

Programa Nacional de Salud Bucal



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD

DIVISIÓN SALUD DE LA POBLACIÓN

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD BUCAL



**Programa Nacional
de Salud Bucal**

Autoridades

Ministra de Salud Pública
Dra. María Julia Muñoz

Subsecretario de Salud Pública
Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud
Dr. Jorge Basso Garrido

Director de División Salud de la Población
Dr. José Pereira

Director del Programa Nacional de Salud Bucal
Dr. Pablo Bianco

Adjunta a la Dirección
Hig. Alma Chiodi

La redacción del programa durante el período Marzo 2005 - Febrero 2007 se realizó bajo la dirección del Dr. Pablo Tailanián.

Colaboradores:

Programa Nacional de Salud Bucal - Dra. Amneris Severino, Dr. Raúl Apai

Redactado por Grupo Interinstitucional

Instituciones participantes:

- Universidad de la República – Facultad de Odontología.
- Asociación Odontológica Uruguaya.
- Federación Odontológica del Interior.
- Asociación de Asistentes e Higienistas en Odontología del Uruguay.
- Corporación de Protésicos Dentales.
- Intendencia Municipal de Montevideo.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado.
- Servicio de Sanidad de la Fuerzas Armadas.
- Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay.
- Servicio de Sanidad Policial.
- Administración Nacional de la Educación Pública.
- Banco de Previsión Social.

saludbucal@msp.gub.uy
18 de Julio 1892, piso 4 anexo B
Telefax 402 1532

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
AREA PROGRAMÁTICA
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD BUCAL**

A treinta meses de la asunción del Gobierno Nacional, desde el área programática de la DIGESA, se aporta este informe que intenta reafirmar el camino de la construcción del espacio correspondiente a la salud bucal y su integración en la salud integral del individuo.

Se presentan entonces dos documentos claramente diferenciados:

El primero (I) corresponde a los componentes de la Plan de Salud Bucal en el marco del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) en tanto parte constitutiva de la salud de las personas, constituyendo por la demanda insatisfecha acumulada uno de los objetivos sanitarios más destacados de la actual Reforma Sanitaria.

El segundo (II) corresponde al Programa Nacional de Salud Bucal en cuanto a definir los aspectos normativos y de rectoría para todo el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Su construcción, como se detalla más adelante, responde al trabajo conjunto de múltiples actores individuales e institucionales y fue ajustándose en función de un proceso que tuvo en cuenta sugerencias y definiciones propias del MSP.

Para esta administración, las tareas de normatización y la construcción de actividades de vigilancia y supervisión requiere del aporte continuo de todos los actores constituyéndose en una tarea permanente, de modo que lo que aquí se establece debe considerarse como parte de un proceso continuo de trabajo.

Queda mucho trabajo por delante, pero dependerá de la capacidad en darle continuidad a las políticas de coordinación e integración asistencial en el marco del SNIS, orientada a profundizar reales y sustentables cambios en la situación de salud, en las estructuras asistenciales y de salud pública que todos anhelamos y que el país necesita.

I- Área Programática: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD BUCAL

En el marco de la misión del Ministerio de Salud Pública, proponemos para este programa:

“Contribuir al logro del más alto grado posible de salud bucal de la población uruguaya, impulsando, promoviendo y articulando las adecuadas acciones promocionales, preventivas y asistenciales integradas en un Sistema de Salud y que correspondan a las necesidades de cada individuo.”

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

1- Integrar el componente salud bucal en el SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

1. – Definir la normativa correspondiente:
 - Objetivos sanitarios,
 - Definición de prestaciones obligatorias a incluir en el PIAS para todas las Instituciones del SNIS.
 - Metas Asistenciales
 - Definición de Indicadores para la evaluación de la “performance institucional”.
2. – Promover la Articulación de los prestadores a efectos de cumplir con la nueva normativa.
3. – Establecer mecanismos de control.
4. – Formular e implementar Programas Pilotos, que ejecuten la integración del componente salud bucal en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
5. – Contribuir a las transformaciones necesarias del sector servicios de salud bucal en el marco de los objetivos sanitarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

2- Definir la política nacional de salud bucal, en términos de normas y orientaciones que incorporen actividades de promoción y asistencia de calidad con criterio poblacional.

- **-Definir las actividades asistenciales integrales específicas dirigidas a grupos de población:** Programas dirigidos a gestantes, niñas y niños, adolescentes, adultos/adultas, y adultos/adultas mayores.
- **-Definir las actividades asistenciales integrales vinculadas a colectivos:** Programas de Salud Colectiva,
- **-Normatizar el tratamiento de las siguientes situaciones o condiciones de salud enfermedad:** Caries, Paradenciopatías, Maloclusiones, Patología tumoral y no tumo-

ral de tejidos blandos y duros, VIH-Sida, enfermedades sistémicas y salud bucal, mutilados dentales por secuelas de caries y paradenciopatías, mutilados maxilo-faciales, Discapacitados.

- **-Definir las líneas estratégicas vinculadas a la promoción y prevención de la salud bucal a nivel nacional.** Articulación con los programas nacionales de salud. Definición de una estrategia nacional de comunicación y publicidad. Valoración del estado del Programa de Fluoración de la Sal y sus efectos.

3- Promover la implementación de un sistema de vigilancia de la salud bucal en la población.

1. -Implementar un Sistema Unico de Registro Nacional de Salud Bucal.
2. -Implementar la Encuesta Nacional de Salud Bucal.
3. -Promover la formación de un equipo técnico permanente de referencia en Vigilancia a la salud (DIGESA-MSP).
4. -Consolidar la vigilancia epidemiológica correspondiente al Programa de Fluoración de la Sal.

4- Promover el estudio y funcionamiento de un Centro de Costos, de modo de analizar los impactos de las distintas variables en los servicios de atención en forma conjunta con el área de Economía de la Salud (DIGESE-MSP).

Integrar y fortalecer en conjunto con la dependencia correspondiente, el estudio de las variables económicas, desarrollando un área del conocimiento fundamental para el componente Seguro de Salud.

5- Promover la incorporación de un sistema de evaluación y auditoría de servicios.

Integrar, fortalecer y desarrollar en conjunto con la dependencia correspondiente del MSP las acciones de evaluación y auditoría del componente Salud Bucal de los servicios.

6- Promover la formación y calificación de los profesionales de la Salud Bucal a nivel nacional.

Promover en el marco del Observatorio de RRHH en Salud, propuestas vinculadas a la formación de grado de las profesiones relacionadas con la salud bucal.

Promover el desarrollo de la capacitación continua y permanente por parte de los Servicios de Salud así como la correspondiente formación de posgrado, de acuerdo a las necesidades del sistema.

Promover la investigación en salud bucal, orientada a la consolidación de estos objetivos estratégicos y el cumplimiento de la misión.

II- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD BUCAL

INDICE GENERAL

Capítulo I	
INTRODUCCIÓN:	8
Introducción	8
Análisis de situación	15
Capítulo II	
OBJETIVOS: ACTIVIDADES	22
Objetivos Generales	22
Objetivos Específicos	22
Definición de actividades vinculadas a los objetivos propuestos	23
Capítulo III	
ESTRATEGIAS	25
GRUPOS PRIORIZADOS	25
Gestantes	25
Niñas y niños de 0 a 36 meses y niñas y niños pre-escolares	26
Niñas y niños escolares	26
Adolescentes	27
Otros Grupos	27
ETAPAS DE ACCIÓN	28
Capítulo IV	
PROCEDIMIENTOS	30
Capítulo V	
RECURSOS HUMANOS	36
Equipo de Salud Bucal	36
Perfiles del Grupo de Salud Odontológico	36
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	39
RECURSOS MATERIALES: INFRAESTRUCTURA	39
Capítulo VI	
EVALUACIÓN	40
Capítulo VII	
RESUMEN	41
Anexo	
Programa Nacional de Salud Bucal Colectiva para la niñez	47

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN, ANÁLISIS DE SITUACIÓN ACTUAL

INTRODUCCIÓN

Debido a su doble naturaleza técnica y de política sanitaria, este documento se encuentra en discusión y construcción permanente caracterizándose por su perfectibilidad.

La participación en la elaboración de este Programa, ha permitido definirlo como la más amplia, inteligente y fértil cooperación de los sectores del quehacer odontológico. Así entonces es que se debe reconocer la activa contribución de:

- Universidad de la República – Facultad de Odontología.
- Asociación Odontológica Uruguaya.
- Federación Odontológica del Interior.
- Asociación de Asistentes e Higienistas.
- Corporación de Protésicos Dentales.
- Intendencia Municipal de Montevideo.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado.
- Servicio de Sanidad de la Fuerzas Armadas.
- Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay.
- Servicio de Sanidad Policial.
- Administración Nacional de la Educación Pública.
- Banco de Previsión Social.

Es una referencia ineludible de la realidad el incremento en los últimos años de la pobreza y por lo tanto de la calidad de vida de grandes sectores de la población, acompañándose lo anterior por el estancamiento o retroceso de algunos indicadores sanitarios. A esto se suma la pérdida de cobertura en salud por parte de muchas decenas de miles de uruguayos y la crisis profunda de un sector salud que no se ajusta a la realidad demográfica – epidemiológica y que presenta una profunda inequidad en el pago de los servicios de salud. Servicios de salud que vienen padeciendo una vulnerabilidad en la gestión económico financiera que pone en riesgo su sustentabilidad y la fuente laboral de los TTSS. Todo lo anterior fundamenta la necesidad de una verdadera Reforma Sanitaria; la cual se viene procesando.

La caída de un modelo de bienestar que nos caracterizó durante décadas y la ruptura de los mecanismos transversales que hacían más “porosa” la dinámica de integración social,

generó que el país, particularmente agravado con la crisis del 2002, una mayor fragmentación y un incremento de la exclusión con la consiguiente polarización en el alcance de los componentes de las políticas públicas existentes.

Habría que pensar si los diseños de un conjunto de políticas sociales diseñadas durante muchos años, focalizadas en los pobres y teniendo como eje de intervención en el territorio y la comunidad, no han colaborado sin quererlo, en reforzar un circuito cerrado de servicios exclusivos para los pobres¹.

Esto no implica, bajo ningún concepto, desconocer el valor sustantivo de las inversiones sociales y de la voluntad política que ha favorecido la extensión de servicios.

La realidad signada por el sufrimiento de amplios sectores de la sociedad ha motivado en los últimos años una fuerte apuesta a la transformación de esa realidad, orientándose las acciones al trabajo interinstitucional e intersectorial en el marco de la coordinación de las políticas públicas. En ese contexto resulta sustantiva la acumulación de voluntades tras una propuesta que supere la cultura del “no se puede” revelándose en la teoría y en la práctica en un proceso de construcción de un camino de cambio.

Resulta evidente que la pobreza, la indigencia y la vulnerabilidad de un número muy importante de uruguayos, tiene como anteriormente expresábamos una historia de largos años e incluso de generaciones.

Su presencia en el territorio no ha sido ni es homogénea. Por el contrario, en las últimas dos décadas asistimos a un marcado proceso de concentración de la pobreza en determinados sectores del territorio y barrios de cada ciudad.

El problema central para la integración social es el aislamiento social creciente de los pobres y la infantilización de la pobreza (casi el 58% de los niños en Montevideo son pobres) que abarca no sólo a la primera infancia. Si se considera la población menor de 18 años en su conjunto, de un 50% de pobres en 1986 se pasa a un 53% en el último período. Es decir, se está ante un problema que al menos tiene dos décadas de instalado.

El acceso a los servicios de salud es altamente desigual en el país. Las personas que sólo se atienden en el sistema público de salud (MSP, Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Militar, Policlínicas Municipales y otros) son aproximadamente el 51,3%, a los que se debe agregar el 2,8% de la población que no posee ningún tipo de cobertura².

¹ Gustavo Leal, Seminario “Mapa de la Exclusión e Inclusión Social en Montevideo”, 2004.

² INE, Encuesta Continua de Hogares, www.ine.gub.uy/biblioteca, 2005.

El acceso de las personas a los servicios en sistemas privados depende de la capacidad adquisitiva y su énfasis es más terapéutico que preventivo, constituyéndose un ejemplo de inequidad contributiva y de modelo de atención a la salud curativo a superar.

El resultado es siempre que quienes poseen más recursos, tienen mejor nivel de vida, tienen mayor accesibilidad a servicios asistenciales y por tanto tienen menos riesgo de enfermar y que sus enfermedades se agraven.

Por otro lado quienes viven en la pobreza no solamente son más vulnerables a padecer enfermedades, sino que tienen menos acceso a los servicios de salud y, además, al no recibir tratamientos adecuados y oportunos, sus enfermedades se agravan.

Esta situación es peor aún en temas de salud bucal, donde se requiere un debate con la bioética como interlocutora para proponer sistemas de equidad³.

Un modelo asistencial que se centra casi exclusivamente en lo curativo, junto con la mercantilización y el afán de lucro ha penetrado en la atención sanitaria, deshumanizándola, encareciendo sus costos, generando ineficiencias y dificultando el acceso de la población. También excluye la participación de trabajadores y usuarios en la definición de políticas y planes de salud siendo también que su estructura de financiación está agotada y es profundamente inequitativa.

El Sistema Nacional Integrado de Salud

Ante esta situación crítica se imponen transformaciones estructurales en el sistema de salud cuyos ejes son los cambios en el Modelo de Atención, de Gestión y de Financiación, procesos que están entrelazados y que se llevan adelante en forma conjunta.

Modelo de Atención

Los cambios en el *Modelo de Atención* pasan por adoptar la estrategia de Atención Primaria en Salud concebida como la estrategia rectora.

La aplicación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud implica poner en el centro de todo el sistema las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, a la educación y promoción de la salud y el tratamiento oportuno y adecuado.

Con un concepto integral de la salud, dicha estrategia abarca todos los niveles de atención. El énfasis principal está en el Primer Nivel de atención, ya que su fortalecimiento -creando una red de servicios coordinada- en el marco de un sistema, resulta decisivo para mejorar la eficiencia y la calidad de atención, objetivo del cambio del modelo de atención.

³ Abadía, C. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. Acta Bioethica 12(1); 2006.

La APS no se limita a un programa, ni a un nivel de atención, sino que constituye la estrategia global del conjunto del sistema de salud y la base del nuevo Modelo de Atención, basado en el fortalecimiento del Primer Nivel y su coordinación con el resto de los niveles de atención:

1. Coordina la acción de todos los efectores de salud en una fuerte red de policlínicas y Centros de Salud públicos y privados, integrando de manera efectiva el equipo de salud bucal al resto del equipo de salud.
2. Valoriza el rol de la Comunidad como protagonista fundamental para modificar los factores del entorno y los hábitos que determinan su salud;
3. Enfatiza por lo tanto el rol de las organizaciones comunitarias y estimula la creación y fortalecimiento de un movimiento de usuarios a nivel zonal, departamental y nacional;
4. Concibe la participación de usuarios y trabajadores de la salud como pilares del proceso de cambio;
5. Promueve un abordaje territorial en la organización del sistema;
6. Jerarquiza la atención en base a Programas elaborados en forma participativa.

Modelo de Gestión

La gestión no implica únicamente la formulación de diagnósticos o el establecer ejes de acción. Abarca la materialización concreta de un diseño adecuado y real.

El cambio de *Modelo de Gestión* es una prioridad política más que técnica y tiene como centro la democratización, la transparencia, la eficacia y eficiencia, la participación de usuarios y trabajadores. La capacitación del equipo de salud en una gestión eficiente, que sea garante de una administración de recursos basada en las necesidades de la población y sujeta al control social es un reto intransferible de cada uno de los niveles de dirección. El uso de tecnologías adecuadas, la adquisición de insumos, la distribución de los recursos materiales a lo largo y ancho del sistema y del territorio implica superar modelos burocrático administrativos cruzados por intereses particulares generadores de inequidades en el acceso a los servicios de salud con prestaciones no basadas en la evidencia sanitaria. El modificar esa lógica implica también la acumulación de voluntades de un conjunto de actores vinculados a la salud bucal, estando el MSP a través de su Programa Nacional de Salud Bucal conciente de las responsabilidades que le otorga el marco de la Reforma Sanitaria

Modelo de Financiación

Para respaldar y sostener el Sistema, se hace necesario un cambio del *Modelo de Financiación* basado en un Seguro Nacional de Salud.

La creación del Sistema y de un Seguro Nacional de Salud que lo financie y genere las condiciones materiales para alcanzar los objetivos de complementación e integración asistencial propios del Sistema, sin dudas constituye un importante avance en mejorar las condiciones sanitarias de la población y el carácter redistributivo de las políticas públicas orientado a las mayorías postergadas.

Antecedentes generales

Es paradójico que en los comienzos del siglo XXI, conociendo profundamente las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal (caries y enfermedad periodontal) y las medidas colectivas adecuadas para su prevención, sigamos transitando tercamente un modelo de atención que pasa por la asistencia curativa individual que resuelve exclusivamente el acceso a los servicios a las pocas personas que puedan pagar dichas prestaciones.

Ciertamente el siglo XX estuvo signado por una concepción científicista o flexneriana de la praxis odontológica, que privilegia al individuo como objeto de práctica y responsable por la salud, reproduciendo un modelo de atención cultivado en países llamados centrales y caracterizado estructural e ideológicamente por fundamentos⁴ como la biología (descartando la causa social), el mecanicismo (siendo el cuerpo equivalente a una máquina), la centralización de los recursos (modelo hospital-céntrico), la especialización (fraccionamiento del conocimiento), la tecnificación (relacionando calidad con tecnología), el énfasis en la curación (incorporando así más tecnología y, por tanto, aumento de costos) y la exclusión de prácticas alternativas.

La introducción de la odontología en las escuelas siguiendo los pasos dados años antes por la medicina⁵, es una influencia de experiencias en los EEUU. Al mismo tiempo, el mismo modelo de atención ofrecido en la práctica privada es reproducido por la atención en Salud Pública caracterizándose por la predominancia de la individualidad, del tratamiento mutilador (y restaurador en el mejor de los contados casos) y con un grado de resolución indudablemente bajo.

Con una gran patología acumulada, surgió la proposición del sistema productivista odontológico, con escasa repercusión en nuestro país.

⁴ Mendes, E.V. Distrito Sanitario: O Processo Social de Mudanza das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. San Pablo – Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1994. 310 p.

⁵ Starr, P. The social transformation of American Medicine – The rise of a sovereign profesión and the making of a vast industry. Basic books. 1982. citado en Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Serie técnica. OPS. Brasil. 2006.

En un intento de disminuir gastos se verificó la fragmentación de tareas que se tradujo en la odontología simplificada, cuya atención se dirigía hacia los más jóvenes.

Esto llevó a una odontología que, empleando una lógica de tipo preventivo, se orienta sólo a los más jóvenes utilizando el método del modelo incremental importado de EE.UU, en el que se previene la enfermedad caries en los molares permanentes, con un acompañamiento transitorio en prevención, excluyéndose los dientes caducos⁶.

En el sistema incremental la atención odontológica se efectúa al grupo escolar en un intento de bloquear la cadena epidemiológica mediante prevención y tratamiento inicial para evitar su agravamiento y el costo mayor subsecuente.

Digamos entonces que la odontología parece haber seguido un rumbo opuesto a la realidad epidemiológica y a las condicionantes sociales del proceso de salud-enfermedad que la condicionan, teniendo como consecuencia la exclusión a los programas de salud bucal de la mayor parte de la población.

Brasil⁷ por ejemplo ha desarrollado fuertemente el sistema incremental a cual hacíamos referencia, y lo ha vendido aplicando durante más de cuarenta años atendiendo sólo las urgencias a la población adulta debido entre otras cosas al costo de insumos, la escasez de recursos humanos destinados, a su escasa o nula capacitación para actuar en servicios públicos y la limitada planificación normativa.

La escuela pasa a ser entonces el territorio apropiado para la aplicación de esos programas incrementales, pero dicho espacio escolar no puede ser el lugar exclusivo de atención a la salud bucal y se impone, por tanto, pensar también en otras perspectivas y estrategias de acción. En relación a esto último parece sustantiva la centralización normativa y de conducción y la desconcentración de la ejecución (lineamiento importante para lograr la eficiencia en el funcionamiento del sistema).

En una dimensión mayor la descentralización, en relación a transferencia de poder desde las instancias centralizadas a las descentralizadas, es una de las estrategias democratizadoras de largo aliento.

⁶ Narval, P.C. Odontología e Saúde Bucal Coletiva. San Pablo – Rio de Janeiro: Hucitec – Humanismo Ciencia e Tecnologia, 1994. 108 p.

⁷ Riani, J, de Deus Chagas, L. Y Silvestre, R. Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. La política de Salud Bucal de Brasil: registro de una conquista histórica. Brasilia 2006.

El Programa Nacional de Salud Bucal en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud

Los criterios aquí expuestos toman como centro la re-alineación del modelo de atención, humanizando el desarrollo de las acciones y de los servicios de salud lo cual implica no solamente consultas y asistencia, sino también toma de conciencia de responsabilidades y derechos por parte de la comunidad construyendo y ejerciendo ciudadanía.

En la atención de salud se propone esencialmente el incremento y la calificación de la Atención Primaria de Salud, posibilitando el acceso universal y equitativo para todos los uruguayos y uruguayas, considerando su integridad biológica, psicológica y social. De esta manera, con servicios de salud orientado a las necesidades de los usuarios, con la conformación de equipos multiprofesionales que los recibirán, les prestarán atención a sus necesidades y los orientarán para mejor resolver las mismas con calidad y ética y generarán en la práctica el sustento de la humanización referida.

La práctica del equipo de salud bucal no se restringe a la labor técnica – odontológica, sino que co-funciona con otros profesionales aportando a una visión ecológica, holística, del individuo en su contexto socio económico cultural. El equipo de salud bucal debe pertenecer y percibirse parte del equipo multiprofesional en cualquier nivel de atención interactuando, entonces, en el propio sistema de salud y/o en acuerdo con otras áreas como la educación, la social o la cultural.

El componente salud bucal dentro de la atención integral de la salud es la respuesta científico-técnica-social frente a las expresiones particulares del proceso salud-enfermedad en sus niveles colectivo e individual, es decir el abordaje de la práctica odontológica de las necesidades y problemas bucales prevalentes en la población. En consecuencia, considerando la naturaleza dialéctica y la integralidad del proceso salud enfermedad, la salud no se puede aislar o desintegrar en partes diferentes⁸.

Su accionar debe involucrar las escuelas (los Centros educativos), las fábricas y comercios (los medios productivos en general), los espacios de comunicación, las organizaciones no gubernamentales y otras instituciones que concurren a los fines de la salud.

Las diferentes acciones que se plantean en este Programa tienen como finalidad el mejoramiento de la salud de toda la población. En este sentido se trazan algunas líneas de intervención como:

⁸ Declaración de Santo Domingo, 1989.

- la realización de campañas informativas con impacto en toda la población;
- la implementación de medidas preventivas de impacto en toda la población;
- la respuesta inmediata a la población con mayores necesidades, priorizando algunos colectivos con la finalidad de incidir en la realidad sanitaria a mediano plazo;
- la incorporación de la odontología en la estructura ya planteada por el nuevo modelo de atención con base territorial articulando redes con todas las Instituciones y Organizaciones presentes.

El Programa de Salud bucal se fundamenta en los principios de universalidad, equidad e integralidad, con participación social, gestión democrática, centralización normativa y descentralización en la ejecución.

El *Programa Nacional de Salud Bucal* propone prevenir, alcanzar, optimizar y mantener la salud bucal de la población y por tanto no solamente un plan de tratamiento de patologías.

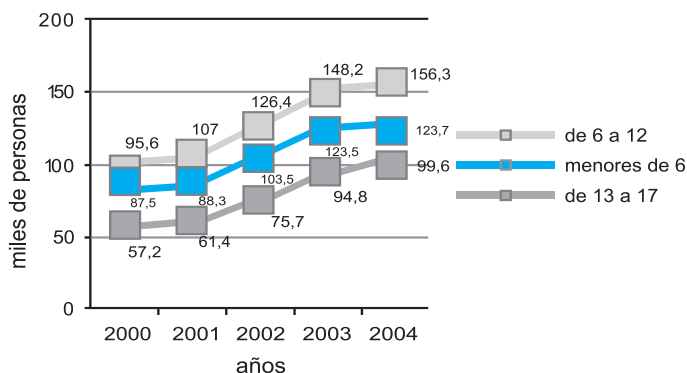
ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Anteriores administraciones del MSP, de acuerdo con las políticas impulsadas, no dieron respuesta a las necesidades en salud y en particular a salud bucal.

Entre el 2000 y el 2004, la pobreza⁹, la indigencia y la vulnerabilidad para un número

muy importante de uruguayos ha evolucionado de manera creciente, teniendo una historia de años e incluso de generaciones.

Su presencia en el territorio no es homogénea. Por el contrario, en las últimas dos décadas asistimos a un marcado proceso de concentración de la pobreza en determinados sectores del territorio y barrios de cada ciudad¹⁰.



⁹ Instituto Nacional de Estadísticas, 2005

¹⁰ Seminario "Mapa de la Exclusión e Inclusión Social en Montevideo", 2004, Soc. Gustavo Leal

Sistemáticamente, las personas que habitan determinados territorios concentran las mayores dificultades de integración social. Por ejemplo, un 25% de los montevideanos distribuidos en 12 barrios de la zona oeste y noreste de la capital que en su conjunto tienen más del 75% de los indigentes, más del 60% de los pobres, la mayoría de las personas en hogares con hacinamiento y la mayoría de quienes no han culminado el sistema educativo. Se concentran el 85% de los hurgadores y la casi totalidad de los asentamientos.

A lo largo de estos 20 años el Uruguay se polarizó socialmente, se diferenció territorialmente aumentando las brechas e inequidades.

El acceso a los servicios de salud siguió la realidad anteriormente señalada. Según datos del I.N.E.¹¹, el 2.8% de la población residente en localidades de 5.000 o más habitantes ha registrado la ausencia total de derechos para la asistencia de su salud; el 1 % sólo posee cobertura por Emergencia Móvil; el 45,9% de la población se encuentra afiliada a una Institución de Asistencia Médica Colectiva (I.A.M.C.) y el 50,3% atiende su salud en servicios públicos tales como los de ASSE u Hospital de Clínicas, Hospital Militar, Hospital Policial, Policlínicas Municipales, Asignaciones Familiares y otros.

La crisis profunda del sector Salud ha venido estallando en expresiones puntuales agudas en amplios sectores de la misma.

Las carencias de recursos en Salud Pública y en el Hospital Universitario, las graves limitaciones de la atención que brinda, el deterioro del sistema mutual con cierre de instituciones y pérdida de la cobertura por parte de muchos miles de uruguayos, y las dificultades de accesibilidad, así como la ausencia de todo tipo de cobertura sanitaria en más del 10% de la población, son algunos de los hechos más notorios.

La población del Uruguay al igual que la de muchos países de Latino América presenta alta prevalencia de Patología Bucal.

En el documento «Propuesta base Programa de Atención de Salud Bucal Enero 2005 de la AOU» se expresa que hoy existe una enorme patología acumulada con más del 90% de la población afectada, hecho que se acentúa más gravemente en la población de menores recursos.

¹¹ INE, Encuesta Continua de Hogares, www.ine.gub.uy/biblioteca, 2005.

A pesar de los conocimientos actuales se está lejos del individuo “odontológicamente sano”. Las patologías bucales prevalentes no están cuantificadas. La encuesta a nivel nacional realizada por el M.S.P. en 1992 para determinar la prevalencia de caries al egreso escolar, mostró los resultados exhibidos en el cuadro 1.

EDAD	N	Ceo	CPO
5	16	4	0.1
6	1164	3.9	0.4
11	794	0.7	3.0
12	573	0.3	4.1
13	175	—	5.5

Cuadro 1: Prevalencia de caries a los 12 años en R.O.U.¹²

Como muestra el cuadro 2 resumiendo la encuesta del año 1999, el CPOD es de 2,4 en el cual el componente “C” (dientes con caries sin tratamiento) es de una proporción elevada (67,2%).

CPOD	C(%)	P(%)	O(%)
2,4	67,2	10,0	22,6

Cuadro 2 : Prevalencia de caries a los 11-14 años en Escuela Públicas en R.O.U.¹³

Otros estudios realizados en la Facultad de Odontología de la U. de la R.¹⁴ muestra diferencias importantes del CPOD entre poblaciones de diferentes estratos sociales, multiplicándose por más de 5 y de 8, en las poblaciones más pobres el índice de enfermedad caries.

Para los demás grupos etarios, no existen datos epidemiológicos nacionales, se calcula que entre un 85 y 90% de la población tiene problemas odontológicos. El modelo “tradicional” vigente en los servicios debido a la gran patología acumulada es complejo, costoso y con acceso limitado.

¹² MSP 1992.

¹³ M.S.P. 1999.

¹⁴ Estudio citado en “Programa de Intervención buco-dental para la Emergencia social en el Uruguay 2005-2006” Enero 2005.

EDAD	CPO en niños con NBI	CPO en niños de clase media alta
12 años	7,45	1,4
6 años	3,8	0,46

Cuadro 3: Comparativo de CPO según clase social NBI¹⁵.

EDAD	CEO en niños con NBI	CEO en niños de clase media alta
3 a 5 años	6,7	4,1

Cuadro 4: Comparativo de CEO según clase social NBI¹⁶.

CPO	C	P	O
7.45	81,66%	13.76%	4.58%

Cuadro 5: Composición del CPO en niños de 12 años con NBI.

El componente C, se desagrega en:

- caries iniciales 35.32%
- caries de esmalte 14,22%,
- caries de dentina 12,84%
- caries que afecta pulpa el 17.43%

Las caries iniciales y de esmalte, constituyen el 49.52 % del componente C con posibilidades de detenerse si se aplican medidas preventivas.

Las obturaciones (componente O: 4.58%) que presentan recidiva son el 1,83%, representando el doble que en NBS donde las obturaciones son más numerosas. Este hecho da la pauta que la escasa cantidad de restauraciones realizadas en niños con NBI son de una mala calidad.

¹⁵ Queijo, L. "Caries y variables sociales en niños de 6 a 12 años escolares de Montevideo", UDELAR, Facultad de Odontología, 1997.

¹⁶ Angulo M. y Cabanas B. "Dental caries and caries-associated microorganisms in Uruguayan preschool children. Acta Odontol Scand 1999;57:301-305.

Las piezas dentarias perdidas (componente P) constituyen el 13.76%.

Por tanto, como se observa en todas las patologías, estas se encuentran determinadas socialmente y son los más enfermos los que reciben menor asistencia.

El avance científico proporcionó los conocimientos para controlar las enfermedades bucales prevalentes (caries, enfermedad periodontal). En la actualidad éstas se pueden evitar y limitar su desarrollo, rehabilitando sus secuelas y luego manteniendo al individuo en salud.

En la adolescencia se presenta un aumento en la actividad de caries (ventana de infectividad para caries). Además los aspectos estéticos juegan un papel fundamental y la odontología extraccionista, conspira contra las necesidades de este grupo humano fundamental.

En la edad adulta, las características del sistema de atención no satisfacen la demanda acumulada, las cuales no pueden canalizarse hacia una resolución satisfactoria por razones fundamentalmente económico-organizativas. El tipo de atención recibida conduce al desdentamiento con las consecuentes alteraciones estéticas y funcionales.

Para dar solución a la problemática planteada será lógico establecer un cambio de estrategia en el abordaje de los problemas de Salud Enfermedad fortaleciendo y actuando en los primeros niveles de atención con el equipo salud bucal formando parte del equipo de salud general.

Oferta odontológica

La cobertura odontológica es extendida pero desigual en términos de calidad de la misma. Los servicios públicos se caracterizan por ofrecer atención sin costo directo e implementar cuidados preventivos masivos; presenta como principales debilidades la falta – en general – de servicios integrales, rigidez operacional y ociosidad de sus unidades, atención despersonalizada, bajos salarios y ausencia de controles periódicos.

La estructura del sector público odontológico está conformada por servicios dirigidos a funcionarios y los orientados a la población en general¹⁷. Es así que la oferta odontológica se da a través de MSP, INTENDENCIAS, BPS, BSE, Hospital de Clínicas, Facultad de Odontología, INAU, CODICEN, Dirección Nacional de S.S.FF.AA, Dirección Nacional de Sanidad Policial, MTOP, ANCAP, OSE, ANTEL, ANP.

¹⁷ Pucci, F. 1995.

Según datos del MSP la cobertura que brinda en salud bucal es de aproximadamente 5%. Por tanto la cobertura dada no alcanza a la demanda de la población más vulnerable de nuestro país.

En la mayoría de los servicios el paciente no egresa en condiciones de salud bucal aceptables² , y si llega a dicho status sanitario, no tiene mantenimiento. En muchos casos, la exodoncia es la única alternativa de tratamiento, lo que genera las consecuencias ya descritas.

En ASSE existen los programas de atención a la primera infancia y a la embarazada (programas materno-infantiles) y a los escolares dejando la resolución de la asistencia de los restantes grupos etarios por demanda espontánea, siendo esta, en su gran mayoría, mutilante.

Para los servicios del MSP en 1997, los procedimientos quirúrgicos presentaban el 65%, los restauradores el 22% y los preventivos el 12 % de las acciones.

En el año 2000, los procedimientos asistenciales (de urgencia, quirúrgicos y restauradores) representaron el 65 % y las acciones de prevención el 35 % aproximadamente¹⁸ .

El sector privado, dirigido a las necesidades del mercado, ofrece atención a través de diferentes modalidades: IAMC, ANDA, Sociedades de Responsabilidad Limitada, Seguros Parciales, Sindicatos que brindan atención odontológica, Cooperativas, Consultorios de Ejercicio Liberal. Los servicios de odontología colectiva bajo el régimen de pre-pago registran, en 1998 32 empresas en Montevideo y 30 en el Interior, mostrando un crecimiento promedio del 100 % en 3 años.

Por medio de distintos decretos y ordenanzas, se determinan las condiciones y características de los servicios odontológicos.

Las formas de asociación en odontología incluyen las Cooperativas, empresas comerciales cuya finalidad es la venta de servicios odontológicos y otras.

En 1990, se encuentran en actividad 3.641 Doctores en Odontología (70 a 77% en Montevideo¹⁹), 900 Laboratoristas en Odontología, 300 Higienistas en Odontología y 500 Asistentes en Odontología²⁰ . Al 31 de agosto del 2006, se encuentran registrados 4.373 Odontólogos²¹ , que se desglosan en 3.244 en actividad y 1.129 con declaración de no ejercicio profesional²² .

¹⁸ Documento de trabajo ASSE. 2000.

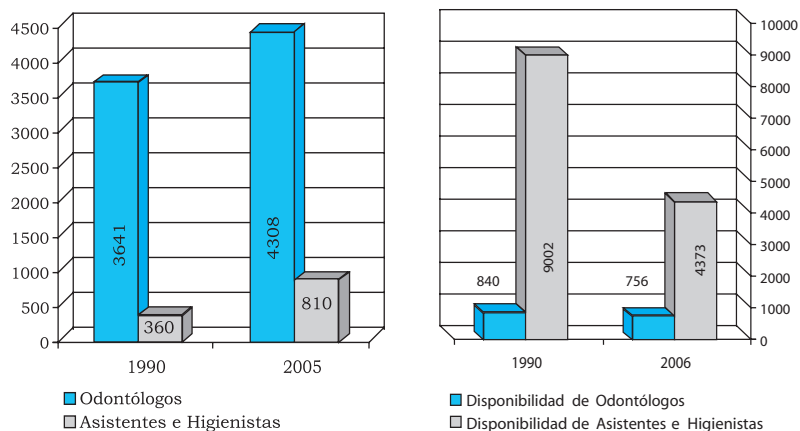
¹⁹ Blanco S. El sector Odontológico en el Uruguay al final de los 90.

²⁰ Jornadas de Elaboración del Plan de Desarrollo Estratégico de la Fac. de Od. – UDELAR. Nov. 2004.

²¹ Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios, 2005.

²² www.cjppu.org.uy/info

La disponibilidad de Odontólogos registrados aumentó, alcanzando la razón 1/756 y la de asistentes e Higienistas en Odontología a 1/4.051 habitantes.



Si este estudio es trasladado a la disponibilidad de Odontólogos de ASSE, de acuerdo a los usuarios del M.S.P. y el Hospital de Clínicas (1.370.944 personas, el 42,3% de la población)²³ la proporción aproximada es de 1 odontólogo cada 5.272 usuarios. La referencia de Asistentes e Higienistas en el M.S.P, determina una escala aproximada de 1 cada 80.643 usuarios.

Es, por tanto, clara y manifiesta la situación en cuanto a Recursos Humanos disponibles en el M.S.P.

El ejercicio privado liberal es el predominante (83%) siendo fundamentalmente de tipo curativo, aunque puede ser integral siendo satisfactoria para las personas de renta alta o media alta.

Los programas curativos deben mantener sus acciones y efectos en el tiempo con el sustento y respaldo imprescindible de la promoción, la educación y la prevención. La característica educativa - preventiva - asistencial no puede separarse dado que, por ejemplo en la actual situación de enorme patología acumulada, un programa exclusivamente educativo beneficia únicamente al paciente sano dejando de lado a más del 90% de la población.

Existen en nuestro país distintos esfuerzos públicos y privados con propuestas de salud bucal que coinciden parcialmente con los objetivos de este Programa. Por tanto, se impone una necesaria coordinación para potenciar las distintas acciones emprendidas.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS. ACTIVIDADES

Este gobierno y por tanto el Ministerio de Salud Pública, se ha comprometido a trabajar para el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de todos los uruguayos. En este sentido el Programa Nacional de Salud Bucal ha convenido los Objetivos que siguen.

OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar la situación bucal de la población incorporando este componente al enfoque integral de la salud que promueve el Ministerio de Salud Pública utilizando la estrategia de atención primaria y abordaje territorial con fuerte énfasis en el primer nivel de atención; consistente con el desarrollo de las acciones educativas, preventivas y asistenciales.
- Generar una estructura asistencial mediante la organización adecuada de los recursos existentes y los que se aporten, coherente con el nuevo modelo atención de alcance nacional, normatizado y regulado por la autoridad sanitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Alcanzar y mantener la salud bucal de la población, en particular en lo referente a las enfermedades más prevalentes: caries, enfermedad periodontal y maloclusiones.. Asegurar la rehabilitación odontológica a las poblaciones priorizadas, en las diferentes etapas que permita el nuevo modelo de atención.
2. Integrar las acciones de salud bucal a las de salud general brindando cobertura dentro el Programa de Salud Bucal del M. S. P, dando prioridad a gestantes, niños, adolescentes integrando progresivamente los restantes grupos de la población.
3. Implementar una red de servicios con el conjunto del sector público y privado que profile las políticas y acciones hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud que de respuesta adecuada a las necesidades en salud bucal en forma permanente.
4. Elevar la calidad de atención de la población.
5. Integrar la comunidad en las diferentes etapas de efectivización del Programa.
6. Realizar relevamientos de salud con el propósito de disponer de datos epidemiológicos que permitan planificar, ejecutar y evaluar las políticas y acciones.
7. Realizar campañas informativas a toda la población.

▶ DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES VINCULADAS A LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

- I.1. Acciones de educación para la salud bucal
 - I.1.a. Transferencia del conocimiento dirigido al proceso salud - enfermedad, factores de riesgo y protección, educacional nutricional.
- I.2. Acciones de prevención
 - I.2.a. Medidas preventivas colectivas: sal fluorada si las indicaciones médicas no la contradican.
 - I.2.b. Medidas preventivas individuales y colectivas: Facilitar el acceso a pasta dental fluorada y cepillo dental. Impulsar el cepillado con pasta dental fluorada.
 - I.2.c. Medidas preventivas de caries a nivel individual: Cepillado con geles fluorados, aplicación de barniz de clorhexidrina, de flúor y sellantes de fosas y fisuras en casos indicados.
 - I.2.d. Prevención y tratamiento precoz de disgnacias en niños y adolescentes.
 - I.2.e. Incorporar en las acciones del equipo de salud bucal la detección precoz del cáncer bucal.
- I.3. Acciones de asistencia y rehabilitación:
 - I.3.a. Incorporación de técnicas alternativas de atención, restauración y rehabilitación de acuerdo al SNIS.
- II.1. Integrar el equipo de salud odontológico al de salud general promoviendo la incorporación de recursos humanos, fundamentalmente Asistentes e Higienistas en Odontología, con la finalidad de aumentar las acciones odontológicas en el primer nivel de atención.
- II.2. Coordinar transversalmente con otros programas de Salud del MSP
- II.3. Actividades programadas en gestantes, niños y adolescentes.
- III.1. Implementar una coordinación territorial de efectores públicos y privados.
- III.2. Implementar una Red Integrada de Urgencias Odontológicas de 24 hs. en todo el país.
- IV.1. Actividades de difusión e información en el cambio de modelo de atención y de gestión.
- IV.2. Establecer políticas que incentiven la formación de profesionales integrantes del equipo de salud bucal.

- IV.3. Capacitación de efectores sanitarios en acciones costo-beneficio de calidad.
- IV.4. Unificación de criterios en la atención bucal a través de la protocolización de las acciones.
- V.1. Convocatoria a la Comunidad (a través de sus organizaciones naturales) a participar en la elaboración de las políticas de salud y el control de su cumplimiento fomentando el autocuidado individual y colectivo.
- V.2. Promoción de formación de promotores de salud.

- VI.1. Coordinar con la Universidad de la República y con otros sectores públicos y privados, la realización de una Historia Clínica unificada a nivel nacional.
- VI.2. Coordinar con la Universidad de la República u otras Instituciones y Organismos la realización de una Encuesta Nacional de Salud Oral.

- VII.1. Realización de campañas publicitarias.
- VII.2. Edición de material educativo

CAPÍTULO III

ESTRATEGIAS

Tal cual fue planteado, la estrategia propuesta para el cambio de modelo es la Atención Primaria de Salud. Sin perjuicio de ello, se proponen dos complementos en la acción estratégica que pasan por la definición de “Grupos de población priorizados” y “Etapas de Acción”.

1. GRUPOS PRIORIZADOS

Es intención de este Programa abarcar el ciclo vital de las personas integrando progresivamente, todos los grupos poblacionales. Los programas referidos a la implementación del futuro Sistema Nacional Integrado de Salud, propondrá las acciones que se incluyan para los grupos no priorizados en este, marcando el horizonte de llegar a niveles asistenciales que resuelvan los problemas de salud más importante en cada uno de ellos.

El criterio para la priorización de grupos está dirigido a cambiar los perfiles epidemiológicos de la población.

Los Grupos priorizados son:

- Gestantes
- Niñas y niños de 0 a 36 meses.
- Niñas y niños pre-escolares
- Niñas y niños Escolares
- Adolescentes

● **Gestantes**

El período de gestación suscita cambios fisiológicos en la madre, que pueden comprometer su salud bucal si estos no son adecuadamente contemplados. Asimismo, es importante el abordaje de este tema en este grupo poblacional por las siguientes consideraciones:

La gestante debe llegar a parto con una situación de salud bucal que implique primariamente el control de las infecciones provocadas por caries y enfermedad periodontal, así como otras patologías bucales de importancia en este período de la vida de la mujer y del niño.

Es conocido el rol de la madre en el patrón de comportamientos adquiridos por el ser humano en su primera infancia, por lo cual las acciones educativas y preventivas son esenciales para la instalación de hábitos saludables en el niño.

Está demostrada la transmisibilidad materno infantil de los microorganismos cariogénicos (siendo crítica en los primeros 3 años de vida)²⁴, por lo que es fundamental el cambio de hábitos de la madre.

Es necesario enfatizar los controles odontológicos periódicos en los niños, desde el nacimiento mismo, coordinados con los controles pediátricos establecidos.

● **Niñas y niños de 0 a 36 meses y niñas y niños pre-escolares (3, 4 y 5 años)**

Está comprobado que los niños cuyas madres tienen altos niveles de Mutans Streptococci están más predispuestos a ser colonizados por niveles similares a los de sus madres²⁵ teniendo como consecuencia una alta incidencia de caries, en especial en período de “ventana de infectividad” (entre 14 y 24 meses de edad²⁶). A su vez se ha observado un alto porcentaje de niños libres de caries en un programa preventivo aplicado a las embarazadas, luego madres y a sus respectivos hijos²⁷.

Es necesario establecer los controles odontológicos preventivos vinculados al control de salud con el equipo de pediatría. A estos efectos, se propone la integración del odontólogo en un equipo de salud integral, en una consulta única, en aquellas instancias claves de la vida del niño. Ellas son en primera instancia, las consultas semestrales de los 6, 12, 18, 24, 28 y 36 meses de vida y las consultas anuales de los 4 y 5 años.

● **Niñas y niños escolares**

Las enfermedades bucales son la resultante de condiciones específicas de la salud: factores socio-económicos, exposición a determinados agentes bacterianos, dieta con carbohidratos. Asimismo la exposición correcta a fluoruros, correctos hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención odontológica, adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con la propia salud, asistencia sistemática a los servicios, etc. son factores también determinantes.

La formación y consolidación de hábitos saludables, conocimientos, disposiciones, comportamientos y habilidades son muy efectivas en esta etapa con su real incidencia futura.

²³ INE, Encuesta Continua de Hogares, www.ine.gub.uy/biblioteca, 2005.

²⁴ Angulo M. La caries dental. Etiología y estrategias de prevención. Johnson-Johnson. Marzo 2005.

²⁵ Alaluusua & Renkonen 1983; Köhler B. y col. 1984; Köhler B. 1994; Thorild y col. 2002.

²⁶ Caufield P.W. y col, 1993

²⁷ Gómez SS, Weber AA, Emilson C-G. A prospective study of a caries prevention program in pregnant women and their children five and six years of age. Journal of Dentistry for children 2001

La erupción de dientes permanentes (en especial el primer molar) y la prevención de las enfermedades más prevalentes hacen necesario una intervención de impacto en este grupo etareo.

● **Adolescentes**

En la adolescencia se presenta un pico en el aumento de caries (verdadera ventana de infectividad para caries²⁸). Además en esta etapa de la vida los aspectos estéticos juegan un papel fundamental y la odontología extraccionista, a la que este grupo tiene acceso, conspira contra las necesidades sentidas del mismo.

La salud bucal sin duda contribuye a la salud general influyendo directamente en el desarrollo integral del individuo. Durante el desarrollo de la autoestima, la concientización de la conservación de las piezas dentales, parte fundamental de la estética y función del sistema oro-facial, colabora en el logro de objetivos entre los que los niveles de bienestar y salud están fuertemente relacionados.

● **Adultos y adultas**

El largo período que abarca la adultez, implica a los efectos de la salud bucal, la necesidad de controlar las distintas factores que alteran e inciden sobre la misma.

Es de destacar, la necesidad de mantener la salud insistiendo en hábitos nutricionales y de higiene saludables, el control periódico y el tratamiento precoz.

Se habrá de controlar particularmente las enfermedades paradenciales, las derivadas de la pérdida prematura de piezas dentales, las maloclusiones no tratadas y sus secuelas, los procesos patológicos de tejidos duros y blandos, así como toda relación entre enfermedades generales y las del sistema estomatognático.

● **Adultos y adultas mayores**

Las acciones de salud bucal en este período de la vida, deberán garantizar el pleno desarrollo de las capacidades vitales de los individuos, permitiendo el cumplimiento de las funciones básicas del sistema estomatognático de alimentación, fonación y estética. La falta de información epidemiológica, no impide observar las carencias que este grupo de población uruguayaya tiene como secuela de los años de enfermedades bucales no tratadas, mal resueltas o con carencias derivadas del sistema de atención dominante.

²⁸ “Programa de Intervención buco-dental para la Emergencia social en el Uruguay 2005-2006”. Enero 2005.

El Uruguay ha generado una fuerte deuda social con este grupo poblacional, y en particular con aquellos que a lo largo de su vida no han contado más que con su fuerza de trabajo y llegan al retiro con importantes secuelas no resueltas en términos de salud y en particular de salud bucal.

● **Grupos de riesgo**

Se incluyen aquí - sin perjuicio que se puedan incorporar nuevos grupos - personas con enfermedades cardio-vasculares, renales, personas en diálisis, diabéticos, discapacitados, inmuno-deprimidos (VIH), pacientes en radio o quimioterapia, pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y otros pacientes que por su estado general se encuentren en situación de riesgo.

2. ETAPAS DE ACCIÓN

Este Programa ha definido «ETAPAS DE ACCIÓN» (EA) caracterizadas por procedimientos que dan respuesta a las necesidades de salud bucal de la población, cuya finalidad es reconvertir el riesgo y mantener la salud. Incluye la rehabilitación dental, el establecimiento de la terapia básica periodontal, medidas preventivas e interceptivas de maloclusiones, rehabilitación protésica del sistema y los controles periódicas y de mantenimiento.

Se procederá de acuerdo a un modelo de atención que involucra etapas de tratamiento odontológico que llamaremos “Etapas de Acción”:

- Debe ser aplicado sistemáticamente a todos los pacientes.
- Debe alcanzarse en el menor número de sesiones posibles.
- Debe aplicarse en todos los tipos de atención odontológica.
- En el final de cada etapa evaluada debe alcanzarse la motivación del paciente y los factores de riesgo controlados.

Primera etapa de acción

Está determinada por:

- a) Mantener el estado de salud y/o el control del riesgo del paciente;
- b) Reconvertir el riesgo que presente el paciente en un diagnóstico inicial;
- c) Controlar la actividad infecciosa de las enfermedades;
- d) Estabilizar el proceso salud - enfermedad:
 - eliminando o disminuyendo los factores nocivos,
 - integrando o reforzando los factores protectores,
- e) Evaluar el resultado de las medidas implementadas;

- f) Establecer medidas preventivas y terapéuticas que permitan mantener el estado de salud alcanzado.

Las actividades de la primera etapa de acción comprenden los procedimientos 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 11, que son descritos en el capítulo siguiente.

Segunda etapa de acción

En los pacientes que hayan recibido la atención de la etapa anterior, y en la medida que los planes asistenciales lo determinen, se agregarán a los procedimientos anteriores el 6 y el 10.

Es condición necesaria para abordar esta etapa, haber culminado con éxito la etapa anterior.

Tercera etapa de acción

En esta etapa los individuos según su necesidad serán rehabilitados mediante la aplicación de los procedimientos 8 y 9, además de los otros que correspondan.

CAPÍTULO IV

PROCEDIMIENTOS

Se definen a continuación los procedimientos de Salud Bucal para todos los niveles de Atención.

Con ellos se intenta agrupar las distintas prestaciones de salud bucal de manera tal de sistematizarlas, ordenarlas y proponerlas en una lógica asistencial perfectible en la medida que se universalice su aplicación.

Las acciones fundamentales son de promoción y prevención, pero todos incluyen también la asistencia y la rehabilitación.

Los procedimientos de segundo y tercer nivel ya existentes en la normativa actual, continuarán vigentes.

Las tareas comprendidas en los distintos procedimientos se integrarán en programas de prestaciones de salud individual o colectivas para los distintos grupos de población.

Procedimiento 1	Tarea	Sede	Responsable	
Educación para la Salud y Auto cuidado Bucal Se debe lograr la valoración de la salud bucal el autocuidado y el cepillado diario.	Abordar temas principales de acuerdo a las circunstancias y al interés del receptor referidos a enfermedades de la cavidad bucal.	Charlas Grupales o individuales Talleres, etc. Enseñanza de cepillado.	Centro Educativo y Comunitario y Centros de Salud	Odontólogo, Higienista, Promotor de Salud.

Procedimiento2	Tarea		Sede	Responsable
Control de la Infección Se debe lograr un nivel de actividad microbiana compatible con la salud, mediante: <ul style="list-style-type: none"> ● Higiene bucal ● Control de placa bacteriana ● Terapia básica periodontal ● Inactivación de caries ● Tratamiento del órgano dentino-pulpar ● Avulsiones 	Control de la placa microbiana.	Técnicas de cepillado individuales con tintición.	Centro Educativo y Comunitarios C. de Salud	Odontólogo, Higienista, Promotor de Salud.
	Terapia periodontal.	Tratamiento de gingivitis mediante el control de placa bacteriana, eliminación de tártaro. Raspado y alisado radicular	Centro de Salud	Odontólogo, Higienista.
	Tratamiento de lesiones incipientes de caries.	Fluoruros de baja concentración y alta frecuencia (cremas dentales o enjuagatorios. Cariostáticos	Centros de Salud. Excepcionalmente en Centros Educativos	Odontólogo, Higienista, Promotor de Salud.
	Inactivación de caries (Técnicas de mínima intervención).	Remoción de las capas infectadas de las lesiones de caries y obturación semi-permanente	Centros de Salud. Excepcionalmente en Centros Educativos	Odontólogo, Higienista.
	Tratamiento del órgano dentino-pulpar.	Protecciones pulpares, pulpotomías, pulpectomías en piezas anteriores	Centro de Salud	Odontólogo
	Avulsiones dentarias necesarias.		Centro de Salud	Odontólogo.

Procedimiento 3	Tarea	Sede	Responsable	
Fortalecimiento de las estructuras dentarias Dotar de mayor fortaleza a las estructuras dentarias se logra fundamentalmente a través de la incorporación de fluoruros mediante distintos procedimientos, siendo el cepillado con pasta fluorada el de primera elección.	Fluor sistémico.	Sal fluorada si las indicaciones médicas no la contraindican.	Domicilio Paciente o Persona a cargo, Promotor de salud.	
	Cepillado dental con dentífricos fluorados ^{29, 30}	De baja concentración (dentífricos) y alta frecuencia. De 2 a 6 años: hasta 1000 partes por millón. Para mayores de 6 años: de hasta 1500 partes por millón 2 veces por día.	Domicilio, Centro Educativo, etc. Paciente o Persona a cargo, Promotor de salud. Higienista	
	Enjuagatorios y geles fluorados.	Barniz, u otros productos que lo contengan.	Centros de Salud. Excepcionalmente en Centros Educativos	Odontólogo Higienista
	Derivados de Fluor	Productos que lo contengan.	Centro de Salud	Odontólogo Higienista

²⁹ Petersen, P. The world Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 2nd century - The approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 (Suppl. 1): 3-24.

³⁰ AOU, 1994: Recomendación del encuentro sobre dentífricos fluorados.

Procedimiento 4	Tarea	Sede	Responsable	
<p>Control del Medio</p> <p>El objetivo es el control de la ingesta y de la actividad cariogénica del individuo. Se realiza asesoramiento dietario y el diagnóstico de las condiciones microbiológicas y bioquímicas del medio bucal.</p>	<p>Asesoramiento nutricional.</p> <p>Diagnóstico del medio bucal</p>	<p>Hábitos dietarios</p> <p>Cartilla dietaria personalizada.</p> <p>Control de la frecuencia de la ingesta y en particular los H. de Carbono</p> <p>Control de PH salival</p> <p>Recuento de microorganismos</p>	<p>Centro educativo y comunitario</p> <p>Centro de Salud</p>	<p>Odontólogo, Higienista.</p> <p>Nutricionista</p> <p>Microbiólogo</p>

Procedimiento 5	Tarea	Sede	Responsable	
<p>5.1 Resolución de Urgencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dolor ● Infección ● Traumatismos ● Hemorragias ● Alteración de la función o estética 	Control del dolor	Tratamientos pulpares. Tratamientos farmacológicos.	<p>Centro de Salud</p> <p>En Centros Educativos cuando existan programas asistenciales</p>	
	Control de la infección aguda	Tratamiento gingivo-periodontal.		
	Atención de traumatismos	Tratamientos pulpares y de rehabilitación de urgencia. Tratamientos farmacológicos.		
	Atención de hemorragias	Tratamiento de la Hemorragia de acuerdo a su etiología		
	Atención de la alteración de la función o estética	Reestablecimiento provisorio de la función y la estética		
<p>5.2 Cirugía de urgencia</p>	Cirugías de Urgencia	Cirugías Traumatológicas, de patologías locales o generales, avulsiones, etc.	<p>Centros de 2º., ó 3er. nivel</p>	<p>Odontologo</p>

Procedimiento 6	Tarea		Sede	Responsable
Rehabilitación de las piezas dentales y su sistema de soporte <ul style="list-style-type: none"> ● Restauraciones permanentes ● Restauración del sector estético ● Tratamiento del órgano dentino-pulpar ● Tratamiento gingivo-periodontal 	Restituir la integridad de las piezas con pérdida de sustancia.	Restauraciones permanentes de la pérdida de sustancia	Centro de Salud	Odontólogo, Laboratorista.
	Tratamiento del órgano dentino-pulpar. Pulpectomias en posteriores.		Centro de Salud	Odontólogo.
	Tratamiento gingivo-periodontal.	Raspado y alisado radicular. Cirugía periodontal	Centro de Salud	Odontólogo.

Procedimiento 7	Tarea		Sede	Responsable
Prevención de las maloclusiones	Diagnóstico precoz de disgnasias. Corrección de hábitos etiológicos nocivos e instauración del tratamiento preventivo recomendado.	Aparatología ortopédica/ortodóncia específica.	Centro de Salud	Odontólogo, Laboratorista.

Procedimiento 8		Tarea	Sede	Responsable
Rehabilitación Protésica	Reposición de las piezas dentales perdidas.	Realización de Prótesis parcial, fija, removible y prótesis completa.	Centro de Salud y Laboratorio dental	Odontólogo, Laboratorista
	Rehabilitaciones bucomaxilofaciales	Realización de prótesis complejas del área BMF	Centro de 3er. nivel Especializado	Odontólogo.

Procedimiento 9		Tarea	Sede	Responsable
Tratamiento de maloclusiones		Ortodoncia	Centro de salud	Odontólogo
		Rehabilitaciones oclusales complejas		

Procedimiento 10		Tarea	Sede	Responsable
Cirugía oral	Cirugía en general	Cirugía corriente, Cirugía oral mayor, Alta Cirugía y Cirugía altamente especializada	Centro de salud de primer, segundo y tercer nivel	Odontólogo
	Cirugía de retenidos			
	cirugía ortognática			
	cirugía traumatológica			

Procedimiento 11		Tarea	Sede	Responsable
Controles de mantenimiento	Mantener el nivel de salud logrado. Reevaluación del Riesgo.	Permanencia en control o se transfiere al procedimiento que corresponda. Plan Preventivo de acuerdo al riesgo.	Centro de Salud	Odontólogo.
				Higienista.

CAPÍTULO V

RECURSOS HUMANOS

EQUIPO DE SALUD BUCAL

El Equipo de Salud Bucal, integrado por Doctor en Odontología, Higienista en Odontología, Asistente en Odontología y Laboratorista en Odontología, tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población de su área de influencia.

Sus atribuciones como Equipo serán³¹:

1. Participar en el proceso de planificación y evaluación de las acciones a ser desarrolladas en el Equipo de Salud.
2. Identificar las necesidades y expectativas de la población en relación a su salud bucal.
3. Ejecutar medidas de promoción de salud junto al equipo de salud y actividades educativas y preventivas en salud bucal
4. Ejecutar acciones básicas de vigilancia epidemiológica en el área de salud
5. Organizar el proceso de trabajo de acuerdo al Programa Nacional de Salud Bucal.
6. Sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud bucal y el mantenimiento en salud de la misma como parte inseparable de la salud general.
7. Programar y realizar acciones extra e intramurales de acuerdo a las necesidades identificadas
8. Desarrollar acciones intersectoriales para la promoción de la salud bucal
9. Participar y promover investigaciones con la población en la identificación de sus necesidades, intereses y problemas
10. Participar en investigaciones propuestas por el equipo de salud

Doctor en Odontología

Es un Odontólogo generalista graduado en la Facultad de Odontología con un cuerpo de conocimientos en diferentes técnicas, en especial en técnicas alternativas.

³¹ Programa de Salud Familiar de Brasil (2001) citado por Blanco, S.

Como este programa de Salud Bucal se sitúa en el primer nivel de atención y aborda la mayoría de las enfermedades bucales con acciones de promoción de salud, educación, prevención, atención y rehabilitación, se requiere de un profesional que enfoque la Salud Bucal desde el punto de vista colectivo abordando las enfermedades bucales en la comunidad.

Sus acciones serán³²:

1. Promover estilos de vida saludables mediante explicaciones adecuadas otorgando el empoderamiento a los individuos y a la comunidad para mejorar y proteger la salud, coordinando acciones colectivas dirigidas para a la promoción y prevención de la salud.
2. Efectuar exámenes clínicos del Sistema Estomatognático con la finalidad de conocer la realidad epidemiológica en salud bucal de la comunidad.
3. Llevar los registros de salud bucal como parte del sistema de información en salud
4. Supervisar y controlar las acciones de Higienistas y Asistentes en Odontología.
5. Capacitar los equipos de salud y otros actores en acciones educativas y preventivas en salud bucal.
6. Realizar los procedimientos clínicos definidos en las Normas de Atención del M.S.P, ejecutando las acciones de asistencia necesarias a personas o grupos, de acuerdo con las prioridades locales.
7. Resolver integralmente las acciones correspondientes al primer nivel de atención y efectivizando los mecanismos de referencia necesarios con el 2º y 3º nivel manteniendo la continuidad de la atención.
8. Realizar atención de las urgencias.
9. Realizar cirugía simple ambulatoria.
10. Prescribir medicamentos y otras orientaciones de acuerdo a los diagnósticos efectuados.
11. Programar y supervisar la disponibilidad de insumos para las acciones en salud bucal.
12. Emitir laudos, pareceres y certificados sobre asuntos de su competencia.
13. Mantener una formación permanente que lo habilite a trabajar en equipo y en un manejo integral del proceso salud-enfermedad.
14. Participar en programas de educación permanente.
15. Investigar y participar en investigaciones en el área de su competencia.

³² Blanco, S. Documento de Trabajo. Junio/2005.

Higienista en Odontología

Es un Profesional universitario integrante del equipo de salud que deberá abordar la problemática de la salud de la sociedad participando activamente en su discusión y transformación.

Planifica, ejecuta y evalúa programas comunitarios de promoción de salud bucal basado en la realidad y necesidades de la población.

Su formación en métodos educativos, preventivos y terapéuticos para promover, prevenir y controlar enfermedades bucales será de suma importancia para la transformación de la situación de salud.

Sus acciones serán:

- 1) Informar y capacitar a la comunidad para ejercer su derecho a la salud
- 2) Conocer la realidad de la comunidad en la que va actuar abordando la problemática de la salud desde una perspectiva comunitaria, colaborando en el vínculo con el equipo de salud bucal
- 3) Participar en actividades de capacitación de promotores de salud junto con otros profesionales del equipo.
- 4) Ser responsable de la educación, promoción y prevención integrándose transversalmente con los diferentes programas del equipo de salud.
- 5) Realizar técnicas de control de infecciones indicadas por el Odontólogo.
- 6) Realizar técnicas preventivas.

Asistente en Odontología

Es un Profesional Universitario, integrante del equipo de salud cuya formación en técnicas y procedimientos optimizan el trabajo del mismo, permitiendo a sus integrantes ser más eficientes en sus cometidos.

Sus acciones serán:

- 1) Manejar los registros: fichas, datos para evaluaciones y seguimiento de controles periódicos de salud.
- 2) Realizar la instrumentación y preparación de materiales.
- 3) Realizar los procedimientos de bioseguridad en el área.
- 4) Controlar, manejar y evaluar el stock de materiales y medicamentos

Laboratorista en Odontología

Es un Profesional Universitario, graduado en la Facultad de Odontología de la Universidad de la República, con la capacidad - producto de su formación – de resolver en equipo las restauraciones más sencillas hasta las de la más alta complejidad.

Es un integrante del equipo de salud con el cometido de restablecer técnicamente las funciones y estética perdidas, participando de la rehabilitación del individuo, para su mejor inserción social.

Sus acciones serán:

1. elaborar y reparar prótesis del complejo máxilo-facial, incluyendo restauraciones dentarias individuales, mantenedores de espacio y aparatología ortopédica y buco-maxilo-facial indicada por el Odontólogo;
2. Ser responsable en la Dirección Técnica del Laboratorio donde se confeccionan distintos elementos protésicos;
3. Ser responsable en la gestión y administración de los recursos humanos del Laboratorio, así como de los materiales y su calidad.
4. Capacitarse y actualizarse permanentemente con el fin de anticipar y cumplir a satisfacción los requerimientos del equipo de salud y la comunidad.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

Se convocará a la Comunidad a través de sus organizaciones naturales a participar en la identificación y priorización de situaciones referentes a los problemas de salud bucal que la involucran y en el control del cumplimiento de este Programa.

Se privilegiará la promoción a la salud y el componente de participación social y construcción de ciudadanía.

La capacitación de las comunidades es el elemento clave para facilitar el acceso a la información, la toma de decisiones y la resolución de sus problemas.

Podrá también participar mediante Promotores de Salud, que serán vecinos capacitados para colaborar en el mejoramiento y mantenimiento de la Salud de la comunidad trabajando en estrecho contacto con el equipo de salud.

Infraestructura

Instituciones del sector público y privado

1. M. S. P. (normatiza y controla)
2. Efectores Públicos: Prestadores integrales (ASSE)
3. Efectores Privados: Prestadores integrales
4. Otros prestadores públicos: INAU, CODICEN, INTENDENCIAS
5. Otros prestadores privados: cooperativas, profesionales independientes.

En este universo se coordinará progresivamente la integración de los niveles de asistencia al sistema integrado, de acuerdo a los principios establecidos por Ley.

CAPÍTULO VI

EVALUACIÓN

La evaluación del programa se realizará de acuerdo a los objetivos planteados y con los siguientes indicadores:

- Alcanzar y mantener la salud bucal de la población, en particular en lo referente a las enfermedades más prevalentes: caries, enfermedad periodontal y maloclusiones. Asegurar la rehabilitación odontológica a las poblaciones priorizadas, en las diferentes etapas que permita el nuevo modelo de atención. **Indicadores relacionados con la vigilancia de la salud-enfermedad bucal (de caries-paradenciopátías-maloclusiones y cáncer bucal)**
- Integrar las acciones de salud bucal a las de salud general brindando cobertura dentro el Programa de Salud Bucal del M. S. P, dando prioridad a gestantes, niños, adolescentes integrando progresivamente los restantes grupos de la población. **Indicadores de cobertura asistencial: Proporción de gestantes con 1 y 2 consultas al momento del parto, Proporción de gestantes con EA 1 al parto- Proporción de niños de 0 a 36 meses concurriendo a las consultas preventivas, proporción de niños sanos y con EA 1 al ingreso escolar. Indicadores de integración del equipo de salud: Proporción de consultas de niños de 6, 12, 18, 24, 28 y 36 meses, con el equipo pediátrico de salud integral (médico-odontológico).**
- Implementar una red de servicios con el conjunto del sector público y privado que profile las políticas y acciones hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud que de respuesta adecuada a las necesidades en salud bucal en forma permanente. **Grado de complementación de los prestadores en los programas de salud colectiva.**
- Elevar la calidad de atención de la población. **Calificación del personal profesional de las instituciones.**
- Integrar la comunidad en las diferentes etapas de efectivización del Programa. **Grado de participación de la comunidad en los programas de salud colectiva**
- Realizar relevamientos de salud con el propósito de disponer de datos epidemiológicos que permitan planificar, ejecutar y evaluar las políticas y acciones. **Implementación de una encuesta de salud oral.**
- Realizar campañas informativas a toda la población. **Realización de por lo menos una campaña masiva anual de salud bucal**

Las metas, indicadores y recursos necesarios del Programa serán evaluados periódicamente, creando y modificando los mismos de acuerdo a las necesidades.

CAPÍTULO VII

RESUMEN

El incremento de la pobreza, la pérdida de cobertura en salud por parte de muchas decenas de miles de uruguayos y la crisis profunda del sector salud en los últimos años, exigen los grandes cambios que se están procesando, siendo ineludible una reforma del Sistema de Salud donde, incuestionablemente, se debe incluir a la Odontología.

Entre un 85 y 90% de la población tiene problemas odontológicos. El modelo “tradicional” vigente en los servicios debido a la gran patología acumulada no resuelve con satisfacción dicha demanda además de ser complejo, costoso y con acceso limitado.

El *Programa Nacional de Salud Bucal* propone prevenir, alcanzar, optimizar y mantener la salud bucal de la población y por tanto no solamente un plan de tratamiento de patologías.

De acuerdo a esta premisa se propone la prevención de las patologías más prevalentes intentando disminuir sus índices y mantenerlos en el tiempo mediante distintas medidas, entre las que se señalan:

- **Promoción de la salud** con actividades que deben desarrollarse de manera articulada con la comunidad y con instituciones del ámbito público y privado. Estarán orientadas a reducir los factores de riesgo conteniendo una amplia gama de acciones educativas – preventivas.
La promoción de la salud bucal debe insertarse en un concepto amplio de salud que trasciende la dimensión odontológica integrándose a las prácticas de salud colectiva. Representa la construcción de políticas públicas saludables, desarrollo de estrategias orientadas a las personas como educación en nutrición saludable, el empleo de medidas preventivas colectivas, acceso a cepillo y pastas dentales fluoradas, disponibilidad de la atención odontológica, etc.
- **Educación para la salud** con acciones que se dirijan al empoderamiento del comunidad en el conocimiento del proceso salud-enfermedad. Se debe considerar las particularidades culturales en cuanto a nutrición, higiene y auto-cuidado advirtiendo que la cavidad bucal pone en juego no sólo su rol como órgano destinado a la alimentación sino también es esencial en la expresión de la afectividad y tiene un rol muy importante en el proceso de inclusión o de exclusión social.

Los centros educativos (guarderías, escuelas, etc.) y otros espacios institucionales formales o no, son los ámbitos de elección para estas actividades, sin prescindir de otros ámbitos o situaciones donde integrantes del equipo realicen y apoyen prácticas que animen a la reflexión de una mayor y mejor conciencia de la salud y apropiación del conocimiento necesario para el auto y el mutuo-cuidado.

- **Prevención** mediante el cepillado con dentífrico fluorado: en cuanto esta medida es procedente con los principios de universalidad, accesibilidad, equidad, eficacia y eficiencia social y económica. La higiene bucal es un elemento imprescindible e inseparable de la higiene corporal. Efectuarla correctamente demanda de una enseñanza y de un aprendizaje.
- **Cambio del modelo de atención odontológico:** determinando "Etapas de acción", que deben ser practicados sistemáticamente a todos los pacientes en el menor número de sesiones posibles y aplicarse en todos los sistemas de atención odontológica asegurando el más rápido reestablecimiento de la salud.
- **Priorización de grupos:** con la finalidad de cambiar los perfiles epidemiológicos de nuestra población, con la intención de abarcar el ciclo vital de todas las ciudadanas y ciudadanos del país integrando así, progresivamente, todos los grupos poblacionales.

El modelo de atención debe ser educativo - preventivo - asistencial, con fuerte contenido preventivo, basado en el enfoque de riesgo y con determinadas características:

- ser adecuado al medio
- estar en contacto con la realidad socio-económico-cultural
- capaz de resolver las necesidades de la población
- deberá incentivarse la participación comunitaria en la resolución de los problemas, su priorización, implementación y control-evaluación de los programas de salud.
- poder generalizarse a la red de servicios a nivel nacional

Se busca que la población pueda lograr niveles aceptables de Salud Bucal y su mantenimiento en el tiempo.

Para lograr estos objetivos:

- Se ha adoptado el criterio de priorización de grupos con la finalidad de cambiar los perfiles epidemiológicos de la población a mediano plazo.

Los Grupos priorizados son:

- Gestantes
- Niñas y niños de 0 a 36 meses y niñas y niños pre-escolares
- Niñas y niños Escolares
- Adolescentes

- Se procederá de acuerdo a un modelo de atención científico-médico, concepción esta que involucra etapas de tratamiento odontológico que llamamos:
- **“Etapas de Acción”**
 - Debe ser aplicado sistemáticamente a todos los pacientes
 - Debe de alcanzarse en el menor numero de sesiones posibles
 - Se aplica en todos los tipos de atención odontológica
 - En el final de cada etapa evaluada, debe alcanzarse la motivación del paciente en su autocuidado-también en el mutuo cuidado- y con los factores de riesgo controlados.

La **PRIMERA ETAPA DE ACCIÓN** *está determinada por procedimientos que dan respuesta a las urgencias, tareas de promoción de salud, de prevención y de control de las enfermedades más prevalentes con la finalidad de reconvertir el riesgo y mantener la salud del sistema.*

Esta comprende:

- a) Mantenión del estado de salud o la situación de riesgo controlado del paciente;
- b) Reconversión del riesgo medio o alto que presente el paciente en un diagnóstico inicial;
- c) Control de la actividad infecciosa de las enfermedades bucales citadas;
- d) Estabilización el proceso salud - enfermedad:
 - eliminando o disminuyendo los factores atacantes,
 - integrando o reforzando los factores protectores,
- e) Re-evaluación el resultado de las medidas implementadas;
- f) Establecimiento de métodos preventivos y terapéuticos que permitan mantener el estado de salud alcanzado.

La **SEGUNDA ETAPA DE ACCIÓN** *se distingue por la aplicación de la Primer Etapa de Acción más la rehabilitación de las piezas dentales y el periodonto con procedimientos de operatoria dental y el establecimiento de la terapia periodontal.*

Se realiza operatoria dental, la reconstrucción de las piezas dentarias con sustancias apropiadas, en casos indicados el tratamiento del órgano dentino-pulpar y el raspado y alisado radicular.

La **TERCERA ETAPA DE ACCIÓN** *es el resultado de la aplicación de la Segunda Etapa de Acción, más la rehabilitación de la función y estéticas perdidas (rehabilitación con utilización de prótesis) y los controles periódicos de mantenimiento, considerándose un alta integral.*

Programa Nacional de Salud Bucal

Este programa pone un fuerte énfasis en el objetivo del cambio de modelo de atención en odontología.

Se observa que es un proceso en el cual están todos los actores involucrados y se toma como desafío su permanente estado de construcción, puesto que la sociedad no es estática ni tampoco, por tanto, la salud de la comunidad lo es.

ETAPAS DE ACCIÓN (EA)	PROCEDIMIENTOS (P)	Grandes descriptores
EA1	P1, P2, P3, P4, P5, P7, P11	Educación y Prevención y protección específica, Urgencias, Control de infección, etc.
EA2	P6, 10	Rehabilitación dental y del sistema de soporte Cirugía coordinada
EA3	P8, P9	Rehabilitación Protésica Tratamiento de Maloclusiones



ANEXO

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD BUCAL COLECTIVA PARA LA NIÑEZ (PNSBC/n)

FUNDAMENTACIÓN

Los Programas de salud bucal dirigidos a la niñez, incorporando estrategias de promoción y prevención, permiten colaborar en la formación de personas saludables.

La implementación oportuna de estas estrategias logran una adecuada consolidación, porque intervienen en uno de los momentos de formación de hábitos y conductas. Esta intervención logra además del objetivo del mantenimiento de la salud, el diagnóstico precoz y la derivación oportuna para la asistencia en los centros pertinentes.

Desde la perspectiva de la salud pública, las enfermedades bucales más prevalentes, no podrán ser controladas sin un fuerte componente preventivo.

Dentro de las acciones preventivas posibles y de base, se encuentran las medidas de higiene oral, y en particular el cepillado diario con pasta fluorada. No es posible poder abordar otras acciones de salud en la población sin lograr esta primera y tan importante acción de mantenimiento de la misma.

La higiene bucal como hábito debe proponerse en el marco de la higiene general, y en particular de aquella asociada al acto de la alimentación. Y uno de los efectos de la higiene es necesario asociarlo a la sensación de bienestar y de la imagen personal.

Las instituciones que albergan niños y niñas, y en particular las pertenecientes al sistema escolar de nuestro país, reúnen condiciones suficientes para constituirse en la plataforma de trabajo para desarrollar este nivel mínimo de cuidado y protección. Observamos como una oportunidad, la posibilidad de aunar esfuerzos para superar aquellas condiciones inadecuadas que puedan existir como ser las locativas relativas a las instalaciones sanitarias.

Es necesario integrar estas acciones en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, (componente “atención a la salud bucal”), y en particular en lo que respecta a la articulación de los distintos niveles de atención, de los distintos prestadores integrales, de

las definiciones territoriales y el otorgamiento de las garantías de una adecuada asistencia a toda la población.

OBJETIVO GENERAL

Integrar a la salud bucal en el marco de la reforma sanitaria mediante un Programa de Salud Bucal Colectiva para la niñez, como estrategia de articulación público- privada, pretendiendo asegurar y universalizar el acceso a la salud de toda la población

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Promover actitudes saludables generales, que integran también a la salud bucal: fomento de hábitos de higiene y aseo personal, cuidado de la imagen personal.

Integrar las prácticas básicas de higiene, alimentación saludable, cuidado de la salud, cuidado y fomento de la imagen personal.

Promover una dieta saludable en las escuelas tanto en las comidas principales como en las meriendas.

Incorporar la práctica diaria de cepillado dental con pasta fluorada.

Implementar actividades de promoción y educación para la salud bucal, desde el ingreso y hasta el egreso escolar incorporando al personal institucional, a los propios alumnos y la familia de los niños y niñas, entorno a un equipo de salud.

Implementar el diagnóstico temprano de las enfermedades bucales por el profesional de la salud, y su derivación a policlínicas o centros de salud que corresponda, en base a las definiciones de territorio acordadas.

Incorporar a los prestadores integrales de salud a la ejecución de programas de salud colectiva, con base en instituciones educativas, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

ESTRATEGIA

La estrategia rectora del programa será la Atención Primaria de la Salud, instrumentando acciones que implican priorizar grupos de población, en este caso niños y niñas institucionalizados, y un nivel de acciones de salud compatibles con el ámbito de aplicación.

Corresponde implementar como parte de la estrategia, la instalación de esta actividad con carácter diario y permanente en la institución educativa, reafirmando la necesidad de incorporarla a las actividades cotidianas de la misma y proyectarla a lo largo de los años.

La participación de otros actores comunitarios además de los profesionales de la salud,

tal como personal de la institución, padres y madres, agentes de salud locales, debe considerarse parte de la estrategia de consolidación, amplificación y permanencia de estos programas.

La metodología a aplicar en las actividades institucionales será de abordaje colectivo y con participación del equipo en formación.

ACTIVIDADES

1. Coordinación territorial entre los prestadores integrales (público-privado), a cargo de la Dirección Departamental de Salud.
2. Definición de la población correspondiente a cada prestador y comunicación a la base de datos del Programa Nacional de Salud Bucal (MSP).
3. Coordinación con la institución educativa acerca del programa y las acciones propuestas. Impulso al compromiso de la misma. Definición de roles.
4. Ejecución de las acciones propuestas en este programa:
 - i. Contribuir a la formación de un equipo de salud con participación de alumnos, personal y familiares.
 - ii. Promoción y educación para la salud bucal: motivación, instruir sobre placa bacteriana, técnica de cepillado.
 - iii. Promover una dieta saludable, en particular en comidas principales y meriendas durante las jornadas escolares.
 - iv. Implementación del cepillado dental diario en la institución con pasta fluorada.
 - v. Obtener infraestructura para el aseo de manos y cepillado de dientes.-
 - vi. Despistaje de enfermedades más prevalentes y derivación si corresponde.
5. Evaluación. Se implementara un sistema de registro permanente de todas las actividades para avanzar hacia los objetivos propuestos.

RECURSOS HUMANOS

- Maestros, promotores de salud, padres, comunidad, alumnos.
- Profesionales de la salud de los efectores públicos y privados (Odontólogos e Higienistas).
- De las Direcciones Departamentales.
- De los Centros de enseñanza pública y privada.
- Del Programa Nacional de Salud Bucal (MSP).

RECURSOS MATERIALES

El material didáctico que se utilizara será:

- 1) Los realizados por el Programa Nacional de Salud Bucal que están a disposición en los centros de salud, policlínicas, mutualistas.

■ Programa Nacional de Salud Bucal Colectiva para la niñez (PNSBC/n)

- 2) Material educativo aportado por el Programa de Salud Bucal de Presidencia a todas las escuelas del país.
- 3) Macromodelos para educación.
- 4) Pósters y afiches alusivos a los temas a abordar.
- 5) Kit de higiene bucal, consistente en un vaso, dos cepillos y dos pastas dentales por niño/niña y por año.

RECURSOS FINANCIEROS

Este programa, integra el grupo de prestaciones para el grupo prioritario de la niñez, por lo tanto, los recursos necesarios deben considerarse en función de la correspondiente cápita prevista en el Fondo Nacional de Salud.

INDICADORES de EVALUACIÓN

Número de instituciones educativas cubiertas en el total del País.

Números de instituciones educativas cubiertas por departamento.

Número de equipos de Salud formados e involucrados en las actividades permanentes

Número de personas participantes por equipo de salud.

Número de niños y niñas por grupo etáreo cubierto por el PNSBC/n.

Número de niños y niñas derivados a centros de salud de referencia para la atención odontológica.

Número de niños y niñas que presentan al ingreso escolar molares 6 sin patología; y al egreso, molares de los 12 años y encías libres de patología.

"Montevideo, 4 de diciembre de 2007

VISTO: la propuesta presentada por el Programa Nacional de Salud Bucal Colectiva para la niñez, del Ministerio de Salud Pública para el Plan Nacional de Salud.

RESULTANDO:

- I) que dicha propuesta tiene una base educativa en higiene sustancial de importante aplicación para los niños escolarizados;
- II) que entiende necesario, para su implementación, iniciar gestiones para consolidar una actividad mediante la firma de los acuerdos respectivos.

CONSIDERANDO:

- I) que tratan de promover actitudes generales como el fomento de hábitos de higiene y aseo personal, cuidado de la imagen personal, dieta saludable, etc.;
- II) que a través del mismo implantarían el diagnóstico temprano de las enfermedades bucales y su derivación a policlínicas o centros de salud que correspondan.

ATENTO: a lo expuesto,

EL CONSEJO DE EDUCACIÓN PRIMARIA, RESUELVE:

- 1º.- Apruébase la propuesta presentada por el Programa Nacional de Salud Bucal Colectiva para la niñez, del Ministerio de Salud Pública, para el Plan Nacional de Salud.
- 2º.- Encomiéndase al Departamento Notarial la formulación del acuerdo propuesto.
- 3º.- Comuníquese al mencionado Programa y pase al citado Departamento a todos sus efectos."

Mag. Edith Moraes
Presidenta

Dra. Sonia Gómez
Secretaria General

FRISimpresiones
Hungría 3780 - Tel.: 514 77 05
frisimpresiones@adinet.com.uy
Montevideo - Uruguay