

HSD/SILOS-22

DESARROLLO Y
FORTALECIMIENTO
DE LOS
SISTEMAS LOCALES
DE SALUD

LA SALUD BUCAL



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

**DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO
DE LOS SISTEMAS LOCALES
DE SALUD EN LA TRANSFORMACION
DE LOS SISTEMAS NACIONALES
DE SALUD**

LA SALUD BUCAL



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.**

1993

ISBN 92 75 32089 6

©Organización Panamericana de la Salud, 1993

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Este documento toma como base las conclusiones del Taller sobre Salud Bucal en los Sistemas Locales de Salud, auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina (COSAL), la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA/ORAL), y la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina (OFEDO/UDUAL), con la participación de expertos provenientes de Bolivia, Colombia, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela, quiénes se reunieron en Sanare, Estado Lara, Venezuela, del 10 al 14 de noviembre de 1991. El Programa HSD de la OPS ha realizado la tarea editorial final.

CONTENIDO

Prólogo	v
Introducción	1
1. Situación de la salud bucal y práctica odontológica	3
1.1 La situación de salud bucal	3
1.2 La práctica odontológica	5
2. Lineamientos teórico-metodológicos	10
2.1 Participación social	10
2.2 Descentralización e intersectorialidad	15
2.3 Adecuación tecnológica	16
2.4 Docencia-servicio-investigación	17
2.5 Administración estratégica local	17
2.6 Cooperación técnica entre países	18
3. Lineamientos técnico-administrativos	18
3.1 Producción y difusión del conocimiento	18
3.2 Educación	19
3.3 Desarrollo de la infraestructura preventiva	20
3.4 Producción de servicios	21
3.5 Desarrollo de recursos humanos	23

4.	Acciones para operacionalizar el componente de salud	
	bucal en los SILOS	25
4.1	Mecanismo de coordinación local	25
4.2	Unidad de gestión	25
4.3	Unidad de servicios	26
	Referencias Bibliográficas	28

PROLOGO

Los países de la Región han reconocido que el proceso de transformación de los Sistemas de Servicios de Salud, constituye uno de los elementos fundamentales para acelerar y favorecer la Estrategia de Atención Primaria y el cumplimiento de la Meta de Salud para Todos en el Año 2000.

El logro de esta Meta exige profundas transformaciones sociales y económicas, promoviendo la descentralización, la participación social, y una efectiva articulación intersectorial.

Asimismo es fundamental la revisión de la orientación, organización y administración de los Sistemas Nacionales de Salud para alcanzar la mayor equidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

En la necesidad de identificar enfoques que permitan acelerar el avance en este proceso de transformación, los países de la Región y la OPS/OMS han aceptado que el fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud es una táctica operativa adecuada para impulsar la transformación propuesta y posibilitar la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria.

El compromiso asumido por los países y por la Organización para el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS, constituye uno de los ejes fundamentales de trabajo en la cooperación técnica de la OPS.

Es en este contexto que se ha considerado necesario formular los lineamientos teórico-metodológicos y técnico-administrativos para desarrollar el componente de Salud Oral como elemento básico de la salud integral de los individuos, la familia, y la comunidad. Dicho componente será incorporado en la administración y programación de los Sistemas Locales de Salud.

El documento que estamos presentando sobre SALUD BUCAL y SILOS constituye un aporte colectivo del personal de salud de los países y de la Organización Panamericana de la Salud, que consideramos contribuirá al desarrollo de esta importante area dentro de un enfoque integral e interdisciplinario, que tiene como propósito fundamental coadyuvar en nuestros esfuerzos por alcanzar mejores condiciones de salud y de vida para nuestras poblaciones.

Carlyle Guerra de Macedo
Director

INTRODUCCION

La transformación de los Sistemas Nacionales de Salud constituye el eje de las prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud para el próximo cuatrienio (1), las cuales son parte del enfoque de la meta SPT/2000 como respuesta social al problema de salud de la población y se basa en la estrategia de atención primaria, cuya fundamentación está dada por la participación comunitaria, la acción intersectorial, las diversas formas de enfrentar los problemas a través de la tecnología apropiada y, el reordenamiento del sector junto a la descentralización.

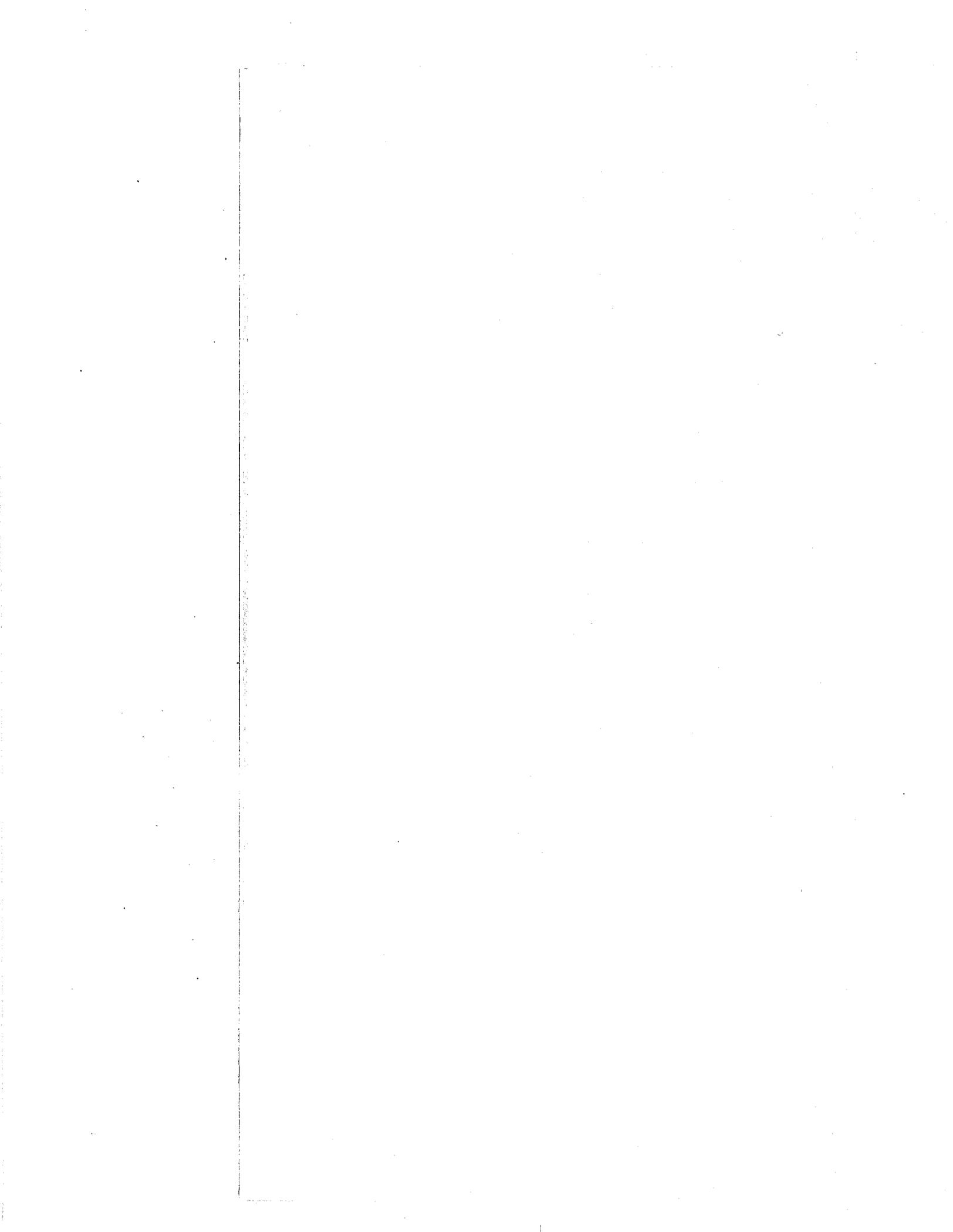
El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó en 1988 la Resolución XV, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de salud (2), con el fin de favorecer la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria y de hacer realidad la Meta de Salud para Todos en el Año 2000.

En los países se están desarrollando una serie de experiencias con particularidades propias, de acuerdo a las realidades nacionales y locales, que en conjunto significan una movilización y respuesta del sector a los procesos de democratización en América Latina. Por otra parte, los SILOS constituyen aportes estratégico-operacionales orientados al logro de la equidad, la eficiencia y la eficacia de los Sistemas de Salud (3).

El compromiso asumido por los países y por la Organización Panamericana de la Salud para el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS, constituye la línea fundamental de trabajo en la cooperación técnica de la OPS, e inscrita en ella es necesario desarrollar los elementos teórico-metodológicos y técnico administrativos para incorporar el componente salud bucal en el desarrollo de los SILOS.

Patricio Yepez, Asesor Regional
Salud Oral

José María Paganini, Coordinador Programa
Desarrollo de Servicios de Salud



1. SITUACION DE LA SALUD BUCAL Y PRACTICA ODONTOLOGICA (4)

1.1 LA SITUACION DE SALUD BUCAL

Las condiciones de salud bucal en el contexto latinoamericano se expresan como un verdadero mosaico epidemiológico en que se combinan problemas característicos de las sociedades llamadas subdesarrolladas con las de avanzado desarrollo en las cuales la estructura socio-económica y situación geográfica se manifiestan entre otros aspectos, por las condiciones de salud de la población, y como en el caso de la salud bucal por las posibilidades de acceso a la misma.

Las enfermedades bucodentales son tan comunes entre la población que algunos creen que su ausencia es anormal. Las razones aducidas para tan alta prevalencia oscilan entre factores relacionados con el estilo de vida de la población, los factores biológicos, los factores ambientales y la baja cobertura de los servicios odontológicos. Generalizando, es probable que en América Latina y el Caribe a la edad promedio de 30 años, el 70% de la población necesita de servicios de restauración y tratamiento odontológico. En un estudio en la Isla de Montserrat, por ejemplo, 30% de las mujeres han perdido sus dientes a los 30 años -un factor combinado de enfermedad y atención odontológica. Una realidad cada vez más dramática es que la caries dental sea especialmente común entre la población marginada y pobre, donde la prevalencia excede el 90%.

Estudios sobre caries realizados en algunos países muestran la elevada prevalencia de la enfermedad; así estudios efectuados en República Dominicana (Santiago de los Caballeros, 1980), y en 26 ciudades del país (1982) muestran porcentajes de 97% y 96.5% de población afectada respectivamente. En Argentina, un estudio realizado en 1984 dio como resultado que el 85% de la población estaba atacada por caries. En Nicaragua el estudio realizado en 1983 mostró índices de caries, igual a 6,4% para los escolares comprendidos entre 11 y 14 años, y en Venezuela el estudio del Distrito Maracaibo (1985) dio como resultado que únicamente el 8,8% de la población no estaba afectada por la enfermedad.

En Ecuador (1988) el estudio epidemiológico nos demuestra que más del 95% de niños examinados están afectados por caries. El 68% tiene gingivitis y al 26% le sangran las encías.

Estudios en Jamaica y Panamá han indicado tasas de prevalencia de enfermedad periodontal en niños, aproximadamente dos veces más alta que en Estados Unidos y en edades muy tempranas.

Los problemas de salud bucal que mayor mortalidad dentaria producen durante la vida del individuo son: la caries y las periodontopatías. Ambas son de alta prevalencia y severidad, y en ausencia de tratamiento progresan y destruyen los tejidos dentarios, con pérdidas de dichos elementos. Ambas enfermedades consumen la mayor parte de los recursos humanos, económicos y físicos que se destinan para salud bucal en los países de América Latina. A pesar de existir tecnología preventiva capaz de dominarlas, controlarlas y/o erradicarlas, la odontología continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja sin lograr cobertura amplia y se sigue ofreciendo al 90% de la población la exodoncia como única solución.

Si bien la caries dental y las periodontopatías constituyen los problemas mas frecuentemente detectados, existe una amplia patología conectada con el sistema estomatológico, que generalmente pasa desapercibida por el odontólogo y el médico, o por lo menos es detectada tardíamente. Nos referimos muy especialmente a los tumores bucales y las malformaciones congénitas del aparato bucal. En Brasil, por ejemplo, el 15.5% del total del cáncer detectado en el sexo masculino era de la cavidad oral y faringe (1976-1980). Este porcentaje fluctúa entre 17.8% en el noreste del país a 11% en el centro-oeste. Por otra parte, la relación íntima de la salud bucal con las enfermedades sistémicas como diabetes, la desnutrición, las infecciones focales, la salud ocupacional, las infecciones relacionadas con el SIDA, y accidentes (sobre todo de tránsito) hace mirar el problema de manera integral, y por lo tanto, debe incluirse en el estudio de todo el proceso salud-enfermedad.

La salud bucal es parte de la salud general y como tal debe expresarse al estudiar las necesidades de la población. Incluye el componente "dental" pero no es sólo eso, ya que se relaciona con los componentes dentoperiodontarios, los tejidos blandos y los osteomucosos de la región estomatológica, extendiéndose no sólo a la boca sino también a las regiones morfofisiológicas vecinas (articulación temporamandibular, maxilares, músculos, etc.), y el funcionamiento eficaz de todo el complejo estomatogmático. En otras palabras, la salud bucal no puede visualizarse únicamente como problema dentario. Las funciones de este componente poseen un valor intrínseco y son complementos del todo. Por lo tanto, sin su conservación, recuperación y mejoramiento no es factible alcanzar adecuados niveles de salud general (5).

1.2 LA PRACTICA ODONTOLOGICA

La práctica odontológica se manifiesta en la respuesta científico-técnico-social de la profesión para la solución de los problemas de salud bucal a través de sus componentes de producción de conocimientos, producción de servicios (prevención y atención) y desarrollo de recursos humanos, apoyada por la aplicación de la tecnología (6).

Sin embargo, en la Región, el panorama odontológico muestra que la práctica no se ha desarrollado de acuerdo a lo anteriormente enunciado. A pesar de que la relación odontólogo-población ha mejorado en la mayoría de los países, se estima que 90% de la fuerza de trabajo alcanza 10-15% de la población (7).

Varios factores podrían considerarse como limitantes principales, entre los cuales podemos identificar:

- El tipo de ejercicio profesional dominante, es individualista, lo cual funciona primordialmente con odontólogos concentrados en las ciudades, excluyendo a grandes sectores de la población que no tienen suficientes recursos económicos para sufragarla. Los servicios institucionales cubren en la mayoría de los países sólo a un pequeño porcentaje de la población (estimado dentro de un 5% hasta 10%) y es predominantemente de tipo mutilatorio. Fuera del área profesional, servicios odontológicos son prestados a gran cantidad de la población por los llamados "empíricos" que también ejercen mayormente odontología mutiladora (8).
- El modelo prevalente en la prestación del servicio, ya sea financiado por el propio paciente o por la agencia de la que es derecho-habiente, se caracteriza por actuar frente a la demanda, adopta un enfoque curativo de los problemas, es decir, actúa sobre daños terminales y muchas veces irreversibles y a un costo elevado (9).
- El desarrollo y utilización de personal auxiliar en odontología y programas para su preparación ha sido muy limitado en los países de América Latina -una clara distinción con lo que ha pasado en los países desarrollados de la Región y en el Caribe (10).
- La tecnología en uso en la odontología, en gran medida, data del tiempo en que los instrumentos mecánicos y los materiales dentales imprimían limitaciones a las técnicas

odontológicas. La odontología moderna ha logrado hacer suyos muchos de los avances tecnológicos, especialmente en relación con los aparatos de corte y los materiales utilizados en la prevención y restauración de las enfermedades dentarias. Sin embargo, paradójicamente, esto ha producido una elevación de los costos del servicio, con lo cual la odontología se ha convertido en un bien de consumo cada vez más inaccesible a la gran masa de la población (11).

Todas estas características tienden a reflejarse en la forma en que se imparte la docencia. Esta, a su vez, repercute en la formación de nuevos profesionales que ejercen una odontología insatisfactoria para la realidad socio-epidemiológica en la mayoría de los países del continente. El hecho que el ejercicio de la odontología se haya desarrollado de esta manera la ha hecho casi inaccesible para la mayoría de la población, por su alto costo y característica de los procedimientos. A pesar del grado de morbilidad e interés de la población no ha tenido prioridad en los programas de salud pública, siendo su acción hasta la fecha muy limitada (12).

Cuando se revisan los perfiles actuales de los servicios de salud bucal en muchos países, destaca por su importancia, la brecha que existe entre la disponibilidad de personal operativo y administrativo en los diferentes niveles. A este respecto, se nota en una encuesta recientemente llevada a cabo a través de un grupo de trabajo en la OPS/FDI, que en muchos países solamente el 0.1% de la fuerza del trabajo odontológico que desempeña sus funciones en el sector gubernamental era de nivel administrativo. En muchos países el Programa de Salud Bucal no participa en los procesos de toma de decisión, debido a que se encuentra localizado organizativamente dentro de alguna subdivisión de otros programas, como también en muy pocos países existe personal odontológico que tenga ingerencia en el proceso de toma de decisión a nivel central, lo mismo que a los demás niveles administrativos, dentro de los sistemas de salud (13).

Por otra parte, los indicadores actualmente utilizados en los servicios, tienden a dar gran énfasis al número de visitas de pacientes, estado de la enfermedad y acciones curativas, en vez de dar relevancia a las condiciones de salud general y de salud bucal de la comunidad. Por lo tanto, es necesario, que se dé énfasis considerable a este aspecto y al adiestramiento del personal. Además, debe incorporarse junto con el uso de la tecnología apropiada, como parte del desarrollo de los sistemas locales de salud.

En los últimos treinta años la situación descrita ha tenido y tiene una tendencia a un cambio decisivo, debido al aumento del grado de prioridad manifestado por la mayoría de los gobiernos y muy particularmente, por aquéllos que tienen resueltos, o en vías de resolverse, otros problemas en el campo de la salud. La magnitud de los problemas de salud bucal, especialmente los de caries dental y enfermedad periodontal, así como los de cáncer bucal, explican esta tendencia, sobre todo cuando implican un fuerte peso económico, el detectarse gran ausentismo escolar y laboral atribuidos a causas bucodentales. Lo anterior se refuerza por las necesidades actuales de una buena apariencia estética para las relaciones individuales, particularmente las de trabajo (14).

El abordaje de la situación bucodental debe orientarse de manera efectiva para atacar el problema en forma colectiva e individual antes que el paciente potencial se presente a la clínica para tratamiento.

La aparición insidiosa de las enfermedades bucodentales y la reacción hacia ellas en la mayoría de las culturas, ha llevado a una negligencia general en el mantenimiento de la salud bucal, hasta que se nota el defecto o dolor. Consecuentemente, en muchos países que se encuentran actualmente en las primeras etapas de la atención odontológica, y en los países en vías de desarrollo, se nota que la mayoría del tiempo los servicios públicos se dedican a atender emergencias o aliviar el dolor. Este enfoque de aliviar el dolor, aunque es humanitario, ha distorsionado el verdadero propósito, objetivo y capacidad de los servicios otorgados a través de instituciones gubernamentales y semiprivadas, a tal punto que es frecuentemente asociado en las mentes de personal no odontológico, como la base del programa de salud bucal (15).

Este problema de salud en la forma que ha sido abordado por la mayoría de los países, se refleja en la condición de salud bucal en América Latina que muestra actualmente sólo un 10% de la población con acceso a los servicios odontológicos. El incremento poblacional proyectado para lo que queda de siglo, aún contando con el eventual incremento de personal odontológico, señala que todavía quedarán 400 millones de personas sin fácil acceso a estos servicios (16).

"La magnitud del problema y la imposibilidad de solucionarlo a través de la odontología curativa, llevó a investigar diversas alternativas para prevenir la caries. Así, estudios realizados sobre la utilización del flúor en Evanston, Grand Rapids y Newburg (E.U.A.), entre 1946 y 1959 muestran un porcentaje de reducción de la incidencia de caries que oscila entre un 49%

y un 70%. Estudios más recientes como el de fluoruración de aguas de consumo en Medellín, Colombia, realizados entre 1968 y 1979, mostró una reducción de caries de 53.9%, y específicamente a los 8 años de edad de 72.25% y para las edades de 9 y 12 años entre 67.64% y 65.40% respectivamente. Sin embargo, agua fluorurada solamente llega a la mitad de la población en América Latina.

Por otra parte, estudios realizados en Suiza y Colombia, utilizando un vehículo alternativo para la ingestión de ion flúor, como es la sal de cocina, demuestran una capacidad preventiva de la caries dental similar a la que se observa cuando se utiliza agua fluorurada. En lo referente a la utilización del ion flúor en aplicación local, existe suficiente evidencia derivada de múltiples estudios realizados en diversos países que muestran una reducción del problema caries en orden de 21% en niños de 11 años en Suecia (Torrell y Erikson 1965), del 40% en niños de 10 y 11 años en Cuba (Padrón y Maiwald en 1979), de un 31.5% en niños de 11 años en República Dominicana (SESPAS, OPS/OMS, PNUD, 1983).

Otros resultados derivados de la aplicación de programas preventivos integrados, que combinan la utilización del ion flúor por vía sistémica y local, así como sellantes oclusales, muestran una reducción del índice de caries del orden de 70% (1978-1983, OPS/OMS, Kellogg, Gobierno de Bermudas).

En consideración a los estudios presentados se podría derivar que la prevención reduce los costos de atención por la elevada disminución de las necesidades de tratamiento. Así, a través de la fluoruración de agua de abastecimiento público, se obtiene una disminución en el costo de atención en salud bucal de 72.25% (Medellín, Colombia, 1979).

La relación costo-beneficio de los enjuagatorios de fluoruro de sodio en niños de 6 a 14 años en la República Dominicana fue de 1: 75.50, es decir, que por cada peso invertido en los enjuagatorios se habría economizado \$75.50 (República Dominicana, 1983) si se hubieran realizado obturaciones. En el programa preventivo integrado (flúor sistémico y local y sellantes oclusales) realizado en Bermuda 1983 (OPS/OMS-Kellogg), el costo fue de US\$11.96 por persona, incluyendo insumos, transporte y otros, lo que implica un costo seis veces menor a lo que se habría utilizado para restauraciones.

Por la magnitud del daño identificado en los estudios del problema caries y el análisis del costo-beneficio, se puede concluir que la medida más eficaz para hacer frente al gran

problema de las caries es la *Prevención*, la cual aplicada en forma masiva por los servicios del Estado, puede contribuir significativamente a mejorar la condición de salud bucal de la población, particularmente en la población infantil. En los lugares en los cuales dichos programas se están llevando a cabo, ocurre una baja dramática en la demanda de tratamientos de emergencia para aliviar el dolor. Cuando dichos servicios se brindan a poblaciones urbanas y rurales a una edad temprana, se posibilita la implementación de otro tipo de programas y actividades para la mayoría de la población" (17).

Ante la situación descrita, es evidente que el mayor énfasis en el desarrollo de sistemas locales de salud, debe concentrarse en la aceptación conceptual de la toma de decisiones a nivel local para una efectiva administración de los servicios dentro del enfoque de atención primaria (18).

El concepto de descentralización de los servicios enfoca ciertas áreas específicas que necesitan ser atendidas; la primera de éstas sería la aceptación de que las decisiones se tomarán a nivel local y que deberá integrar la gama de servicios de salud bucal a este nivel. A pesar que se ha dado énfasis en la mayoría de los casos a la prevención, se debe contar con facilidades para la atención de la comunidad en todos los niveles. Igualmente, el concepto de salud bucal dentro de un planteamiento colectivo debe ser determinado y evaluado sobre la base del sistema local de salud, y establecerse los mecanismos y procedimientos para orientar el programa de tal manera que la evaluación del impacto y los servicios esté fundamentada en el mejoramiento de la salud bucal comunitaria como un todo (19).

La implementación de servicios de salud bucal en los sistemas locales de salud también destaca la necesidad de contar con un efectivo sistema de suministro de información, y su procesamiento y análisis a nivel local y central. Esto implica no solamente el desarrollo de indicadores que incluyan los factores comunitarios mencionados anteriormente, sino también el desarrollo de un sistema de información más eficiente para el tratamiento de enfermedades y mejorar las condiciones de salud bucal, dando énfasis a la salud y no a la enfermedad.

Es necesario introducir una metodología que pueda ser implementada por personas que tengan un adiestramiento no totalmente formal en áreas de salud bucal y a quienes se les pueda adiestrar rápidamente para poder obtener información básica con una inversión limitada de parte de los servicios de salud comunitarios. Parece que el desarrollo de esta capacidad es esencial

dentro del concepto de la operación y evaluación del impacto de los sistemas locales de salud (20).

2. LINEAMIENTOS TEORICO-METODOLOGICOS

Al analizar el concepto de "salud bucal" en los SILOS se propone utilizar el concepto de *componente salud bucal* dentro de la atención integral de salud.

En el análisis de este concepto se acepta que el mismo corresponde a la "respuesta científico-técnico-social frente a las expresiones particulares del proceso de salud-enfermedad en sus niveles colectivo e individual; es decir, el abordaje de la práctica odontológica alternativa a las necesidades y problemas bucales prevalentes en la población" (21).

Por lo tanto, considerando la naturaleza dialéctica y la integralidad del proceso salud-enfermedad, la salud no se puede aislar o desintegrar en partes diferentes.

Considerando lo anterior como premisa fundamental y reconociendo el derecho de todo ser humano de disfrutar de una salud integral que le permita llevar una vida productiva y adecuada, se fortalece y enfatiza la necesidad de incorporar el componente salud bucal a los SILOS por cuanto éstos representan y son el escenario en el cual se debe concretar y aplicar la estrategia de atención primaria de salud, como paso fundamental en el proceso de búsqueda y consolidación de una salud para todos en nuestros países (22).

La incorporación del componente salud bucal en los SILOS requiere, además, analizar con mayor "profundidad" el concepto y aspectos fundamentales de la estrategia de APS; a saber: participación social, descentralización, interdisciplinariedad, multiprofesionalidad, intersectorialidad y tecnología apropiada (23).

2.1 PARTICIPACION SOCIAL

"El aspecto fundamental para el desarrollo de los SILOS lo constituye el apoyo a los procesos de participación social. La actuación de la participación social y su dirección hacia la atención a la salud requiere de estrategias flexibles que vehiculicen la expresión de los grupos formales e informales y de las instituciones sectoriales que están presentes en un territorio dado. Es necesario, a la vez, que se incentive la articulación de tales grupos e instituciones para

elaboración y ejecución de propuestas concretas.

La estrategia para tal fin debe viabilizar la deliberación entre el conjunto de actores organizados (comunitarios e institucionales) sobre los problemas de salud y su atención. Además, debe promover la concertación entre los diversos actores sociales sobre lo que se debe hacer para mejorar la atención de la salud, las formas cómo lograrlo y sobre compromisos y responsabilidades a asumir. Los procesos de deliberación y concertación se deben apoyar en la consulta continua a la población a través de las organizaciones existentes en los SILOS.

La activación de los procesos mencionados requiere tener en cuenta las posibilidades de deliberación y concertación existentes en las comunidades, y de la ampliación o apertura de nuevas posibilidades donde puedan realizarse análisis colectivos y programas concertados mediante la planificación participativa, así como de un proceso continuo de desarrollo de recursos humanos" (24).

En ese sentido, la participación comunitaria conceptualizada como "acción comunitaria" se entendería como el trabajo desarrollado por los grupos organizados de la población en su propio ámbito de trabajo, de manera tal que éstos a través de sus propias formas de organización puedan diseñar, ejecutar, administrar, controlar y evaluar, dándole seguimiento a las actividades y programas integrales que den respuesta a sus necesidades (25).

A este respecto, y acorde con la declaración de Picalquí, Grupo de Trabajo sobre Acción Comunitaria, Picalquí, Ecuador, 1991 - Centro OMS-OFEDO/UDUAL, se menciona a continuación las SUGERENCIAS METODOLOGICAS PARA LA ACCION COMUNITARIA EN SALUD, las cuales deberán ser observadas en proceso de incorporación del componente bucal de la salud a los SILOS (26):

Respeto al proceso comunitario

Los programas no deben ser definidos exclusivamente por las instituciones sino en el seno de la propia organización comunitaria, con la finalidad de que no se altere su vida cotidiana.

Producción de conocimientos locales

El conocimiento integral de la comunidad (costumbres, creencias, formas de vida,

ocupaciones, liderazgo, situación de salud, necesidades, situación económica, prácticas, etc.) permite resolver problemas. Es necesario, por lo tanto, facilitar el conocimiento local, sin alterar sus formas de organización.

Reconocimiento de las organizaciones

El trabajo debe apoyarse en las organizaciones de la comunidad. La organización, con el control de las actividades, beneficiará la comprensión de su problemática, y estimulará el trabajo comunitario, organizado, sistemático fundamentado en políticas integrales de lo institucional y lo comunitario, sin aislarse del contexto y desenvolvimiento de las comunidades.

Redefinición conceptual permanente

Discutir, reflexionar y reformular sistemáticamente, con la propia organización, las estrategias y las metodologías de acción.

Integralidad de los proyectos de acción comunitaria

Las intervenciones de salud no deben ser independientes ni desvinculadas de la vida de la comunidad. Deben insertarse dentro de la jerarquización e identificación de las necesidades de la propia comunidad.

Articulación del trabajo entre las diversas comunidades

Hay que posibilitar el intercambio de experiencias y conocimientos entre las distintas comunidades y sectores sociales que permita aportar y recibir nuevos conocimientos y experiencias, con la finalidad de constituir verdaderos sistemas locales de salud, ahorrar recursos y alcanzar objetivos integrales.

Servicio integrado

El servicio integrado permite que la propia organización controle su funcionamiento. La gratuidad del servicio no permite, con frecuencia, la organización de la demanda, ni cuestiona el producto final.

Eliminación de barreras

La nueva concepción del servicio debe romper las barreras del espacio físico, y eliminar las culturales e institucionales, a tal punto que la propia comunidad se convierta en el eje de atención de salud dentro del contexto de la vida cotidiana, en concordancia con su propia realidad integral.

Establecimientos de mecanismos de comunicación

Establecer un lenguaje común que permita un entendimiento entre las instituciones y las comunidades. El abordaje a la comunidad no debe convertirse en un atropello de las instituciones a la comunidad. Deben elegirse los miembros más adecuados para llevar adelante los contactos que permitan posteriormente una buena relación institución-comunidad.

Operativización local

La planificación y ejecución de acciones comunitarias de salud deben responder a las características sociales, ecológicas, organizativas y biológicas de cada comunidad.

Transferencia mutua de conocimiento entre los profesionales y la comunidad

Deben crearse los mecanismos para que la comunidad se apropie del saber de los profesionales. El proceso de devolución del conocimiento implica la vinculación con la comunidad para proporcionar los conocimientos y tecnologías adecuadas y recibir, a su vez, otros conocimientos y tecnología por parte de la comunidad.

Adecuación tecnológica

Identificación, valoración y utilización de tecnología apropiadas (instrumentos, procedimientos, conocimientos, prácticas, recursos naturales y humanos, etc.) que vialicen y optimicen las condiciones de vida saludable.

Capacitación del personal

La formación de los recursos humanos en salud debe ser modificada. Debe encontrarse

una nueva concepción del perfil profesional que garantice conocimientos de la vida social de las comunidades, de la unidad y diversidad de la vida cotidiana sin renunciar al rigor científico y técnico que la formación exige. Deben revisarse, por tanto, los objetivos curriculares y el pensum de estudios requeridos al área social. El manejo teórico-conceptual debe superar las interpretaciones biológicas.

Selección rigurosa del personal profesional

El personal debe sentirse identificado y profundamente sensibilizado para este tipo de trabajo. La adaptación del profesional a la comunidad requiere incluso aceptar horarios que no son propios de las instituciones, aceptar el trabajo determinado por la propia comunidad. Este mecanismo podrá asegurar la continuidad del trabajo en salud.

Modificación de jerarquías

La jerarquía dentro del equipo de salud vinculado a la comunidad debe ser modificada.

- a. El equipo de salud debe incluir a profesionales de diversas áreas del conocimiento, buscando constituir equipos interdisciplinarios.
- b. El responsable del equipo de salud será aquél que tenga mayor comprensión de la situación comunitaria, independientemente de su profesión.
- c. El equipo de salud debe incorporar a miembros de la comunidad.

Transferencia de recursos

Canalizar el financiamiento de los programas, dotar de los recursos que correspondan para que puedan ejecutar sus planes. Este financiamiento y transferencia de recursos, no debe implicar control unilateral de parte de la institución sobre el proyecto comunitario.

Asesoría técnica

El equipo de salud debe asesorar y apoyar a las organizaciones en función de las necesidades que ellas mismas planteen. Los miembros del equipo de salud deben abstenerse,

en la medida de lo posible, de planificar acciones sin la intervención de la organización.

Organización interinstitucional

Es necesario establecer vinculación con otras instituciones involucradas en la comunidad, ya que de esta manera se podría integrar y armonizar los trabajos, los recursos y demás componentes para el bienestar comunitario y para evitar contradicciones nocivas.

2.2 DESCENTRALIZACION E INTERSECTORIALIDAD (27)

La descentralización así como la intersectorialidad, se constituyen en lineamientos necesarios y factibles en el proceso bajo discusión, tomando en cuenta que estos lineamientos no pueden referirse únicamente a las actividades que pueda desarrollar el equipo técnico de salud en sus labores de apoyo y asesoría a la acción comunitaria, sino que es preciso que se observen en los propios espacios geográficos y sociales de dicha acción: los SILOS.

La descentralización y la desconcentración se ven como elementos vitalizadores del desarrollo de los sistemas locales de salud, que deberán ser instrumentados en coherencia con la organización política y administrativa de cada país. En este orden de ideas, será necesario analizar las posibilidades e identificar los factores restrictivos y facilitadores que contribuyen o inhiben la operatividad de estos procesos administrativos.

La descentralización como hecho social es un proceso esencialmente político que tiene expresiones jurídico-administrativas y que resulta alimentada por procesos económicos, culturales, históricos y geográficos; es una propuesta de cambio en el uso y la distribución de poder en el sector y en la sociedad.

Para que el proceso se cumpla, son necesarios ciertos requisitos, tales como (28):

- Firme decisión política de llevar adelante este proceso efectivamente. Lo ideal es que la decisión sea de gobierno y de carácter global. En todo caso, se puede llevar a cabo el proceso, aunque con mayores dificultades, si la decisión de gobierno es solamente sectorial.

- Transferencia del poder político necesario desde el nivel central, no sólo a través de disposiciones legales y administrativas, sino transfiriendo efectivamente los recursos financieros, económicos, humanos, tecnológicos, etc., necesarios.
- Desarrollo del poder político local, dado en parte por el manejo directo de los recursos, principalmente financieros y económicos, pero sobre todo por la formación de una base de sustentación política a través de la participación directa, activa y pluralista de las organizaciones de la comunidad.
- Desarrollo de la capacidad de gestión en la prestación de servicios, lo que significa una capacidad técnica en la coordinación de recursos y en la definición, ejecución y evaluación de las actividades de salud.

El desarrollo de políticas de salud de **carácter intersectorial** como una estrategia básica de la atención primaria deberá encontrar un adecuado ámbito de ejecución a nivel local. Todo esfuerzo de desarrollo de la salud con un enfoque amplio exigirá la conjunción de todas las fuerzas sociales y económicas con el propósito del bienestar colectivo. La intersectorialidad y la participación social son así dos fuerzas fundamentales para el desarrollo de los SILOS.

A nivel comunitario, el enfoque intersectorial debe expresarse en atención integral de las necesidades básicas, particularmente de los grandes grupos poblacionales que tienen menos acceso a los beneficios del desarrollo. En el plano nacional, la coordinación intersectorial debe significar un soporte articulador de recursos financieros y de cualquier otro tipo para satisfacer las necesidades básicas. Tanto en el plano local como en el nacional es necesario considerar el desarrollo de la salud como una parte integrante del bienestar, privilegiando las acciones de promoción de la salud.

La propuesta de desarrollo intersectorial está ligada al concepto de comunidades saludables en donde todos los sectores aportan para lograr esa meta social y económica.

2.3 ADECUACION TECNOLOGICA

Al analizarse la **tecnología apropiada** se enfatiza que necesariamente debe referirse a la identificación, valoración y utilización de tecnologías apropiadas y adecuadas que viabilicen y permitan el desarrollo de las acciones de salud, a través de un proceso de transferencia mutua

de conocimientos con la población, reconociendo y contrastando permanentemente el saber y prácticas populares en salud con el conocimiento científicamente fundamentado en todo el proceso de desarrollo y fortalecimiento de los SILOS.

2.4 DOCENCIA-SERVICIO-INVESTIGACION (29)

El modelo docencia-servicio-investigación (D.S.I.) es fundamental en el proceso de incorporación del componente salud bucal en los SILOS.

En ese sentido se entiende que la docencia-servicio-investigación es un modelo educativo que persigue la transformación de la práctica de salud para de esta manera contribuir a mejorar el perfil del proceso salud-enfermedad de la población.

La D.S.I. se fundamenta en el conocimiento de la realidad concreta en sus ámbitos locales (incluida la caracterización de los modelos de atención vigentes; es decir, la práctica hegemónica de salud) para poder enfrentar a través del estudio-trabajo el problema de salud integral, el cual acorde con las políticas y compromisos regionales, debe abordarse en los SILOS, con la estrategia global de atención primaria.

En otras palabras, la D.S.I. viabiliza el desarrollo de los SILOS al permitir la formación de un recurso humano comprometido, que responda a las necesidades de salud, a través de un curriculum que se construya en una realidad concreta con la conjuunción de esfuerzos de los actores sociales que en ella interactúan, incluido, desde luego, el gremio.

En torno a estos aspectos metodológicos y, en particular, a la D.S.I., se recomienda más específicamente la inclusión en el curriculum de las instituciones formadoras, de un conjunto de elementos básicos, relacionados con la capacitación administrativa, epidemiológica, de liderazgo y trabajo en equipo, que incluyan la estrategia de APS, los SILOS, la prevención, con énfasis en la fluoruración, la planificación y administración estratégica local, entre otros.

2.5 ADMINISTRACION ESTRATEGICA LOCAL (30)

La administración estratégica local (AEL) es considerada como otro de los lineamientos fundamentales, puesto que para la jerarquización de las actividades del componente (relacionadas con la investigación, educación, prevención, reparación, rehabilitación y

capacitación) se debe partir del perfil socio-epidemiológico y de los niveles de riesgo de la población, los cuales serán determinantes de la ejecución de estas actividades que necesariamente fundamentan el eje del plan operativo local que debe contener elementos de la investigación operativa.

En el desarrollo de dichos planes la utilización del personal de salud y de los recursos debe estar de acuerdo con las prioridades establecidas; por lo tanto, en la distribución técnica del trabajo social de los miembros del equipo de salud, sus funciones deberán estar en concordancia con el nivel en el que están ubicados y capacitados.

Se entenderá que las funciones de la AEL (conducción, programación y gerencia) con sus simultaneidades y aplicaciones deben estar presentes en todo el proceso, desarrollo y fortalecimiento de los SILOS.

2.6 COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

La cooperación técnica (CTP) entre países constituye un aspecto fundamental en este proceso de incorporación del componente salud bucal a los SILOS, según opinión de los grupos porque permite y visualiza el intercambio de experiencias, personal e información tecnológica en torno al apoyo y fortalecimiento de los SILOS. La CTP permite el desarrollo de tecnologías aplicadas a través de acciones conjuntas en el nivel fronterizo (31).

3. LINEAMIENTOS TECNICO-ADMINISTRATIVOS

3.1 PRODUCCION Y DIFUSION DE CONOCIMIENTOS (32)

El proceso de producción de conocimientos es indispensable en la atención de salud en general y en la salud bucal en particular. La situación socio-económica, cultural y de salud, varía considerablemente de un país a otro, de una comunidad a otra, y aun dentro de una misma comunidad, de un sector poblacional a otro; por tanto, sólo a través del estudio de cada realidad específica, podrá lograrse el conocimiento necesario para la planificación adecuada y la ejecución de la atención primaria; de ello, precisamente, deriva que los principales tipos de investigación a ser incluidos sean el socio-epidemiológico y el de servicios de salud.

La investigación que debe desarrollarse prioritariamente en apoyo al componente salud bucal es la socio-epidemiológica. Esta es prioritaria, por cuanto conduce al conocimiento objetivo de la realidad regional, nacional y local, respecto de la producción y distribución de la salud-enfermedad bucal y de sus determinantes y condicionantes. El diagnóstico socio-epidemiológico se elabora a partir de la indagación sistematizada de cuatro aspectos fundamentales (33):

- a. La política de salud bucal, que incluye principalmente lo relacionado con ideología, situación jurídica y asignación de fondos.
- b. Lo socio-económico y demográfico que comprende, entre otros aspectos, producto nacional bruto, principales ramas de la economía, población, distribución demográfica, zonas geográficas, niveles educacionales, ocupación, ingresos familiares y per cápita, etc.
- c. Sistemas de servicios de salud bucal, identificando las instituciones de servicios existentes; estructura administrativa y ubicación de la unidad de salud bucal; recursos utilizados; costo de los servicios; infraestructura de tipo preventivo; número, distribución y utilización de los recursos; etc.
- d. Situación de salud-enfermedad, expresada en indicadores epidemiológicos referidos a los principales problemas que afectan la cavidad bucal: caries, enfermedad periodontal, maloclusiones, necesidades de prótesis, así como en indicadores globales de salud bucal.

También con carácter prioritario es necesario realizar investigaciones operativas que permitan el perfeccionamiento del programa, tales como evaluación de los distintos modelos de atención odontológica, estimación de la relación costo/beneficio de los programas, etc. Además, las investigaciones clínico-patológicas y bio-patológicas en general, deberán efectuarse de acuerdo con la disponibilidad de recursos y tomando como base para la asignación de fondos la importancia que cada problema tenga en los países.

3.2 EDUCACION (34)

Es en esencia el proceso de intercambio de experiencia y conocimientos entre la comunidad y el equipo de salud, e implica, además, el mejoramiento educativo de la población. Incluye desde la articulación de los servicios con las organizaciones comunales, hasta el desarrollo de programas específicos dirigidos a la educación comunitaria. La acción educativa tiene como objetivos básicos:

- a. El contribuir a la elevación de la conciencia colectiva crítica, y estimular su participación en las labores de atención primaria, así como,
- b. Apoyar los subprogramas de prevención y tratamiento.

Debe entonces desarrollarse un programa a través de la incorporación de los contenidos de educación en salud al curriculum de educación básica para que los maestros y los escolares tengan conocimientos sobre la boca, tejidos blandos y dientes, y la necesidad de mantenerlos limpios y sanos, con inspección regular, limpieza y remoción de placa dentaria. Indicar técnicas y materiales sencillos y disponibles para identificar la placa dental sobre los dientes y cómo quitarla; también, técnicas, instrumentos y materiales para limpiar los dientes en distintas situaciones, dependiendo de la disponibilidad de productos y la capacidad económica.

3.3 DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA PREVENTIVA (35)

La eliminación de la placa bacteriana y la aplicación sistemática de flúor deben ser las piedras angulares sobre las cuales debe sustentarse todo programa de prevención que aspire a controlar la enfermedad. Ello constituye la infraestructura preventiva para reducir y controlar el problema de caries, y, como consecuencia, lograr que los recursos sean más eficientes. La fluoruración deberá hacerse utilizando como vehículo el agua en las grandes ciudades y en aquellas comunidades en donde sea técnicamente posible. Podrá usarse también la sal como vehículo de aplicación, por cuanto produce un efecto preventivo equivalente al logrado con la fluoruración del agua.

Cuando se intenta utilizar el agua como vehículo del flúor, debe tratar de comprometerse al organismo local que administra el sistema de abastecimiento del agua potable para asegurar la aplicación. Este organismo hará la parte técnica, siendo recomendable que la unidad técnica de salud bucal asuma el control de la dosificación.

Ya sea que se use el agua o la sal fluorada, dicha medida deberá complementarse con otros métodos que incrementen la fuerza de la prevención, como son las auto-aplicaciones con soluciones de fluoruros. Estas pueden ser aciduladas o neutras. Si son de concentración alta, se debe reducir el número de aplicaciones. Se recomienda usar Fluoruro de Sodio al 2% en 4 auto-aplicaciones durante 4 días consecutivos. Previamente se debe hacer un cepillado completo para eliminar la placa bacteriana.

Este sistema permite alta cobertura (10.000 escolares por auxiliar/año) y cumple varios objetivos:

- Previene caries.
- Previene periodontopatías.
- Mejora higiene oral.
- Crea hábito de cepillado.
- Buena cobertura.

Asimismo comprende varias etapas:

- Enseñanza de cepillado, precedido por charla de motivación y explicación; autoprofilaxis (cepillado); enjuague (con agua); autoaplicación de fluoruro de sodio al 2%, 15 cc durante 4 minutos.
- La secuencia indicada se hace una sola vez por año en cada escuela. Se recomienda efectuarla durante 5 días escolares consecutivos (lunes a viernes). El lunes se realizan las charlas de motivación y explicación, seguidas de la enseñanza de cepillado en toda la escuela. El martes, miércoles, jueves y viernes se realiza la autoprofilaxis (cepillado), seguida de la autoaplicación de fluoruro de sodio (previamente pesado), en un galón de agua obteniendo una solución acuosa al 2%.
- Una alternativa es aplicar los enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2% semanalmente o cada dos semanas, durante todo el año escolar. En este caso los requerimientos de recursos humanos son mayores, por lo cual es deseable buscar que los maestros asuman esa responsabilidad, evitando que suba excesivamente el costo del programa. Este abordaje permite reforzar periódicamente el hábito del cepillado.

3.4 PRODUCCION DE SERVICIOS (36)

Las acciones de tratamiento deben estar dirigidas al control de la infección, a la eliminación del dolor y de la hemorragia, y a la solución de los problemas prioritarios de caries dental y enfermedad periodontal. Incluye desde actividades curativas elementales hasta las acciones resolutivas básicas, según las prioridades establecidas en cada país.

El impacto social producido por una población ampliamente mutilada o con serias disfunciones masticatorias que sigue marginada de los servicios de rehabilitación, obliga a la inclusión de éstos en los programas de atención primaria. Sin embargo, esa inclusión deberá entenderse como una ampliación de la atención a que tiene derecho la población, y no como una acción tendente a desplazar el carácter prioritario de los problemas de caries y enfermedad periodontal.

La atención odontológica se debe sustentar en los principios del enfoque de riesgo. Siendo los principales problemas caries y enfermedad periodontal, debe atenderse a los grupos de población más vulnerables: los escolares entre 5 y 12 años. Se sugiere empezar con las edades inferiores y aplicar los lineamientos descritos más adelante.

Es importante que los niños comprendidos en el programa escolar, además de recibir el contenido teórico sobre higiene y salud bucal, las prácticas de autoprofilaxis (cepillado), protección con flúor y tratamiento completo de caries y periodontopatías, reciban también muy claramente el mensaje político de que "la salud es un derecho de todos", con lo cual aprenderán a exigir que la atención se les brinde sin interrupciones.

El problema de caries se atenderá de la siguiente manera (37):

- a. **Prevención:** Fluoración del agua de la sal; remoción de placa; cepillado y limpieza interdentaria; autoaplicaciones de pastas de cloruro de sodio (sal común) y bicarbonato de sodio; eliminación de contactos prematuros.

Se recomienda realizar un cepillado y limpieza interdentaria con una pasta cremosa preparada con un poco de agua tibia, sal común y bicarbonato de sodio (en partes iguales). En caso de ser posible, esta pasta debe ser usada frecuentemente en aquellas personas con problemas gingivales.

- b. **Atención odontológica**

Operatoria: obturaciones con amalgama, silicatos, resinas y materiales de duración intermedia. Se recomienda utilizar amalgamas en los dientes permanentes y, por razones de costo, material de obturación de duración intermedia en los dientes temporales.

Endodoncia: Terapia pulpar (recubrimiento, momificación); tratamiento de conductos radiculares.

Exodoncia: De residuos radiculares.

El problema de enfermedad periodontal se atenderá en la siguiente forma:

a. **Prevención**

- Remoción de placa: cepillado y limpieza interdental.
- Eliminación de contactos prematuros.

b. **Atención odontológica**

- Detartraje, curetaje y alisado radicular.
- Tratamiento de gingivitis y otras periodonpatías.
- Autoaplicaciones de soluciones saturadas de sal común y pastas de bicarbonato de sodio y peróxido de hidrógeno (agua oxigenada).

Para aquellas personas con gingivitis severas y/o sacos o bolsas periodontales se recomienda que durante dos semanas (1 vez al día) y luego de la limpieza interdental, realicen un enjuagatorio (1 minuto) con una solución de agua tibia saturada de sal común. Luego se prepara una pasta gruesa y cremosa de bicarbonato de sodio y agua oxigenada. Esta pasta se frota con los dedos sobre los dientes y espacios interdenciales y con un palillo se introduce dentro de los espacios interproximales y sacos (bolsas) periodontales. Se esperan varios minutos (2 a 4 min.) y se realiza de nuevo el enjuague con la solución saturada de sal.

Por otra parte, dado los cambios en el perfil demográfico de la población que está generando un incremento significativo en el grupo etáreo de 60 años y más, es necesario también considerar en las políticas nacionales de salud bucal, y en particular, en los SILOS, la incorporación del componente Gero-Odontológico como parte integral de la salud del anciano.

3.5 **DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

De acuerdo a su participación en el SILOS, el entrenamiento de los recursos humanos se plantea por niveles, para lo cual se señalan algunos aspectos técnicos que deben ser tomados en la capacitación del personal para su efectiva incorporación (38).

Primer nivel: corresponde a la población de la jurisdicción de los SILOS, individuos y familias. Se dará énfasis a la salud bucal, con énfasis en la prevención de las enfermedades: caries y enfermedad periodontal y a la resolución de estos problemas en caso de enfermar.

Se deberán capacitar a miembros de la comunidad y líderes comunitarios, a fin de promover, junto con el equipo de salud, reuniones abiertas, realizar foros, talleres y todas las actividades que permitan intercambio de conocimientos en la localidad.

Se deberá promover en los grupos escolares la incorporación formal de Educación para la salud, en donde se incluyan distintas actividades para la capacitación y participación del personal docente.

Segundo nivel: La formación del personal polivalente en donde se adiestra al personal de la comunidad, personal del equipo de salud que no tenga una preparación formal en la Odontología, enfermeras, auxiliares de medicina simplificada, trabajadores sociales, médicos, etc. De acuerdo al tipo de personal se diseñarán actividades educativas con un contenido de mayor o menor complejidad, pero lo fundamental es que se indiquen acciones para la implantación y mantenimiento de las acciones preventivas. El trabajo de capacitación recae en el personal auxiliar, odontólogos y estudiantes.

Tercer Nivel: La actualización y reubicación del recurso humano odontológico existente en los servicios de diversa complejidad y por niveles de atención. Para que el recurso humano odontológico desempeñe un papel activo, debe enfatizarse su formación e interacción comunitaria: asimismo, se requiere que sea entrenado en el desarrollo de acciones tales como talleres, foros, seminarios y en el uso de los recursos audiovisuales. Por otro lado, se deben incluir aspectos administrativos y de servicio, recolección de información y análisis preliminar. Por último, deberá constituir una estrategia continua de este proceso el realizar cursos de educación continua global que incluyan desde las relaciones comunitarias más sencillas y capacitación para trabajo en equipo, hasta las técnicas biomecánicas necesarias para el normal complemento de sus tareas cotidianas en los niveles de atención.

Es importante señalar la significación de los SILOS en el desarrollo del proceso docencia-servicio, el cual configura un espacio de trabajo en el que pueden generarse cambios cualitativos importantes en la formación de recursos humanos como en la producción de servicios.

4. ACCIONES PARA OPERACIONALIZAR EL COMPONENTE DE SALUD BUCAL EN LOS SILOS

Las acciones propuestas se refieren al desarrollo del componente de salud bucal en la Unidad de Gestión y en la Unidad de Servicios, con un mecanismo de coordinación local previo a la aplicación de las acciones en dichas unidades (39).

4.1 MECANISMO DE COORDINACION LOCAL

Como un apoyo a la profesión organizada y su expresión en las respectivas unidades del ILOS, se sugiere la instrumentación de un mecanismo de coordinación local de la odontología, con participación del gremio, los servicios y la docencia, donde sea factible, a fin de identificar, diseñar y articular las estrategias de operacionalización local. El recurso humano odontológico que forma parte de la unidad de gestión local es el responsable del desarrollo de este mecanismo, el cual se expresará de acuerdo a las particularidades del gremio, los servicios y la docencia en el SILOS.

4.2 UNIDAD DE GESTION

Dado que en esta unidad se realiza una propuesta de programación de indicadores locales entre otras actividades, la profesión odontológica debe participar a través de estas acciones:

- a. Diagnóstico cuali-cuantitativo local de la red de servicios.
- b. Evaluación de la tecnología, eficacia, efectividad e impacto y la eficiencia de las actividades y de las distintas áreas de la administración y gestión de la salud.
- c. Definición de los mecanismos de participación de la población en el pronóstico, decisión, ejecución y control de las acciones de salud.
- d. Desarrollo del diagnóstico situacional del SILOS.
- e. Programación de cursos de formación y actividades de educación continuada para todos los recursos humanos ubicados en los distintos niveles del sistema de salud en concordancia con los diferentes niveles de autoridad, responsabilidad y los deberes de cada cargo.
- f. Diseño de los mecanismos de coordinación sectorial con las distintas unidades de servicios del sistema en cuanto a las modalidades de atención.

- g. Identificación de los programas de docencia-servicio a fin de integrar la docencia con el servicio y la investigación.

4.3 UNIDAD DE SERVICIOS (40)

En el desarrollo de la unidad de servicios deberá tomarse en cuenta las modalidades de atención identificadas en el diagnóstico cuali-cuantitativo de la red de servicios y las prioridades programáticas de cada institución, a fin de programar un sistema de atención por niveles con los recursos disponibles en el SILOS. En relación a las modalidades identificadas éstas pueden resumirse en dos tipos:

- a. Población en general: Tomando en cuenta que la responsabilidad de atención la constituye la población en general de un SILOS, se considera como prioridades para la misma las siguientes:

- Niños de 3 a 15 años escolarizados o no.
- Embarazadas.
- Adultos.

Las características propias de cada SILOS y sus recursos determinará la forma de programación y la articulación de dichos recursos. Sin embargo, debe recordarse que la odontología tiene definidas para cada nivel de atención sus actividades, recursos humanos y localidades para el sistema integral de atención por niveles. El planificador en salud bucal debe utilizar esta herramienta cuando intente implantar programas de atención para caries y enfermedades periodontales.

- b. Escuelas: La programación de la atención en las escuelas deberá planificarse tomando en cuenta las siguientes actividades:

- Ajustarse en el diseño de la programación al calendario escolar.
- Considerar como prioridad de atención a los escolares de 5 a 12 años.
- Darle difusión a la programación en la escuela comenzando con las autoridades de mayor jerarquía y tomando en cuenta a todo el personal: docente, administrativo y obrero.
- Obtener autorización escrita de los padres para el tratamiento de los niños.

- El odontólogo escolar tendrá la responsabilidad de realizar un levantamiento epidemiológico con el apoyo del odontólogo coordinador del programa preventivo y utilizando el recurso humano que considere oportuno.
- El odontólogo escolar podrá aplicar un sistema de atención que le permita cubrir la escuela comenzando por los primeros grados (por razones prácticas puede hacerlo también por edades); este procedimiento le da la oportunidad al Odontólogo de sanear la escuela en un período determinado de acuerdo al número de alumnos a ser atendidos.

El sistema de información debe incluir:

- Historia clínica por paciente; con Rx si puede.
- Registro de actividades diario y mensual.
- Hoja de informe del programa preventivo (teórico y práctico).
- Hoja de pedido.
- Hoja de inventario.

Actividades de tratamiento:

Caries, obturaciones, extracciones, terapia pulpar (momificación, tratamiento de conducto y recubrimiento a criterio del Odontólogo).

- Actividades preventivas:

El odontólogo deberá desarrollar actividades preventivas en la escuela como parte de su plan de trabajo orientado al uso del fluoruro en cualquiera de sus formas. En aquellos casos donde sea factible estas actividades, podrán delegarse tanto al personal auxiliar como a cualquier otra persona que demuestre interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OPS. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización Panamericana de la Salud para el Cuadrienio 1991-1994. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. XLII Reunión del Comité Regional, Washington D. C. - Setiembre 1990.
2. OPS. Resolución XV. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Informes finales 100 y 101. Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS; XL Reunión Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D. C. - 1988. Documento Oficial 225.
3. Ibidem.
4. Gillespie G. y Yépez P. Salud Oral componente de los Sistemas Locales de Salud. Mimeo 42 pág., Washington D. C. - 1989.
5. Gillespie G. y Yépez P. Salud Oral componente de los Sistemas Locales de Salud. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias. Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C. Publicación Científica No. 519 - 1990.
6. Informe del Grupo de Trabajo. La Odontología Alternativa para la Década del 90. Santo Domingo. República Dominicana - 1989.
7. OPS. Salud Oral. Manual Informativo. Sección de Salud Oral. Washington D. C. - 1985.
8. Ibidem.
9. Ibidem.
10. Ibidem.
11. Ibidem.
12. Ibidem.
13. Gillespie G. y Yépez P. Salud Oral componente de los Sistemas Locales de Salud. Mimeo. 42 pág. Washington D. C. - 1989.
14. Ibidem.

15. Ibidem.
16. Ibidem.
17. Ibidem.
18. Gillespie G. y Yépez P. Salud Oral componente de los Sistemas Locales de Salud - Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos - Métodos - Experiencias. OPS - Publicación Científica No. 519 - 1990.
19. Ibidem.
20. Ibidem.
21. Informe del Grupo de Trabajo. Odontología Alternativa para la década del 90. Santo Domingo. Rep. Dominicana - 1989.
22. Ibidem.
23. Ibidem.
24. OPS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos - Métodos - Experiencias. Publicación Científica No. 519 - 1990.
25. Grupo de Trabajo sobre Acción Comunitaria. OFEDO/UDUAL - Centro OMS - Picalquí. Ecuador - 1991.
26. Ibidem.
27. OPS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos - Métodos - Experiencias - Publicación Científica No. 519 - 1990.
28. Ibidem.
29. Documento A. Arango (Práctica de Salud).
30. J. M. Paganini et al., Administración Estratégica Local: Conducción, Programación y Gerencia. Boletín de OSP/Vol. 109 No. 5 y 6 - 1990 SILOS (No. especial).
31. Informe Preliminar del Grupo de Trabajo sobre Salud Bucal y SILOS. 11 al 14 Nov., 1991.

32. Informe de la reunión sobre Modelos Alternativos de Servicios Odontológicos. Pto. Plata, Rep. Dominicana - 1984.
33. Ibidem.
34. Ibidem.
35. Ibidem.
36. Ibidem.
37. Salud Oral, Componente de Atención Primaria, San José, Costa Rica, 1984.
38. Gillespie, G. y Yépez, P. Salud Oral componente de los Sistemas Locales de Salud. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos - Métodos - Experiencias - Publicación Científica No. 519, 1990.
39. Salud Oral y Sistemas Locales de Salud. OPS/OMS - MSAS/VEN. 1991.
40. Ibidem.

Serie HSD/SILOS

Títulos publicados en la misma Serie

- No. 0 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Aspectos Conceptuales (1989)*
- No. 1 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Talleres Subregionales - Experiencias y Conclusiones (1989)*
- No. 2 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud La Administración Estratégica (1992)*
- No. 3 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud La Participación Social (1990)*
- No. 4 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Los Medicamentos Esenciales (1990)*
- No. 5 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Los Servicios de Laboratorio (1991)*
- No. 6 — *Development and Strengthening of Local Health Systems Assesment of Selected Programs in Latin America (1990)*
- No. 7 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud La Participación Social - Estudios de Casos (1990)*
- No. 8 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Análisis de Experiencias (1990)*
- No. 9 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Bibliografía Anotada (1990)*
- No. 10 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Resolución XV - XXXIII Consejo Directivo, Informe de Progreso (1991)*
- No. 11 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Análisis de Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud (1990)*
- No. 12 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud La Garantía de Calidad - El Control de Infecciones Hospitalarias (1991)*
- No. 13 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe (1991)*
- No. 14 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud La Radiología (en prensa)*
- No. 15 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud Paraguay, La Programación Local como Eje de Desarrollo de los SILOS (1991)*

- No. 16 — *Strengthening the Implementation of Local Health Systems
The English-Speaking Caribbean Countries, Assessment for
Change (1992)*
- No. 17 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud
Lecturas Recomendadas (en prensa)*
- No. 18 — *Desenvolvimento e Fortalecimento dos Sistemas Locais de Saude
Guias para Controle de Infecções Hospitalares (1992)*
- No. 19 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud
Marco de Referencia para Saneamiento Básico (1992)*
- No. 20 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud
Los Servicios de Rehabilitación (en prensa)*
- No. 21 — *Desenvolvimento e Fortalecimento dos Sistemas Locais de Saude
Saude do Trabalhador Hospitalar (en prensa)*
- No. 23 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud
La Salud Veterinaria (en prensa)*
- No. 24 — *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud
Evaluación para el Cambio (en prensa)*

*Copias de estas publicaciones pueden solicitarse al Programa HSD, OPS-OMS
Washington, D.C.*