

SALUD ORAL

La salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad oral, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. La caries dental es la enfermedad más común entre los niños de la Región de las Américas; aproximadamente 90% de los escolares (5 a 17 años) tienen caries dental. Sin embargo, gracias a la intervención temprana, la caries dental puede evitarse o tratarse a un costo reducido.

Una variedad de enfermedades sistémicas o sus secuelas, como la diabetes y el cáncer de la cavidad bucal y de la faringe, producen manifestaciones en forma de caries dental, enfermedades periodontales y pérdida de dientes. Cada vez cobran más importancia la infección por el VIH/SIDA y la hepatitis B; estas, además de sus repercusiones clínicas, plantean el riesgo de transmisión en el entorno de la atención dental.

Este documento establece conceptos que consideramos innovadores para la asignación y la gestión de los recursos para la salud oral. La OPS ha contribuido con los países para sentar las bases para los programas de fluoruración del agua y de la sal. En gran parte como resultado de las iniciativas y del liderazgo de la OPS, se han dado varias condiciones que permiten el éxito de la fluoruración del agua y de la sal en la Región de las Américas. En primer lugar, países como Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, México, Perú y el Uruguay, que anteriormente tenían una capacidad limitada para ejecutar programas de fluoruración del agua y de la sal se han beneficiado de la cooperación técnica y del apoyo de la OPS, y actualmente tienen políticas establecidas, así como infraestructura y capacidades programáticas suficientes, que permiten que sus programas se consoliden; de este modo fortalecen la eficacia en la reducción de las caries dental y la sostenibilidad de los programas. Segundo, la OPS y estos países han acumulado considerables conocimientos especializados y experiencia técnica que es posible transferir a otros. Tercero, como pieza fundamental de estos adelantos, está aumentando el reconocimiento de que la estrategia más prometedora para mejorar la salud oral de millones de personas de la Región reside en la fluoruración del agua y la sal, el factor clave para cambiar el perfil epidemiológico de la salud oral para la Región de las Américas en un período relativamente corto. Se espera que la mayoría de los países de la Región alcancen la meta de la OMS de un CPOD-12 (dientes cariados/perdidos/obturados para niños de 12 años de edad) de 3 para el año 2000.

Se pide al Comité Ejecutivo que formule sus comentarios sobre las estrategias propuestas destinadas a apoyar los esfuerzos gubernamentales para mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas preventivos de salud oral, así como para fortalecer la organización y la prestación de servicios de salud oral en la Región.

En su 120.^a sesión, celebrada en junio de 1997, el Comité Ejecutivo examinó el documento CE120/12 y recomendó que el Consejo Directivo considerara la adopción de una resolución relativa a las estrategias de salud bucodental destinadas a apoyar la labor gubernamental en pro de la eficacia y la eficiencia de los programas preventivos de salud bucodental, y para fortalecer la organización y prestación de servicios de salud bucodental en la Región.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
RESUMEN EJECUTIVO	3
1. Antecedentes	5
1.1 Situación de la salud oral en la Región	5
1.2 Organización y prestación de los servicios de salud oral	6
2. Estrategia regional de la OPS para la salud oral	7
3. Ejecución de la estrategia de salud oral	10
3.1 Programas nacionales preventivos de salud oral	10
3.2 Mejoramiento de la eficiencia, la eficacia y la equidad de los sistemas de salud oral en el sector público y aspectos claves del desempeño del sistema, que a su vez conducirán a una mejor salud oral	13
3.3 Desarrollo de recursos humanos para la salud oral	14
4. Construcción de alianzas estratégicas	15
5. Temas claves para el debate	16
Anexos	
A INDICADORES CPOD-12, RECURSOS HUMANOS Y POLITICAS PREVENTIVAS DE SALUD ORALEN CIERTOS PAISES	18
B. PROGRAMA REGIONAL DE SALUD ORAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	19
C. ACTIVIDADES DE SALUD ORAL DE LA OPS, 1994-1996	3
D. PRESUPUESTO DE SALUD ORAL DE LA OPS PARA EL BIENIO	8
E. CE120.R6: SALUD ORAL	10

RESUMEN EJECUTIVO

Los datos actuales sobre salud bucodental en América Latina y el Caribe (LAC) indican que la mayoría de los países tienen una elevada prevalencia de caries dental y de enfermedades periodontales. Están emergiendo con importancia los cánceres de la cavidad bucal y de la faringe, la infección por el VIH/SIDA y la hepatitis B. Además de los efectos clínicos de la infección por el VIH/SIDA en la cavidad bucal, la infección por el VIH/SIDA y la hepatitis B son importantes debido al potencial de transmisión en los entornos de la atención odontológica. En general, la mayoría de estas enfermedades están distribuidas de manera desigual entre la población. La caries dental y las enfermedades periodontales, si bien son sumamente prevalentes en toda la Región, son más graves entre las personas de bajos ingresos y con poco nivel de instrucción; la mayoría de los cánceres de la cavidad bucal y de la faringe están asociados con el uso del tabaco y el consumo de alcohol; y la infección por el VIH está relacionada con las conductas sexuales y con el uso de drogas por vía intravenosa.

Para modificar este perfil epidemiológico y sus factores determinantes, los países pueden apoyarse en una red organizada de servicios para la prestación de atención bucodental, principalmente curativa, con la participación de los sectores público y privado. Sin embargo, estos servicios tal vez sean inadecuados para atender las necesidades en constante cambio de las comunidades. En muchos países de América Latina y el Caribe, los servicios públicos de atención odontológica están mal organizados y los recursos financieros y humanos de que disponen son insuficientes. Es probable que solo se encuentre atención odontológica de calidad en las zonas urbanas y a un costo elevado. Por otra parte, es posible que sea más fácil tener acceso a los proveedores privados, pero los servicios que prestan son, en su mayoría, principalmente curativos y costosos. Por consiguiente, los grupos de mayores ingresos disponen de mayor acceso a los servicios dentales.

Debido a que las enfermedades dentales no constituyen una amenaza para la vida, no se incluyen en las estadísticas de mortalidad ni en las políticas sanitarias nacionales. La competencia por recursos con otros trastornos de salud obstaculizan la planificación y la formulación de políticas para los programas de salud bucodental en la Región.

El mayor reto que se plantea al Programa Regional de Salud Bucodental de la OPS en los años noventa y más allá, es el de ayudar a los países de la Región a cambiar el perfil epidemiológico de la salud bucodental y las características adversas de los sistemas de prestación de servicios de atención bucodental. La OPS desempeñará un papel activo en ayudar a los países a fortalecer su capacidad para responder a los retos de la salud bucodental y proseguir la reforma del sector de la salud bucodental a medida que se acerca el año 2000. Los objetivos estratégicos de la OPS en apoyo de la salud bucodental en la Región son los siguientes:

- Promover la mejora de las condiciones de la salud bucodental en los países de las Américas, haciendo hincapié en los que tienen una mayor carga de morbilidad.
- Ayudar a los países a desarrollar servicios de salud bucodental accesibles, eficaces y sostenibles.

En 1994, la Organización emprendió un plan de varios años para apoyar la ejecución de programas de fluoruración en los países. En 1996, el Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo examinó un documento que describía la estrategia regional de la OPS para la salud bucodental. En la 120.^a sesión del Comité Ejecutivo, la Secretaría esbozó directrices estratégicas generales para que los países las consideren durante los años noventa y más allá. Uno de los objetivos principales de la estrategia de la OPS es la fluoruración, que es la forma más eficaz en función de los costos de prevenir la caries dental y, por ende, de evitar problemas más graves. Otro componente importante de la estrategia es el apoyo a los programas de información, educación y comunicación destinados a mejorar o fomentar la toma de decisiones, la toma de conciencia de la comunidad, y los cambios en el comportamiento con miras a prevenir la caries dental, las enfermedades periodontales, los cánceres de la faringe y de la cavidad bucal, los trastornos bucodentales relacionados con la infección por el VIH/SIDA, y la prevención de la transmisión del VIH y del virus de la hepatitis B en entornos de atención odontológica. Además, la estrategia apoya el mejoramiento de los programas de salud bucodental en el sector público y promueve la formación y la capacitación de recursos humanos para la salud bucodental. A objeto de incrementar las repercusiones de sus medidas, el programa de salud bucodental de la OPS ha forjado alianzas estratégicas y movilizó fondos extrapresupuestarios procedentes de diversas fuentes. El Subcomité felicitó al Programa por haber presentado un documento muy sucinto, pero muy completo. Varios representantes señalaron que la salud bucodental no se consideraba como una prioridad de salud pública en muchos países, a pesar de ser uno de los aspectos en los que las medidas preventivas pueden resultar más eficaces en función de los costos.

El Comité Ejecutivo examinó el documento CE120/12 y reafirmó las ventajas de la prevención y la eficacia en función de los costos de ejecutar programas de fluoruración. El Comité señaló, en razón de las restricciones financieras que afronta la Organización, la importancia de movilizar apoyo y recursos extrapresupuestarios, y se elogió al Programa por sus esfuerzos exitosos en este sentido.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE120.R6, por la cual recomienda que el Consejo Directivo considere la conveniencia de aprobar una resolución que trate sobre el compromiso de la Organización con la estrategia propuesta de salud bucodental (anexo E).

1. Antecedentes

1.1 *Situación de la salud oral en la Región*

En la Región escasean los datos integrales sobre la salud oral. Sin embargo, hay cierta información que permite efectuar una evaluación general de la situación actual y las tendencias recientes, especialmente sobre caries dental y necesidades de tratamiento periodontal.

1.1.1 *Prevalencia de la caries dental*

La caries dental es la enfermedad más común entre los niños de la Región; afecta aproximadamente a 90% de los niños en edad escolar (5-17 años). Es una enfermedad infecciosa, progresiva que si no se atiende debidamente puede dar lugar a la pérdida de dientes. A menos que se haga un tratamiento oportuno de restauración, la lesión cariosa seguirá destruyendo el diente, y con el tiempo causará dolor, infección aguda y requerirá un tratamiento costoso. Sin embargo, con una intervención temprana la caries dental puede prevenirse o tratarse a un costo reducido. El anexo A presenta datos sobre el CPOD-12 (índice de dientes cariados/perdidos/obturados para niños de 12 años de edad) para ciertos países de la Región. En general, la prevalencia de la caries dental en la Región varía mucho, de 1,08 a 8,3, con un promedio de aproximadamente 4,4.

1.1.2 *Infección por el VIH/SIDA y hepatitis B*

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) asociado con ella son una epidemia mundial motivo de grave preocupación para la salud pública. A mediados de 1993 se habían notificado en la Región unos 1,5 millones de infecciones por el VIH en adultos, que dieron por resultado unos 250.000 casos de SIDA. Las manifestaciones orales de la infección por el VIH son micosis oral, leucoplasia, gingivitis, periodontopatías y sarcoma de Kaposi. Muchas personas seropositivas al VIH experimentan formas muy agresivas de periodontopatías destructoras, que pueden deteriorar significativamente su estado nutricional y requerir hospitalización. Estas enfermedades son inquietudes importantes para los programas de salud oral en los países debido a la prevalencia elevada de infección por el VIH/SIDA. Los exámenes dentales de rutina pueden desempeñar una función importante en el diagnóstico inicial de la infección por el VIH y en el tratamiento del SIDA. En algunos casos, las manifestaciones orales asociadas con la infección por el VIH pueden constituir el cuadro clínico inicial de la infección. La profesión odontológica debe estar en capacidad de hacer tales diagnósticos y remitir a las personas para la evaluación médica apropiada.

Datos actuales indican que el riesgo de que un agente de salud oral transmita el VIH o el virus de la hepatitis B (VHB) a un paciente durante un procedimiento invasor es reducido; dicho riesgo aún no se cuantifica con exactitud. Se han formulado recomendaciones internacionales para la prevención de la transmisión del VHB en los centros de asistencia sanitaria y en los programas de control de infecciones, con la finalidad de orientar sobre cómo prevenir la transmisión del VHB y el VIH durante los procedimientos invasores que entrañan riesgo. La correcta aplicación de estos principios ayudará a reducir al mínimo el riesgo de transmisión.

1.1.3 *Cáncer de la cavidad bucal y de la faringe*

Los cánceres de la cavidad bucal y de la faringe plantean un reto especial para los programas de salud oral, considerando que son tanto prevenibles como letales. Aunque estos cánceres se consideran raros, son más comunes que la leucemia, el melanoma cutáneo y algunos cánceres de las gónadas. El consumo de productos de tabaco, incluido el tabaco sin humo, y el consumo excesivo de alcohol se asocian con más de 70% de las lesiones cancerosas.

El consumo combinado de tabaco y alcohol ejerce un efecto sinérgico. Los cánceres de la cavidad bucal y de la faringe representan cerca de 4% de los casos totales de cáncer, dando lugar a una tasa de mortalidad en la Región de aproximadamente 3%. Casi la mitad de los pacientes mueren en los cinco años siguientes al diagnóstico, según el sitio donde se encuentre el tumor primario. Las bajas tasas de supervivencia pueden atribuirse a la detección y el tratamiento tardíos.

1.2 *Organización y prestación de los servicios de salud oral*

1.2.1 *Factores de la oferta*

Los países adolecen de graves limitaciones en su capacidad para recopilar y analizar datos pertinentes sobre salud oral que puedan usarse para la planificación o la evaluación. La prevalencia de las enfermedades orales es mayor entre las poblaciones marginadas, en especial las que tienen bajos ingresos y poca instrucción o están aisladas geográficamente. A esto se suma lo tardío de la atención, si es que acaso la reciben. En el diseño de los programas nacionales de prevención deben abordarse las inequidades asociadas con esa distribución diferencial. Finalmente, el advenimiento de nuevas enfermedades, como la infección por el VIH/SIDA, ha impelido a los profesionales y a los consumidores de los servicios dentales a replantear los comportamientos con miras al control de las infecciones y las normas que rigen las interacciones que acompañan necesariamente a la prestación de atención. Los recursos para prestación de servicios de atención de salud oral son limitados, y la atención curativa está restringida a quienes tienen la capacidad para costearla o a los que tienen acceso a servicios del seguro social.

Actualmente, la Región tiene más de 400.000 odontólogos, con un promedio de 3,1 por 10.000 habitantes. El número real de odontólogos por 10.000 habitantes varía entre 0,2 y 10,5. La mayoría de los odontólogos de la Región se dedica al ejercicio privado de la profesión en zonas urbanas; como resultado, hay grandes zonas desatendidas. En la Región, hay 202 facultades de odontología, 65% de las cuales están ubicadas en Brasil y México. Los programas de estudios de esas facultades hacen hincapié en las intervenciones curativas y ofrecen muy poco en odontología de salud pública. El adiestramiento se orienta principalmente a preparar a profesionales para el ejercicio privado. El resultado es una escasez de programas organizados de prevención en la Región, a pesar de su eficacia probada y de graves limitaciones en la cobertura de servicios de salud oral.

1.2.2 *Factores de la demanda*

Los servicios de atención dental en la Región, ya sean públicos o privados, se prestan en respuesta a las actitudes o las percepciones de los usuarios potenciales, así como a su poder adquisitivo, en particular en el mercado de los servicios privados. La mayoría de los países no tienen información ni mecanismos para organizar y racionalizar la demanda de la atención dental...o siquiera la atención de salud. En parte, esta es la razón de que la atención dental solo se preste en ciertas zonas de un país y favorezca a ciertos grupos de población. Cuando se examinan los factores de la demanda, deben estudiarse los datos sobre características de población como demografía, nivel educacional y nivel socioeconómico (lugar de residencia, ingreso familiar, ocupación) y las características de la prestación de servicios de atención dental (financiamiento de la atención de salud, acceso al seguro). La finalidad es determinar: a) si alguno o todos los factores descritos están presentes en un país dado; b) cuáles son las consecuencias posibles de la demanda sobre el estado de la salud oral y la prestación de servicios; c) cuál es el modelo regional de la demanda; d) cuáles son las posibles consecuencias estratégicas para el establecimiento o la consolidación de sistemas de servicios de salud oral organizados, racionalizados y sostenibles en la Región.

2. Estrategia regional de la OPS para la salud oral

El Noveno Programa General de Trabajo de la OMS establece el marco que en materia de salud debe regir la acción de la comunidad sanitaria mundial. Establece asimismo el marco programático para la labor de la OMS teniendo en cuenta el marco normativo mundial para la prestación de apoyo a los países, asignando particular atención a los más necesitados, para el mejoramiento de la salud y el sistema sanitario. El Programa de Salud Bucodental de la OMS y su estrategia mundial de salud bucodental reconocen que la salud oral es un componente integral del enfoque de atención primaria de salud. En la Región de las Américas, la OPS apoya los planes de salud oral basados en metas cuantificables, que se lograrán en gran parte mediante la puesta en práctica de métodos preventivos y el apoyo a los esfuerzos de los

gobiernos para fortalecer sus propios sistemas de atención de salud oral. La orientación de política de dicho Programa identifica las prioridades para su propio trabajo y los tipos de ayuda que deben prestarse durante la ejecución de los tres presupuestos bienales por programa.

El Programa de la OMS, refiriéndose al marco normativo mundial y al marco programático, establece: "En ambos se concede especial atención a la prestación de apoyo a los países, en particular a los más necesitados, para el mejoramiento de la salud y del sistema sanitario". Más aún, de acuerdo con las prioridades para el trabajo de la OMS en cuanto a prevenir y controlar problemas sanitarios concretos, la OMS pide: "... la reducción en un 80% de la caries dental gracias al uso óptimo de fluoruros".

Las metas y los objetivos del Noveno Programa General de Trabajo y las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS para 1995-1998 son el punto de referencia para los objetivos y las estrategias propuestas en este documento.

De acuerdo con lo anterior, se han establecido dos objetivos:

- promover la mejora de las condiciones de la salud oral en los países de las Américas, haciendo hincapié en aquellos que tienen una mayor carga de morbilidad;
- ayudar a los países a establecer servicios de salud oral accesibles, eficaces y sostenibles.

La instauración de un marco regional que conduzca al reconocimiento de los problemas de cada país permite formular estrategias focalizadas. Las estrategias presentadas en la sección siguiente se basan en una tipología que clasifica a los países de la Región según su desarrollo en el terreno de la salud oral.

El primer paso para establecer una estrategia es adoptar una tipología que identifique las variables pertinentes a una clasificación de países. Una primera aproximación, basada en los datos disponibles y un marco de referencia, indica que el CPOD-12 es el factor más importante para agrupar a los países a lo largo del proceso continuo del desarrollo de la salud oral. Este índice ha sido utilizado extensivamente en la Región y los objetivos actuales para el año 2000 (CPOD-12 menos de 3) han sido establecidos por la OMS.

El CPOD se escoge como el criterio principal debido a su facilidad de medición y posibilidad de acceso en la mayoría de los países de la Región. Este indicador permite hacer comparaciones entre países que son válidas y fiables. Sin embargo, algunos países tienen información sobre el CPOD incompleta o no actualizada y en las últimas décadas se han dado tendencias seculares y cambios asociados con factores de caries dental; entonces, es necesario obtener nuevos datos de los países antes de que estos puedan ser incluidos en esta tipología.

Una vez establecido este criterio, pueden definirse tres etapas del desarrollo de la salud oral. Primero, la etapa emergente, definida por un CPOD-12 mayor de 5; segunda, en crecimiento, definida por un CPOD-12 de 3 a 5 y tercera, en consolidación, definida por un CPOD-12 inferior a 3.

Sobre la base de los criterios anteriores, se ha estructurado la siguiente tipología orientada a la estrategia:

Este cuadro intenta agrupar los países a lo largo del proceso continuo de desarrollo del estado de la salud oral. Empleando los criterios descritos, 14 de 28 países se agrupan en la categoría de crecimiento. Sin embargo, está claro que los países situados en esta categoría son bastante heterogéneos y pueden tener diferentes potenciales para apoyar las actividades de salud oral.

Cuadro de Tipología

Emergente CPOD > 5	Crecimiento CPOD 3-5	Consolidación CPOD < 3
Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana	Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Puerto Rico, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela	Bahamas, Bermuda, Canadá, Cuba, Dominica, Estados Unidos de América, Guyana, Jamaica

La estrategia general de salud oral para los años noventa y más allá, propuesta por la OPS, guiará a los países a lo largo del proceso continuo de desarrollo para que pasen de la categoría emergente a la categoría de consolidación. En otras palabras, la estrategia de la OPS será programar una serie de actividades para que los países con alto niveles de enfermedad y carentes de políticas preventivas apropiadas pasen a lograr indicadores y políticas que demuestren que la situación ha mejorado.

3. Ejecución de la estrategia de salud oral

Esta sección describe actividades concretas a corto y a mediano plazo. Las siguientes estrategias deben servir de normas para la planificación y ejecución de las actividades de salud oral tanto a nivel regional como a nivel de país durante el próximo bienio.

3.1 *Programas nacionales preventivos de salud oral*

3.1.1 *Plan de varios años de la OPS para los programas de fluoruración del agua y de la sal*

Fluoruración en la Región de las Américas para el año 2000. En 1994, la OPS lanzó un plan de varios años para apoyar la ejecución de los programas de fluoruración del agua o de la sal. Los principios operativos para este plan regional incluyen prevención, fortalecimiento de la capacidad y sostenibilidad. Desde entonces, por conducto de programas nuevos en Bolivia, Chile (Región Metropolitana) y Ecuador y programas en curso en , Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana y ya existentes en Argentina, Chile, Brasil, Colombia, Costa Rica, Jamaica, México, Perú y Uruguay, unos 180 millones de personas reciben los beneficios de los programas de fluoruración. Se prevé que más de 250 millones de personas tengan acceso al agua o la sal fluorada para el año 2000.

Desde el punto de vista programático, para llevar a cabo los programas de fluoruración del agua o de la sal la OPS ha propuesto tres etapas en la ejecución: evaluación de la factibilidad, evaluación a corto plazo y evaluación a largo plazo (anexo B). Los detalles de las actividades de la OPS en apoyo de los programas de fluoruración del agua y de la sal pueden consultarse en el *Informe de la OPS sobre la salud oral para 1996* (anexo C).

Eficacia de la fluoruración de la sal. En Europa, las ventajas de la fluoruración de la sal se han reconocido en la ejecución eficaz de una política de prevención masiva de la caries dental durante 30 años. Hay pruebas científicas claras de una reducción estadísticamente significativa de la caries dental. En Jamaica, la reducción de la caries dental fue de 85% luego de ocho años de ejecución del programa. En 1987, Jamaica inició un programa amplio de fluoruración de la sal. En 1995, se realizó una encuesta entre niños jamaíquinos para determinar la eficacia y el riesgo de la fluoruración de la sal. Los exámenes dentales de 1.200 niños de 6 a 8, 12 y 15 años mostraron una prevalencia media de CPOD para los de 12 años de edad de 1,08 en comparación con la puntuación correspondiente de 6,7 para niños de la misma edad durante los exámenes tomados como punto de referencia en 1984. La media de dientes permanentes sanos en todos los grupos de edad fue de 95%; 61% de los niños tenían dientes permanentes sin caries dental. En Costa Rica, la reducción de la caries dental fue de 40%

después de cinco años de ejecución de los programas, un indicador claro de la eficacia de la fluoruración de la sal.

Costo de la fluoruración de la sal. La fluoruración de la sal es tan eficaz como la fluoruración del agua y es menos costosa. Los análisis previos de costo-beneficio realizados por la OPS en diversos países han revelado que, aun cuando los cálculos sean moderados (cobertura de servicios dentales para aproximadamente 25% de la población a un promedio de US\$ 3 por visita al odontólogo), la relación costo/beneficio se aproxima a 1:41. Esto significa que por cada dólar invertido en los programas de fluoruración de la sal, el país ahorrará \$41 dólares en la atención dental curativa que no será necesaria. En circunstancias más realistas (cobertura en expansión a 50% de la población y a razón de unos \$10 por visita al consultorio dental), los ahorros potenciales son de \$136 por cada dólar invertido en el programa.

En lo referente al costo, se ha calculado que, incluso para un país con 25 plantas de fluoruración, la inversión corresponde a unos \$0,50 por persona durante los seis años del programa. Esta inversión cubriría los costos de elaborar los planes, la ejecución, el seguimiento, la evaluación y la comunicación social.

Metas a corto plazo (1-2 años)

- Iniciar evaluaciones de la factibilidad (costo-beneficio) y del punto de comparación para los programas nacionales de fluoruración del agua y de la sal en seis países: Argentina, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana.
- Apoyar el fortalecimiento de la capacidad de los países para implantar sistemas eficaces de vigilancia epidemiológica en todos los programas nacionales en curso.
- Apoyar la elaboración de material didáctico sobre salud oral adaptado al programa de estudios para que los profesores puedan agregar los temas de salud oral a los otros que enseñan.

Metas a mediano plazo (3-4 años)

- Continuación de los estudios de factibilidad y las evaluaciones del punto de comparación para otros programas nacionales de fluoruración.
- Apoyar el establecimiento de programas sostenibles de fluoruración en todos los países.
- Reforzar la capacidad del país para establecer sistemas apropiados de vigilancia epidemiológica.

- Reforzar la educación en salud oral y los materiales del programa.

3.1.2 *Desarrollo de la política de salud oral en programas de información, educación y comunicación para atender la carga de las enfermedades bucodentales, en especial el cáncer de la cavidad bucal y la faringe y la infección por el VIH/SIDA*

La finalidad de esta estrategia es apoyar los programas de información, educación y comunicación (ICE) destinados a mejorar o promover la toma de decisiones, los conocimientos de la comunidad y los cambios de conducta para prevenir la caries dental, las periodontopatías, la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades orales asociadas, y el cáncer de la cavidad bucal y la faringe. Estas son las enfermedades orales más críticas en función de la carga de morbilidad oral en la Región. Según se ha indicado en la sección de antecedentes, la mayoría de estos trastornos se asocian con determinados factores de riesgo, como la falta de higiene de la cavidad bucal, la alimentación inadecuada, la categoría socioeconómica baja, la educación limitada y los comportamientos perjudiciales, como fumar o el abuso de drogas. Debido a la naturaleza compleja de estos factores de riesgo, los programas preventivos también requieren un enfoque multidisciplinario e intersectorial. Un programa de IEC brinda la posibilidad de reconocer aspectos clave relacionados con la incidencia de ciertos factores de riesgo, así como de concebir medidas educacionales y de comunicación para modificarlos.

Metas a corto plazo

- Promover la introducción de las políticas de país para las actividades de IEC relativas a salud oral en el sector público.
- Elaborar normas universales de precauciones apropiadas para la comunidad dental y la Región.
- Llevar a cabo conferencias regionales sobre la prevención de la infección por el VIH/SIDA, la hepatitis B y el cáncer de la cavidad bucal y la faringe con facultades de odontología, ministros de salud y programas nacionales de lucha contra el SIDA.

Metas a mediano plazo

- Políticas y programas de IEC para prevenir la infección por el VIH/SIDA y la hepatitis B instauradas y en funcionamiento en cada país de la Región.
- Normas sobre precauciones universales distribuidas en toda la Región.
- Prevención del cáncer de la cavidad bucal y de la faringe, de la infección por el VIH/SIDA y de la hepatitis B incluida en los programas de estudios de todas las facultades de odontología de la Región.

3.2 *Mejoramiento de la eficiencia, la eficacia y la equidad de los sistemas de salud oral en el sector público y aspectos claves del desempeño del sistema, que a su vez conducirán a una mejor salud oral*

La finalidad de esta estrategia es fortalecer el desarrollo sostenible de los servicios de salud oral en el sector público y ayudar a los ministerios de salud a crear la capacidad necesaria en sus programas de salud oral, en el marco de los procesos de reforma del sector.

La cooperación técnica se destinará a ayudar a que los países organicen la oferta y la demanda de servicios de atención de salud, en especial de la atención dental integral, a nivel local. Un enfoque eficaz debe permitir mayor cobertura de salud oral, asignar particular importancia a la prevención y establecer modelos eficientes y eficaces para la prestación de servicios.

Metas a corto plazo

- Apoyar el desarrollo de servicios de salud oral en los países, mejorar la cobertura y la calidad de la salud oral. Los servicios deben basarse en las prioridades, la urgencia y el potencial para referir pacientes.
- Apoyar el uso del tratamiento restaurativo atraumático que emplea cementos a base de ionómeros de vidrio, una tecnología nueva, pero de bajo costo y accesible.
- Analizar la demanda de servicios dentales, las modalidades de pago y los cálculos de gastos a nivel nacional, con estudios de casos en tres países.
- Identificar las prioridades del país y empezar a trabajar en la ampliación de la cobertura de los servicios dentales mediante el financiamiento social (Argentina, Chile).
- Identificar las prioridades del país y empezar a trabajar para ampliar la demanda mediante planes organizados (Bolivia, Colombia, Ecuador).
- Identificar las fuentes, las deficiencias y los principales obstáculos al sistema de salud oral.

Metas a mediano plazo

- Sobre la base de las comparaciones entre varios países, diseñar y ejecutar programas de salud oral de manera que se aproveche la experiencia lograda en los países.

- Formular planes de actividades de país adaptados a las circunstancias y las condiciones locales, pero que puedan facilitar las comparaciones entre países para ampliar la base de conocimientos de la comunidad de políticas acerca de cómo estructurar y ejecutar programas de salud oral.

3.3 *Desarrollo de recursos humanos para la salud oral*

Esta estrategia promoverá el desarrollo y el adiestramiento de los recursos humanos apropiados para las necesidades y orientación del nuevo temario de salud oral en la Región y de conformidad con los otros elementos de este plan estratégico.

Metas a corto plazo

- Apoyo a la acreditación de las facultades de odontología y establecimiento de normas internacionales para sus programas de estudios, a fin de que incluyan la infección por el VIH/SIDA, hepatitis B, ejercicio profesional y modelos de organización, odontología preventiva y sistemas de información, en un proceso de trabajo conjunto con los Ministerios de Salud y Asociaciones Profesionales.
- Apoyo de la planificación para formar personal dental auxiliar.
- Continuación y fortalecimiento de los proyectos conjuntos con los centros colaboradores de la OMS.
- Continuación del Grupo Consultivo Técnico para asesorar y apoyar a la OPS en sus actividades sobre salud oral.
- Establecimiento de un equipo central para la cooperación técnica en las áreas de epidemiología, desarrollo organizacional, gestión, finanzas y odontología preventiva.
- Aumentar la eficacia de los centros colaboradores de la OMS como centros de investigación y adiestramiento regional.

Metas a mediano plazo

- Apoyar y fortalecer continuamente la acreditación de las facultades de odontología y sus programas de estudios.
- Los centros colaboradores de la OMS funcionan como verdaderos centros regionales de investigación y adiestramiento.

- Planificación continua para aumentar el número de personal dental.

4. Construcción de alianzas estratégicas

El Programa de Salud Oral trabaja con fondos del presupuesto ordinario para fortalecer la cooperación técnica y promover la movilización de fondos extrapresupuestarios (anexo D). Durante los últimos 12 años la OPS, con el apoyo decidido de la Fundación W. K. Kellogg, ha iniciado una parte significativa del trabajo de fluoruración de la sal en la Región. Durante este lapso, ha sido posible el trabajo de fluoruración de la sal, gracias a lo cual muchos países (Colombia, Costa Rica, Jamaica y México), que anteriormente tenían una capacidad limitada para llevar a la práctica los programas de fluoruración de la sal, se han beneficiado con el apoyo de esta Fundación. En 1996, la Fundación le otorgó a la OPS una subvención de \$750.000 en apoyo de los programas de fluoruración de la sal en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela.

Se obtuvo financiamiento adicional del Club Rotario Internacional, con una subvención de \$30.000 para la fluoruración de la sal en Bolivia.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha convenido en patrocinar el Primer Congreso Mundial sobre Fluoruración de la Sal, que tendrá lugar en 1998 en Montevideo (Uruguay). Se está preparando una propuesta al BID.

El centro colaborador de la OMS en San Antonio, Texas, ha participado activamente en el desarrollo de programas de fluoruración en la Región. Algunas de las funciones específicas del centro fueron planificación de programas, estudios de costo-beneficio, adiestramiento de personal, preparación de encuestas y gestión y análisis de datos. La sociedad formada entre la OPS y el centro ha establecido una base sólida que asegura el logro de los objetivos y las estrategias propuestas en este documento.

El Programa de Salud Oral de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA) ha asignado recursos a la OPS para la ejecución de programas de fluoruración del agua en Argentina, Chile y Puerto Rico. Los planes futuros incluyen un centro internacional de adiestramiento en fluoruración para todos los países de las Américas, una conferencia mundial sobre la fluoruración de la sal y un manual/documento integral sobre los últimos adelantos en el ámbito de los fluoruros y la fluoruración.

5. Temas claves para el debate

- Yodo y fluoruro en la sal para consumo humano.
- Escollos y factores favorables para ejecutar los programas preventivos de salud oral.
- Escollos y factores favorables para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud oral.
- Enfoques para reorientar el desarrollo de recursos humanos en materia de salud oral.
- Interesados clave en los países para administrar las estrategias de salud oral.

Anexos

A . INDICADORES CPOD-12, RECURSOS HUMANOS Y POLITICAS PREVENTIVAS DE SALUD ORALEN CIERTOS PAISES

PAÍS	ENCUESTA CPOD-12 (años)	ODONTÓLOGOS POR 10.000 HABITANTES	PROGRAMAS NACIONALES FLUORURACIÓN DE LA SAL	PORCENTAJE POBLACIÓN NACIONAL CUBIERTA CON AGUA FLUORURADA
Argentina	3,44 (87)	6,81	Ninguno	30,0
Chile	En progreso (96)	3,95	Ninguno	10,0
Paraguay	5,90 (83)	2,16	Proyectado	11,0
Uruguay	4,10 (92)	10,50	Sí	2,7
Brasil	6,70 (86)	6,72	Ninguno	41,0
Brasil, São Paulo	2,76 (94)			90,0
Bolivia	4,67 (95)	2,25	En curso	
Colombia	4,80 (80)	4,34	Sí	
Ecuador	2,94 (96)	10,10	Sí	
Perú	7,00 (90)	3,19	Sí	
Venezuela	3,60 (86)	3,93	Sí	27,2
Costa Rica	4,90 (93)	3,53	Sí	
El Salvador	5,10 (89)	1,46	Proyectado	
Guatemala	8,12 (87)	1,16	Proyectado	9,5
Honduras	8,34 (87)	0,47	En curso	
Nicaragua	5,90 (88)	1,27	En curso	
Panamá	4,20 (89)	3,48	En curso	
Belice	6,00 (89)	0,80	Proyectado	
Islas Caimán	1,70 (95)			
Cuba	2,90 (89)	5,94	Proyectado	2,4
República Dominicana	6,00 (86)	2,36	En curso	16,0
Guyana	1,33 (95)		Proyectado	
Haití	2,20 (94)	0,32	Proyectado	
Jamaica	1,08 (95)	0,23	Sí	
Trinidad y Tabago	4,90 (89)	0,93	Proyectado	
Canadá	ND	5,30	No	
Estados Unidos de América	1,40 (91)			62,5
México	Pend (96)	3,75	Sí	12,0

ND:

No disponible

Fuente: OPS, 1996

B. PROGRAMA REGIONAL DE SALUD ORAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Fases de los programas preventivos nacionales de fluoruración del agua y la sal

Fase I Evaluación de factibilidad	Fase II Primera evaluación	Fase III Evaluación a largo plazo
Niveles del punto de comparación del fluoruro en el agua potable	Muestreo periódico y determinación del fluoruro en las fuentes de agua potable	Muestreo periódico y determinación continua del fluoruro en el agua potable
Encuesta nutricional/alimentaria en niños preescolares (posiblemente ya lista en algunos países)	Encuestas nutricionales/alimentarias en niños preescolares	Encuestas nutricionales/alimentarias en niños preescolares
Estudio del punto de comparación del uso de dentífrico en niños preescolares	Evaluación periódica del uso de dentífrico en niños preescolares	Evaluación periódica continua del uso de dentífrico en los niños preescolares
Estudio del punto de comparación sobre la comercialización y uso de los productos que contienen fluoruro, por ejemplo, los suplementos alimenticios disponibles en el mercado	Vigilancia periódica en el mercado de productos que contienen fluoruro	Vigilancia periódica de los productos que contienen fluoruro en el mercado
Formulación de las normas de vigilancia epidemiológica para la garantía y control de la calidad	Vigilancia periódica y garantía de la calidad de las concentraciones de fluoruro en el agua o sal	Vigilancia periódica y garantía de la calidad continua de las concentraciones de fluoruro en el agua o la sal
CPOD del punto de comparación y encuestas de fluorurosis dental en niños de 6-8, 12 y 15 años de edad	Encuestas de CPOD y fluorurosis dental en niños de 6-8, 12 y 15 años de edad siete años después de la ejecución de los programas	Encuestas sobre CPOD y fluorurosis dental en niños de 6-8, 12 y 15 años de edad, 14 años después de la ejecución del programa
Evaluación inicial de la excreción de fluoruro en la orina en niños de 3-5 años de edad (una muestra cada 24 horas) después de 15 meses de ejecución del proyecto.	Excreción de fluoruro por la orina en niños de 3-5 años de edad 15 meses después de la ejecución del programa (una muestra cada 24 horas)	Evaluación periódica de la excreción de fluoruro por la orina en 3-5 niños de un año de edad (una muestra cada 24 horas)

Fuente: OPS, 1996

C.

ACTIVIDADES DE SALUD ORAL DE LA OPS, 1994-1996

La fluoruración de la Región de las Américas para el año 2000

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	ACTIVIDADES
<p>Bolivia</p> <p>Hasta mayo de 1996, los informes de país indican la producción y distribución de sal fluorurada</p> <p>Cálculo de la población abarcada por el programa, un millón</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concluido Estudio de costo/beneficio para el programa de fluoruración de la sal "Análisis institucional para el desarrollo de un programa nacional de fluoruración de la sal en Bolivia." Propuesta presentada a la AID, el BID y la UNICEF 2. Concluido Encuesta nacional de escolares sobre CPOD y fluorurosis 3. Iniciado Estudio nacional sobre la concentración de flúor en el agua potable 	<ul style="list-style-type: none"> - La OPS realizó el estudio de costo/beneficio - La OPS ayudó en el diseño de la encuesta para el análisis de CPOD y de fluorurosis y datos - La OPS adiestró los recursos: encuesta epidemiológica nacional para CPOD y fluorurosis - La OPS adiestró los recursos para el estudio sobre la concentración del fluoruro en el agua potable
<p>Chile</p> <p>A partir de mayo de 1996, Santiago empezó un programa comunitario de fluoruración del agua en las ciudades</p> <p>Cálculo de la población abarcada por el programa, 3,6 millones</p> <p>Previsto para finales de 1996: fluoruración de 80% de toda</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concluido Diseño de sistemas de vigilancia epidemiológica para el programa de fluoruración de agua de la comunidad y otros programas de fluoruración 2. Concluido "Evaluación de costos y beneficios previstos del 	<ul style="list-style-type: none"> - La OPS diseñó el sistema de vigilancia epidemiológica para los programas de fluoruración del agua de la comunidad, incluyendo vigilancia de productos biológicos y químicos del fluoruro - La OPS culminó el adiestramiento de 440 profesionales dentales, en sistemas de vigilancia

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	ACTIVIDADES
<p>el agua comunitaria</p>	<p>programa de fluoruración del agua potable propuesto para la VIII Región, Chile"; concluido el estudio de costo-beneficio</p> <p>3. En ejecución Estudios sobre el punto de comparación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CPOD y fluorurosis - Excreción de fluoruro en la orina 	<p>epidemiológica para la fluoruración del agua de la comunidad y el manejo de los fluoruros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudio de costo-beneficio realizado por OPS/Ministerio de Salud - La OPS ayudó en el diseño de la encuesta para los estudios del punto de comparación
<p>Jamaica</p> <p>A septiembre de 1995, el país informa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CPOD-12 de 1,08 - Porcentaje de dientes permanentes sanos en todas las edades, 95 - Porcentaje de niños libres de caries dental (dientes permanentes), 61 - 85% de reducción de caries dental desde 1985 	<p>1. Concluido Encuesta nacional entre escolares sobre CPOD y fluorurosis, como parte de la primera evaluación del programa de fluoruración de la sal</p> <p>2. En ejecución Publicación en curso sobre "sistemas de vigilancia epidemiológica para los programas de fluoruración de la sal para Jamaica"</p> <p>3. Concluido Diseño de sistemas de vigilancia epidemiológica para el programa nacional de fluoruración de la sal</p> <p>4. En curso Vigilancia biológica y química de los fluoruros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La OPS diseñó los sistemas de vigilancia epidemiológica para el programa de fluoruración de la sal - La OPS ayudó en el diseño de la encuesta para CPOD y fluorurosis - La OPS adiestró recursos para la encuesta epidemiológica nacional para CPOD y fluorurosis - La OPS analizó los datos
<p>Ecuador</p> <p>Hasta abril de 1996, el país informa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Producción y distribución de sal fluorurada de un 97% 	<p>1. Concluido Estudio de costo/beneficio para el programa de fluoruración de la sal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La OPS realizó el estudio de costo-beneficio - La OPS ayudó en el diseño de la encuesta para los

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	ACTIVIDADES
<p>de toda la sal de mesa para el consumo humano en el Ecuador</p> <p>- Población calculada cubierta por el programa, 11 millones</p> <p>Nota: Proyecto financiado por FASBASE (Banco Mundial)</p>	<p>2. Concluido Estudio nacional sobre la concentración de fluoruros en el agua potable</p> <p>3. Concluido Encuesta nacional entre escolares sobre CPOD y fluorurosis</p> <p>4. Concluido Estudio sobre el uso de dentífricos en niños preescolares</p>	<p>recursos CPOD y de fluorurosis y adiestrados, incluyendo calibración de los examinadores</p> <p>- La OPS adiestró recursos para el estudio sobre la concentración del fluoruro en el agua potable</p> <p>- La OPS ayudó en todos los estudios del punto de comparación y adiestró recursos</p>
<p>Uruguay</p> <p>Aumento de la producción de la sal fluorurada para el consumo humano de 65% a 90%</p> <p>Cálculo de población atendida por el programa, tres millones</p>	<p>1. Concluido Diseño de sistemas de vigilancia epidemiológica para la fluoruración de la sal</p> <p>2. Legislación en curso para aumentar la distribución de la sal fluorurada a la mayoría de la población</p>	<p>- La OPS diseñó los sistemas de vigilancia epidemiológica para el programa de fluoruración de la sal</p> <p>- La OPS ayudó en la evaluación del control de calidad para la distribución de la sal</p>
<p>Colombia</p> <p>Evaluación de repercusiones sobre el programa nacional de fluoruración de la sal, en curso</p>	<p>1. En ejecución Encuesta en curso sobre CPOD y fluorurosis</p> <p>2. En ejecución En octubre de 1996, está en marcha el sistema de vigilancia para la fluoruración de sales</p>	<p>- La OPS está diseñando un sistema de vigilancia epidemiológica para el programa de fluoruración de la sal</p> <p>- La OPS está adiestrando recursos para la encuesta epidemiológica nacional de CPOD y fluorurosis</p> <p>- La OPS está ayudando en el diseño de la encuesta para los recursos CPOD y de fluorurosis y dando adiestramiento, incluyendo calibración de los</p>

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	ACTIVIDADES
		examinadores
<p>México</p> <p>Evaluación de repercusiones sobre el programa nacional de fluoruración de la sal en curso</p> <p>Cálculo de población atendida por el programa, 78 millones</p>	<p>1. <i>En ejecución</i> Encuesta sobre CPOD y fluorurosis</p> <p>2. <i>Concluido</i> Diseño de los sistemas de vigilancia epidemiológica para la fluoruración de la sal</p>	<p>- La OPS diseñó los sistemas de vigilancia epidemiológica para el programa de fluoruración de la sal</p> <p>- Recursos adiestrados de OPS/Ministerio de Salud para la encuesta de CPOD y fluorurosis</p>
<p>Honduras/República Dominicana/Nicaragua/Panamá</p> <p>Ejecución en curso de programas nacionales de fluoruración</p>	<p>1. <i>Concluido</i> Estudio de costo-beneficio para el programa de fluoruración de la sal</p>	<p>- La OPS realizó el estudio de costo-beneficio</p> <p>- La OPS está ayudando en el diseño del proyecto</p>
<p>Islas Caimán</p> <p>Hasta septiembre de 1995, el país informa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CPOD-12 de 1,70 - Porcentaje de niños sin caries dental (dientes permanentes) 60 	<p>1. <i>Concluido</i> Encuesta nacional de adultos y niños sobre CPOD y fluorurosis</p>	<p>- La OPS adiestró recursos y ayudó en el diseño de la encuesta y el análisis de datos</p> <p>- La OPS analizó los datos</p>
<p>Venezuela</p> <p>País informa inicio de producción de la sal fluorurada</p>	<p>1. <i>Concluido</i> Diseño en curso de los sistemas de vigilancia epidemiológica para la fluoruración de la sal</p>	<p>- La OPS está ayudando en los sistemas de vigilancia epidemiológica para el programa de fluoruración de la sal</p>
<p>Argentina</p>	<p>1. <i>En ejecución</i> Diseño en curso de los sistemas de vigilancia</p>	<p>- La OPS evaluó el programa de fluoruración del agua en Rosario y preparó atribuciones</p>

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	ACTIVIDADES
	epidemiológica para el manejo del programa de fluoruros 2. Informes de Rosario sobre los resultados preliminares de la encuesta CPOD de escolares	preliminares para el diseño del programa de fluoruración de agua para la capital federal y la provincia de Buenos Aires
Documento SILOS #42 "Vigilancia epidemiológica para los programas nacionales de fluoruración de la sal" Documento SILOS #43 "Manual para el proceso de producción de sal fluorurada"	- Está en curso la revisión final del documento SILOS #42 - Está en curso la revisión final del documento SILOS #43	- La OPS preparó los documentos SILOS #42 y #43

D. PRESUPUESTO DE SALUD ORAL DE LA OPS PARA EL BIENIO

ORGANISMOS DE FINANCIAMIENTO	1996-1997	1998-1999	TOTAL
Presupuesto ordinario de la OPS			
Puestos	276.000	276.000	552.000
No asignado a puestos	77.000	77.000	154.000
Apoyo a países de la OPS	90.000	90.000	180.000
Club Rotario Internacional (Bolivia)	30.000		30.000
Fundación W. K. Kellogg	694.000	56.000	750.000
Instituciones de crédito:			
Presupuesto ordinario del BID	200.000		200.000
Préstamo del Banco Mundial al país (Ecuador)	46.000		46.000
Otro apoyo institucional (ministerios de salud, centros colaboradores de la OMS, NIH/NIDR, CDC y colaboración interpaíses)	240.000	240.000	480.000
TOTAL GENERAL	1.653.000	739.000	2.392.000

CD40/20 (Esp.)
Anexo E

E. CE120.R6: SALUD ORAL

LA 120.^a REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el informe sobre la salud oral de la población de las Américas (documento CE120/12),

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución en los siguientes términos:

LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe sobre la salud oral de la población de las Américas (documento CD40/20);

Considerando las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización Panamericana de la Salud para el período 1995-1998 así como la estrategia regional de salud oral de la Organización;

Reconociendo que la salud oral es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en toda la Región de las Américas debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención, y

Reconociendo que la OPS ha cooperado con los países de la Región en el establecimiento de las bases conceptuales y técnicas para el desarrollo de políticas, infraestructuras y capacidades programáticas relacionadas con los programas nacionales de salud oral,

RESUELVE:

1. Hacer suyo el documento CD40/20 que describe la situación de la salud oral en la Región y las estrategias propuestas, destinadas a apoyar los esfuerzos gubernamentales para mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas preventivos de salud oral, así como fortalecer la organización y la prestación de servicios de salud oral en la Región.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que promuevan el establecimiento y desarrollo de programas nacionales de prevención de las enfermedades bucodentales con énfasis en la fluoruración del agua, la sal u otros vehículos como medida eficaz y eficiente para la disminución de la caries dental en la población;
 - b) a que promuevan el establecimiento o fortalecimiento de servicios nacionales eficientes y sostenibles de salud oral que sean accesibles a las poblaciones más necesitadas;
 - c) a que fortalezcan la capacidad técnica de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud oral de los grupos poblacionales más necesitados en sus países;
 - d) a que promuevan acciones de cooperación intersectoriales entre sus respectivos países para favorecer el adecuado desarrollo de los programas nacionales de salud oral.
3. Solicitar al Director:
 - a) que apoye el establecimiento y coordinación de alianzas estratégicas que promuevan y faciliten el desarrollo de la estrategia regional de la OPS para salud oral;
 - b) que estimule la cooperación técnica entre países en actividades que promueva la salud oral.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,
celebrada el 26 de junio de 1997)*