera directa y solidaria a las poblaciones excluidas socialmente que se encuentran alejados y sin acceso a centros de salud y/o hospitales, ni el beneficio de la seguridad social a corto plazo



## Objetivo

Actualmente la capacidad del sector público en salud solo logra cubrir el 9,62 % de la población a nivel nacional (962.384 Primeras Consultas en Odontológicas)<sup>2</sup>. El objetivo del Proyecto “Sonrisas Sanas Vidas Saludables” es el de reducir la prevalencia de caries dental que afectan la salud de la población objetivo del proyecto: 919.523 (novecientos diez y nueve mil, quinientos veinte tres) beneficiarios en torno a actividades de Promoción de la Salud, Atención Primaria en Salud y Rehabilitación con Prótesis Dentales a los Adultos Mayores. Por medio de este servicio se mejora las condiciones de salud bucodental de la población, para alcanzar una salud integral, mejorando su calidad de vida y respetando la diversidad cultural, así como también las tradiciones y costumbres de los pueblos. Los municipios rurales e intermedios que no cuentan con los servicios de atención odontológica.

## Estructura

El Proyecto de Prevención de Salud Oral a Nivel Nacional cuenta con 16 Consultorios Móviles Odontológicos, dotados de equipamiento estomatológico e informático además de recursos humanos necesarios en cada Unidad (dos Odontólogos y un Conductor). Las actividades del personal operativo son supervisadas por un Coordinador General y cuatro Coordinadores Regionales.

Los Brigadistas del Proyecto desarrollan actividades dentro del territorio Plurinacional prestando atención odontológica en Municipios del Área rural que no cuentan con el servicio de acuerdo a un Plan de Acción, por espacio de 23 días durante el mes de acuerdo a cronograma.

## **Seguros Públicos de Salud.**

### **Seguro Materno Infantil**

Efectivizado mediante la promulgación de la ley 2426 del 21 de noviembre del año 2002, tiene el propósito de reducir los índices de morbimortalidad materno infantil.

Se implementó el 1 de enero de 2003 con carácter universal, integral y gratuito para otorgar las diferentes prestaciones integrales de salud en los distintos niveles de atención a las madres pre y post parturientas, hasta los 6 meses después del parto y todos los niños antes de los 5 años.



Para su funcionamiento se emplean las redes de servicios de salud y las municipalidades a través de los DILOS (Directorios Locales de Salud) Para las comunidades alejadas e incomunicadas, sin centros de salud se cuenta con “EXTENSA”, quien a través de brigadas móviles, llegan aproximadamente a 2.500 comunidades de todo el país otorgando prestaciones del SUMI(no vigente), otros programas nacionales y atención primaria de salud.

En el área odontológica las acciones preventivas y restauradoras desempeñan un importante papel. Se cuentan con 60 prestaciones odontológicas que involucran la mayor parte de las patologías bucales, excepto la ortodoncia y la prótesis dental.

### **Seguro de Salud para el Adulto Mayor (no vigente)**

El seguro fue promulgado por ley 3323 el 16 enero del 2006, por el Decreto Supremo N° 28968 (13 de diciembre de 2006).

### **Seguro de Salud para el Adulto Mayor**

Este seguro fue promulgado por ley N° 3323 el 16 de enero del 2006, por Decreto Supremo N°28968 (13 de diciembre de 2006). Este seguro garantiza la atención médica gratuita para todos los Adultos Mayores de 60 años en todo Bolivia en caso de que este no tuviese acceso a otro seguro. Se rige con los siguientes principios: prevención, educación, convivir y compartir con la medicina tradicional, salud familiar y comunitaria reconociendo la diversidad étnico-cultural del país.

La Odontología relacionada con el SSPAM otorga tratamientos integrales al paciente de manera preventiva y restauradora

### **Modelo de Salud en el Sistema Nacional de Salud.**

Generalidades.- El Modelo de Salud en el Sistema Nacional de Salud se guía por los siguientes principios

Intersectorialidad.-Coordina con los otros sectores de desarrollo a fin de lograr el pleno desarrollo humano.

Atención Integral.- Se responsabiliza de todos los problemas de salud de la personas más allá del motivo de consulta que ocasionó el contacto con el personal odontológico. Combinando acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y mantenimiento de las salud, con énfasis en el componente preventivo de la atención en salud.

Accesibilidad.- Debe ser accesible tanto geográfica, económica, funcional sociocultural y tecnológicamente.



Equidad.- Los servicios de atención en salud se darán en relación a las necesidades de los usuarios.

Derecho a la Salud Oral.- Como principio constitucional que confiere derechos y obligaciones a la persona sociedad e instituciones.

Continuidad de Atención.-Se hace cargo de todo el proceso de la enfermedad o programa de prevención y no solo del motivo de consulta.

Calidad.- Cumplimiento de estándares técnicos para satisfacción del usuario.

Calidez humana.- Contacto cordial con las personas de manera que se responda a sus expectativas en términos de dignidad y respeto humano.

Participación.- Participación técnica y social con garantía de un modelo de constante renovación y adaptación a las necesidades y realidades de la población.

Simplificación de técnicas.- Buscando aumentar coberturas

Una de las principales estrategias del Ministerio de Salud es la Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI que busca eliminar la exclusión social y contribuir a mejorar la calidad de vida.

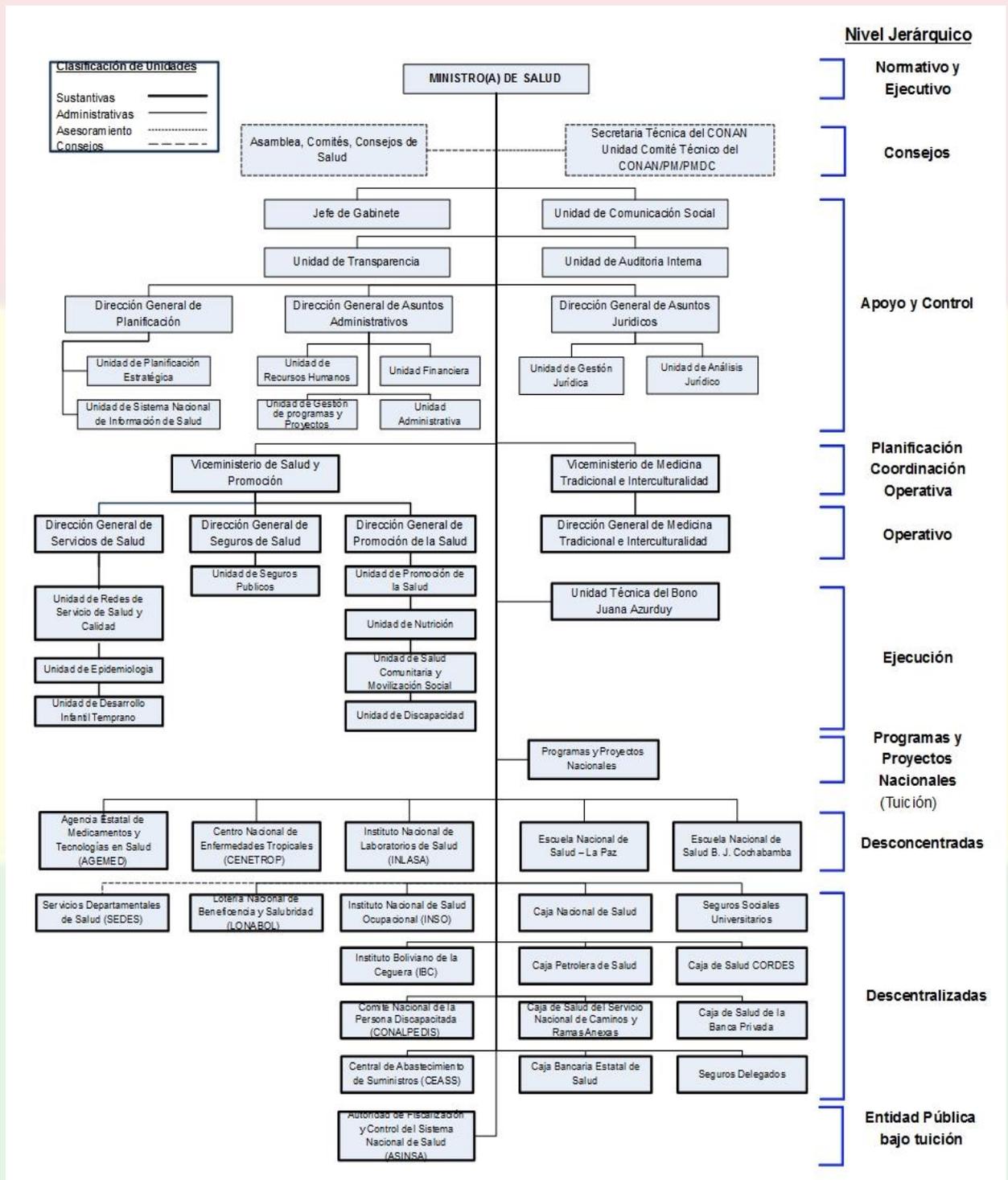
Asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de salud, como un **Derecho Fundamental que el estado garantiza.**

Así la salud familiar comunitaria intercultural se constituye en la **nueva forma de hacer salud** en el “Sistema nacional de salud”. En esta nueva forma de hacer salud el equipo de salud no solo debe estar abocado a la atención de la población cuando esta adolece de enfermedad o trastorno mental: la atención de la salud debe integrar aspectos de promoción de la salud, prevención, tratamiento, curación y rehabilitación de las enfermedades y por último, velar por la reinserción social de la y los pacientes.

La Unidad de Seguros Públicos se crea en enero del año 2006 sustituyendo a la Unidad Nacional de Gestión del SUMI con el objetivo de normar los Seguros Públicos vigentes y desarrollar el proyecto del Sistema Único Nacional.



## Ministerio de Salud Estructura Organizativa





### **3. Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia**

#### **Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica**

Es la unidad responsable de proveer al país y al sector salud de datos e información para la gerencia y la vigilancia epidemiológica que permitan tomar decisiones adecuadas y oportunas en la planificación, ejecución y evaluación de políticas públicas en el ámbito de la salud.

El Ministerio de Salud a fin de contar con un Sistema de Información ágil, oportuno, confiable que sirva de insumo para la toma de decisiones, viene desarrollando varios Subsistemas de Información que en su conjunto constituyen el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS - VE).

#### **4. Contexto de la Salud Oral en Bolivia**

La situación de la salud oral en Bolivia no aparece en el perfil epidemiológico del Ministerio de Salud, desde el año 1995 la información es limitada, sin embargo datos relevan la amplitud y severidad del problema que sufre la mayoría de la población como caries de 84,6% y el Índice CPO-D 6.68 a la edad de 12 años datos calificados de severo de acuerdo a la OMS, y considerado muy alto, según el levantamiento epidemiológico del SEDES (Servicio Departamental de Salud).

El Programa Nacional de Salud Oral (PNSO) de Ministerio de Salud, informó que en los últimos años se logró reducir el índice epidemiológico CPO-D y CEO en la población boliviana.(miércoles 10 de enero 2018) Página del Ministerio de Salud de Bolivia

“En 1995 se realizó un estudio epidemiológico donde el índice reflejaba 95% de la población con caries. Hasta esta gestión se ha podido disminuir a un 85%”, informó la responsable del (PNSO), Dra Jhannet Villca Vásquez. Calificó como muy valioso la reducción del porcentaje de casos de caries en personas, porque refleja un gran campo de acción en el tratamiento buco dental que se realiza y los beneficios que se entregaron a la población.

“Es muy valioso para nosotros, sabiendo bien que una persona cuenta con 32 dientes en boca y cada diente tiene su propia patología única”, aseveró.

Informó que en 2015 se realizó un estudio sobre índice epidemiológico sobre casos de caries en la población a nivel nacional denominado CPO-D (Careado, Perdido, Obturado-Unidad Diente) y CEO (Careado, Extracción indicada y Obturada) que está en etapa de evaluación y el documento final será presentado hasta el primer trimestre de 2017.

“Sabemos que no podemos llegar a cero caries, porque la caries vive en la boca, pero si podemos disminuir el porcentaje al máximo. Esa es nuestra meta hasta el 2021”, acotó.ALL/UNICO/MINSALUD



### Contexto de Salud Oral en Bolivia

<b>Cantidad de Odontólogos Nacional Colegiados</b>	<b>18000 (Proyección estadística) 3000</b>
<b>Índice respecto a población x odontólogos</b>	5000 x odontólogo Manual de Normas de Salud Oral
<b>Universidades con facultades de Odontología</b>	18 Universidades
<b>Egresados anuales</b>	2000
<b>Indicadores de salud oral nacional</b>	Encuestas Epidemiológicas Encuestas de Investigación Encuestas para Planificación de Programas Evaluación de actividades de atención odontológica
<b>Legislaciones nacionales vinculadas a la odontología</b>	Código de Salud de Bolivia Normas en Salud Oral (R.M. N°1320 – 28/12/2009 Normas Nacionales de Atención Clínica (R.M. N° 0579 – 07/05/2013)
<b>Programas nacionales a nivel público o privado de salud pública</b>	Programa Nacional de Salud Oral Programa de Salud Oral Dptal. Proyectos de Salud Oral – GAD

Fuente: Servicio Departamental de Salud - Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz

## 5. Sistema de Nacional de Salud

El SNS es el conjunto de entidades pública y privadas que realizan actividad de promoción, prevención, curación (diagnóstico y tratamiento), rehabilitación, limitación de daños y reparación de salud en el territorio nacional, funcionando bajo las normas impuestas por el Ministerio de Salud y Deportes. Se divide en 4 subsistemas:

El subsistema público de salud, constituidos por servicios municipales de salud cuyo personal depende de los SEDES (Servicio Departamental de Salud) dependientes de las Prefecturas departamentales. Tiene un 40% de cobertura.

El subsistema de de seguridad social, constituidas por nueve cajas de seguridad social en salud, atiende a la población sujeta al régimen de salario. Tiene el 27% de cobertura.

El subsistema privado de salud comprende a) los servicios con fines de lucro con 10% de cobertura b) los servicios privados sin fines de lucro constituidos por las ONG's (Organizaciones no gubernamentales) y las obras sociales de la iglesias, que tienen una cobertura del 10%.

El subsistema de la medicina tradicional, tiene una cobertura de 20 y 30%.



## 6. Recursos Humanos

### Recursos Humanos: Profesional Odontólogo/a

El sistema público de salud cuenta con 2623 establecimientos de salud de los cuales de los cuales 1481 son puestos de salud , 1029 son centros de salud, 83 son hospitales básicos, 10 son hospitales generales y 20 institutos especializados.

El servicio de odontología se encuentra en los centros de salud de primer nivel, en hospitales básicos y en 4 establecimientos de tercer nivel ( atención de especialidad )

La razón recursos humanos odontólogos/población es por cada 10.000 habitantes es de 0.4, es decir 1 odontólogo para 25.000

## 7. Servicios Odontológicos

El Ministerio de Salud y Deportes se estructura en tres niveles: Central, departamental y provincial. El nivel central tiene una función esencialmente normativa. Nueve oficinas departamentales que dirigen los servicios y controlan las áreas de salud a nivel provincial.

La oferta de servicios de salud oral del MS y D, se realiza básicamente de los SEDES (Servicios Departamentales de Salud) y los gobiernos municipales.

La atención odontológica, en los establecimientos de salud de los municipios, es primaria con un perfil de tipo preventivo, en las áreas de diagnóstico, periodoncia, operatoria dental, endodoncia y cirugía bucal, los tratamientos que normalmente se realizan son: obturaciones, exodoncias simples, fluoración, pulpotomías entre otras, también se realizan tratamientos quirúrgicos complejos (exodoncias de piezas dentarias retenidas) y cirugía maxilofacial en hospitales de tercer nivel.

## 8. Importancia de la Salud Oral

El amplio significado de la salud oral es paralelo al amplio significado de salud. En 1948 la Organización Mundial de la Salud aumentó la definición de la salud a “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Se deriva por tanto, que la salud oral y la salud general no deben ser interpretadas como entidades diferenciadas

## 9. Conclusiones

La realidad del modelo de atención de salud oral presenta un bajo perfil preventivo, con un componente curativo alto y sin capacidad restaurativa, de baja o limitada cobertura ante la demanda creciente de la atención odontológica por parte de la población en general, Cuenta con una disposición de recursos financieros, humanos e infraestructura deficientes los cuales repercute en servicios inadecuados en zonas alejadas y donde aun no se cuenta con encargados de la salud oral, falta de equipamiento lo cual se torna en una amenaza para la salud de los pacientes consecuentemente se disminuye la calidad de atención.



Se requieren medios y formas que amplíen la información en salud oral en Bolivia. La Investigación en salud oral a nivel institucional es inexistente, la capacidad de innovación tecnológica tiene baja relevancia; no se dispone de información acerca del proceso de salud-enfermedad oral, de las prácticas realizadas a la población en su conjunto incluyendo las minorías étnicas y raciales, las poblaciones rurales los discapacitados, los más jóvenes y los ancianos.

La información disponible pese a los esfuerzos del Programa de salud oral, es escasa e incompleta, basado en un limitado listado de indicaciones cuantitativas, no permiten medir el impacto real de las actividades realizadas, ya que las enormes cifras de consultas y tratamientos solo reflejan el notable esfuerzo del personal que lo realiza y muy parcialmente otros indicadores de interés, como los o indicadores epidemiológicos y los indicadores de evaluación de actividades de atención. Tal situación se traduce en una visión poco precisa e insegura de lo que ocurre en la salud oral en Bolivia.

### **Bibliografía:**

1. INE Instituto Nacional de Estadística .Aspectos Geográficos  
<http://www.ine.gob.bo/index.php/bolivia/aspectos-geograficos>
2. INE Instituto Naional de Estadística. Aspectos Políticos y Administrativos  
<http://www.ine.gob.bo/index.php/bolivia/aspectos-politicos-y-administrativos>
3. Ministerio de Salud Estructura Organizativa  
<https://www.minsalud.gob.bo/institucional/organigrama>
4. Programa de Salud Oral Sonrisas Sanas Vidas Saludables  
<http://saludoral.minsalud.gob.bo/proyecto-de-prevencion/p-introduccion>
5. Programa de Salud Oral Sonrisas Sanas Vidas Saludables  
<http://saludoral.minsalud.gob.bo/proyecto-de-prevencion/p-objetivo>
6. Programa de Salud Oral Sonrisas Sanas Vidas Saludables  
<http://saludoral.minsalud.gob.bo/proyecto-de-prevencion/p-estructura>
7. Datos obtenidos Patricia Hurtado Encargada de Programación y Seguimiento-  
Unidad de servicios SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD- GOBIERNO  
AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL SANTA CRUZ
8. Sistema Nacional de Información en Salud- Vigilancia Epidemiológica  
<http://snis.minsalud.gob.bo/conociendo-al-snis-ve>
9. Contexto de la Salud en Bolivia  
[https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/saludOral/2010-Normas\\_Salud\\_Oral-6316.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/saludOral/2010-Normas_Salud_Oral-6316.pdf)
10. [https://minsalud.gob.bo/2144-ministerio-de-salud-coadyuvo-en-reduccion-del-  
indice-de-poblacion-con-problema-de-caries-en-los-dientes](https://minsalud.gob.bo/2144-ministerio-de-salud-coadyuvo-en-reduccion-del-indice-de-poblacion-con-problema-de-caries-en-los-dientes)



Canadá



**Autores: Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau.**

## SISTEMA DE SALUD DENTAL CANADIENSE

### BREVE VISIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD CANADIENSE

Canadá es un estado confederado compuesto por 10 provincias y 3 territorios. Los gobiernos federales y provinciales desempeñan funciones complementarias para garantizar el acceso a la salud para los más de 35 millones de habitantes. El gobierno federal promulga legislaciones importantes y las transferencias de fondos para apoyar los programas de salud provinciales. Cada provincia y territorio cuenta con un plan de seguro de salud diseñado de conformidad con Canada Health Act (CHA) de 1984. Esta legislación describe cinco principios básicos:

**Administración pública:** esto implica que los planes de seguro de salud provinciales y territoriales deben ser administrados por una agencia pública sin fines de lucro;

**Integralidad:** los planes de salud debe asegurar que todos los servicios médicos necesarios se presten en un hospital;

**Universalidad:** los planes de salud deben garantizar una cobertura uniforme para todos los asegurados;

**Accesibilidad:** los planes de salud deben proporcionar un acceso razonable a los servicios médicos que carecen de recursos financieros y otras barreras;

**Portabilidad:** los planes de salud deben cubrir a los asegurados cuando se desplazan a otra provincia o territorio dentro de Canadá, y cobertura restringida a los individuos cuando viajan al exterior <sup>1</sup>;

Los principios de la CHA aseguran el acceso universal a los servicios médicos asegurados públicamente para todos los canadienses. Por el contrario, el sistema de atención dental es principalmente un servicio del sector privado que se encuentra fuera del sistema de salud general. En este capítulo se presenta una descripción de los componentes clave del sistema de atención de la salud oral.





## Profesionales de salud bucal en Canadá

Los profesionales de la salud oral en Canadá incluyen dentistas (dentistas generales y especialistas) e higienistas dentales. También hay terapeutas dentales en un número limitado de jurisdicciones.

**Dentistas:** existían cerca de 21 mil dentistas en Canadá en 2013. Nueve de cada diez dentistas (92%) eran propietarios o trabajaban en una clínica privada. Los dentistas proporcionan servicios clínicos para restaurar la forma, la función y mejorar la estética del complejo orofacial. Una pequeña proporción de dentistas (8%) eran empleados en el sector académico, hospitales u otras instituciones públicas<sup>2,3</sup>.

**Higienistas dentales:** Canadá tiene cerca de 30 mil higienistas dentales que prestan servicios preventivos y terapéuticos en clínicas y actividades de promoción de la salud bucal en las comunidades. Desde 2007, los higienistas dentales en la mayoría de las provincias y territorios, con excepción de Quebec, pueden tener consultorio particular donde realizan procedimientos terapéuticos simples sin la supervisión del dentista<sup>4</sup>.

**Terapeutas dentales:** hay aproximadamente 300 terapeutas dentales en Canadá. Su papel es de educar a los individuos y las comunidades en la prevención de enfermedades, y para proporcionar una atención de emergencia para niños y adultos. La capacitación de terapeutas dentales se diseñó originalmente para mejorar el acceso a la atención de salud bucodental en áreas remotas, especialmente en comunidades indígenas. Sin embargo, el último programa de capacitación en terapia dental en Canadá terminó en 2011<sup>5</sup>.

## Modelos de prestación de cuidados dentales

### Modelo privado

Los profesionales dentales que trabajan en clínicas privadas proporcionan la mayor parte de la atención de la salud oral en Canadá. Los dentistas poseen y administran las clínicas dentales como una empresa privada que ofrece servicios de atención bucal generalizados o especializados. Todos los procedimientos tienen un código y una guía de tarifas que están determinados por cada orden profesional provincial y territorial de los dentistas. Los dentistas no están obligados a cobrar las tarifas sugeridas. Sin embargo, se debe aplicar una guía de honorarios negociada por el gobierno para los beneficiarios de programas dentales financiados con fondos públicos.

La organización y la prestación de asistencia oral a través del sector privado es similar en todas las provincias y territorios. Un individuo puede llegar directamente o llamar para marcar una consulta en la clínica dental de su elección. Es posible recibir tratamiento el mismo día, dependiendo de los síntomas del paciente y del horario de trabajo de la clínica.



El individuo puede utilizar su seguro dental privado o hacer pago directo para pagar servicios. De acuerdo con el Canadian Health Measures Survey de 2007-2009, dos tercios de los canadienses tenían seguro odontológico (privado - 62%, público - 6%). Los clientes que tienen seguro dental parcial tienen que pagar la porción no asegurada de los costos de tratamiento. Las clínicas privadas de higiene dental operan en formato similar<sup>6-8</sup>.

### **Programas odontológicos hospitalarios**

La mayoría de los programas odontológicos hospitalarios se afilian a las universidades locales. Los programas ofrecen servicios como: atención de salud bucal para pacientes con discapacidad, servicio de emergencia 24 horas para la comunidad y ayuda a pacientes que necesitan atención hospitalaria. Por ejemplo, incluyen pacientes que necesitan cirugía maxilofacial y reconstrucción protética debido a trauma o terapia contra cáncer y pacientes hospitalizados para trasplante de órganos. Además, los programas sirven como una "red de seguridad" prestando atención a individuos con dolor dental agudo para algunos individuos que no poseen los medios financieros para acceder a cuidados privados.

Las facultades de odontología también ofrecen cuidados orales más accesibles como parte de los programas de formación de graduación y posgrado. Los pacientes potenciales se seleccionan de acuerdo con las directrices establecidas financieras y de necesidad de tratamiento, y reciben tratamiento de los estudiantes de odontología bajo supervisión<sup>9</sup>.

### **Modelos ad hoc**

Un tercio de los canadienses no tienen seguro odontológico. Esta subpoblación hará cargo de sus propios recursos para el cuidado de la salud oral; Sin embargo, muchos encuentran atención bucal en Canadá un servicio caro<sup>10-12</sup>. Algunas provincias tienen clínicas dentales comunitarias sin fines de lucro que ofrecen atención bucal más accesible a poblaciones vulnerables<sup>13</sup>. Dentistas ofrecen tiempo y las organizaciones comunitarias proporcionan el espacio físico para estas clínicas con el fin de reducir al mínimo los costos de operación. Además, varias asociaciones dentales provinciales están colaborando con universidades y comunidades para implementar proyectos diseñados para facilitar el cuidado oral para los grupos de población vulnerables<sup>2</sup>.

### **Financiamiento del servicio odontológico**

El sector privado financia casi exclusivamente el cuidado de la salud oral en Canadá. Por ejemplo, el sector privado contribuyó con 12.700 millones (93,8%), de los más de US \$ 13 mil millones gastados en salud oral en 2015. Cerca de dos tercios (60%) del valor fueron pagados por medio de seguro odontológico privado y el 40% de los recursos propios<sup>14</sup>. Los planes provinciales y territoriales del seguro de salud no cubren cuidados bucales, excepto cuidados limitados para grupos específicos de población (por ejemplo, personas con recursos financieros escasos). Por lo tanto, los individuos deben adquirir seguro dental privado, individualmente o en grupo, a través de sus empleadores.



El gobierno contribuye anualmente con cerca del 6% del gasto odontológico total<sup>14</sup>. De acuerdo con el Canadá Health Act, sólo los cuidados bucales suministrados en el hospital se califica como "servicios médicamente necesarios"<sup>7</sup>. Sin embargo, el gobierno federal financia, con límites, el cuidado oral para los veteranos, los pueblos indígenas, los presos, los refugiados y los solicitantes de asilo y los miembros de la Policía Montada Real Canadiense (RCMP - Royal Canadian Mounted Police). Los gobiernos provinciales y territoriales financian cuidados orales limitados para las personas que reciben asistencia social y algunos niños (el límite de edad varía de acuerdo con las jurisdicciones). Los beneficiarios de los programas odontológicos con financiación pública tienen acceso a cuidados orales de clínicas dentales privadas<sup>2</sup>. La Figura 1 muestra una composición de los gastos dentales en 2015.

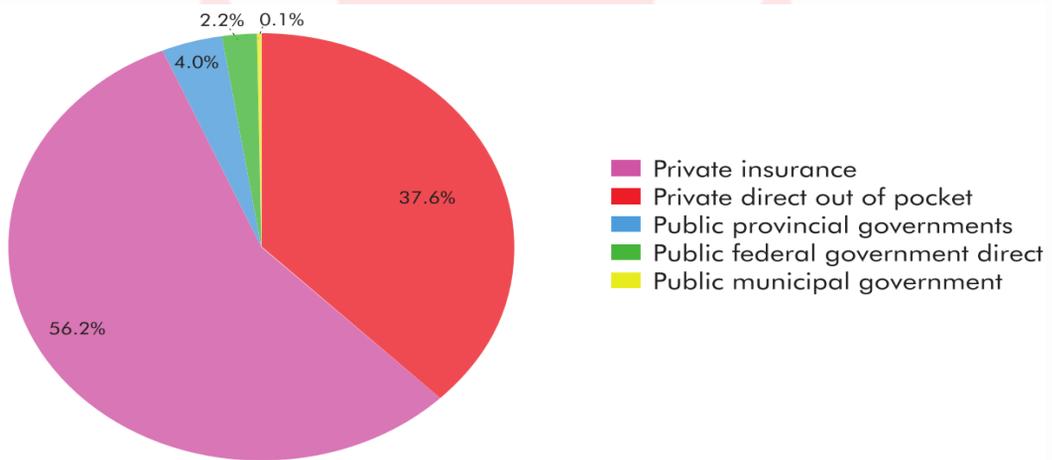


Figura 1: Gastos de Servicios Odontológicos en Canadá 2015 (Source: Health Expenditure Trends, CIHI, 2015).

### Ventajas del modelo privado de asistencia odontológica

El modelo de prestación de asistencia odontológica privada ha sido elogiado por mejorar el acceso a la atención oral, ofreciendo servicios de calidad, y reducir la carga de enfermedades bucales en Canadá. Canadá tiene una relación dentista-ciudadana de aproximadamente 1: 1.600, y ocupa el 5<sup>o</sup> lugar en los países de la OECD en términos de número medio o total de visitas anuales al dentista<sup>2</sup>. Hasta el 75% de los canadienses visitan al dentista anualmente y el tiempo de espera es mínimo (incluso inexistente en algunos casos). Estos datos se comparan favorablemente con los países de la OCDE similares<sup>3</sup>. Además, más del 80% de los pacientes están satisfechos con la calidad de los servicios de salud bucal <sup>(3,15)</sup>. El mejor acceso al cuidado en salud oral en las últimas décadas ha contribuido a mejorar los resultados de salud bucal de los canadienses. En comparación con la década de 1970, la caries no tratada en niños disminuyó tres veces y la proporción de adultos que perdieron todos los dientes naturales (edéntulos) cayó del 23% al 6% <sup>16</sup>.



## Desafíos del modelo de atención odontológica predominante

**Desigualdades en salud bucal:** A pesar de las mejoras, las desigualdades en salud bucal persisten, afectando especialmente a las poblaciones vulnerables: ancianos, pueblos indígenas, refugiados y nuevos inmigrantes, personas con discapacidad, beneficiarios de asistencia social, niños y trabajadores pobres. Familias e individuos con bajos ingresos y bajo nivel socioeconómico tienen los peores resultados de salud oral y el acceso limitado a la atención oral en comparación con la población general<sup>(2,13)</sup>. La renta familiar y el seguro odontológico son los principales determinantes en el acceso al cuidado oral y al estado de salud oral en Canadá. La Figura 2 ilustra que las personas sin seguro dental eran cuatro veces más propensas a no visitar al dentista en comparación con las personas que poseían seguro dental.

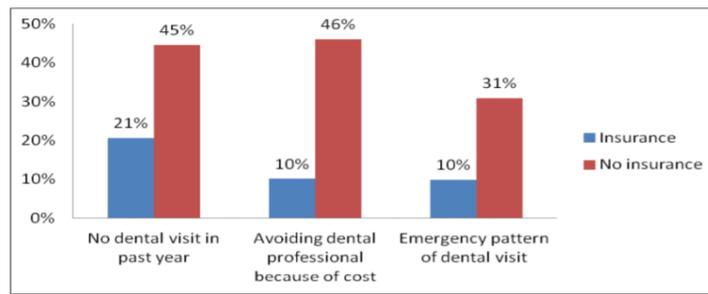


Figura 2: Seguro y acceso a la salud oral entre adultos<sup>13</sup>.

Alrededor de un tercio de la población no tiene seguro odontológico y no pueden costear los costos. Esta proporción está aumentando, los datos recientes indican que los trabajadores de renta media tienen dificultades para pagar el seguro dental privado. Los individuos que no pueden darse el lujo de acceder a la atención odontológica privada sufren las consecuencias de la enfermedad no tratada <sup>(8, 10, 12, 17-19)</sup> y muchas veces acaban recibiendo atención hospitalaria de emergencia <sup>(20, 21)</sup>. La Figura 3 muestra que los niños de familias de bajos ingresos tenían una experiencia tres veces mayor de dolor dental en comparación con las de familias más ricas.

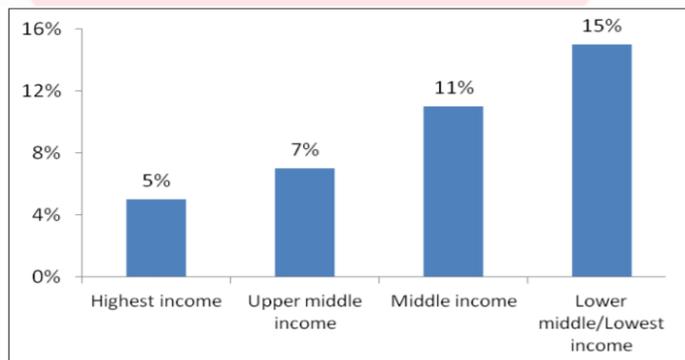


Figura 3 Porcentaje de niños y adolescentes con dolor dental durante el año pasado de acuerdo con la renta familiar<sup>13</sup>.

En cuanto al acceso al cuidado de la salud oral, los pueblos indígenas en comunidades remotas a veces tienen que esperar hasta 12 meses para recibir los cuidados necesarios. Las comunidades del norte dependen de profesionales dentales traídos por las ciudades del sur.



## **Turismo Odontológico**

El modelo de atención odontológica privada puede incentivar el turismo dental, una práctica en la que las personas buscan atención odontológica fuera de su país de residencia habitual. Las barreras financieras a la atención de la salud bucal pueden hacer que los canadienses se involucren en el turismo dental. Los inmigrantes canadienses, los trabajadores más pobres y los canadienses sin seguro son propensos a buscar atención de salud bucal en el exterior<sup>22</sup>. Además, no hay cifras oficiales sobre el número de canadienses, ni sobre el tipo de tratamiento y la calidad de los cuidados ofrecidos a través del turismo dental<sup>23</sup>.

## **Propuestas para mejorar el actual modelo de servicios odontológicos**

### **Aumento del gasto público en atención odontológica**

Los tomadores de decisión en salud bucal sugirieron formas de mejorar el actual sistema de atención odontológica. La población<sup>24</sup> y los profesionales odontológicos<sup>25</sup> esperan que los gobiernos federal y provincial aumenten sus gastos con cuidados bucales. Esto puede llevar a uno de los dos enfoques: los gobiernos pueden ampliar la gama de servicios ofrecidos a través de programas financiados que benefician a las poblaciones vulnerables; o la inclusión de los cuidados en salud orales en los planes de seguro de salud provinciales y territoriales <sup>(24, 26, 27)</sup>. Integrar el cuidado bucal en el seguro público puede reducir las desigualdades e injusticias existentes con los grupos vulnerables. Además, los gobiernos podrían aumentar el financiamiento para iniciativas de salud pública, como la fluoración de agua.

### **Desarrollar y ampliar sistemas alternativos de cuidado dental**

La Canadian Dental Association (CDA) respalda modelos alternativos de atención dental que involucrarán a la industria dental, a los profesionales dentales, al gobierno y a las organizaciones sin fines de lucro. La CDA cree que ese enfoque tiene el potencial de brindar un acceso equitativo a la atención oral<sup>6</sup>. Además, los higienistas dentales y los odontólogos también han argumentado que otorgarles la autorización para realizar procedimientos de tratamiento menos complejos puede contribuir a mejorar el acceso y reducir la brecha de desigualdad en salud oral.

## **Conclusión**

El sistema de salud bucal canadiense depende principalmente del sector privado que financia y presta servicios en salud. El sistema contribuyó a mejorar el estado de salud oral y el acceso de los canadienses, Canadá se compara favorablemente con el de otras economías avanzadas en relación a la salud oral. Además, ciertos grupos de población todavía presentan problemas con enfermedades bucales. El sector público desempeña un papel limitado en el actual sistema de atención odontológica que tiene sus ventajas, desventajas y potenciales de mejoras.

**Bibliografía:**

1. Government of Canada. Canada's Health Care System. Available at: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>. 2012.
2. Canadian Dental Association. The State of Oral Health in Canada. Available at: <http://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/flip/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. 2017.
3. Labrie Y. The Other Health Care System: Four Areas Where The Private Sector Answers Patients' Needs. Montreal Economic Institute; 2015. p. 44.
4. Ducas I. Les cliniques d'hygiène dentaire, c'est pour bientôt? : La Presse; 2012.
5. Leck V, Randall GE. The rise and fall of dental therapy in Canada: a policy analysis and assessment of equity of access to oral health care for Inuit and First Nations communities. International journal for equity in health. 2017; 16:131.
6. Canadian Dental Association. Position Paper on Access to Oral Health Care for Canadians. Available at: [https://www.cda-adc.ca/en/about/position\\_statements/accesstocarePaper/2010](https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/accesstocarePaper/2010).
7. Quiñonez C. Why was dental care excluded from Canadian Medicare?. Available at: <http://ncohr-rcrsb.ca/knowledge-sharing/working-paper-series/content/quinonez.pdf> 2013 Contract No.: 1.
8. Ramraj C, Sadeghi L, Lawrence HP, Dempster L, Quinonez C. Is accessing dental care becoming more difficult? Evidence from Canada's middle-income population. PloS one. 2013; 8:e57377.
9. Canadian Dental Association. CDA Position on Provincial Funding of Hospital-Based Dental Services and Postgraduate Dental Education. 2005 [Dec. 10, 2017]; Available from: [http://www.cda-adc.ca/files/position\\_statements/fundingHospitalDentalServices.pdf](http://www.cda-adc.ca/files/position_statements/fundingHospitalDentalServices.pdf).
10. Wallace B, Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Wathen N, Long PM, et al. Self-reported oral health among a community sample of people experiencing social and health inequities: cross-sectional findings from a study to enhance equity in primary healthcare settings. BMJ Open, 5(12), e009519 <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009519>. 2015; 5:e009519.
11. Thompson B, Cooney P, Lawrence H, Ravaghi V, Quinonez C. Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a Canadian population-based study. Journal of public health dentistry. 2014; 74:210-8.
12. Duncan L, Bonner A. Effects of income and dental insurance coverage on need for dental care in Canada. Journal (Canadian Dental Association). 2014; 80:e6.
13. Canadian Academy of Health Sciences. Improving Access To Oral Health Care For Vulnerable People Living In Canada. Available at: [http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access\\_to\\_Oral\\_Care\\_FINAL\\_REPORT\\_EN.pdf](http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_EN.pdf). Ottawa, Canada 2014.
14. Canadian Institute for Health Information C. National Health Expenditure Trends, 1975 to 2015,. 2015.



15. Macdonald ME, Beaudin A, Pineda C. What do patients think about dental services in Quebec? Analysis of a dentist rating website. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2015; 81:f3.
16. Health Canada. Technical report on the findings of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey, 2007-2009. Ottawa (ON)2010.
17. Wallace B B, MacEntee M, I. . Access to dental care for low- income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. *Journal of community health*. 2012; 37:32-9.
18. Elani H, W., Harper S, Allison P, J. , Bedos C, Kaufman J, S. Socio-economic inequalities and oral health in Canada and the United States. *J Dent Res*. 2012; 91:865–70.
19. Quiñonez C, R F. Sorry doctor, I can't afford the root canal, I have a job: Canadian dental care policy and the working poor. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2010; 10:481–5.
20. Ramraj CC, Quinonez CR. Emergency room visits for dental problems among working poor Canadians. *Journal of public health dentistry*. 2013; 73:210-6.
21. Singhal S, McLaren L, Quinonez C. Trends in emergency department visits for non-traumatic dental conditions in Ontario from 2006 to 2014. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2017; 108:e246-e50.
22. Adams K, Snyder J, Crooks V, A. The Perfect Storm: What's Pushing Canadians Abroad for Dental Care? *Journal (Canadian Dental Association)*. 2017; 83:h10.
23. Turner L. "Dental Tourism": Issues Surrounding Cross-Border Travel for Dental Care. Available at: [http://www.jcda.ca/sites/default/files/back\\_issues/vol-75/issue-2/117.pdf](http://www.jcda.ca/sites/default/files/back_issues/vol-75/issue-2/117.pdf)2009.
24. Ramji S, Quinonez C. Public preferences for government spending in Canada. *International journal for equity in health*. 2012; 11:64.
25. Quinonez CR, Figueiredo R, Locker D. Canadian dentists' opinions on publicly financed dental care. *Journal of public health dentistry*. 2009; 69:64-73.
26. Allison P. Why dental care should be included in the public health system. *The Globe and Mail*. 2014.
27. McClymont E. Dental Care in Canada: the Need for Incorporation into Publicly Funded Health Care. . *UBCMJ*. 2015; 7:28-9.



Chile



**Autores: Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Viguera.**

## SISTEMA DE SALUD DE CHILE

En 1950 Chile instala un Sistema de Nacional de Salud, proveyendo con esto un seguro de salud para trabajadores y sus familias a través de aportes fiscales. Durante su funcionamiento, este Sistema fundamentalmente público, colaboró en el mejoramiento del nivel de salud de su población, posicionándolo como uno de los países con mejores situaciones sanitarias en el contexto regional<sup>1</sup>.

A partir de los años 80, bajo el contexto de la instalación de políticas neoliberales, el sistema de salud sufre importantes reformas como la apertura a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) de índole privadas en la administración de los fondos y la descentralización de la atención primaria (APS) hacia los municipios<sup>2</sup>. Así, en la actualidad el Sistema de Salud Chileno es mixto tanto en su aseguramiento como en la provisión de servicios. El seguro público llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA), cubre aproximadamente al 79% de la población, incluyendo tanto a las personas que contribuyen con el 7% de sus ingresos mensuales (cotización obligatoria), como a aquellas personas carentes de recursos, cuyo seguro lo financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Por otra parte, en el sistema privado representado por las ISAPRES, cotiza el 15% de la población, concentrando a las personas de mayor nivel socioeconómico, es decir, población más joven y trabajadores con mayores ingresos económicos. El porcentaje restante corresponde a personas sin seguro y a los que cotizan para el seguro de salud propio de las Fuerzas Armadas (2,9%)<sup>3</sup>. Cabe destacar que los seguros FONASA e ISAPREs compiten por la fuente común de financiación (contribución obligatoria de los empleados con un límite imponible mensual que equivale a aproximadamente a US\$2.860).

En el sector público, el Sistema Nacional de Salud (SNS) brinda prestaciones de salud ambulatorias y hospitalarias a su población beneficiaria a través de 29 Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país, mientras que la APS es administrada en su mayoría por los municipios bajo orientaciones técnicas del Ministerio de Salud. En el ámbito privado, las ISAPRES, cuyo funcionamiento responde a la lógica de seguros privados más que a los de seguridad social, ofrece a sus usuarios diversos planes de servicios de acuerdo a la cobertura a la que accedan según su capacidad de pago y riesgo<sup>4</sup>.





Este modelo fragmentado ha generado inequidades en salud y en el acceso a las atenciones de salud. Se han documentado desigualdades en el acceso a algunas prestaciones y en la utilización de servicios de salud según el género, la clase social o el territorio. Por ello, a partir de la década de 2000 se ha implementado una serie de reformas tendientes a enfrentar las inequidades en salud producto de diferencias geográficas y socioeconómicas, usando el enfoque de “garantías de salud”, para otorgar cobertura universal y equitativa de la asistencia sanitaria de calidad en un sistema mixto de salud<sup>5-6</sup>. El programa, denominado GES (Garantías Explícitas en Salud), define derechos jurídicamente exigibles de prestaciones sanitarias explícitas para 80 condiciones de salud priorizadas, que representan el 75% de la carga de la enfermedad. Las GES fueron acompañadas de otras medidas, en el contexto de una Reforma del Sistema de Salud, para aumentar la financiación pública y asegurar estas garantías en todo el país<sup>4-5</sup>.

## **SALUD BUCAL**

La atención de salud bucal en Chile hasta antes del GES tuvo un enfoque principalmente preventivo con una cobertura de fluoración del agua potable a nivel nacional cercana al 83% de la población urbana. La atención dental estaba dirigida a proteger y limitar el daño, focalizándose en los grupos poblacionales en periodo de erupción dentaria temporal y definitiva, edades en que se ha demostrado mayor efectividad de la educación en salud<sup>7</sup>. En el ámbito del diagnóstico y tratamiento, la atención se focalizaba en la población en edad de mayor riesgo biológico. Por eso sólo se había priorizado la atención odontológica integral en niños de 4, 6 y 12 años, y en embarazadas adolescentes y/o primigestas<sup>7</sup>.

Por otro lado, la salud bucal es un tema que continuamente ha sido priorizado por la población chilena, posiblemente por los cambios socioeconómicos y culturales producidos en el país<sup>8</sup>. La salud dental es importante porque afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público<sup>8</sup>. A ello se agrega que es uno de los ámbitos en que las personas tienen mayores problemas de acceso por el alto coste<sup>6</sup>, especialmente aquellas personas de los grupos socio-económicamente menos favorecidos<sup>8</sup>.

Por ello, considerando la situación epidemiológica y la opinión ciudadana, la Reforma de Salud consideró también algunas atenciones odontológicas. Así, los GES Odontológicos, junto a otros programas complementarios, configuran los servicios y los principales programas que componen la actual oferta de atención odontológica en el sistema público de salud, los que se detallan a continuación:



**Programa de Fluoración del agua potable:** El uso de fluoruros para la prevención de la caries dental, es la medida considerada como la principal estrategia para la prevención y el control de la caries, existiendo evidencia científica de alta calidad que la sustenta. Desde el año 1996, en gran parte de las comunas de la Región Metropolitana de Santiago y el año 1999 en varias regiones de Chile se inició la fluoración del agua, además de la Región de Valparaíso, única región que dispone de fluoruración artificial del agua desde 1986<sup>7</sup>.

**Programa Promocional Preventivo “Sembrando Sonrisas”:** Dirigido a niños/as que asisten a establecimientos vulnerables de educación preescolar, tiene como objetivo aumentar el porcentaje de población infantil menor de 6 años libre de caries. Contempla actividades de autocuidado y protección específica traducidas en el cepillado de dientes y la aplicación de barniz fluorurado a edades tempranas. Su financiación, definida como una partida presupuestaria específica, incluye la entrega anual a cada niño/a beneficiario de un equipo de higiene bucal (cepillo y pasta dentífrica fluorurada) conjuntamente con actividades promocionales realizadas en el marco de la visita de personal odontológico a los jardines infantiles<sup>9</sup>.

**Programa Odontológico Integral:** su propósito es mejorar la salud bucal de la población beneficiaria en el nivel primario de atención, a través de la atención preventiva, recuperativa y/o de rehabilitación protésica de acuerdo a los grupos priorizados<sup>9</sup>. Sus objetivos son mejorar la calidad y resolutive de la atención odontológica en APS, así como mejorar la accesibilidad a la atención dental en comunidades de difícil acceso. El Programa “Más Sonrisas para Chile” surge el año 2014, como compromiso presidencial de la actual Presidenta Michelle Bachelet, tendiente a alcanzar 400.000 mujeres con alta odontológica entre 2014-2017. Dicho programa, aunque ahora con una mucho más amplia cobertura, es la continuidad de un programa iniciado en 1994 como componente de Salud Bucal del Programa de Apoyo Intersectorial a las Mujeres Jefas de Hogar, con el objetivo de mejorar el desarrollo individual de las mujeres, la recuperación de la autoestima, de la inserción laboral y del cuidado de salud bucal de sus familias.

**Programa de Mejoramiento del Acceso:** Con la escasa cobertura adicional que se puede otorgar, la atención se ha visto restringida por el horario de atención incompatible generalmente con las actividades laborales o escolares. Por ello, el Programa de mejoramiento del acceso tiene como propósito mejorar el acceso a la atención de enfermedades bucodentales en la población que cursa IV año de Educación Media (último curso de educación secundaria), y en los adultos mayores de 20 años, en horarios y lugares compatibles con actividades educacionales y laborales<sup>11</sup>.



Tabla 1: Componentes y estrategias del Programa Odontológico Integral.

COMPONENTE	ESTRATEGIAS
1. Resolución de especialidades odontológicas en APS	1.1 Endodoncia en APS
	1.2 Prótesis en APS
2. Acercamiento de la atención odontológica en poblaciones de difícil acceso	2.1 Clínicas dentales móviles
	2.2 Atención odontológica integral en “Hombres de escasos recursos”
3. Promoción y prevención odontológica	3.1 Apoyo odontológico en Centros Comunitarios de Salud Familiar
4. Odontología Integral	4.1 Atención odontológica integral a mujeres “Más sonrisas para Chile”
	4.2 Auditorias clínicas al 5% de las altas odontológicas integrales “Más Sonrisas para Chile”

Tabla 2: Componentes y estrategias del Programa Mejoramiento del acceso a la Atención Odontológica<sup>11</sup>.

COMPONENTE	ESTRATEGIAS
1. Atención odontológica de morbilidad	1.1 Consultas de morbilidad odontológica para población mayor de 20 años y en horario extendidos
2. Atención odontológica integral a estudiantes de IV año de educación media	2.1 Alta odontológica integral a estudiantes de tercero y cuarto año de educación media y/o su equivalente

La atención odontológica de morbilidad considera las actividades recuperativas realizadas de lunes a viernes en horario vespertino y los sábados en la mañana, con el propósito de facilitar la asistencia de quienes trabajan o estudian.

**Programa GES Odontológico:** Desde la década de 2000 los programas de atención odontológica han priorizado algunos grupos vulnerables considerando las marcadas desigualdades en salud observadas. En este contexto, el Sistema de Salud chileno se propuso como objetivos, por una parte, proveer cuidados sanitarios definidos en una canasta básica de prestaciones. Por otro lado, mediante la Ley 19.966 de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) o Garantías Explícitas en Salud (GES), desde el año 2005 se define e implementa un sistema que garantiza la cobertura en el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera de un grupo inicial de 25 condiciones de salud que se fue incrementando paulatinamente desde Julio de 2005 hasta las 80 patologías garantizadas a la fecha, definidas y priorizadas según la carga de enfermedad, el impacto en la calidad de vida y en el gasto de bolsillo que representan; y también según la opinión organizada de usuarios mediante encuestas y encuentros ciudadanos. En la tabla 3 se detallan los programas de atención odontológica que están contemplados en el Régimen GES<sup>5,12,13</sup>.



Tabla 3: Programas de Atención Odontológica incluidas en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)

GES ODONTOLÓGICO	AÑO INCORPORADO AL RÉGIMEN GES
Atención integral de salud en niños/as fisurados	2005
Salud oral integral para niños/as de 6 años	2005
Urgencias Odontológicas Ambulatorias	2007
Salud oral integral para adultos de 60 años	2007
Salud oral integral de la embarazada	2010

- Fisura labio-palatina: Se garantiza la atención aun cuando este problema de salud esté o no asociado a malformaciones craneofaciales. Se garantiza la oportunidad de diagnóstico y de tratamiento odontológico, desde el nacimiento hasta los 15 años de edad, como parte de los tratamientos integrales que estas personas deben recibir.
- Atención odontológica integral para niños/as de 6 años: Esta garantía puede ser solicitada durante el período que el niño/a tenga 6 años de edad. Se garantiza la oportunidad de tratamiento odontológico, con el ingreso a éste en un plazo máximo de 90 días desde su solicitud.
- Atención odontológica integral para personas de 60 años: La garantía comprende diagnóstico, educación en salud bucal, medidas de prevención específicas, curación de las patologías existentes y rehabilitación protésica.
- Atención odontológica integral para la embarazada: La garantía de este GES incluye educación en salud oral y un tratamiento odontológico integral para tratar las patologías existentes y la rehabilitación protésica si fuera indicada. Esta atención integral a las gestantes constituye además, el componente de salud bucal que se incorpora a la atención de las gestantes que participan en el programa de fomento del desarrollo integral de la niñez, denominado “Chile Crece Contigo”.
- Atención de urgencia odontológica ambulatoria: Frente a las bajas coberturas de atención odontológica integral que se oferta en el Sistema Público de Salud, especialmente en la población adulta, y en vista de las malas condiciones orales y del gran daño de salud bucal acumulado en esta población, el Estado ha debido garantizar la atención oportuna de la urgencia odontológica ambulatoria para toda la población que lo requiera, junto a un aumento progresivo de los recursos odontológicos que permitan un aumento de la oferta clínica disponible.



Estas atenciones se garantizan al amparo de una política de protección social con un enfoque de derechos garantizados y exigibles por la ciudadanía. Su cumplimiento puede ser exigido tanto por los beneficiarios del seguro público (FONASA) como del seguro privado (ISAPRES) ante las instancias que correspondan establecidas legalmente. Ello, en el marco de una Reforma que ha pretendido abordar los problemas de acceso a la atención odontológica de los adultos, quienes hasta antes de esta ley tenían acceso limitado incluso a la atención de urgencias odontológicas<sup>14</sup>, o debían madrugar para intentar lograr uno de los escasos cupos para dicha atención, los que estaban programados desde la oferta y no desde la demanda de necesidad de atención.

### Bibliografía:

1. Bossert T, Leisewitz T. Innovation and Change in the Chilean Health System.. N Engl J Med 2016; 374:1-5.
2. Jiménez, J, Bossert T.J. (1995). "Chile's Health Sector Reform: Lessons. Health Policy 1995; 32:155-66.
3. Ministerio de Desarrollo Social de Chile..Encuesta de Caracterización. [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN\\_2015\\_Resultados\\_salud.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_salud.pdf)
4. Becerril-Montekio V, Reyes J, Annick M. Sistema de salud de Chile. Salud pública Méx. 2011; 53(Suppl2):s132-s142.
5. Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud (GES). [consultado 20 sept 2017]. Disponible en <http://bcn.cl/1uyp6>
6. Cornejo-Ovalle M, Paraje G, Vásquez-Lavín F, Pérez G, Palència L, Borrell C. Changes in Socioeconomic Inequalities in the Use of Dental Care Following Major Healthcare Reform in Chile, 2004–2009. Int J Environ Res Public Health. 2015 Mar; 12(3): 2823–2836.
7. Departamento Odontológico del Ministerio de Salud de Chile, editor. Plan Nacional de Salud Buco-dental-Normas Odontológicas. 1993: Santiago.
8. Sgombich X, Frenz P, Agurto I, Valenzuela V, González C, Guerrero A, et al. Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas de Salud. 2009. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria.
9. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnico Administrativas para ejecución de Programa Sembrando Sonrisas 2016.
10. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Programa Odont. Integral 2017.
11. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas Programa Mejoramiento del Acceso 2017.
12. Ministerio de Salud de Chile. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Decreto GES 2016. [consultado 20 de sept. 2017]. Disponible en <http://bcn.cl/1vvpd>
13. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnico Administrativas para la ejecución de Programa GES Odontológico 2017.
14. Delgado I, Cornejo-Ovalle M, Jadue L, Huberman J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. Adaptación de la Comunicación IV Jornadas sobre Salud Oral y Desigualdad COEM. Cient. Dent.2013; 10(2):101-9.



---

Colombia

---



**Autores: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia.**

## **Políticas de Salud Bucal en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia**

### **Generalidades sobre el Sistema de Salud**

La Constitución Política de 1991 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y derecho irrenunciable de los habitantes, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado. A su vez, definió la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria <sup>1</sup>. La salud y el saneamiento básico, así como otros servicios públicos esenciales, son de responsabilidad de los territorios subnacionales, especialmente de los municipios y distritos <sup>2</sup>.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, promulgado en 1993, es el marco regulatorio del sistema de salud en Colombia. La Ley 100 que creó el SGSSS, acogió un conjunto de postulados que afirmaron al mercado como principio organizador, e incorporaron la salud como mercancía a la fuerza mediante la obligatoriedad del aseguramiento.

En 2015, producto de la movilización social y la presión de la Corte Constitucional, se promulgó la Ley Estatutaria de la Salud, mediante la cual se reconoce el carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud y se establecen mecanismos para su garantía, regulación y protección. Con esta se amplió el núcleo esencial de este derecho, al considerarlo derecho individual y colectivo, que comprende el acceso a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, pero también las acciones para actuar sobre los procesos sociales determinantes de la salud <sup>3</sup>.

La dirección, orientación y conducción del SGSSS está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. Contribuyen en la dirección del sistema, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de salud <sup>2</sup>. El financiamiento del SGSSS colombiano, moviliza recursos desde dos tipos de fuentes: (a) primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y (b) secundarias (recursos de la Nación). Acciones como las de salud pública se financian con recursos de la Nación y territoriales con destinación específica <sup>2</sup>.





La salud pública es responsabilidad del Estado. Las acciones colectivas son responsabilidad de los gobiernos territoriales (departamentos, distritos y municipios), mientras las acciones preventivas individuales son de responsabilidad de las aseguradoras. Desde el 2011 se definió un Plan Decenal de Salud Pública, que constituye la principal política pública en la materia<sup>4</sup>. La salud bucal constituye un tema dentro de los diez ejes constitutivos del plan decenal.

El aseguramiento, que constituye la columna vertebral de organización del sistema, se orienta principalmente a la salud individual y se entiende como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores<sup>2</sup>. El aseguramiento incorpora un Plan de Beneficios, que es un conjunto de actividades, procedimientos, medicamentos, ayudas diagnósticas y terapias a las que tiene derecho la población. En la actualidad la cobertura nacional de la afiliación al SGSSS es superior es de 95%<sup>5</sup>.

La prestación de servicios de salud se realiza a través de los diferentes tipos de prestadores de servicios de salud, instituciones públicas o privadas, que prestan servicios de carácter ambulatorio y hospitalario, y profesionales independientes, cumpliendo las normas de habilitación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y ofertando sus servicios a cualquiera de los pagadores del Sistema<sup>2</sup>.

### **Políticas de salud bucal en Colombia**

Las políticas para la atención odontológica individual están definidas en la normatividad del SGSSS. El Plan de Beneficios en Salud, contiene actividades educativas y preventivas en salud bucal, ayudas diagnósticas radiográficas, la atención de urgencias odontológicas, además de procedimientos de operatoria, endodoncia, odontopediatría, estomatología y medicina oral, cirugía bucal y maxilofacial, y la rehabilitación con la realización de prótesis mucosoportadas totales.

Las actividades educativas y preventivas, están definidas en la norma técnica para la atención preventiva en salud bucal. Incluye el control de placa bacteriana, el detartraje supragingival o control mecánico de placa, la aplicación de flúor y de sellantes para menores de 18 años <sup>6</sup>. Estas actividades son gratuitas para los usuarios y están exentas de cobros de copago.

Los procedimientos odontológicos del Plan de Beneficios en Salud incluyen: obturaciones dentales en amalgama, ionómero y resina. Tratamiento de conductos en dientes uni o multiradulares. Procedimientos de cirugía oral y maxilofacial, incluyendo la exodoncia de terceros molares permanentes; además de la atención quirúrgica y la rehabilitación de los pacientes con anomalías cráneo maxilo faciales severas como el labio fisurado congénito. Las prótesis dentales mucosoportadas totales, incluyendo la inserción, adaptación y control.

<sup>6</sup> La primera formulación se realizó en el año 2004 bajo el lema el “Pacto por la salud oral”. En el 2011 se realizó una evaluación y el ajuste para el periodo 2011-2021.



Los tratamientos odontológicos excluidos del Plan de Beneficios, son: los de periodoncia (excepto el detartraje supragingival, alisado radicular campo cerrado y el drenaje de colección periodontal), procedimientos de implantología, prótesis parciales (dentomucosoportadas), tratamientos de ortodoncia, blanqueamiento dental, los enjuagues bucales, cremas dentales, cepillos y seda dental.

En cuanto a las políticas de salud bucal en la salud pública, vale la pena destacar la implementación de un conjunto de medidas, entre las que se encuentran la adición de flúor a la sal de consumo humano, el desarrollo de encuestas nacionales de salud bucal, la formulación de planes nacionales de salud bucal, la implementación de acciones colectivas a cargo de los gobiernos locales y la implementación de políticas públicas de salud bucal a nivel territorial.

En 1984 con el decreto 2024 se aprobó la fluoruración de la sal en Colombia, adicionada con valores de 200 parte por millón–ppm– de flúor (+/- 20 ppm como límites superior e inferior). La medida comenzó a ser implementada en 1989<sup>7</sup>. La prevalencia de fluorosis en niños de 5 años (dentición temporal) fue de 8.4%, a los 12 años del 62% y a los 15 años del 56%<sup>8</sup>.

En cuanto a los estudios poblacionales, el Ministerio de Salud ha realizado cuatro estudios nacionales de salud bucal: 1965/1966, 1977/1980, 1998 y 2014. Lo que ha permitido monitorear la evolución de los indicadores de morbilidad oral en 50 años, constatando una tendencia progresiva en la disminución de la prevalencia y la severidad de la caries dental, así como avanzar en el reconocimiento de otros asuntos relevantes como las representaciones sociales de la salud bucal y su proceso de determinación social.

El indicador de dientes cariados (en estadio avanzado), obturados y perdidos por caries (COP), en el último estudio nacional en 2014, fue de 1,51 dientes afectados a los 12 años, valor que disminuyó respecto a la medición de 1998 [COPD 2,3 a los 12 años]. Así mismo los resultados de dicho estudio, indican un incremento de la enfermedad periodontal, la fluorosis leve y muy leve y el edentulismo, las lesiones por prótesis y la estomatitis<sup>8</sup>.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, constituye la principal política de salud pública vigente del SGSSS. Esta política incluye la salud bucal como un contenido entre una de sus dimensiones prioritarias (condiciones crónicas no transmisibles)<sup>9</sup>. La implementación del Plan Decenal de Salud Pública es responsabilidad de los entes territoriales, especialmente de los municipios y distritos. Su alcance está condicionado por la capacidad técnica, financiera y operativa de los mismos, por lo que las inversiones, enfoques, estrategias y coberturas son altamente heterogéneas a lo largo del país. La implementación de acciones educativas en el entorno escolar, y en espacios de cuidado de pre-escolares, pueden ser las más comunes en la implementación del plan decenal en los diferentes entes territoriales.



Como alternativa para enfrentar la debilidad nacional en la rectoría de la política sanitaria, desde inicios del siglo XXI, algunos entes territoriales han formulado e implementado políticas públicas participativas de alcance territorial. Las de mayor alcance y reconocimiento han sido las políticas públicas de salud bucal de las ciudades de: Bogotá (2004)\*, Manizales (2006) y Medellín (2013). No obstante realizarse con las dificultades inherentes a la escasa regulación en esta materia, y suponer un esfuerzo de los actores locales dado el vacío normativo sobre el cual operan, estos esfuerzos municipales no han tenido un respaldo técnico, financiero y político decidido de parte de la autoridad sanitaria nacional.

### **Políticas para la formación y el ejercicio profesional**

En la actualidad, en Colombia se ofertan 43 programas de formación profesional en odontología, desarrollados por 22 universidades, que operan en 17 ciudades, con cerca de 1900 cupos cada semestre. El 11% de las instituciones son públicas. La mayoría de los programas tienen una duración de diez semestres, uno de ellos tiene una duración de ocho semestres. Existen 109 programas de especialización que corresponden a 49 especializaciones, 3 maestrías y 1 doctorado<sup>10,11</sup>. De acuerdo con datos oficiales del Observatorio de talento humano del Ministerio de Salud, en el año 2015 existían más 45 mil odontólogos en el país.

En los últimos 30 años, en un contexto de reformas neoliberales en las políticas de educación, se triplicó la oferta de odontólogos en el país. De 0,32 odontólogos por 1.000 habitantes en 1984 se llegó a 0,93 en el 2015. En la actualidad hay casi un odontólogo por 1.000 habitantes en Colombia<sup>10</sup>.

A la par de la hiper-concentración de los profesionales de la odontología en las grandes ciudades, las plazas de servicio social obligatorio, que podrían orientar el primer empleo del recién egresado hacia las zonas rurales, se han visto reducidas a una mínima expresión. Las plazas de servicio social para el año 2017 fueron 430, es decir que solo podrían absorber el 13,6% de los recién egresados inscritos, exonerando al 86,4% de los nuevos profesionales<sup>11</sup>.

Las políticas de formación del talento humano y para el ejercicio profesional de la odontología, no son el resultado de un proceso de planificación y concertación social, por el contrario, se delinear por criterios de libre mercado. Los resultados saltan a la vista.



## Bibliografía:

1. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. 1991:125.
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sistema de Salud en Colombia. In: Giovanella L (org), Feo O (org), Faria M (org), Tobar S (org), orgs. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Primera ed. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012:349–440.
3. Congreso de la Republica de Colombia. *Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. República de Colombia; 2015:13.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 2011;(4):1–51.
5. Así vamos en Salud. Cobertura del aseguramiento consolidado nacional.
6. Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención preventiva en salud bucal. 2000:20.
7. Ministerio de Salud y Protección Social C. Documento técnico. Perspectiva del uso del flúor vs caries y fluorosis dental en Colombia. 2016:89.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. 2014.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. 2013:237.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Abecé sobre el IV estudio nacional de salud bucal. 2014:12.
11. Ternera JH. *A propósito de la autorización de nuevos programas de odontología*. Bogotá D.C.; 2017.

## Fuentes de información de la tabla de indicadores:

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. s/f. "Proyecciones de población". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>).
2. Banco Mundial & Naciones Unidas. s/f. "Perspectivas de la urbanización mundial." Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>).
3. Banco Mundial. "Datos sobre las cuentas nacionales del Banco Mundial y archivos de datos sobre cuentas nacionales de la OCDE". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/pais/colombia>).
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. s/f. "Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2016". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 ([http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/bol\\_pobreza\\_16.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_16.pdf))



5. Banco Mundial. "Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>)
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. s/f. "Proyecciones de Población 2005-2020. Tablas abreviadas de mortalidad nacionales y departamentales 1985 – 2020". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 ([https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/8Tablasvida1985\\_2020.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/8Tablasvida1985_2020.pdf))
7. Banco Mundial. "División de Población de las Naciones Unidas. Perspectivas de la población mundial". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>)
8. Banco Mundial. "Estimaciones desarrolladas por el Grupo interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad infantil (UNICEF, OMS, Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas)". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>)
9. Banco Mundial. "Nivel y tendencias en la mortalidad infantil. Informe 2011. Estimaciones elaboradas por el Grupo interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad infantil (UNICEF, OMS, Banco Mundial, ONU DESA, PNUD)". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?view=chart>)
10. Banco Mundial. "Estimaciones elaboradas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>)
11. Banco Mundial; Tendencias en la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial: (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>)
12. Banco Mundial. "Vigilancia, evaluación y monitoreo de vacunas WHO and UNICEF". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.VAC.TTNS.ZS>)
13. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. "Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 habitantes". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Densidad-estimada-talento-humano-salud.aspx>).
14. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. "IV Estudio Nacional de Salud Bucal". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>).



---

Costa Rica

---



**Autores: William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana C. Parra, Susan Lugo.**

### **Sistema Nacional de Salud en Costa Rica**

El derecho a la salud de la población costarricense está consignado en su Constitución Política desde 1949. En esta carta magna se garantiza el derecho a la vida en un ambiente sano, así como la protección especial del Estado a la familia y en especial “la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido” (Artículo 50 y 51). También en su Artículo 73 se establece la creación de los seguros sociales para los trabajadores y la protección en caso de “enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte...”

Las regulaciones y normativas en materia de salud están establecidas por la Ley General de Salud (Gaceta el 03 de octubre de 1973 la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica) y en su Artículo 1, reza textualmente: *“La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el estado”*.

En este marco jurídico se ha organizado el Sistema Nacional de Salud de Costa Rica, el cual está basado en los principios de la seguridad social costarricense y es administrada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Los principios son: Universalidad: todos los costarricenses forman parte del sistema nacional de salud indistintamente de su condición de aseguramiento; Solidaridad contributiva e intergeneracional, con los niños, las mujeres y las personas mayores; Equidad: ofrece servicios del cuidado de la salud atendiendo las diferentes necesidades de la población; Obligatoriedad de pertenecer al sistema, indistintamente su condición social o económica. Los patronos, los trabajadores y el Estado contribuyen solidariamente en el financiamiento tripartito del sistema de salud. El estado costarricense dispone del Régimen No Contributivo, RNC, para la atención de la población en condición de pobreza, administrado por la CCSS.

Este seguro le permite a la población más vulnerable del país disponer de un subsidio económico mensual y los mismos derechos del cuidado de la salud que recibe la población trabajadora activa.





El Ministerio de Salud es el ente rector de la salud costarricense, tanto del sector privado como del sector público, así como del sector cooperativo de salud y las ONGs, especialmente orientados hacia el primer nivel de atención.

El modelo de atención integral de salud está basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud, APS, donde la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud, la curación y la rehabilitación, son componentes esenciales del mismo.

Para cumplir con los preceptos de la APS, la totalidad de la población costarricense está sectorizada de acuerdo a la división político-administrativa y geográfica del país de distrito, cantón y provincia. Cada sector tiene 6,000 habitantes en promedio y existe un equipo básico de salud, EBAIS, conformado por un médico general, una auxiliar de enfermería, uno o más técnicos de atención primaria, ATAP y una auxiliar de registros médicos por cada uno. La ficha familiar está digitalizada y se utiliza en la atención de los cuidados de la salud, tanto a nivel del centro de salud, como durante la visita domiciliar.

El Equipo de Apoyo se ubica en la Sede del Área de Salud de los 81 cantones y está conformado por médicos, odontólogos, farmacéuticos, microbiólogos, enfermeras profesionales, nutricionistas y psicólogos, así como de las tecnologías correspondientes.

Las Áreas de Salud conforman las regiones de salud. El país dispone de la red de hospitales periféricos en algunas áreas de salud, de hospitales regionales o de segundo nivel de atención, en cada una de las siete regiones y los hospitales nacionales o de tercer nivel de complejidad, en la capital.

### **Políticas Públicas en salud oral en Costa Rica**

En materia de salud oral, la Ley General de Salud en su artículo 16 expresa: “Todo escolar deberá someterse a los exámenes médicos y dentales preventivos y participar en los programas de educación sobre salud y en nutrición complementaria que deberán ofrecer los establecimientos educacionales públicos y privados.”

En la actualidad la atención odontológica de la niñez y de toda la población en general está administrada por la CCSS en sus tres niveles de atención (primaria, básica y especializada) y con cobertura nacional. Las prestaciones de servicios en odontología en todos los niveles atención está organizada según Las Normas de Prestaciones Odontológicas desde 1997, a manera de ejemplo se expone la distribución del tiempo profesional en el primer nivel de atención de la siguiente manera:



*“Horas totales de programación de actividades en Odontología, dentro del Nuevo Modelo de Atención C.C.S.S., distribución porcentual de las acciones:*

GRUPO DE EDAD	PORCENTAJE DE TIEMPO
Niño <sup>[L]</sup> <sub>[SEP]</sub>	30%
Adolescente <sup>[L]</sup> <sub>[SEP]</sub>	25%
Mujer <sup>[L]</sup> <sub>[SEP]</sub>	20%
Adulto <sup>[L]</sup> <sub>[SEP]</sub>	15%
Adulto Mayor	10%

*La distribución porcentual del tiempo, no implica que el mismo se debe asignar en el orden indicado, pero debe entenderse que la norma establece prioridad de asignación del tiempo total disponibles a la atención en el siguiente orden de prioridades: 1. niño, 2. adolescente, 3. mujer, 4. adulto y 5. adulto mayor.*

*La Atención brindada, se orienta hacia los aspectos de Salud Integral con la Estrategia de Atención Primaria en Salud Oral (APSO), contemplando los aspectos sociales y sistémicos, complementados con tratamiento farmacológico y diagnóstico por imágenes, en forma interdisciplinaria e intersectorial.”*

El Ministerio de Salud (MS) continúa con el programa nacional dirigido a la niñez en condiciones de pobreza y pobreza extrema denominado CEN/CINAI en Costa Rica es un programa de Nutrición, Desarrollo Infantil Integral y Cuido que tiene como objetivo brindar a los niños y niñas las herramientas básicas para alcanzar un desarrollo integral mediante la combinación de servicios de alimentación, cuidado y acciones educativas.

En la actualidad los beneficiarios de estas actividades reciben Atención y Protección Infantil en 556 establecimientos a nivel nacional, para abril del 2017 se contabilizan 1,096 bebés, 17,678 niños y niñas de 0 a 6 años y 1,824 escolares.

Dentro de estas acciones se encuentra la “Atención Preventiva de la Salud Oral en CEN CINAI” que incluye una serie de actividades tendientes a la promoción de la salud oral que estimulen estilos de vida en los niños y niñas cubiertos por los programas. También se persigue la reducción de riesgo más importantes en la aparición de la caries y la enfermedad de la encías, mediante la detección, remoción mecánica de la placa bacteriana y control de la misma y la creación de los mecanismos necesarios que favorezcan la referencia y contra-referencia, a las instituciones del sector.



Para el 2016 se realizaron 67,921 controles de placa bacteriana a los niños y niñas de intramuros. Para el I trimestre del 2017 la primera medición de febrero alcanzó a 13,395 beneficiarios del programa CEN/CINAI.

En 1989 fue modificada la Norma Oficial para la Sal de Calidad Alimentaria, mediante decreto No 18959 del Ministerio de Economía, Industria y Comercio y Ministerio de Salud, para incluir la fortificación de la sal de consumo humano con fluoruros.

Costa Rica fue el primer país de América y tercero en el mundo en aplicar dicha medida en forma masiva a la población. Para finales de 1987 el 75 % de la sal que consumían los costarricenses estaba fluorurada y yodada.

El Ministerio de Salud continúa a la fecha con controles de calidad tanto en la adición de fluoruros a la sal doméstica desde las salineras y la toma de muestras a la sal ya maquilada. También se llevan a cabo evaluaciones sobre el comportamiento epidemiológico de caries en zonas con altas concentraciones de fluoruros en sus aguas como medida de vigilancia de las acciones relacionadas con la producción, comercio y posibles desviaciones en el uso de los fluoruros sistémicos, que puedan poner en riesgo la salud de la población. (Y. Peraza. 2016). Estas investigaciones están bajo la responsabilidad del Programa Nacional de Fluoruración de la Sal (PNFS) del Instituto Costarricense de Investigaciones y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) dependencia del Ministerio de Salud (MS).

La adición de flúor a la sal es considerada la principal política de prevención primaria de la caries dental desarrollada en Costa Rica y que ha provocado una declinación en la frecuencia de la enfermedad en beneficio de toda la población costarricense.

La evidencia del potencial beneficio de la fluoruración de la salud entre otras medidas de prevención primaria de la caries, se muestra por los estudios epidemiológicos de prevalencia de caries mediante el índice CPOD en el grupo de población a los 12 años. En 1988 el índice mostraba un valor de 8,4, cifra que se toma como punto de referencia para la implementación del Programa. Para el año de 1992 el índice de caries en el mismo grupo de edad se cuantificó en 4,9, ya en el año 1999 (Solórzano, Salas ) el CPOD fue de 2,46, mostrando una reducción de caries del 73% en el periodo comprendido entre 1984 y 1999.



En el último estudio nacional de 2006 fue cuantificado el índice CPOD en 2.57, mostrando un estancamiento en la reducción de la frecuencia de la enfermedad respecto de los otros estudios epidemiológicos (Montero et al.,2011). Una posible explicación del estancamiento en la frecuencia de caries se debe a que los niños que fueron captados en la encuesta del estudio de 2006 nacieron entre 1993 y 1995, época en que la reforma del sector salud estaba en el umbral de su vigencia, razón por la cual no fueron cubiertos por los programas de prevención y atención odontológica del Ministerio de Salud y le corresponde su atención a la CCSS, época en la cual la cobertura de sus programas iniciaba con el desarrollo de estrategias. Quedan pendientes estudios que aclaren el actual estado de salud oral y midan la efectividad de sus programas.

Este último estudio evidencia que el comportamiento de la caries varía según la condición social de las personas, siendo aquellos que están en desventaja social y económica los más vulnerables a padecer la enfermedad, por ejemplo: los niños de escuelas públicas tienen tres veces el riesgo de enfermar de caries respecto de los niños de escuelas privadas. Lo anterior da luces para que las futuras políticas de cobertura odontológica incluyan los criterios de equidad y vulnerabilidad en la promoción y protección de la salud oral en Costa Rica.

Es en este sentido que el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica (CCDCR) propuso al MS, CCSS, Ministerio de Educación, ONGs y al mismo CCDCR la Política Nacional de Atención, Promoción y Protección de la Salud Bucodental (Noviembre 2011) que entre sus principales lineamientos se encuentran:

- ampliación de cobertura a grupos vulnerables de la población principalmente niños, adultos mayores y personas con discapacidades;
- además de cambiar la estrategia de atención por demanda a una estrategia de atención de forma sistemática;
- desarrollo de estrategias de educación para la salud tendientes al autocuidado de la salud, conocimiento de los derechos por parte de la población sobre el acceso a los servicios de salud;
- Participación social y empoderamiento comunitario en busca de mejorar las condiciones que aseguren mayor calidad de vida a las personas.

Por su parte el CCDCR por medio de la Comisión del Plan Nacional ha propiciado el desarrollo de dos programas de promoción y educación para la salud:



Mediante un convenio con el Ministerio de Educación Pública (MEP) se propició la inclusión de la promoción y protección de la salud oral como un componente en los currícula de primaria y secundaria. Esto en el marco de una nueva política curricular con una visión para la nueva ciudadanía. Para el proceso de transformación curricular de los programas se trabaja con una habilidad denominada: estilos de vida saludable. Saber de los cuidados de la salud bucodental, de tal forma que en los diferentes programas de estudio se encuentra la temática inmersa.

### **Bibliografía:**

1. Dirección Nacional de CEN-CINAI, INFORME DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, ABRIL 2017, San José.
2. Dirección Nacional Cen/Cinai, Informes Regionales de Control de Placa Bacteriana, Costa Rica 2016.
3. Dirección Nacional Cen/Cinai, Informes Regionales de Control de Placa Bacteriana, Costa Rica 2017
4. Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica, Dirección de CEN CINAI, Unidad de Normalización y Asistencia Técnica, "Norma para la Atención Preventiva de la Salud Oral en CEN CINAI", Enero 2014
5. Programa Fluoruración de la Sal, Memoria II Curso de Formación de Lideres en Programas de Fluoruración, pag 18 y 19, San José Costa Rica , 1992.
6. Y. Peraza. Monitoreo de caries y fluorosis dental en escolares entre 10 y 14 años de edad de la zona noreste de Cartago. Programa Nacional de Fluoruración de la Sal. INCIENSA. 2016.
7. INCIENSA. Salas Nary Tere, Solórzano Ivannia, Chavarría Patricia. Encuesta Nacional de Salud Oral: Caries Dental. Tres Rios, Cartago : INCIENSA, 1999. IBSN 9968-843-03-2.
8. Montero O, Ulate Y, et al. Prevalencia de caries dental en niños niñas escolares de 12 años de edad en Costa rica, 2006. Revista Científica Odontológica. Vol. 7 N. 2. 1992.



---

Cuba

---



**Autora: Maritza Sosa Rosales.**

## **Sistema de salud cubano. Subsistema de atención estomatológica**

### **INTRODUCCIÓN**

El estado y gobierno cubano a través de la Constitución de la República, en su Capítulo VII, Artículo 50, y su Ley 41, garantiza la Salud a toda la población, teniendo como premisa que la “salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del estado”, siendo el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el responsable de ejecutarla en su red de servicios organizados en un Sistema de Salud, que tiene como características el ser único, integral y regionalizado.

Se define entonces como la Misión del MINSAP: “es el Organismo Rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la Política del Estado y del Gobierno en cuanto a la Salud Pública y el desarrollo de las Ciencias Médicas”; siendo sus Principios Rectores los siguientes: Carácter estatal y social de la medicina; Accesibilidad y gratuidad de los Servicios; Orientación profiláctica; Participación comunitaria e intersectorialidad; Colaboración internacional; Centralización normativa y descentralización ejecutiva y Aplicación adecuada de los adelantos de la Ciencia y la Técnica.

Para el cumplimiento de esta Misión el país ha hecho grandes esfuerzos garantizando el presupuesto requerido. El gasto por habitante y el porcentaje del Producto Interno Bruto dedicado a la Salud se han incrementado sistemáticamente, ascendiendo en el año 2017 a 641.87 el gasto por habitante (Anuario Estadístico de Salud 2016) superando los siete mil millones el presupuesto destinado al sector, mientras que en América Latina fue tan sólo el 2.5, y a pesar de las limitaciones impuestas por el bloqueo el SNS ha continuado mejorando sus indicadores de salud, comparables hoy incluso con países desarrollados

Estos logros han sido posibles entre otros factores, por el potencial humano que dispone el SNS, su principal recurso, así como la participación de la comunidad y la interacción de todos los sectores del país. En este sentido es responsabilidad de los trabajadores del sector utilizar los recursos humanos y materiales con mayor eficiencia y eficacia y es en este contexto que el Organismo se plantea como su Visión para los próximos años los siguientes propósitos: Aumentar la calidad de la atención médica; Incrementar el nivel de satisfacción de la población; Aumentar la eficiencia económica del Sistema; Mejorar los Indicadores de Salud y Mejorar la atención al Hombre.





Los componentes del SNS son la Promoción de Salud; la Atención Médica Preventiva, Curativa y de Rehabilitación; la Asistencia a ancianos, impedidos físicos y mentales y otros minusválidos; el Control Higiénico – Epidemiológico; la Formación, Especialización y Educación Continuada de Profesionales y Técnicos; la Investigación y desarrollo de las Ciencias Médicas; la Información Científico – Técnica; el Aseguramiento de suministros no médicos y mantenimiento del Sistema y el Aseguramiento Tecnológico, Médico y Electromedicina.

La red de Servicios del SNS está integrada por Hospitales, Policlínicos, Clínicas y Servicios de Estomatología, Hogares Maternos, Hogares de Ancianos y Bancos de Sangre. Además dispone de una red de Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología; Universidades de Ciencias Médicas y Facultades y otras unidades que posibilitan la ejecución de sus acciones. Es en esta red donde se integran las funciones básicas del SNS: la asistencia, la docencia y la investigación, a través de Programas.

Los principales resultados alcanzados (Anuario Estadístico de Salud 2016) desde el mismo año 1959 han sido, entre otros, la erradicación de 14 enfermedades infecciosas, otras nueve no constituyen problemas de salud por presentar tasas inferiores a 0.1 por 100 mil habitantes. Existen 29 enfermedades trasmisibles y formas clínicas bajo control, de ellas 18 por vacunas. Se mantienen cumplidos los indicadores de impacto que acreditan la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis congénita, certificada por OPS/OMS en junio del 2015.

## **Atención estomatológica**

Antes del triunfo revolucionario los servicios dentales estatales contaban con unos 250 dentistas, quienes mal equipados, trabajaban un promedio de 10 horas semanales y –salvo algunas excepciones- limitaban el tratamiento a extracciones y atención de urgencias. Además de ser muy pocos el 62% se concentraba en la Provincia Habana, particularmente en su área metropolitana.

Toda esta situación trajo por consecuencia que nuestra población padeciera de un enorme deterioro en su estado de salud bucal y necesidades acumuladas de atención, las cuales tuvo que enfrentar para su solución el Gobierno Revolucionario

Es a partir de 1959, en que como expresión de las profundas transformaciones socioeconómicas que se inician en el país que se hace efectivo el principio de que “la salud es un derecho del pueblo y un deber del estado”. Para dar cumplimiento a este postulado se creó una red de servicios estomatológicos cuyo objetivo principal lo constituyó la promoción de la salud bucal y la prevención de las enfermedades.



Ya en 1968 se inician en Villa Clara y la Habana las primeras acciones preventivas masivas con la ejecución de los enjuagatorios (“buchitos”) de fluoruro de sodio a todos los escolares de primaria y ya en 1970 se extiende a todo el país, aplicándose posteriormente en la enseñanza secundaria y más recientemente, en el año 1998, en la preuniversitaria y tecnológica, orientado hacia la prevención de la Caries.

Paralelamente se desarrolla la promoción de salud bucal con énfasis en la población infantil y adolescente, incluyéndose en la década del 80 las embarazadas y los retrasados mentales y en el 90 los ancianos y las madres de niños menores de un año. Igualmente se orienta hacia los aspectos educativos relacionados con el Cáncer Bucal y la Caries, adoleciendo de un trabajo sistemático sobre los elementos asociados a la enfermedad periodontal y las maloclusiones lo que se fortaleció algo, pero no lo suficiente a finales de los 90.

Elemento fundamental en la prevención lo constituyó la ubicación de los cepilleros en los círculos infantiles para crear hábitos higiénicos desde edades muy tempranas, trabajando durante años con educación para lograrlo extender a otros niveles de enseñanza, no siendo aún alcanzado.

Se trabajó en la ejecución de los controles de placa dentobacteriana, elemento fundamental para la prevención de la caries y las periodontopatías, principalmente en la población infantil y en la población que acude a los servicios estomatológicos, extendiéndose también a los hogares e instituciones escolares.

Este trabajo sistemático permitió a nuestro país elevar el estado de salud bucal de la población, principalmente la infantil y a pesar de las afectaciones económicas que tuvimos durante la década del 90 se continuaron mejorando en este grupo de población.

En el año 1996 se determinó que para hacer extensiva la prevención de la Caries a toda la población y lograr continuar mejorándola en la infantil y adolescente de una manera más efectiva y eficiente, era necesario introducir una nueva tecnología: Fluoruración de la sal de consumo humano, indicada por la OPS/OMS como una medida preventiva que logra una reducción de la morbimortalidad por Caries Dental hasta un 60%, muy extendida en todo el mundo y conociendo que constituye uno de los principales problemas de salud bucal en el mundo, y en nuestro país, reportándose por estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, una prevalencia de hasta el 98% en la población general, y constituyendo junto a las periodontopatías y el resfriado común, las enfermedades más prevalentes en el ser humano, la Caries es la de mayor prevalencia en la población junto con la Gripe y la principal causa de pérdida dentaria. Se inicia así en el año 2000 la fluoruración de la sal de consumo, proceso que se encuentra actualmente en fase de consolidación, lo que nos permitirá continuar mejorando el estado de salud bucal de la población cubana.



Como parte indisoluble del SNS y de su visión se encuentra la Estrategia Estomatología la cual ha alcanzado metas de salud bucal comparables a los países más desarrollados y recursos humanos con una alta preparación científica, la que es reconocida internacionalmente

Con la introducción del Modelo de Atención Primaria del “Médico y Enfermera de la Familia” en el Sistema Nacional de Salud, se desarrolla la Atención Estomatológica Integral y se vincula el Estomatólogo y el Médico de Familia en un equipo de salud responsabilizado con la atención de una población delimitada en un área geográfica, ejecutando acciones de Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación sobre ella, priorizando al niño hasta los 18 años, a la gestante y madre de niños menores de 1 año, retrasados mentales e impedidos físicos y mayores de 60 años.

Estas acciones se integran en un Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población, las que se brindan en una Red de Servicios integrada por una dotación de cinco mil 250 conjuntos dentales distribuidos en 111 Clínicas estomatológicas, 312 Departamentos en Policlínicos, 18 Servicios en Hospitales; 737 otros Servicios aislados, 41 Servicios de Cirugía Maxilofacial, 331 Laboratorios de Prótesis, en los que trabajan 16 mil 852 Estomatólogos para una tasa de 667 habitantes por estomatólogos; 4 mil 590 técnicos de atención estomatológica y prótesis. La matrícula en la carrera de estomatología asciende a ocho mil 289 los que se forman en 4 Facultades de Estomatología y 11 departamentos de estomatología en facultades de ciencias médicas, dando cobertura a todo país.

Las principales especialidades estomatológicas son Estomatología General Integral, Prótesis, Ortodoncia, Periodoncia y Cirugía Maxilofacial, además las básicas comunes con el resto de las disciplinas de las ciencias médicas.

La cobertura que se alcanza es nacional, a cualquier persona y en cualquier lugar que resida, de forma totalmente gratuita, ascendiendo en el año 2016 a 29 millones 213 mil 718, para un promedio de 2.6 consulta por habitante.

## **Estado de Salud Bucal**

Es importante destacar que en nuestro país desde hace más de tres décadas, se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la salud y prevención de enfermedades.

La aplicación de una estrategia preventiva sustentada en un desarrollo social y una voluntad política con la participación de toda la población es lo que ha posibilitado estos logros de la salud cubana, aunque continuamos trabajando y perfeccionando nuestras estrategias para alcanzar metas superiores.



Nuestro país ha realizado estudios epidemiológicos de carácter nacional en los años 1984, 1989, 1995, 1998, 2005, 2010 y 2017, las que nos han permitido conocer el comportamiento del Estado de Salud de las poblaciones, organizando a partir de ello la atención estomatológica.

Los estudios realizados han demostrado que la fluorosis dental no constituye un problema de salud en la población al obtenerse, según el índice de Dean, la clasificación de normal. El 98.2% de la población no está afectada, siendo a las edades de 12 y 15 años donde se encuentran fundamentalmente los afectados, no siendo en ningún caso severa.

Al analizar los resultados que muestra el estado de la dentición, se destaca que en el año 2015 la situación de salud bucal es:

#### Comportamiento Progresivo del Estado de Salud Bucal en Cuba. Cuba. 2015.

METAS	Año 1984	Año 1989	Año 1995	Año 1998	Año 2005	Año 2010	Año 2015
% de Niños de 5 – 6 años Sanos	28.9%	42.9%	43.6%	55%	68%	71%	74%
Índice CPO-D a los 12 años	4.37	2.93	1.86	1.62	1.46	1.38	1.29
% que Conservan todos los dientes a los 18 años	35.8%	63.9%	67.0%	75.8%	89.9%	91.2%	92.0%
Promedio de Dientes Perdidos a los 35-44 años	12.6	11.3	8.9	6.6	5.1	4.6	3.2
Promedio de Dientes Perdidos a los 65-74 años	28.4	26.9	27.0	20.6	16.3	16.9	15.1
% de Personas no afectadas periodontalmente		54.4	64.9	48.0	67.0	69.8	71.2



Sí comparamos estos resultados con los de otros países vemos que nuestra situación es muy favorable, siendo importante destacar que la generalidad de esta información responde a estudios puntuales que realizan determinados investigadores en grupos de población y no en estudios nacionales como los realizados en nuestro país.

Analizando la evolución del estado de salud en Cuba desde 1984 hasta la fecha observamos que se ha producido un incremento del porcentaje de pacientes sanos a la edad de 5 años a un 74%, lo que nos ubica en una posición muy favorable con respecto a estudios realizados en otros países.

El alcanzar esta meta sólo ha sido posible con la realización de acciones de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades por más de 40 años. Desde 1969 se inició la aplicación de laca flúor en los niños de 2 a 5 años de edad en los Círculos Infantiles y en sus propios hogares. Así mismo se comenzaron a realizar actividades educativas con la población para crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos. Paralelo a ello se fueron modificando los planes de estudio, enfatizando en la Promoción de Salud y la integralidad de las acciones, capacitándose a profesionales y técnicos en técnicas educativas y afectivo – participativas que posibilitaron el trabajo con la población.

Se trabajó en la integración con otros sectores, fundamentalmente educación, capacitando a profesores y educadores y a los líderes formales e informales de las Comunidades en los temas de interés de ellos y del subsistema de atención estomatológica, de acuerdo a la problemática de cada territorio..

Otro aspecto destacable es la disminución del Índice de Cariados, Obturados y Perdidos, de 4.37 a 1.20 de 1984 al 2015. Esto sólo es posible de alcanzar si desde que el niño nace se comienzan a realizar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, y como referíamos anteriormente es lo que hizo nuestro Ministerio desde 1969, cuando comenzó a realizar los enjuagatorios de fluoruro al 0.2% quincenalmente a todos los niños mayores de 5 años en las escuelas primarias, extendiéndose posteriormente a la enseñanza secundaria y preuniversitaria.

Igualmente resalta el porcentaje de población de 18 años de edad que logra conservar todos sus dientes en boca, y que se ha incrementado de 1984 (35.8%) al 2015 (92.0%), y para lo cual no sólo es necesario ejecutar todas las acciones planteadas anteriormente, sino que además se requiere de toda una infraestructura que garantice tratamientos curativos, para evitar la extracción dentaria.



Para mantener y mejorar estos indicadores se establecieron desde el año 2005, como parte de las proyecciones para el 2015 directrices y estrategias, las que cada quinquenio se actualizan en correspondencia con el estado de salud bucal determinado en los estudios nacionales realizados. Ellas son:

1. Divulgación en la población de la importancia de la salud bucal y como mantenerla.
2. Fortalecer la Prevención, principalmente la fluoruración de la sal de consumo, la realización sistemática de enjuagatorios y aplicaciones de laca flúor, la disponibilidad de cepilleros en los centros escolares y la detección temprana de hábitos inadecuados.
3. Reforzamiento de los contenidos sobre Promoción de Salud bucodental en las carreras de Ciencias Médicas.
4. Mantener e incrementar la estabilidad de los productos dentales.
5. Rehabilitación de los servicios estomatológicos, mejorando la cobertura y accesibilidad a los servicios.
6. Desarrollar acciones de diagnóstico precoz del cáncer bucal mediante pesquijaje activo, mejorando la calidad del examen y el diagnóstico y analizar mensualmente los fallecidos por esta causa en los servicios estomatológicos.

Así mismo se actualizan los documentos normativos metodológicos como el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población.

### **Bibliografía:**

1. Constitución de la República. Gaceta Oficial. Diciembre de 2010. MINJUS, Ministerio de Justicia.
2. Ley 41. Ley de Salud Pública. 13 de Julio de 1983.
3. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la salud pública en Cuba para el año 2015. La Habana. Cuba, 2005
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud 2016. ISSN versión impresa 1561-4425. República de Cuba. La Habana, 2017.
5. Ministerio de Salud Pública. Objetivos del Milenio. Informe de trabajo sobre el cumplimiento. 2014.
6. Sosa Rosales, M. Consideraciones sobre la estomatología y la situación del estado de salud bucal en Cuba. 2015. INFOMED. [www.saludbucal.sld.cu.php/hih](http://www.saludbucal.sld.cu.php/hih).
7. Sosa Rosales, M y colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. DAMPSA. ISBN: 978 959 212 6367. 2013
8. Colectivo autores. Estomatología General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. ISBN978-959-212-826-2.2014
9. Sosa Rosales, Maritza de la Caridad, García Melián, Maricel, Gómez, Asela et al. Factibilidad del Programa de Fluoruración de la Sal de Consumo Humano en Cuba. Rev Cubana Salud Pública, Mar 2004, vol.30, no.1, p.0-0. ISSN 0864-3466



Ecuador



**Autores: Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisa Coloma.**

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ECUADOR

La Constitución del Ecuador de 2008 es el marco legal por el cual el Estado garantiza a la salud como un derecho (artículo 32), recalcando la gratuidad y universalidad de los servicios estatales (art. 362 y 363) 1. A partir del artículo 358 que corresponde al campo de la salud, se detalla finalidad, principios, conformación y objetivos del Sistema Nacional de Salud, el cual se basa en la Atención Primaria en Salud (APS-R) y en los principios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social: universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación <sup>1,2</sup>.

La Constitución en el artículo 95 determina a la participación social como un derecho, siendo el quinto poder del Estado para el control de las entidades y organismos del sector público. Esta función es responsabilidad del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social(CPCCS), con sus deberes y atribuciones (art. 208) en cuanto a veeduría ciudadana, promoción de la rendición de cuentas por parte de las instituciones públicas y otros asuntos de participación y control social.

Ecuador es un país que se gobierna de forma descentralizada, y existen tres niveles de gobiernos autónomos descentralizados: parroquiales rurales, municipales y provinciales. Las competencias en salud se distribuyen en diferentes niveles.

Cuadro 1 Competencias en salud de los niveles de gobierno, Ecuador

Nivel de Gobierno	Competencia
Nivel Central	Definición de políticas
Gobiernos Municipales	Planificación, construcción y mantenimiento de infraestructura física y equipamiento en salud
Distritos Metropolitanos Autónomos	Planificación, construcción y mantenimiento de infraestructura física y equipamiento de salud





El Ministerio de Salud Pública (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional, es el responsable de gestionar las políticas de salud, y controlar todas las instituciones del sector salud en base a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud <sup>3</sup>. El actual Sistema es de tipo mixto, compuesto por los sectores público y privado; el público encabezado por el MSP, además del Instituto de Seguridad Social (IESS), de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y de la Policía (ISPOL); y el privado en el que constan instituciones con fines de lucro (seguros privados, clínicas, hospitales y consultorios), y sin fines de lucro (ONG, organizaciones de la sociedad civil o asociaciones). Por lo que el financiamiento del Sistema está compuesto por tres subsistemas: Subsistema Base Tributaria (para los servicios del MSP); Sistema Público de Seguro Social (IESS, ISSFA, ISPOL); y Subsistema Privado (seguros privados y pagos de bolsillo)<sup>2</sup>.

El MSP ha desarrollado el Modelo Atención Integral de Salud (MAIS), un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos para organizar al Sistema Nacional de Salud. El MAIS tiene el objetivo de integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS-R) para dar atención integral y de calidad a los ciudadanos a través de reorientación de los servicios a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y fortalecimiento de los procesos de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; complementado con la participación comunitaria e intersectorial<sup>4, 5</sup>.

## **POLÍTICAS DE SALUD BUCAL**

Ante la necesidad del bienestar biopsicosocial del ser humano, por la estrecha relación entre el estado de salud bucal con la salud integral; El Área de Salud Bucal del MSP ha desarrollado el Plan Nacional de Salud Bucal y las Normas y Protocolos de Atención de Salud Bucal para el primer nivel, para garantizar el derecho a una atención de Salud Bucal eficiente y de calidad, así como el desarrollo de la promoción, educación, prevención, diagnóstico y tratamiento de las principales patologías de la cavidad bucal<sup>6</sup>.

El Plan Nacional se ejecuta en dos ejes: el de la Programación, Normatización y Evaluación de las acciones odontológicas; y el de desarrollo de los servicios en base a niveles de atención. El Plan tiene como prioridad la Promoción y Prevención, para mantener un equilibrio con la Curación y Restauración; además de enlazarse con la atención médica y los programas de atención, estableciendo colaboración entre las personas, profesionales de salud y la sociedad. El Plan se basa en los principios de: Integralidad de Atención, Intersectorialidad, Accesibilidad, Equidad, Derecho a la salud bucal, Continuidad en la atención, Calidad, Simplificación de técnicas y Calidez<sup>6</sup>



Actividades del Plan Nacional de Salud Bucal son:

- ✓ **Normatización**
  - ✓ Elaborar el plan estratégico, normas, protocolos, estándares de certificación talento humano, manuales de bioseguridad.
  - ✓ Gestión del sistema de información estadística para la toma de decisiones: historia clínica única, informe diario y mensual, CAP (Conocimientos, Actitudes, Prácticas).
- ✓ **Recursos humanos**
  - ✓ El odontólogo, como parte del Equipo Básico de Atención en Salud (EBAS), debe desarrollar un trabajo integrado con el resto de profesionales de salud.
  - ✓ El personal odontológico ejerce su responsabilidad de acuerdo al nivel que pertenece: Responsable nacional, Responsable provincial, Coordinador de área, Jefe de servicio, Odontólogo operativo, Odontólogo EBAS, Odontólogo rural, Auxiliar de odontología.
- ✓ **Capacitación**
  - ✓ La capacitación, el entrenamiento y la educación continua del personal odontológico se lo realiza en coordinación con las universidades. Se cuenta con la participación interinstitucional para la elaborar mallas curriculares a nivel de pregrado y postgrado de acuerdo a la realidad nacional.
  - ✓ Se fortalece el recurso humano mediante programas de actualización.
- ✓ **Vigilancia epidemiológica**
  - ✓ Promover la investigación socio epidemiológica para identificar grupos de riesgo y definir prioridades.
  - ✓ Monitorear y evaluar los programas preventivos y la atención odontológica en los servicios de salud.
- ✓ **Evaluación**
  - ✓ El servicio odontológico se evalúa tanto en sus resultados, como en su proceso a través de diversos indicadores que permiten el análisis e interpretación de datos para la posterior toma de decisiones. Los indicadores son Epidemiológicos y De Calidad (Estructura, Proceso y Percepción de usuarios)

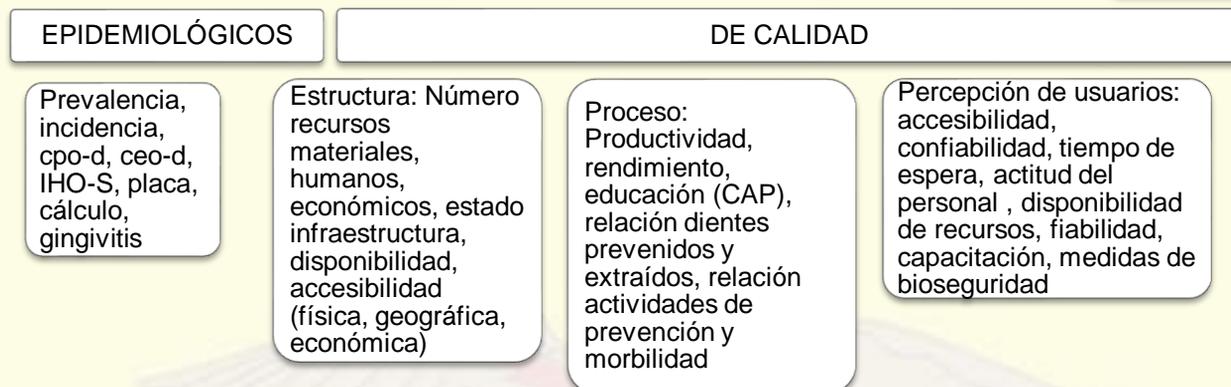


Grafico 1: Tipos de indicadores para la evaluación. Elaborado por: Observatorio sede Ecuador.

### **Acreditación de la carrera de Odontología y habilitación profesional**

El Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES), es el organismo que regula los procesos de acreditación de la carrera de Odontología en los institutos de Educación Superior; y en coordinación con la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), establece el examen obligatorio de habilitación profesional a los estudiantes que se encuentran por culminar la carrera con el objetivo de garantizar la calidad de los profesionales de la salud, en base a lo dispuesto por la Ley de Educación Superior<sup>7, 8</sup>. El artículo 197 de la Ley Orgánica de Salud determina que los profesionales de salud deben realizar un año de práctica remunerada en las parroquias rurales o urbano marginales para la habilitación del ejercicio profesional y su registro al término del mismo, otorgándoles la certificación que los acredite como tal<sup>3, 9</sup>.

### **Protocolos Odontológicos**

El MSP ha desarrollado textos de protocolos de atención odontológica para primer, segundo y tercer nivel; acorde a la especialidad; y protocolos de promoción (educación) y prevención según grupos etarios y riesgo. En este texto se detalla la identificación de las patologías según el código CIE-10; procedimiento y criterio para diagnosticar; plan de tratamiento; criterio de alta y periodo de control. También consta la guía para llenar el Formulario 033 que es la historia clínica odontológica<sup>10</sup>. Al ser la caries dental la enfermedad bucal de mayor prevalencia; la atención de la mujer gestante una prioridad; y la promoción de la salud base de la APS-R; cada aspecto cuenta con su manual para el odontólogo<sup>11-13</sup>.

### **Programa de Fluoración de sal de consumo humano**

El decreto ejecutivo que data del año 1974 y cuya última modificación fue en 2010, establece la Ley de Yodización y el Programa de Fluoración de la sal de consumo humano directo; los cuales son ejecutados por el MSP en base a la norma NTE INEN 57. A la sal yodada se le añade ión flúor en forma de fluoruro de sodio (NaF) o de potasio (KF) de acuerdo al método de producción (seco o húmedo), adquiriendo el nombre de sal yodada fluorada<sup>14, 15</sup>.



La cantidad de fluoruro a añadir oscila entre 200 y 250 ppm, pudiendo ser modificadas por el MSP en base a encuestas nutricionales o estudios epidemiológicos de salud bucal relacionados a la dosificación de flúor. La sal yodada fluorada, no debe ser comercializada y consumida en lugares donde el nivel de flúor en el agua para consumo humano es mayor a 0,7 mg/l <sup>14, 15</sup>.

Provincia	Cantón	Parroquias	Flúor en el agua min-max (mg/l)
Cotopaxi	Latacunga	Latacunga (Matriz), Latacunga (San Martín), Latacunga (San Silvestre), Tanicuchi, Alaquez (Puente de Alaquez), Guaytacama, José Guango Bajo, Poalo	0,87-1,72
	Saquisilí	Saquisilí	0,95
	Salcedo	Rumipamba de las Rosas, Panzaleo, Salcedo	1,01-2,98
Tungurahua	Ambato	Ambato, Picaigua, Totoras, Unamuncho, Martínez, Izamba, Atahualpa	0,82-3,11
	Pelileo	Salasaca, Pelileo, El Rosario, García Moreno	2,26-2,43
	Quero	Quero	1,02
Chimborazo	Riobamba	Riobamba, Punín, Cubijies, Licto, Licán, San Luis, Pungalá	0,77-1,85
	Guano	Guano, San Gerardo, San Andrés	1,17-1,53
	Guamote	Palmira, Guamote	1,85-2,10
	Alausí	Tixán, Alausí	0,72-0,92
	Penipe	Penipe	0,72

Cuadro 2 - Localidades de Ecuador con niveles de flúor en el agua mayores a 7 mg/l  
Fuente: Estudio de Concentración natural de flúor en el agua de consumo humano del Ecuador. M.S.P. Diciembre, 2003.



## Bibliografía

1. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Quito, 2008
2. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: ISAGS; 2012.
3. Ley Orgánica de Salud, Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 (24 de enero de 2012).
4. Ministerio de Salud Pública (EC). Manual del Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2013.
5. Ministerio de Salud Pública (EC). Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Quito: Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP; 2014.
6. Ministerio de Salud Pública (EC). Plan Nacional de Salud Bucal. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2009.
7. Ley Orgánica de Educación Superior, Ley 0, Registro Oficial Suplemento 298 (12 de octubre de 2010).
8. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (EC). Guía para los convocados. Examen de habilitación para el ejercicio profesional. Carrera de Odontología: Unidad de Comunicación CEAACES; 2016.
9. Norma Para El Cumplimiento Del Año De Salud Rural De Servicio Social, Acuerdo Ministerial 5307, Registro Oficial 626 (12 de noviembre de 2015).
10. Ministerio de Salud Pública (EC). Protocolos Odontológicos. 1ra ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización; 2014.
11. Ministerio de Salud Pública (EC). Manual de Educación Para Salud Bucal para Maestros y Promotores. Quito: Ministerio de Salud Pública, Normatización del Sistema Nacional de Salud; 2010.
12. Ministerio de Salud Pública (EC). Caries. Guía Práctica Clínica. 1era ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015.
13. Ministerio de Salud Pública (EC). Tratamiento Odontológico en Embarazadas. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2015.
14. Reglamento de la ley de yodización de la sal para consumo humano, Decreto Ejecutivo 4013, Registro Oficial 998 (19 de abril de 2010).
15. NTE INEN 57, Sal para consumo humano. Requisitos, Resolución No. 15056, Registro Oficial No. 451 (4 de marzo de 2015).



---

Haiti

---



**Autor: Jean-Raymond Ernst Joseph.**

## **SITUACION DE LA SALUD BUCCO DENTAL EN HAITI**

### **CONTEXTO**

Haiti esta localizado en el Caribe y hace parte de las grandes Antillas ; es un país de montañoso que comparte la isla Hispaniola con la Republica Dominicana. Dividido en 10 departamentos geográficos, su superficie territorial es de 27,700 km<sup>2</sup> y su población esta cerca de los 12.000.000 de habitantes. Con una población mayormente joven con mas de 55% bajo de 24 anos, la población rural es casi de los 60%. Hay dos idiomas oficiales, el francés y el criollo.

Con muchas desigualdades sociales y un nivel de desempleo bastante elevado mas de 50% de la población vive abajo una pobreza extrema y una situación política muy inestable desde hacen 4 décadas , no ayuda mucho en mejorar la situación económica. La situación sanitaria en Haití por eso es bastante precaria y el sistema de salud confronta otros grandes problemas tal como: una red hospitalaria sobre cual el Ministerio de salud no tiene control, el numero de médicos es insuficiente: 1.8 para 10,000 habitantes, y esta escasez se encuentra también en los dentistas y las enfermeras.

En estos últimos anos diferentes crisis humanitarias tal como el terremoto de Enero 2010, cual alcanzo los 200,000 muertos y mas de 300,000 heridos con muchos de ellos que quedaron discapacitados. En octubre del mismo ano, una epidemia de Cólera se manifestó; asignada a los soldados de la Minustha como desencadenantes de la misma, tuvo muchas victimas, que aun erradicada y con su pesado balance contribuye a distraer la atención de los responsables de la salud especialmente de los problemas de salud bucco dental.

Un mes después, en noviembre 2010, el ciclón Thomas hizo muchos danos y perjuicios en el país, seguido por otros en los anos siguientes. Mas recientemente en octubre 2016 el ciclón Matthew, el mas violento desde 1954, devasto diferentes departamentos del país causando numerosas perdidas humanas y económicas. Esta sucesión de desastres han debilitado aun mas sistema de estado ya débil.





## **Sistema de salud de Haiti**

La inseguridad del sistema de salud haitiano se encuentra a diferentes niveles. Es un sistema muy fragmentado, que comprende proveedores de servicios con fines de lucro o sin fines de lucro y una infraestructura antigua y deficiente, con un sistema de información no estructurado el cual no parece ser una prioridad para los legisladores. Casi 50% de la población tiene dificultades de acceso a la atención médica y a medicamentos que son muy caros a pesar de la venta de los medicamentos esenciales a través de una institución denominada PROMESS.

Después del terremoto Haiti fue incluido en los cinco países que iban a recibir ayudas prioritarias de la cooperación internacional debajo de la coordinación del ministerio de salud. Por eso las Naciones Unidas designaron el « Global health Cluster » como autoridad de coordinación provisional y Pan American Health Organization como pareja para trabajar con el Gobierno haitiano. Pues todos sabemos los escándalos que surgieron en la gestión de la ayuda, así que nuestro sistema de salud aun queda débil.

## **Salud bucco dental en Haiti**

La boca como puerta de entrada del organismo debería representar una prioridad para nuestro gobierno, pero la realidad es diferente. Los líderes gubernamentales piensan a la odontología cuando tienen un problema de salud bucal. Los servicios dentales son costosos, y a menudo los programas de salud estatales, ni las instituciones de ayuda, les toman en cuenta. Aunque la organización mundial de la Salud (OMS) considera la caries dental como el 4to problema de salud en el mundo, sus políticas no reflejan esa realidad. Sin embargo las enfermedades bucales, cuando no son tratadas, pueden agravar condiciones sistémicas tal como diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y otros.

A pesar de su importancia reconocida para el bienestar de la población, y su impacto sobre la productividad, casi nunca es tomado como prioridad. Como prueba tenemos el espacio reducido que le dan en los programas nacionales de salud, su escasez de regulación, poco de cobertura de los cuidados dentales de parte de las compañías de seguros. El número de clínicas dentales públicas y privadas filantrópicas esta alrededor de 80 por las 133 comunas.

Este sector sufre de grandes debilidades: falta de estructura de gobierno a nivel central, ausencia de un orden profesional, una asociación profesional que casi no funciona, un cuadro legal viejo y arcaico, y ausencia de un programa de salud bucal nacional en acción.



Además el sector de la salud bucal no tiene suficientes recursos humanos. La proporción dentista/habitante es de 0,34 dentista por 10,000 habitantes. La razón es que la principal escuela que prepara los odontólogos en la Universidad del estado, no tiene mucha capacidad. Anteriormente ingresaban solo 20 estudiantes para graduar mas o menos 15, ahora desde 3 o 4 años aumentaron los ingresos a 30. Pues es un problema muy serio cuando llegan en la practica clínica en relación con el nombre de utilizadores. Los equipos utilizados de manera intensiva y mal conservados por falta de recursos, se descomponen fácilmente. El Estado no se preocupa mucho por estos problemas. Los salarios en el sistema publico no son atractivos, abrir su propia clínica no es fácil, aunque ahora es mas fácil conseguir créditos de los bancos que antes en sus programas de prestamos a consumidores o por medias y pequeñas empresas.

La asociación dental haitiana declaraba en 2010 un numero de 338 dentistas trabajando en el territorio nacional. En esa época el departamento de Oeste donde se encuentra la Capital Puerto Príncipe, contaba 253 ; 65% trabajaba en el sector privado liberal, 23% en el sector publico, 9% en el sector privado asociativo, 25% filantrópico. Por supuesto de nuestros días hay mas dentistas.

Hay que señalar que muchos jóvenes que fueron a estudiar fuera del país volvieron a trabajar aquí. Tienen la obligación de hacer la homologación y obtener la equivalencia de sus diplomas para trabajar en una clínica. A veces no lo hacen y trabajan en total irregularidad.

El sector dental esta también debilitado por falta de recursos intermediarios como higienistas, asistentes, técnicos en prótesis dental, técnicos biomédicos, y electomédicos. Mas a menudo un dentista forma su propio ayudante. No existe una escuela para preparar esos recursos.

## **Cuidados especializados**

Hoy en día en Haití existen especialistas que ponen sus competencia al servicio de la población, así los generalistas pueden hacer referencias de casos específicos.

Cuidados ortodóncicos. : están generalmente muy costosos y por eso reservados a una minoridad de gente que puede enfrentar los costos. Casi 6 a 7 clinicas ofrecen este servicio en el departamento Oeste y especialmente en la Capital y otra se encuentra en Cabo Haitiano, en el Norte del país. La proximidad con la Republica dominicana y los costos mas bajos hacen que mucha gente a veces se va a recibir servicios allá.

La mayoría de los pacientes hacen un tratamiento ortodóncica por razones estéticas, sin embargo la sensibilización publica en lo que refiere a los desarmonías dento maxilares por exceso de crecido y sus relaciones con la posturales , las malos hábitos orales, la perdida prematura de dientes etc. o por ejemplo una falta de crecido relacionado a trastornos respiratorios o en relación con la malnutrición crónica ,no son adecuadamente abordados. Unos estudios están en desarrollo para establecer de manera formal la prevalencia de esos problemas en Haiti.



Las intervenciones quirúrgicas en **cirugía oral y maxilo Facial** se encuentran en aumento en nuestros días ,sobre todo debido al aumento de los traumatismos buco faciales producto de los vehículos conducidos irresponsablemente, el aumento de personas circulando en la calles y carreteras, la transportación publica en taxi moto, entre otras causas .

Los dentistas en Haiti debido a la falta de especialistas son llevados a intervenir en todos los campos de la odontología, endodoncia, periodoncia , prothesis dental, además de la odontología conservadora que se practica de forma cotidiana.

### **Sistema de información**

No existen indicadores de referencia de salud buco dentaria en nuestro Sistema de Información. Los indicadores utilizados están relacionados sobre todo a la producción de servicios. Sera necesario por esta razón de institucionalizar un sistema de vigilancia epidemiológica en el seno de SBD con el objetivo de integrar sus resultados al sistema de información Sanitaria.

### **Conclusión**

A pesar de la situación alarmante del sector buco-dental en Haiti, la estructuración del sistema de salud general, con una toma de conciencia de los dirigentes, seria suficiente para orientar hacia una buena gestión de los servicios de salud bucal.

La orientación política para cumplir los objetivos deberían ser enfocados en 4 puntos estratégicos.

- ✓ Reforzamiento Organizativo del sector Buco dental
- ✓ Desarrollo de los recursos Humanos
- ✓ Acciones concretas de promoción y prevención de salud bucal
- ✓ Extensión y refuerzo de los servicios buco dentales.

Estos 4 puntos han sido enunciados en un documento político de salud buco dental preparado por el Ministerio de salud Publica pero que aun espera para ser validado. La puesta en obra de este proyecto permitirá reforzar significativamente el sector y una extensión en la oferta de servicios en mas del 80 % de las comunas del país antes del fin del año 2020.

### **Bibliografía:**

- 1- Psoter WJ, Saint Jean HL, Morse DE, Prophte SE, Joseph JR, Katz RV. Dental caries in twelve- and fifteen-year-olds: results from the basic oral health survey in Haiti. J PublicHealth Dent. 2005 Fall;65(4):209-14.
- 2- Estupiñán-Day S, Cohen LK. Oral health of Haiti (OHOH): a year late. Compend Contin Educ Dent. 2011 Mar;32(2): 10-2.
- 3- Estupiñán-Day S, Lafontant C, Acuña MC. Integrating oral health into Haiti's National Health Plan: from disaster relief to sustainable development. Rev Panam Salud Publica. 2011 Nov;30(5):484-9.



---

México

---



**Autores: Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal.**

## INTRODUCCIÓN

“A setenta años de haberse sentado las bases del Sistema Nacional de Salud se han obtenido importantes logros en materia de salud. En 1943 se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). A lo largo de estas décadas, también se han construido instituciones como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios Estatales de Salud, los Servicios Médicos de PEMEX, de la Defensa Nacional, de Marina y el Sistema Nacional DIF. También, gracias a las políticas intersectoriales se han abordado los determinantes sociales de la salud, las cuales han contribuido a mejorar la salud de la población mexicana.

Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud enfrenta importantes desafíos, los cambios producidos en el perfil demográfico han originado un proceso de envejecimiento de la población mexicana. Esta situación en paralelo con la adopción de estilos de vida poco saludables y de riesgo, como la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, el sexo inseguro, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como la falta de educación vial y en salud ocupacional, trazan los desafíos que representa el creciente predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las relacionadas con lesiones de causa externa.”

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Como documento sectorial rector, establece seis objetivos y para el logro de los mismos se definen 39 estrategias y 274 líneas de acción.

Las estrategias vinculadas a cada uno de los objetivos proyectan en primer lugar, consolidar la promoción, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, particularmente para reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables. El segundo objetivo apunta a mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, a través de la creación y fortalecimiento de redes de servicios integradas, sustentadas en un modelo de atención primaria más homologado y resolutivo.





La protección financiera que hoy otorga el aseguramiento público debe traducirse en mejores resultados de salud. Tercero, se fortalecerá la regulación, el control y el fomento sanitarios con la finalidad de reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; con énfasis renovado en aquellos que merman la productividad. Cuarto, con el fin de reducir las brechas todavía existentes en las condiciones de salud entre distintos grupos poblacionales, las estrategias vinculadas con este objetivo deben consolidar el control de las enfermedades del rezago, abordar sistémicamente la mortalidad infantil y materna, así como establecer acciones más eficaces para atender a grupos que viven en condiciones de vulnerabilidad. Para hacer más efectiva esta atención, se requiere la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno. Las políticas intersectoriales, como la Cruzada Nacional Contra el Hambre y la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes son piezas fundamentales en este objetivo.

Quinto, se establecen estrategias para optimizar la generación y el uso de recursos en salud con el propósito de mejorar el desempeño del sector salud y la calidad de los servicios, empleando esquemas sectoriales de planeación y evaluación del desempeño; estrategias que impulsen la innovación y la investigación científica; que simplifiquen la normatividad y los trámites gubernamentales, y que fortalezcan la rendición de cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía. Finalmente, para proporcionar una atención de calidad integral, técnica e interpersonal, sin importar el sexo, edad, lugar de residencia, situación económica o condición laboral se delinearán estrategias para transformar el Sistema Nacional de Salud de manera que toda la población mexicana esté protegida por un esquema de aseguramiento público continuo y exista una operación integrada y coordinada entre las distintas instituciones de salud.

## **EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL**

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, responsable de regular y normar la operación de los programas de prevención y protección de la salud para disminuir sus riesgos y brindar a la población atención con calidad y equidad, tiene dentro de sus funciones, la encomienda de salvaguardar la salud bucal de la población mexicana, a través del Programa Nacional de Salud Bucal.

Los padecimientos y enfermedades de la cavidad bucal son, en conjunto, un problema complejo dentro de la Salud Pública, que requiere un enfoque multisectorial, multidisciplinario, sustentable e integral. El Programa de Acción Específico de Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013–2018, reconoce la importancia del trabajo conjunto de los sectores, público, social y privado, impulsando alianzas en los tres niveles de gobierno para mejorar la salud bucal.



El Programa tiene como misión conservar la salud y disminuir la morbilidad bucal en la población mexicana, estableciendo acciones específicas de promoción, prevención, limitación del daño y rehabilitación, aplicando estándares de calidad, equidad y trato digno, mediante modelos basados en evidencia y optimización de recursos, enfatizando a la salud bucal como parte de la salud integral del individuo y la comunidad. La visión es: ser un Programa líder, influyente e integrador en el Sistema Nacional de Salud, que garantice la salud bucal en México, basado en una cultura de prevención con énfasis en los grupos vulnerables, contribuyendo a una mejor calidad de vida. Su Objetivo General es el de fomentar, proteger y restablecer la salud bucal de la población mexicana, como parte de la salud integral del individuo, siendo condición necesaria para su participación en el proceso de transformación social en el territorio nacional y disminuir la carga de enfermedades para el año 2018.

También se contemplan seis objetivos específicos: El primero promueve la Universalización de los Servicios de Salud, mediante estandarización de criterios y la elaboración de nuevos modelos de atención, preventivos y curativos.

El segundo objetivo retoma las acciones de prevención y promoción a la salud bucal, tanto intramuros (en unidades aplicativas) como extramuros (en escuelas, guarderías, asilos, etc...).

El tercer objetivo contempla otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables.

El objetivo número cuatro se refiere a la implementación y actualización del marco normativo, así como fortalecimiento de la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.

El quinto trata de los procesos administrativos como la supervisión y evaluación de los componentes del programa, y asesoría sobre las estrategias para su correcta aplicación y

El sexto y último objetivo establece los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.

La falta de un sistema permanente de prevención y promoción de la salud bucal en la atención odontológica institucional ha determinado que esta se haya orientado en mayor o menor medida a la solución de urgencias odontológicas, con la consiguiente extirpación de órganos dentarios (extracciones) y a la limitación del daño de las lesiones cariosas mediante procedimientos restaurativos (obturaciones), lo que ha generado un círculo vicioso por la recurrencia de estos problemas hasta la pérdida parcial o total de los órganos dentarios, con la indiscutible afectación de las funciones esenciales de la cavidad bucal y sus implicaciones sistémicas.



Por lo anteriormente expuesto en los últimos años se han fortalecido las actividades de prevención y promoción de la salud bucal, por lo que se describirán brevemente, algunas de las líneas de acción del objetivo número 2.

**Fluoruración de la Sal de Mesa.-** Es una estrategia de prevención masiva contra la caries dental que ha permitido en las últimas décadas reducir la prevalencia y severidad de caries dental en México. Sin embargo, la posibilidad de que México logre un avance mayor en la reducción de la caries dental y las enfermedades periodontales dependerá, en un futuro, de la posibilidad de extender las medidas de autocuidado de la salud como son, principalmente, el mejoramiento de los hábitos alimentarios e higiénicos, ambas situaciones determinadas por las condiciones socioeconómicas de la población.

**Semanas Nacionales de Salud Bucal.-** Son el resultado de un trabajo conjunto de los sectores, público, social y privado, impulsando alianzas federales, estatales, municipales y locales, que permiten intensificar acciones de prevención y promoción dos veces al año, dirigidas a la población en general con el fin de mejorar la salud bucal de la población.

**Esquema Básico de Prevención.-** Es la aplicación de actividades educativo preventivas a todos los pacientes que acuden al servicio de estomatología del primer nivel de atención, y de acuerdo al grupo de edad conforme a las Cartillas Nacionales de Salud, con énfasis en las mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo e infantes menores de tres años de edad.

**Salud Bucal del Preescolar y Escolar.-** Promueve la ampliación de cobertura de promoción y prevención de la salud bucal en planteles escolares, así como el establecimiento de un programa de atención gradual que permite reducir el rezago en materia de atención odontológica en niños y adolescentes.

**Salud Oral y Factores de Riesgo (SOFAR).-** El cual promueve la formación y capacitación de los proveedores de salud (médicos, odontólogos, enfermeras, técnicos de enfermería, nutricionistas, etc.) en temas de salud bucal; para reducir los factores de riesgo comunes a través de la promoción de higiene oral, dieta y hábitos saludables; así como el control y manejo de las enfermedades bucales a través de métodos de prevención (barniz de flúor); reconocimiento, asistencia básica y referencia.



## SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PATOLOGÍAS BUCALES

La prevención y control de las enfermedades bucales es complejo y ha requerido la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en la materia, por lo que ya desde hace 10 años el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucles (SIVEPAB) proporciona un panorama general de las enfermedades y padecimientos bucales de los pacientes que acuden a los Servicios de Salud.

Este Sistema adquiere importancia en la medida en que aporta elementos útiles para la planificación, programación, organización, integración, control y dirección del Programa Nacional de Salud Bucal y tiene por objeto obtener conocimiento confiable, oportuno, completo y con criterios uniformes, referente al estado de salud bucal de la población mexicana urbana y rural, para ser utilizado en la planeación, investigación y evaluación de los programas de prevención y control de las enfermedades bucales.

Actualmente cuenta con 450 unidades centinela que pertenecen al Sector Salud, donde se recopila información diariamente.

La información que arroja este Sistema corresponde únicamente a las y los pacientes que acuden a los consultorios de los centros de salud o unidades médicas del IMSS- Prospera, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF, los Servicios de Salud Estatales pertenecientes a la Secretaría de Salud, por lo que no es representativa de la población mexicana en general. Debido a que gran parte de la población que acude a estos servicios, busca atención dental de urgencia (principalmente cuando existe dolor).

A continuación se presentan algunos de los resultados de éste Sistema.

### SIVEPAB 2015

Población	Nacional
Niños y adolescentes que tienen caries dental respectivamente.	7 cada 10
Enfermedad periodontal en niños y adolescentes.	2 cada 10
Niños de 3 a 5 años presentan caries severa, lo que incrementa los costos de atención.	35%
Adolescentes de 10 a 14 años de edad tienen un promedio de dientes afectados por caries dental.	3
En la etapa adulta los usuarios tienen caries dental.	93%
Adultos tienen enfermedad periodontal.	6 cada 10
Adultos mayores no tienen una boca funcional que les permita hablar y comer adecuadamente.	3 cada 10
El índice de necesidad de tratamiento (INT) en la población usuaria de los Servicios de Salud es de:	70%



Distribución de niñas, niños y adolescentes que acuden a los servicios de salud, por grupo de edad y sexo. México, SIVEPAB 2015.

EDAD	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0	31	59.6	21	40.4	52	0.1
1	117	50.0	117	50.0	234	0.2
2	513	51.5	483	48.5	996	1.1
3	1,049	49.2	1,082	50.8	2,131	2.4
4	1,606	50.6	1,566	49.4	3,172	3.6
5	1,928	50.7	1,873	49.3	3,801	4.3
6	2,918	50.8	2,826	49.2	5,744	6.5
7	3,029	51.2	2,887	48.8	5,916	6.7
8	2,891	51.0	2,783	49.0	5,674	6.4
9	2,964	51.8	2,753	48.2	5,717	6.4
10	2,843	50.8	2,754	49.2	5,597	6.3
11	2,853	53.5	2,478	46.5	5,331	6.0
12	2,695	54.8	2,221	45.2	4,916	5.5
13	2,813	56.8	2,136	43.2	4,949	5.6
14	3,053	57.1	2,297	42.9	5,350	6.0
15	3,559	60.1	2,360	39.9	5,919	6.7
16	4,074	64.8	2,212	35.2	6,286	7.1
17	3,942	65.3	2,098	34.7	6,040	6.8
18	3,650	67.7	1,745	32.3	5,395	6.1
19	3,737	67.2	1,823	32.8	5,560	6.2
Total	50,265	56.6	38,515	43.4	88,780	100.0

Distribución de los pacientes usuarios de los servicios de salud examinados por institución. México, SIVEPAB 2015

Institución	SSA	ISSSTE	IMSS-P	SEDENA	SEMAR	DIF	PEMEX	UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA	TOTAL
<b>N</b>	126,993	72,128	32,594	23,086	13,162	7,292	3,704	1,174	280,133
<b>%</b>	45.33	25.75	11.64	8.24	4.70	2.60	1.32	0.42	100.0



Cuadro 6

Promedio del índice de caries dental en dentición permanente (CPOD) por edad en niñas niños y adolescentes de 6 a 19 años. México, SIVEPAB 2015.

EDAD	N	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	CPOD
6	5,744	0.00	0.00	0.00	0.00
7	5,916	0.52	0.00	0.02	0.54
8	5,674	0.88	0.01	0.05	0.94
9	5,717	1.20	0.01	0.09	1.30
10	5,597	1.43	0.02	0.12	1.56
11	5,331	1.75	0.02	0.20	1.96
12	4,916	2.12	0.03	0.28	2.43
13	4,949	3.20	0.04	0.41	3.64
14	5,350	3.86	0.05	0.54	4.45
15	5,919	4.42	0.14	0.69	5.24
16	6,286	4.78	0.17	0.82	5.77
17	6,040	5.00	0.16	0.95	6.11
18	5,395	5.08	0.18	0.98	6.24
19	5,560	5.30	0.21	1.05	6.56
Total	78,394	2.84	0.08	0.45	3.36

### Bibliografía:

Secretaría de Salud. Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Diario Oficial de la Federación, 12 de diciembre de 2013.

[http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps\\_2013\\_2018.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf)

Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico; Prevención Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38510/PAE\\_PreencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38510/PAE_PreencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf)

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles SIVEPAB 2015. México, Ciudad de México. Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212323/SIVEPAB-2015.pdf>



Paraguay



**Autores: Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García.**

## **Políticas públicas de salud bucodental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay**

### **1. Contexto del Sistema Nacional de Salud del Paraguay**

La República del Paraguay es un país mediterráneo, bilingüe (español-guaraní), situado en el centro de América del Sur. Está dividido en 17 departamentos y 18 regiones sanitarias. En el año 2015, el número de habitantes a nivel nacional fue de 6.926.100<sup>1</sup>.

El Sistema Nacional de Salud, establecido por la Ley 1032/96<sup>2</sup>, está compuesto por los subsectores público, privado y mixto (cuadro 1). El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) desarrolla las funciones de rectoría<sup>3,4,5,6</sup>. Desde la década de los noventa ha sido orientado hacia un modelo más funcional y desde el año 2008 hacia un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de la Salud<sup>4</sup>.

Cuadro 1. Componentes del Sistema de Salud del Paraguay

<b>Pública</b>	<b>Privado</b>
<b>Administración Centralizada</b> MSPBS Sanidad Militar Sanidad Policial Sanidad de la Armada <b>Administración Descentralizada</b> Hospital de Clínicas Instituto de Previsión Social (IPS) Gobernaciones Municipios	<b>Sin fines de lucro</b> ONG's Cooperativas  <b>Con fines de lucro</b> Medicina Prepaga Proveedores Privados
<b>Mixto – Cruz Roja Paraguaya</b>	

Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación-MSPBS<sup>5</sup>.

En la práctica, el Sistema Nacional de Salud presenta una alta segmentación de proveedores, carencia de articulación entre los subsectores que lo componen, trabaja en forma descoordinada, fragmentada, con diversas modalidades de regulación, financiamiento, afiliación y provisión<sup>3,4,5,6</sup>. Características todas que facilitan las desigualdades sociales en salud<sup>6</sup>.





En el Paraguay, la Constitución Nacional de 1992 en su artículo 68, establece que el Estado protegerá y promoverá la salud como un derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad<sup>2</sup>. Sin embargo, este derecho a la salud proclamado en la Constitución, se contrapone con los datos sobre aseguramiento y gasto de bolsillo en salud que se presentan en el país.

Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) realizada en el 2015<sup>1</sup>, el porcentaje de personas no cubiertas por un seguro médico ha presentado una leve disminución con una cifra del 70,88% comparado con el 76.1 % en el 2009, el 78.3% en el 2005 y el 81% en el 2004, pero esta cifra continúa siendo muy elevada. La falta de cobertura afecta principalmente a los hogares con extrema pobreza, los hogares con pobres no extremos y a los hogares donde se habla predominantemente el idioma guaraní<sup>7</sup>.

A partir del año 2001 y con el objetivo de disminuir las barreras de accesos económicos, el Ministerio de Salud Pública, inició la eliminación progresiva de los aranceles cobrados por la prestación de servicios<sup>8</sup>. En dicho contexto por Resolución Ministerial N° 568/2009, se dispone la gratuidad universal de las consultas y procedimientos odontológicos, asumiéndose el desafío de garantizar la provisión de servicios.

## 2. Antecedentes sobre la situación de salud bucodental

En el Paraguay la caries dental es la enfermedad bucodental que se presenta y reporta con mayor frecuencia y afecta al 98% de la población. A nivel país, a través de las Encuestas Nacionales de Salud Oral, se han logrado identificar algunos de los problemas bucodentales que aquejan principalmente a la población escolar. Aunque el diseño, las muestras y los criterios utilizados en dichas encuestas, no permiten realizar comparaciones entre sí, los resultados indican que los cambios con relación a la caries dental en edad escolar desde la década de los 80's, no han sido significativos, e incluso en algunas regiones la situación se ha deteriorado<sup>9,10</sup>.

Para ilustrar lo anterior, retomaremos algunos datos globales y por componente disponibles del índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) que registra la historia pasada y presente de un grupo de individuos con relación a la caries dental.<sup>11</sup> El **cuadro 2** muestra los valores globales del CPOD en niños de 12 años en diferentes periodos indicando un grado de severidad elevado y poco avance en la disminución de la caries dental<sup>10</sup>.

Cuadro 2. Valor global del CPOD en niños de 12 años de edad del Paraguay.

Año	1983	1987	1996	1999	2008
CPOD	5.90	4.02	5.08	3.83	2.79

Fuente: MSPBS del Paraguay-Dirección de Salud Bucodental. Encuesta Nacional Sobre Salud Oral Paraguay 2008<sup>10</sup>.



El cuadro 3 presenta los datos del año 1999, donde también se cuenta con información sobre el porcentaje de niños de 12 años de edad por nivel de CPOD y el peso de cada uno de sus componentes<sup>9</sup>. Separar el índice CPOD en sus componentes sirve para darnos una idea parcial sobre el acceso y la utilización de los servicios odontológicos, al identificar el trabajo o la atención recibida (P/perdidos, O/obturados) y el necesario (C/caries)<sup>11</sup>. Un CPOD donde predomina el componente de dientes cariados (88%) es indicativo de un limitado acceso a los tratamientos de restauración<sup>9</sup>.

Cuadro 3. Severidad de caries y porcentaje relativo de los componentes del CPOD en niños de 12 años de edad del Paraguay.

Año	Cant.	CPOD global	Severidad de CPOD (% de niños por nivel de CPOD)				C,P y O como % de CPOD en personas con CPOD ≥0		
			0	1≥CPOD≤3	4≥CPOD≤6	CPOD≥7	C/CPOD	P/CPOD	O/CPOD
1999	348	3.83	18.4	41.4	24.4	15.8	88.0	7.5	4.6

**Fuente:** Estupiñan S. OPS 2006<sup>9</sup>.

La Encuesta Nacional sobre Salud Oral del Paraguay 2008<sup>10</sup> aplicada en niños de 5-6 y 12 años, así como en adolescentes de 15 años de edad, reportó que la prevalencia de la enfermedad presenta cifras que sobrepasan las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI) para el año 2000 de lograr que el 50% de los niños de 5-6 años se encuentren libres de caries<sup>12</sup>. Del mismo modo que el índice CPOD en niños de 12 años, sobre todo cuando se examinan los datos por regiones sanitarias, sigue elevado<sup>10</sup>. Se especifican algunos datos a continuación.

En niños/as de 5-6 años de edad el ceod fue de 3.99 y 5.57 respectivamente, siendo el principal componente el elemento cariado con un 96%. La experiencia de caries fue del 81% y la presencia de caries sin tratar del 80%. El 26% de los niños presentó un ceod entre 1 y 3, el 23% entre 4 y 6 y el 27% presentó un ceod de 7. Solamente un 25% de la población estudiada presentó un ceod=0<sup>10</sup>.

Para las edades de 12 y 15 años, el CPOD fue de 2.79 y de 4.34 respectivamente. También se presentó como principal componente el elemento caries con un 76%. El 31% de la población presentó un CPOD entre 1 y 3, el 26% entre 4 y 6 y el 16% de 7 o más. Solamente un 21% de la población estudiada presentó un CPOD=0. La experiencia de caries fue del 78% y la presencia de caries sin tratar del 68%<sup>10</sup>.

Los datos presentados resultan elevados para todas las edades. Además, cuando se examinan por regiones los valores medios encontrados a nivel país, existen diferencias en el CPOD que van de 1.96 en la Región I (Concepción) a 4.87 en la Región VIII (Misiones). En esta última el 30% tiene un CPOD entre 1y 3 y el 27% de 7 o más y con relación a la dentición temporal el 26% de niños entre 5 y 6 años tiene un ceod entre 4 y 6 y el 33% de 7 o más<sup>10</sup>.



Otro aspecto que resalta la necesidad de desglosar los datos por regiones y de estudiar las condiciones específicas que se viven en cada una de ellas es el indicador urgencia de la atención. En todas las regiones sanitarias el 43% de la población de estudio necesita tratamiento urgente debido a extensas cavidades, dolor o infección. En las Regiones VI (Caazapá) y XIII (Amambay), esta necesidad ascendió a 64.4 y 65% respectivamente<sup>10</sup>.

Las diferencias también son notorias al comparar las zonas rurales y urbanas. Si bien, el promedio de dientes con caries es mayor para la zona urbana, el ceod promedio y el componente de dientes perdidos por caries son mucho mayores en la zona rural. Lo anterior se refleja en el indicador urgencia de la atención que reporta que el 17.1% de los niños de la zona urbana no necesita tratamiento en comparación con sólo el 5.4% de la zona rural que se encuentra en la misma situación<sup>10</sup>.

Con relación al Índice Periodontal Comunitario (IPC) y a las edades de 12 y 15 años, el 39% presentó sangrado gingival, el 6.7% presentó cálculos supra o subgingival y el 55% tenía tejidos periodontales sanos<sup>10</sup>. Otro de los índices examinados fue el de la fluorosis dental de Dean recomendado por la OMS<sup>13</sup>. Los resultados arrojaron un valor de 0.17<sup>13</sup>, muy por debajo del valor 0.6 que podría constituir un problema de salud pública<sup>13</sup>.

### **3. Diagnóstico Situacional de los Programas de Salud Bucodental**

En el año 2009 la Dirección de Salud Bucodental (DSBD) realizó un diagnóstico situacional de los programas de salud bucodental y de los servicios de atención odontológica a nivel país, donde se analizaron las principales barreras sociales, económicas y culturales que afectaban la ejecución de programas de promoción, de curación y de rehabilitación en dicha área.

El diagnóstico evidenció que el programa de salud bucodental era completamente ignorado y sub valorado a un nivel de menor importancia. Las barreras de distancias y el factor económico hicieron que los paraguayos casi no asistieran al servicio odontológico y la prevalencia de extracciones era muy superior a otros procedimientos odontológicos. Se hacían charlas y enjuagues con flúor en escolares pero sin control estricto y con pocos datos confiables.

La información proporcionada por la última Encuesta Nacional sobre Salud Oral del Paraguay 2008<sup>10</sup>, en conjunto con los datos del diagnóstico situacional, y los datos proporcionados por las 18 regiones sanitarias del país y del bus odontológico, han motivado a la implementación de políticas públicas en salud bucodental que significaron un profundo cambio estructural en el programa.

Con gran apoyo de las autoridades nacionales se diseñaron estrategias en distintas áreas como ser: presupuesto, gratuidad de los servicios odontológicos, diseños de nuevos programas, gestión de recursos humanos, infraestructuras, fortalecimiento y mantenimiento de equipos, insumos, instrumentales, trabajos de investigación, concreción de convenios, acuerdos y otras acciones.



#### 4.1. Programas de la Dirección de Salud Bucodental

Los diversos programas de la DSBD del MSPBS son ejecutados con diferentes enfoques y bajo la premisa de que las intervenciones aisladas, no llevarán a mejoras sustanciales en la salud bucodental. Promover la salud bucodental en los lugares donde las personas nacen, viven, estudian y trabajan es, claramente, la vía más costo efectiva y sostenible para mejorar la calidad de vida relacionada a la salud bucodental.

##### 4.1.1. Salvemos al Primer Molar

**Objetivo general:** Mejorar a través de medidas de promoción, prevención y atención odontológica, la salud dental de los niños enrolados en el programa. EL Programa Nacional “Salvemos al Primer Molar” implementado desde el año 2010 se desarrolla actualmente en 453 escuelas públicas de las 18 Regiones Sanitarias



del Paraguay, alcanza a 54.620 escolares y, a través de ellos, al personal escolar, sus familias y sus comunidades. Es desarrollado por 500 profesionales odontólogos y tiene componentes curativos, preventivos y de promoción de la salud.<sup>14</sup> Los datos sobre la evaluación de este programa están disponibles en: [https://new.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=387&Itemid=99999](https://new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=387&Itemid=99999)

##### 4.1.2. Paraguay Sonríe

En el Paraguay, existen muchas personas desdentadas, esa situación es un factor de discriminación y de pobreza, que puede ser evitada con medidas preventivas y curativas.

**Objetivo general:** Proporcionar rehabilitación protésica dental que permita a los beneficiarios recuperar su apariencia y su función masticatoria además de acceder a una mejor calidad de vida.



El programa cuenta con un laboratorio central de prótesis con 4 protesistas y es desarrollado por las clínicas móviles de la DSBD llegando a lugares muy alejados y también se lleva a cabo en los hospitales Nacional de Itauguá, Barrio Obrero, Santa Rosa del Aguaray, Limpio, Villa Bonita, Villa Elisa, entre otros.

La implementación del programa se ha llevado a cabo mediante alianzas estratégicas con gobernaciones, municipios y facultades causando un impacto social muy positivo en las comunidades beneficiadas. En el **cuadro 5** se presentan los datos estadísticos del programa correspondiente a los años 2011-2017.

Cuadro 5. Nº de Prótesis periodo 2011-2017 entregadas la Clínica Móvil en el marco del Programa “Paraguay Sonríe”.

Año	Nº de Prótesis
2011	3.000
2012	2.137
2013	285
2014	404
2015	754
2016	311
2017	1.542
<b>Total</b>	<b>8.433</b>

**Fuente:** Memorias de la Dirección de Salud Bucodental del MSPBS, 2017<sup>14</sup>.

#### 4.1.3. Volver a Sonreír

La fisura de labio y el paladar hendido, se encuentran entre las malformaciones estructurales congénitas más comunes de la cara (son aberturas en el labio, paladar o tejido blando de la parte posterior de la boca). En el Paraguay, nacen aproximadamente 300 niños al año con estas malformaciones.



El programa “Volver a Sonreír” se creó para dar una respuesta integral a la alta necesidad no atendida de pacientes que, siendo afectados por dichas malformaciones, podían recurrir solamente a entidades benéficas nacionales o internacionales para acceder a los tratamientos. Para ello, estableció los siguientes objetivos:

#### Objetivos Generales

- ✓ Lograr mejorar la calidad de vida de los niños y niñas afectados por estas malformaciones, mediante el servicio instalado para el tratamiento de las anomalías congénitas labio-palatinas
- ✓ Instalar un Centro de Referencia Nacional para la atención a pacientes con lesiones congénitas de las fisuras labiopalatinas y paladar hendido como un programa permanente.

Desde el inicio del programa en Septiembre del 2009 hasta Mayo del 2017 se han atendido 783 pacientes y realizado 132 cirugías<sup>14</sup>.

#### 4.1.4. Embarazo Saludable con Boca Sana

El programa “*Embarazo saludable con boca sana*” representa una oportunidad para:

- ✓ Reforzar el autocuidado y los conocimientos para prevenir las afecciones bucodentales, en este período de mayor vulnerabilidad.
- ✓ Evitar complicaciones y un riesgo mayor de resultados adversos en el embarazo y en el parto.
- ✓ Resolver los problemas bucodentales pre-existentes en las embarazadas.
- ✓ Ayudar a reducir los niveles de bacterias cariogénicas en la madre y la transmisión de las mismas al hijo, favoreciendo la salud bucodental de la madre y de su descendencia.
- ✓ Ayudar a que el hijo en gestación nazca y crezca en un ambiente favorable para su salud bucodental.
- ✓ Evitar complicaciones para la salud del recién nacido.



#### Objetivo General :

Contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la mujer embarazada a través de acciones de prevención, promoción y atención integral de la salud bucodental. Desde el inicio del programa en julio del 2016 hasta agosto del 2017 fueron atendidas 43.322 embarazadas en el programa en las diversas regiones sanitarias del país<sup>14</sup>.

#### 5. Clínicas Móviles:

La DSBD, a través de sus clínicas móviles, atiende a las poblaciones que viven en zonas vulnerables y de difícil acceso a los servicios de salud, realizando procedimientos odontológicos que incluyen tratamientos preventivos, curativos, de rehabilitación y actividades de promoción de la salud bucodental.

En el cuadro 6 se muestran las consultas realizadas en las clínicas móviles durante el periodo 2013-2017

Cuadro 6. Consultas realizadas en las clínicas móviles durante el periodo 2013-2017

Cantidad de consultas de las clínicas móviles de agosto 2013 A noviembre del 2017				
2013	2014	2015	2016	2017
17.623	13.273	13.336	10.604	10.665

**Fuente:** Memorias de la Dirección de Salud Bucodental del MSPBS, 2017<sup>14</sup>.



## 6. Sistema de Recolección de Datos Estadísticos vía WEB

El Sistema de CIE 10 diagnóstico y CIE 9 procedimientos es la codificación estadística que permite una recogida rápida, oportuna y completa de los datos estadísticos con menos sub registros y, al mismo tiempo, permite un control cruzado de la utilización de los insumos odontológicos.

A través Sistema para Área Ambulatoria (SAA), los odontólogos pueden cargar, no sólo el diagnóstico sino también la totalidad de los procedimientos realizados e incluso se puede descargar las aplicaciones de los diferentes programas nacionales.

También se ha diseñado (Equipo Técnico de la DSBD) y desarrollado (Equipo Técnico de la Dirección General de Tecnologías de la Información y Comunicación) la herramienta tecnológica denominada: Módulo Experto para las Iniciativas de Promoción de la Salud y Prevención de Afecciones Bucodentales que fue incorporado al SAA. Se trata de un proyecto de desarrollo tecnológico inédito a nivel regional que se ha creado para documentar, sistematizar y evaluar las experiencias y estrategias en promoción y prevención en el área de la SBD llevadas a cabo por los odontólogos en todo el país. Desde su implementación en el año 2015 hasta el 2017 se han documentado 713 iniciativas a nivel nacional. Su manual está disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/bucodental/wp-content/uploads/2013/04/MÓDULO-EXPERTO.pdf>

## 8. Proyecto de Encuesta Nacional de Salud Bucodental 2017

El MSPBS, a través de la DSBD, conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud/Paraguay y con el apoyo de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, está llevando a cabo la **“Encuesta nacional de salud bucodental Paraguay, 2017”** con resolución S.G. ministerial número 107 I 2013. Con los siguientes objetivos:

- ✓ Actualizar los datos sobre la situación de salud bucodental a nivel nacional; en términos de experiencia de caries dental, necesidades y urgencias de tratamientos, estado de los tejidos periodontales y fluorosis del esmalte, en niños escolarizados de 5 años, 6 años, 12 años y 15 años.
- ✓ Generar información sobre los factores de riesgo y determinantes sociales de la salud que afectan la salud bucodental en niños escolarizados de 5 años, 6 años, 12 años y 15 años.

El levantamiento de datos se realizó de Junio a Noviembre del presente año, estuvo a cargo del MSPBS a través de un extraordinario trabajo de la DSBD con un excelente apoyo de los odontólogos jefes regionales. Se levantaron los datos en 9 estratos conformados por el área urbana, área rural, instituciones indígenas y los tres grupos de edad 5-6, 12 y 15 años. El total de alumnos encuestados fue de 3.255 pertenecientes a un total de 132 instituciones educativas. El proyecto se encuentra ahora en la fase de análisis de los datos.



## 7. Conclusiones:

Las políticas de promoción y de atención de la Salud Bucodental se encuentran consolidadas y ubicadas en un sitio de privilegio dentro de la estructura organizacional y funcional del MSPBS.

Actualmente el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay cuenta con 406 servicios odontológicos y 1449 profesionales odontólogos en todo el país. Hubo avances en aumento de servicios, recursos humanos, provisión de insumos, instrumentales y equipos, así como, en la implementación de numerosos programas dirigidos a las distintas etapas de la vida. También se cuenta con servicios instalados en diversas regiones del país que realizan especialidades como endodoncia, ortodoncia, odontopediatría, periodoncia, prótesis y cirugías de mayor complejidad.

La sugerencia es fomentar la continuidad y sostenibilidad en el tiempo, para evitar retrocesos en los logros y aumentar la cobertura de los servicios.

## Bibliografía:

1. Dirección general de Estadísticas, Encuestas y Censos. Paraguay. DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2015. Disponible en: [www.dgeec.gov.py](http://www.dgeec.gov.py).
2. República del Paraguay. Constitución Política de 1992. Disponible en: <http://www.constitution.org/cons/paraguay.htm>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington D.C.: OPS 2008: 80 págs.
4. Mancuello J. Cabral M. Sistema de salud de Paraguay. Rev. Salud Pública Parag. 2011; Vol. 1 (1): 13-25.
5. Dirección General de Planificación y Evaluación-MSPBS / Sistemas de Salud en Sudamérica: desafíos para universalidad, la integralidad y la equidad. OPS 2012.
6. Dirección General de Planificación y Evaluación-MSPBS. Plan estratégico institucional 2013-2018.
7. MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS. Exclusión Social en Salud: Análisis a nivel Nacional y Regional. Paraguay, Diciembre 2007.
8. Giménez E. Hacia un sistema de salud con garantías, Asunción, Instituto Desarrollo, 2013.
9. Estupiñán Saskia. Promoción de la salud bucodental: el uso de la fluoruración de la salud para prevenir la caries dental. Organización Panamericana de la Salud 2006. 115 págs.
10. Ministerio de Salud y Bienestar Social Dirección de Salud Bucodental República de Paraguay. Encuesta Nacional Sobre Salud Oral Paraguay 2008:1-98. Disponible en: [http://new.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=73&Itemid=239](http://new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=73&Itemid=239)
11. Frankel J, Chaves M. Utilización de un método sencillo de encuestas para la evaluación de la frecuencia de la caries dental en 3.009 niños brasileños. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1956:383-399.
12. FDI/WHO. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J. 1982;32:74-7.
13. Oral health survey-basic methods. World Health Organization. 3rd Geneva: WHO. 1987.
14. Memorias de la Dirección de Salud Bucodental del MSPBS, 2017. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/bucodental/>



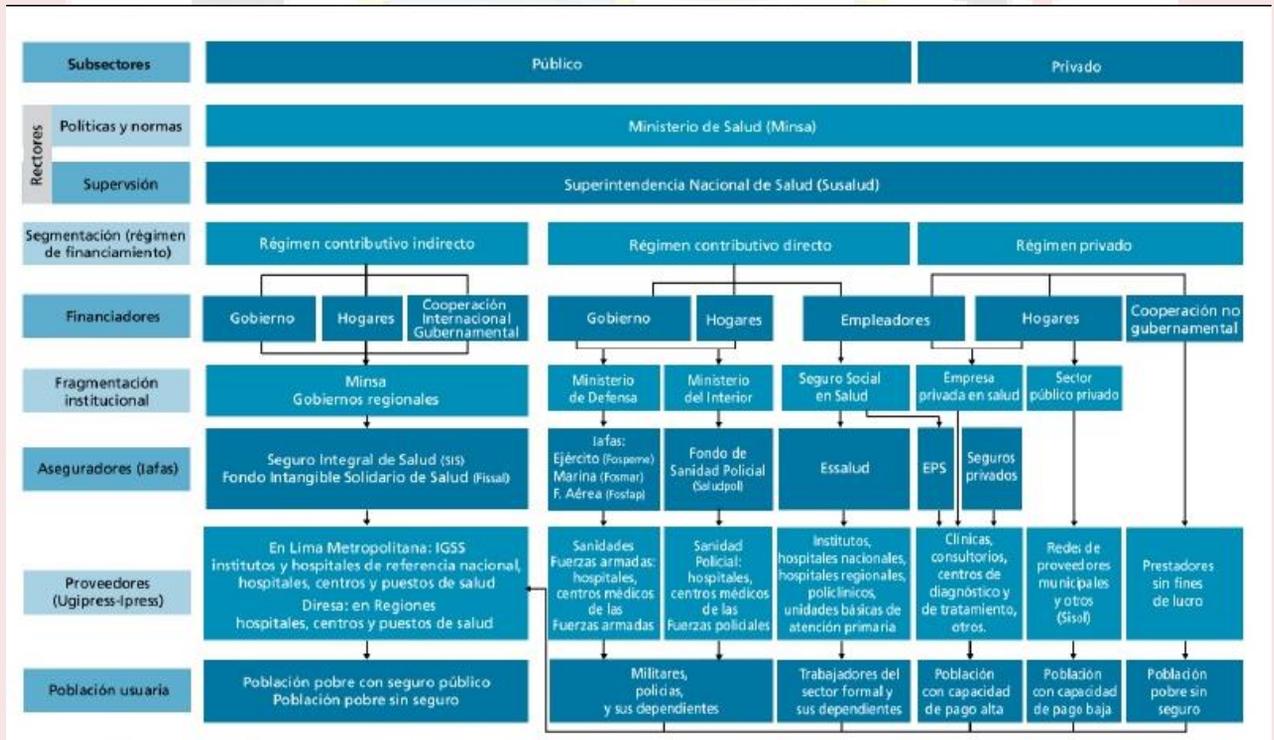
Perú



**Autores: Carlos Francisco García Zavaleta, Flor de María Pachas Barrionuevo, Ana Soledad Arana Sunohara**

### El Sistema Nacional de Salud en el Perú

El Sistema Nacional de Salud en el Perú se caracteriza por ser fragmentado (sector público y sector privado). El subsector público, a su vez, incluye varios subsistemas: el Ministerio de Salud (MINSAL), El Seguro Social (ESSALUD), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y los Gobiernos Regionales. En el esquema siguiente se muestra la composición de actores del sistema, las funciones que desempeñan y la población que cubren<sup>1</sup>.



Fuente: Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú, REP; 2016.





Como consecuencia de esta histórica fragmentación llegamos a inicios el siglo XXI con un sistema presentando las siguientes características: rectoría múltiple, duplicación de inversiones, superposición de redes prestacionales, ausencia de complementariedad de servicios y continuidad de cuidados, desorden normativo y subsidios cruzados que incrementaban la inequidad.

Sin embargo, el crecimiento de nuestra economía y otros procesos de orden social y político en ese mismo periodo, permitieron a los gobiernos de turno impulsar procesos de reforma del estado para cerrar las brechas del desarrollo como país, aspecto que necesariamente incluiría al sector salud.

En el 2002, se aprobó por consenso entre el Gobierno, las organizaciones políticas e integrantes de la sociedad civil; el Acuerdo Nacional. En este Acuerdo se estableció un conjunto de políticas de Estado que se orientaron a cuatro grandes objetivos nacionales: a) Fortalecimiento de la democracia y el estado de derecho, b) Desarrollo con Equidad y Justicia Social, c) Promoción de la competitividad del país; y d) Afirmación de un Estado eficiente, transparente y descentralizado. Las políticas referidas a la salud están comprendidas en el objetivo "Desarrollo con Equidad y Justicia Social". En este objetivo se contempla siete políticas de Estado: a) Reducción de la pobreza, b) Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación, c) Acceso universal a una educación pública gratuita y de calidad y promoción y defensa de la cultura y del deporte, d) Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, e) Acceso al empleo pleno, digno y productivo, f) Promoción de la seguridad alimentaria y nutrición, g) Fortalecimiento de la familia, promoción y protección de la niñez, la adolescencia y la juventud. Es en relación a la política de Reducción de la Pobreza, la política de Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social, y a la política de Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición que se establecen algunas prioridades relacionadas a la salud <sup>2,3</sup>.

Hacia ese mismo año, se inicia el proceso de descentralización en el país, impulsándose los Gobiernos Regionales y Locales con el objetivo de acercar el Estado a las necesidades del ciudadano. El Ministerio de Salud mediante la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, reformula conceptos, objetivos, procesos y su estructura orgánica, relevando el rol de autoridad frente al Sistema Nacional de Salud <sup>4</sup>.

El Seguro Integral de Salud (SIS) se crea en el año 2002 como un Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, con la finalidad de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, en forma de subsidio público, en favor de la población que se encuentra en situación de pobreza y pobreza extrema, reduciendo así las barreras económicas de acceso a los servicios de salud. Actualmente el SIS administra dos regímenes de aseguramiento: el subsidiado y el semicontributivo <sup>5</sup>.



En el 2007 se aprobó el "Plan Nacional Concertado de Salud". Este plan se basó en los compromisos que el Estado asumió en materia de salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en las prioridades de salud determinadas en el Acuerdo Nacional del año 2002 y en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud del año 2006. El Plan precisa los lineamientos de política de salud para el periodo comprendido entre los años 2007 y 2020, determinando once lineamientos de política: 1) Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención. 2) Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. 3) Aseguramiento Universal. 4) Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local. 5) Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad. 6) Desarrollo de los recursos humanos. 7) Medicamentos de calidad para todos 8) Financiamiento en función de resultados. 9) Desarrollo de la rectoría del sistema de salud. 10) Participación ciudadana en salud, y 11) Mejora de los otros determinantes de la salud. Asimismo, se formularon once objetivos sanitarios nacionales para el periodo 2007 - 2020; ocho objetivos para el sistema de salud para el periodo 2007 - 2011; y, siete objetivos respecto a los determinantes de la Salud <sup>6,7</sup>.

La Ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) promulgada en el año 2009, instituye el aseguramiento obligatorio de todo ciudadano peruano y crea nuevos actores con roles complementarios; así, se crean las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). También se crea la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), que es la institución encargada de proteger los derechos en salud de cada ciudadano, para lo cual, busca empoderar al ciudadano sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento. SUSALUD tiene potestad para actuar sobre todas las IPRESS así como las IAFAS, públicas, privadas y mixtas del país <sup>1</sup>.

En el marco del AUS el Estado garantiza un paquete básico de servicios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Este PEAS cubre el 65% de las enfermedades del país y el 80% de la demanda de atención primaria en salud. Así mismo, este plan prevé la cobertura de enfermedades de alto costo, que se financian a cargo del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) <sup>8,9</sup>.

En el 2012, el MINSA en acuerdo con el Consejo Nacional de Salud, impulsa la consolidación de la Reforma del Sector. Mediante la Ley N° 30073, el Congreso de la República delega al Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud. Se dispone así la reorganización del MINSA y la modernización del Sistema Nacional de Salud, buscando fortalecer la rectoría nacional y mejorar la oferta de servicios integrados con calidad, continuidad y oportunidad. <sup>9</sup>. Actualmente, se ha consolidado la articulación del MINSA con los gobiernos regionales, estableciendo compromisos y planes que son monitoreados continuamente<sup>9</sup>.



## La Salud Bucal en la Agenda Sanitaria

El "Plan Nacional Concertado de Salud" del año 2007 recupera en la agenda sanitaria nacional la atención a las necesidades de salud bucal de la población peruana como prioridad sanitaria. El objetivo sanitario N°11 de dicho plan propone mejorar la salud bucal y disminuir las enfermedades de la cavidad bucal. Se propusieron como metas para el 2011: 1) lograr reducir en 30% el índice CPOD en los menores de 12 años, CPOD menor de 3 y 2) lograr que el 90% de las gestantes en situación de pobreza reciban atención preventiva dental. Para alcanzar estas metas se propusieron las siguientes estrategias e intervenciones <sup>6</sup>:

- ✓ Implementar la regulación sobre la fluorización de la sal de consumo humano.
- ✓ Ampliar la oferta de servicios odontológicos en todo el país, con énfasis en las 10 regiones más pobres, utilizando las técnicas más costo efectivo disponible (restauración atraumática).
- ✓ Incorporar la atención de salud bucal en el plan de aseguramiento universal.
- ✓ Incorporar la higiene y la educación sanitaria en salud bucal en la educación primaria.
- ✓ Promover prácticas saludables, nutrición e higiene bucal.
- ✓ Implementar medidas preventivas promocionales y recuperativas odontológicas por equipos Atención Integral de Salud de Poblaciones Excluidas y Dispersas AISPED en zonas dispersas.
- ✓ Fortalecimiento y extensión de Prácticas de Restauración Atraumática (PRAT) al 100% de establecimientos.
- ✓ Difusión educativa de alimentos y sustancias que influyen en la buena Salud Bucal.

El 2007 se crea la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas (R.M. N° 649-2007/MINSA) con la finalidad de gestionar las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación, de proponer normas y de articular intra e intersectorialmente. Actualmente y a través del D.S. N° 008-2017-SA que instauro el nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del MINSA se incorpora a su estructura orgánica la Dirección Nacional de Salud Bucal, con lo cual, se presenta un escenario expectante para avanzar en el cierre de brechas por la salud bucal en el Perú.

## Perfil del Estado de Salud Bucal y carga de enfermedad

En el Perú se han realizado tres estudios nacionales, el primero realizado en 1991-1992 <sup>10</sup>, el segundo en el periodo 2001-2002 <sup>11</sup> y el tercero durante el periodo 2012-2014<sup>12</sup>. con los siguientes resultados:



Año	Prevalencia a los 12 años de edad	CPOD a los 12 años	Prevalencia a los 6 años de edad	ceod a los 6 años
1991-1992	91.6%*	2.41	-	-
2001-2002	86.6%	3.67	87.3%	6.66
2012-2014 **	85.6%	-	-	-

\* Prevalencia para el rango de 6 a 12 años de edad

\*\* Los datos reportados son aún preliminares

La prevalencia de fluorosis fue 16.0% a la edad de 8 años en el 2001-2002, mientras que para el periodo 2012 – 2014 esta se estima en 30.6% .

En el Perú, las enfermedades de la boca fueron la octava causa de discapacidad en el 2016 medidos en Años Vividos con Discapacidad (AVDs) según el Instituto para Métricas y Evaluación de Salud (En: <http://www.healthdata.org/peru> consultado el 10.01.2018). En ese mismo año, las enfermedades de la boca, glándulas salivales y de los maxilares fueron la segunda causa de morbilidad atendida en la consulta externa de los establecimientos de salud del MINSA en todo el país, después de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (En: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/morbilidad/cemacros.asp?00> consultado el 10.01.2018).

### Prestaciones odontológicas en el PEAS

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) incorpora en la cobertura prestacional algunos procedimientos odontológicos de carácter preventivo y recuperativo para la atención de las patologías orales más prevalentes como la caries dental y la gingivitis. Estos procedimientos incluyen: profilaxis, fisioterapia oral, aplicación de flúor en gel o barniz, aplicación de sellantes, inactivación de caries con ionómero, restauración atraumática, restauraciones con resina, pulpotomía, pulpectomía y exodoncia. Adicionalmente incluye la cirugía correctiva, medicina física de rehabilitación y soporte psicológico de los casos con fisura labio palatina. El Plan Complementario del Régimen Subsidiado incluye atención a otras condiciones de salud bucal adicionales a las señaladas en el PEAS como son el caso de: Alteraciones en la erupción dentaria, Raíz dental retenida, Afecciones especificadas de los dientes y de sus estructuras de sostén, Estomatitis <sup>8</sup>.



## Plan de Salud Escolar

En el 2013 se aprobó el Plan de Salud Escolar 2013-2016 (D.S. N° 010-2013-SA). Su propósito es desarrollar una cultura de salud en los escolares de las instituciones educativas del nivel inicial y primaria del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma. Comprende la evaluación integral de la salud (detección, atención y tratamiento) y la promoción de comportamientos y entornos saludables. Es parte de la iniciativa intersectorial “Aprende Saludable”, entre el MINSA, el Ministerio de Educación (MINEDU) y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). En el 2014 se inició la evaluación y atenciones de salud bucal como plan piloto. El financiamiento proviene del Seguro Integral de Salud (SIS) <sup>13</sup>.

## Plan “Vuelve a Sonreír”

En el 2012 se aprobó el Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír” (R.M. N° 626-2012/MINSA) cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema mediante la rehabilitación oral, recuperación de la función masticatoria, la fonética y la estética de la cavidad bucal. El financiamiento corresponde a Recursos Ordinarios del MINSA y a donaciones y transferencias al MINSA <sup>13</sup>.

## Programa de fluoruración de la sal

En 1984 mediante Decreto Supremo DS N°015-84-SA, el MINSA estableció la obligatoriedad de la fluoruración de la sal en el Perú con el fin de reducir la incidencia de caries dental en la población peruana. Desde entonces se desarrollaron instrumentos para reglamentar su implementación y los mecanismos para la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, un conjunto de barreras dificultaron ambas tareas. Es así que mediciones realizadas por investigadores independientes a lo largo del tiempo revelaron que la concentración de flúor en la sal de consumo humano no siempre se encontró en los niveles óptimos<sup>14-16</sup>.

## Normatividad en Salud Bucal

El MINSA, como organismo responsable de las políticas de salud en Perú, ha aprobado una serie de documentos normativos en relación a lineamientos, planes, procedimientos y técnicas empleadas para la atención odontológica en respuesta a las necesidades de la población peruana, basados en evidencia científica. Algunos han sido actualizados en los últimos años, como son las guías de práctica clínica. Se listan a continuación los documentos normativos generados desde el año 2005 :



<b>2005-2007</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Guía de Práctica Clínica Estomatológica. RM N° 453-2005/MINSA <sup>17</sup>.</li> <li>-Norma Técnica “Atenciones odontológicas básicas en poblaciones excluidas y dispersas.” RM N° 882-2005 MINSa <sup>18</sup>.</li> <li>-Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma. RM N° 593 - 2006/MINSA <sup>19</sup>.</li> <li>-Guía Técnica: Práctica de Restauración Atraumática. R.M. N°423-2007/MINSA <sup>20</sup>.</li> </ul>
<b>2012-2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de Intervención para la rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír”. R.M. N° 626-2012/MINSA <sup>21</sup>.</li> <li>- Guía de Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento del Edéntulo Total. R.M. N° 027-2015/MINSA <sup>22</sup>.</li> <li>- Plan de Intervención de Salud Bucal 2016. D.S. N° 005-2016-SA <sup>13</sup>.</li> <li>- Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Caries Dental en Niñas y Niños. R.M. N° 422-2017/MINSA <sup>23, 24</sup>.</li> </ul>

Estos lineamientos permiten que la práctica de la odontología tanto en servicios públicos y privados estén regulados para un ejercicio adecuado en la atención de la población peruana, niños, madres gestantes y adultos.

En cuanto a normas técnicas referidas a medidas preventivas de salud pública bucal, como la sal de consumo humano con flúor y uso de crema dental respectivamente de vía sistémica o tópica, ambas figuran como aprobadas, pero se adolece de un mecanismo de supervisión en control de calidad de ambos productos. A través del Decreto Supremo N° 015-84-SA <sup>25</sup> ,las empresas dedicadas al procesamiento de sal de consumo humano, están obligadas a añadir flúor. Mediante la Resolución Ministerial N°454-2001 <sup>26</sup> se establece. la Norma Técnica Sanitaria para la Adicción de Fluoruros en Cremas Dentales, Enjuagatorios y otros productos utilizados en la Higiene Bucal.

El avance de la ciencia amerita que estas normas sean revisadas y actualizadas para contribuir al cumplimiento de las políticas de salud que ayuden al cuidado de la salud de la población.



## Recursos Humanos para la Salud Bucal

El MINSA en el año 2015 reportó 5, 754 odontólogos disponibles lo que constituyen el 2,3% del total de profesionales asistenciales en el Perú (245, 779). La distribución de recursos humanos muestra una alta concentración en Lima y se encuentran ubicados en establecimientos de primer nivel de atención I-2, I-3 e I-4. Específicamente los odontólogos del MINSA se ubican atendiendo a población entre extrema pobreza, muy pobre y pobre <sup>27</sup>.

En el “Compendio estadístico de información de recursos en salud” elaborado por el MINSA y Gobiernos regionales Perú 2013-2015, se encontró que la mayoría de profesionales odontólogos está ubicado en los establecimientos de salud de primer nivel (3,123), seguido del segundo nivel (427) y del tercer nivel (182). El 68.4% se ubica en la zona urbana y el 31.2 % en zona rural <sup>28</sup>.

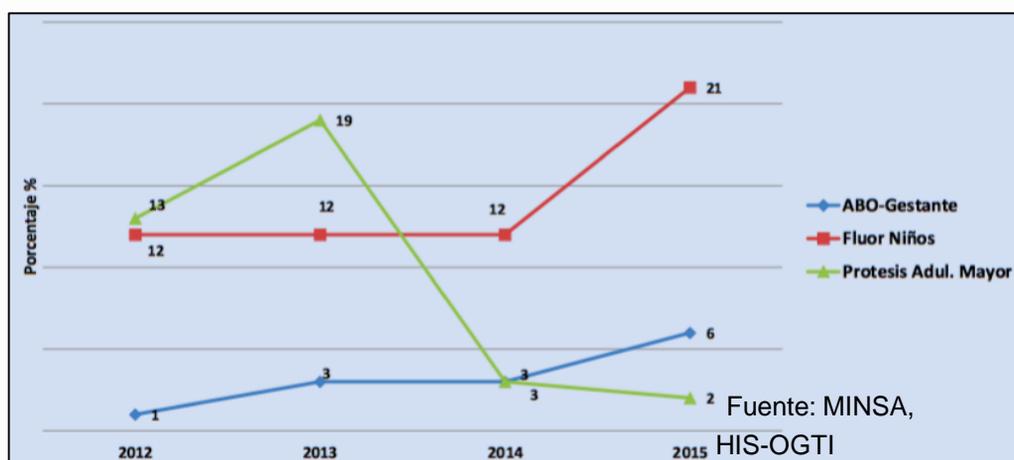
El ejercicio de la profesión en el ámbito nacional está regulado por el Reglamento de la Ley N° 27878 – Ley de Trabajo del Cirujano Dentista, desde el 15 de Febrero del 2010 <sup>29</sup>. Asimismo para la formación de especialistas se creó el Residentado Odontológico mediante el Decreto Supremo N° 009-2013 <sup>30</sup>. Este Decreto Supremo ha permitido que se abra la oportunidad de formación de especialistas en las áreas clínicas pero también en el área de la salud pública bucal buscando fortalecer la calidad de la atención en la red pública asistencial y mejorar la gestión de las políticas públicas por la salud bucal en el Perú.

## Indicadores de Desempeño

Los indicadores establecidos por el MINSA<sup>13</sup> para monitorear el desempeño de los servicios de salud oral en la prestación de la atención a la población son los siguientes:

- ✓ Proporción de niños de 6 meses a 11 años protegidos con topicaciones de flúor
- ✓ Proporción de gestantes con alta básica odontológica (ABO).
- ✓ Proporción de prótesis dentales entregadas a los adultos mayores.

Un alta básica odontológica está compuesta por el examen estomatológico, la instrucción de higiene oral, la asesoría nutricional y profilaxis. Estos indicadores están siendo revisados para el presente año. El comportamiento de estos indicadores en los últimos años puede verse en el siguiente gráfico:





Como se observa en el gráfico, el porcentaje de niños y gestantes que accedieron a atenciones preventivas se ha incrementado en comparación a la colocación de prótesis en la población adulto mayor.

## Bibliografía

1. Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú, REP; 2016.
2. El Acuerdo Nacional sobre políticas de Estado. 22 de julio del 2002. Lima, Perú.
3. Nepo-Linares E, Velásquez A. El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(3)540-5. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2331
4. Velásquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. Revisado el 21/11/17. URL: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2338/2313>
5. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 120 "Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud. Lima, 2007.
6. MINSA. Plan Nacional Concertado de Salud. 2007. Lima, Perú.
7. Acuerdo de Partidos Políticos en Salud del 20 de diciembre, 2005. Lima, Perú.
8. MINSA. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Junio 2009. Lima, Perú.
9. MINSA. Avances de la Reforma de Salud. Reporte informativo 2013 – 2014. Lima, Perú.
10. Domínguez del Río, Velezmoro L.V. Estudio epidemiológico de salud bucal en el Perú. Caries Dental. Ministerio de Salud del Perú. Lima, 1990.
11. MINSA. Prevalencia de caries dental, fluorosis de esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú, 2001 – 2002.
12. Estrategia Sanitaria de Salud Bucal. Presentación preliminar del estudio de ante el Comité de expertos de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal. 2017.
13. Decreto Supremo N° 005.2016-SA. Plan de Plan de Intervención de Salud Bucal – 2016.
14. Galvez M. Concentración de flúor en las sal disponible en Puno, Peru (Tesis). Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 1995.
15. Arana AS. Mapeo de sal con flúor en los mercados de la provincia de Trujillo utilizando el sistema de información geográfica. Rev Estomatol Herediana 2006; 16(1):5-8
16. Chumpitaz-Durand R. Nivel de conocimiento y consumo de sal fluorada en localidades urbanas y periféricas de Chiclayo. Kiru 2012;9(2):111-118.
17. MINSA. Guía de Práctica Clínica Estomatológica. N° 453-2005/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)
18. MINSA. Norma Técnica: Atenciones odontológicas básicas en poblaciones excluidas y dispersas. Dirección general de salud de las personas. Dirección ejecutiva de atención integral de salud. 2005. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)



19. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma. NTS N° 045-MINSA/DGSP\_V.01. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)
20. MINSA. Guía Técnica: Práctica de Restauración Atraumática. N° 423-2007/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)
21. MINSA. Plan de Intervención para la rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír”. RM 626-2012/MINSA. . [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion\\_salud/salud\\_bucal/ESNSB/RM%20626-2012%20Vuelve%20a%20Sonreir.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/salud_bucal/ESNSB/RM%20626-2012%20Vuelve%20a%20Sonreir.pdf)
22. MINSA. Guía Técnica: Guía de Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento del Edéntulo Total. N° 027-2015/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)
23. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Caries Dental en niñas y niños. Resolución Ministerial N° 422-2017/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)
24. MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de prácticas clínicas del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)
25. DIGESA. Reglamento técnico para la fortificación de la sal para consumo humano con yodo y flúor. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://www.digesa.minsa.gob.pe/norma\\_consulta/sal\\_961\\_2006.htm](http://www.digesa.minsa.gob.pe/norma_consulta/sal_961_2006.htm).
26. MINSA. Norma técnica sanitaria de calidad para las cremas dentales cosméticas. N T N° MINSA / DGSP V.01. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TbkMSSB\\_8q8J:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/CREMAS%2520DENTALES%2520v\(8\)190705.doc+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TbkMSSB_8q8J:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/CREMAS%2520DENTALES%2520v(8)190705.doc+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe)
27. MINSA. Observatorio de Recurso Humanos en Salud. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3397.pdf>
28. MINSADirección General de Gestión del Desarrollo de Recurso Humanos. Registro Nacional del Personal de la Salud. 2015. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3444.pdf>
29. COP: Reglamento de Ley del Cirujano Dentista. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://www.cop.org.pe/pdf/Reglamento\\_Ley\\_de\\_Trabajo\\_Cirujano\\_Dentista\\_27878.pdf](http://www.cop.org.pe/pdf/Reglamento_Ley_de_Trabajo_Cirujano_Dentista_27878.pdf)
30. CODIRO. Residmetado Odontológico. . [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: <http://codiro.org.pe/>



---

República Dominicana

---



**Autor: Adolfo Rodriguez Nuñez.**

## **LA NUEVA CARA DE LA ODONTOLOGIA DOMINCANA**

La republica dominicana no tiene un censo de la cantidad de odontólogos existentes en la actualidad, pero trazando una línea de egresados de los últimos 10 años de las diferentes universidades, existe un estimado de 9 mil odontólogos a nivel de toda la nación.

Existen 15 universidades y de esas 4 ofrecen posgrados en diversas áreas, con un promedio de egresados de unos 350 a 400 odontólogos por año.

En cuanto a índices de salud bucal no tenemos datos actualizaos ya que no hay estudios recientes que den una referencia nacional que nos permita con exactitud tener índices de salud oral.

Alrededor del 30 por ciento está sin ocupación o sea que no puede ejercerla, fruto de la masificación y de la falta de recursos para iniciar, además a esto se le agrega el monopolio de los pacientes que tienen las aseguradoras y algunas empresas prestadoras de servicios que subcontratan odontólogos en todo el país.

En cuanto a legislaciones, la salud oral está dentro de la reforma sanitaria reciente de integralidad de los servicios de salud y estructuración de una red nacional de servicios odontológicos que abarca la atención primaria y especializada, hoy día en el sector público se ofrecen todas las especialidades de la odontología y se ha abierto un proceso de negociación con las aseguradoras para dar cobertura a los afiliados a la red de aseguramiento existente en el país.

Fruto de la división de la división del sistema sanitario dominicano hoy existen dos estructuras la primera es el ministerio de salud para las políticas y la segunda el servicio nacional de salud para la aplicación y calidad de los servicios.

Los programas que fruto de esa división están reorganizándose entre rectoría y servicios entre ellos tenemos el programa escolar de prevención y el de intervención, el programa de detección de cáncer oral y prevención del mismo, se esta en organización de un estudio nacional de la situación real de salud y la elaboración de normas y protocolos de atención en salud además de la ruta activa para la habilitación de los centros, promoción y prevención de la atención en el adulto mayor, elaboración protocolo del uso de los fluoruros tanto para el sector privado como público, guía de promotores de salud de en odontología.





Está en el congreso nacional la colegiación odontológica para la reorganización de la salud oral de la Republica dominicana.

La red pública ha aumentado la cartera de servicios para atención primaria, ha uniformado a todos los odontólogos y asistentes dentro de la red nacional, ha triplicado la cantidad de servicios por año, ha descentralizado los centros creando la auto gestión, y se han creado incentivos que mantengan integrado a los odontólogos bajo una supervisión constante.

Se creó el premio a la calidad de la odontología dominicana que lleva dos entregas reconociendo los más altos valores y estándares del servicio de la odontología de igual forma se le paga un congreso anual a cada odontólogo cuyo aporte económico es fruto de su propio trabajando día a día.

En la republica dominicana estamos avanzando por una nueva imagen y una nueva visión de la odontología para beneficios de nuestros pacientes y de nuestros profesionales.





---

Uruguay

---



**Autores: Pablo Bianco, Liliana Queijo.**

La República Oriental del Uruguay (ROU) se encuentra en territorio de América del Sur, con 176 mil Km<sup>2</sup>., de relieve ondulado, sin grandes accidentes geográficos, limita con dos grandes países en territorio y población : Argentina y Brasil y tiene costas al sur que bañan el Océano Atlántico y el Río de la Plata.<sup>1</sup>

Con una población de tres millones cuatrocientas mil personas, el 40 % vive en la capital, Montevideo, situada al sur, en un extremo del territorio, puerto natural y centro histórico del desarrollo de la región desde la colonización española. El 93% de la población está concentrada en zonas urbanas. El PBI para el 2008 fue de 7.075 dolares por habitante. La desocupación en mayo de 2017 es de 7.95

Población bajo indice de pobreza es de 9.4 por mil y sube al 20.1 por mil en menores de 6 años

La población indigente es de 0.2 por mil y 6 por mil en menores de 6 años (\*2016.). Hay desde el año 2005 a la fecha hay una sostenida tendencia a la baja en estos indicadores.

La fuerza política progresista en el gobierno desde el 2005 tomo como un eje de su programa la Reforma de la salud con el objetivo de que toda la población accediera a atención universal, integral e igualitaria. Se plantea para esto cambios en el modelo asistencial, priorizando el primer nivel con énfasis en la promoción y prevención, cambios del modelo de gestión y cambios del financiamiento.

En el año 2008 se crea el SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS) que reorganizo legal y financieramente a los servicios públicos y privados ya existentes . Se aprobaron normativas que instalan un FONDO NACIONAL DE SALUD (Fonasa) , con aportes de los trabajadores proporcionales a sus ingresos , empresas y estado. Este fondo funciona en el Banco de Previsión Social y oficia como administrador y financiador del sistema. El Fonasa paga cepitas ajustadas por edad y sexo, a instituciones PRESTADORAS INTEGRALES DE SALUD.

Éstas agrupan a las “viejas” mutualistas sin fines de lucro, de concepción solidaria donde el sano voluntariamente pagaba por el enfermo e Instituciones de Asistencia Medica Colectivizada con fines de lucro, de propiedad cooperativa o de grupos inversores





Por otro lado el prestador integral público ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) que habiendo nacido en el seno del Ministerio de Salud Pública, fue progresivamente independizándose, hasta lograr la total autonomía. ASSE es el prestador más grande del país con población de 1.305.114 personas y presencia en todo el territorio nacional. (400.000 usuarios a través del Fonasa y el resto población de trabajo informal o sin trabajo financiada con el presupuesto del estado). ASSE cubre a la población más carenciada, con los peores perfiles epidemiológicos. La capita media de ASSE es un 20% inferior a la privada.

A partir de la reforma, las personas con capita Fonasa, en un régimen cerrado que permite el cambio una vez al año, deciden el prestador donde desean atenderse,

Se logró un primer efecto que es la estabilidad financiera de las instituciones de salud privadas cuya viabilidad estaba en duda y una mejora sustantiva de la atención en ASSE. Quedan por resolver diferencias sustantivas para el logro de la equidad en el SNIS. El SNIS, tiene una rectoría en el Ministerio de Salud Pública (MSP).

## **La atención a la Salud Bucal en el SNIS**

El MSP cuenta dentro de su estructura programática con un PROGRAMA NACIONAL DE SALUD BUCAL (PNSB) por lo menos desde los primeros gobiernos pos dictadura. Desde allí se ha venido promoviendo distintas acciones de fomento y contribución a la prevención. En ese sentido, el sistema asistencial tiene obligación de incorporar progresivamente las prestaciones de cobertura mínima (urgencias, restauraciones plásticas y cirugía) desde el año 1983, aunque estas no son gratuitas sino que están sujetas a un “ticket moderador” o copago. Desde el MSP se implementó la fluoración de la sal de consumo en el año 1990, y se fomentaron distintos programas de promoción y prevención de salud bucal, en general focalizados a ciertos grupos considerados de riesgo (ej: alumnos de las escuelas de la educación pública). Al comienzo del año 2015, cuando se produce el cambio de gobierno, la medida preventiva consistía en la administración por parte de las maestras de enjuagatorios Fluorados semanales.

A partir de ese año, se comienza a redefinir las principales líneas de acción dentro del MSP, y en salud bucal se sustituye el Enjuagatorio fluorado por el cepillado diario con pasta con flúor como medida preventiva básica a impulsar. En un aspecto más de fondo se conforma un equipo interinstitucional que formula el texto del Programa Nacional de Salud Bucal, aprobado y publicado en 2008.

### **Bibliografía:**

1. <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PROGRAMA%20SALUD%20BUCAL%202008.pdf>

Proyecto Aprobado no 2º edital Santander/USP/FUSP  
de Direitos Fundamentais e Políticas Públicas de la  
Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da  
Universidade de São Paulo proceso 2017.1.238.23.4.

Impreso en la Gráfica de FOUSP  
Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 – CEP 05508-000  
Cidade Universitária “Armando de Salles Oliveira”



## Realización:



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA



UNIVERSIDAD ANDINA  
SIMÓN BOLÍVAR  
Ecuador



UNIVERSIDAD  
DE ANTOQUIA  
1803



UNIVERSIDAD DE CHILE



McGill



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

## Financiación:

