

**Ministerio de Salud y Bienestar Social**

**Dirección de Salud Bucodental**

**República de Paraguay**

**Encuesta Nacional Sobre Salud Oral Paraguay 2008**

Reporte sobre la consultoría prestada al Ministerio de Salud y Bienestar Social

**Ramón J. Báez, DDS, MPH, HFADI**

**Organización Panamericana de la Salud  
Programa de Salud Oral**

**Noviembre 2007**

## Encuesta Nacional Sobre Salud Oral Paraguay 2008

### Resumen Ejecutivo

La Dirección Nacional de Salud Bucodental de la República de Paraguay en cumplimiento a la Resolución 177 de 23 de Marzo de 2007 emanada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, solicitó la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud Programa de Salud Oral (OPS/OMS) a fin de estudiar los parámetros fundamentales para la actualización de las condiciones de salud oral de la población de edad escolar en el país. La información requerida es parte de la Resolución emitida por el Señor Ministro de Salud y BS Dr. Oscar Martínez Doldán.

La oficina de la Dra. Saskia Estupiñán-Day, Asesora Regional en salud oral de la OPS/OMS asignó dicha responsabilidad al Dr. Ramón J. Báez, anteriormente Jefe del Centro Colaborador en la Universidad de Texas Centro de Ciencias para la Salud – Facultad de Odontología.

El consultor se trasladó a la ciudad de Asunción y se entrevistó inicialmente con el Dr. Carlos M. Mallorquín, Director Nacional de Salud Bucodental, la Dra. Gloria Medina, Jefe de Apoyo Técnico y el Dr. Javier Uribe, Jefe Sistemas de Salud de la OPS/OMS Representación en Paraguay. La reunión tuvo como objeto primordial discutir los antecedentes decisivos para actualizar la situación de salud oral en la población escolar, revisar las estrategias utilizadas en la actualidad para el programa de salud bucodental en las diversas regiones del país y hacer decisiones sobre parámetros y circunstancias que de una manera u otra influirían en el diseño, objetivos específicos, alcance, variables a incluirse en la encuesta y establecimiento de un cronograma tentativo de suerte que permitiera recolectar la información y tener datos en un tiempo relativamente corto previendo un posible cambio en la administración del país.

La reunión facilitó también el intercambio de información sobre encuestas anteriores desarrolladas en Paraguay inclusive la última encuesta desarrollada en 1999 como prerrequisito a la fluorización de la sal. Considerando que el Consultor colaboró en la planificación y desarrollo de dicha encuesta, hubo oportunidad de explicar el propósito primordial, diseño e implementación. El personal de la Dirección de Salud Bucodental facilitó al Consultor listas de instituciones escolares generadas por la Dirección General de Estadística las cuales se utilizaron para efectuar el diseño final de la muestra a incluirse en el estudio de salud oral de 2008.

Decisiones fundamentales fueron las de incluir en el estudio todas las regiones sanitarias del país e incluir el grupo de edad de 5-6 años de suerte que se pudiera obtener datos sobre la dentición temporal los cuales son inexistentes en el país. Los otros grupos de edad a incluirse son de 12 y 15 años, recomendados por la Organización Mundial de la Salud para encuestas nacionales de salud oral. El Consultor inició la labor de estudio para seleccionar las instituciones escolares en las respectivas regiones y estimar el número de niños que conformarían grupos o racimos de examen.

Se discutió la conveniencia de desarrollar posibles estrategias y alianzas con otras disciplinas como el programa de salud materno-infantil. Tener la habilidad de presentar propuestas basadas en evidencia y datos fiables. Tener en cuenta involucrar a la comunidad particularmente en comunidades que pudieran servir como modelos para su réplica. La importancia de concientizar al odontólogo en el aspecto y efectividad de los programas preventivos y de promoción de salud

bucodental y su valor de costo-beneficio en comparación con las intervenciones de tipo curativo solamente.

En reunión especial en la cual participaron todos los odontólogos Jefes de cada una de las regiones sanitarias, se explicaron los motivos para desarrollar la encuesta, los antecedentes históricos de encuestas anteriores, revisión de la prevalencia de caries y severidad de acuerdo a la información existente, las posibles causas de diferencias en severidad de caries observadas en las encuestas anteriores y el raciocinio que se tendría en cuenta para el diseño de la encuesta de 2008. Igualmente se explico la responsabilidad que los jefes regionales tendrían antes y durante el desarrollo de la encuesta, la responsabilidad de quienes fueran seleccionados como examinadores y el cronograma tentativo para las sesiones de entrenamiento y conducción de la encuesta.

Se efectuó una reunión con la Dra. Carmen Rosa Serrano, Representante OPS/OMS en Paraguay. Participaron en esta reunión el Dr. Carlos M. Mallorquín, el Dr. Javier Uribe y el Consultor. Se explicaron los antecedentes de los motivos para la actualización de la situación de salud oral y la importancia de tener en cuenta en las estrategias futuras la íntima relación de salud oral con salud general. También se hizo énfasis en la necesidad de orientar esfuerzos para una mejor utilización del personal odontológico al servicio del Ministerio de Salud especialmente en regiones y localidades en donde hay un suficiente numero de recurso humano pero deficiencia de equipo para dotar las clínicas; así mismo se menciona la necesidad de una mejor distribución de profesionales odontológicos en aéreas que carecen del recurso humano y también contemplar la utilización de personal para-profesional adecuadamente instruido.

Se efectuó una audiencia con el Señor Ministro de Salud Dr. Oscar Martínez Doldán; a esta reunión atendieron el Dr. Carlos M. Mallorquín, el Dr. Javier Uribe y el Consultor. Los elementos de discusión fueron básicamente similares a los enunciados en la reunión con la Dra. Serrano. Además se menciona la falta de información acerca del estado actual de la fluorización de la sal en el país, la necesidad de revitalizar esta medida de salud publica y la de respaldar la reactivación de la Comisión Nacional de Fluorización de la Sal Teniendo en cuenta los resultados positivos observados en varios países y la experiencia de mas de 50 años, el costo-beneficio y la accesibilidad a todos los grupos poblacionales del país. Se menciona igualmente la conveniencia de alianzas con otros programas que se desarrollan en el país en el área de salud teniendo en cuenta la íntima relación de salud oral con salud general. La necesidad de establecer un balance entre el grupo de profesionales y elementos o equipos disponibles en las clínicas y la posible efectividad de asignar a profesionales con responsabilidades de desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades orales, participación como líderes comunitarios y de por si involucrar a la comunidad en estrategias de desarrollo del plan de salud bucodental en el país.

Es de anotar que tanto el Señor Ministro, Dr. Oscar Martínez Doldán, la Dra. Carmen R. Serrano el Dr. Javier Uribe, el Dr. Carlos M. Mallorquín, la Dra. Gloria Medina demostraron interés en colaborar al desarrollo de actividades conducentes al alcance de la misión de planificación de la encuesta así como en actividades posteriores inherentes al entrenamiento requerido a los examinadores, levantamiento de datos y demás pormenores requeridos para actualizar la situación de salud oral en la población escolar del país.

El documento reporte incluye una descripción resumida de las encuestas de salud oral conducidas anteriormente en Paraguay desde 1983. Los factores que se tuvieron en cuenta para el diseño de la encuesta, la lista de instituciones seleccionadas en las diversas regiones sanitarias



y el número de niños por grupo de edad y por institución escolar que se contempla examinar. El número estimado actual es de 2.628 niños. La distribución por región se encuentra en las Tablas VIII, IX, X y XI, respectivamente, que corresponde a un 23% de los niños matriculados en 1<sup>a</sup>, 7<sup>o</sup> y 9<sup>o</sup> grados seleccionados, coincidiendo con la selección previamente realizada por la Dirección General de Estadística.

### **Consideraciones futuras**

Las siguientes son áreas identificadas que se recomienda enfocar en la planificación posterior a la encuesta y que deberán confirmarse basándose en la evidencia demostrada por los resultados de la encuesta que así mismo denotarían su necesidad y prioridad en el panorama nacional.

- Programas o estrategias preventivas a nivel local, regional y nacional con énfasis específica en la revitalización del programa de fluoruración de la sal.
- Establecimiento y cumplimiento de vigilancia epidemiológica
- Asegurarse de su estructura (representación de agencias y organismo interesados en el bienestar de la población)
- Diseño de objetivos específicos, monitoreo del progreso de los objetivos
- Cumplimiento de la agenda programada
- Responsabilidad de las partes
- Evaluación periódica y final
- Entendimiento por parte de la administración y el público en general de la importancia de la relación de salud oral y salud general
- Vigilancia y efectividad de los servicios de salud
- Diseño e implementación de estrategias para reducir la carga de las enfermedades orales
- Mejoramiento de la calidad de vida del individuo
- Diseminación de información por medios accesibles a la población en lenguaje comprensible

Apoyo del programa de salud bucodental con énfasis en estrategias encaminadas a la promoción de la salud, reducción de incidencia de enfermedades orales, diseño de actividades con miras a reducir la prevalencia particularmente en grupos poblacionales menos favorecidos que no tienen acceso a servicios regulares de salud.



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General

Resolución S. G. N° 177

**POR LA CUAL SE DISPONE EL LEVANTAMIENTO DEL ÍNDICE DE CARIES, ÍNDICE CPO-D/ceo-d, EN TODO EL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA.**

Asunción, 23 de marzo de 2007

**VISTA:**

La nota D.S.B.D. N° 96, recibida como expediente N° 2050 S.G, por medio de la cual la Dirección de Salud Buco dental, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, solicita el levantamiento epidemiológico del índice de caries en todo el país; y

**CONSIDERANDO:**

Que es necesaria la actualización de los registros nacionales para evaluar la vulnerabilidad geográfica, a través del Índice CPO-D/ceo-d, tanto para la aplicación del programa de fluoración de la sal como para la demostración de la eficacia de la **Práctica de Restauraciones Atraumáticas (PRAT)**.

Que es facultad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, adoptar todas las disposiciones tendientes a velar por la salud integral de la población paraguaya;

**POR TANTO**, y en uso de sus atribuciones;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
R E S U E L V E:**

- Artículo 1°.** Disponer el levantamiento del índice de Caries, Índice CPO-D/ceo-d, en todo el territorio de la República.
- Artículo 2°.** Designar a la Dirección de Salud Buco dental como responsable de coordinar con las Regiones Sanitarias el levantamiento epidemiológico del Índice CPO-D/ceo-d.
- Artículo 3°.** Establecer que los Directores de Regiones Sanitarias presten la colaboración requerida para que dicho levantamiento epidemiológico sea realizado en forma eficiente y eficaz.
- Artículo 4°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

  
**DR. OSCAR MARTÍNEZ DOLDÁN,  
MINISTRO**

## Encuesta Nacional Sobre Salud Oral Paraguay 2008

### Antecedentes

La Dirección de Salud Bucodental del Ministerio de Salud y Bienestar Social de la República de Paraguay requiere la actualización de las condiciones de salud oral particularmente en cuanto se refiere a la prevalencia y severidad de caries dental en grupos de niños de edad escolar.

### Información existente sobre encuestas de salud oral en Paraguay

Los datos sobre encuestas conducidas en Paraguay son relativamente escasos pero se sabe que se desarrollaron con el fin de obtener información sobre prevalencia y severidad de caries dental; uno de dichos estudios se orientó principalmente para obtener información sobre la ocurrencia de fluorosis del esmalte incluyéndose así como una de las variables de la encuesta.

La información deducida de las encuestas conducidas en años anteriores indica que la severidad de caries a 12 años se encontraba por encima de los niveles deseados como se puede apreciar en la Tabla I:

**TABLA I**

Año	1983	1987	1996	1999
CPOD <sub>12</sub>	5.90	4.02	5.08	3.83

Estos resultados muestran un promedio del índice de caries por país lo cual en cierto modo diluye la situación de prevalencia en las diferentes regiones sanitarias (Departamentos) del país.

No existen datos disponibles sobre el diseño de las encuestas conducidas en 1983 y 1987. La encuesta conducida en 1996, fue encaminada a obtener información en niños y adultos. Originalmente se estimó que se incluirían 5 grupos de 200 personas en diez regiones sanitarias; 5 grupos de 834 personas en dos regiones sanitarias y cinco grupos de 400 personas en una región sanitaria. Se conceptuó que esta muestra daría un total de 20,340 personas la cual resultaría muy difícil y costosa de realizar. Se desconoce el raciocinio utilizado para esta estimación.

Finalmente, se informó que el diseño había sido representativo utilizando como marco muestral el listado de estudiantes de primaria (6-12 años) y secundaria (15-19 años) en las instituciones y sus respectivas matrículas de acuerdo a datos suministrados en ese entonces por el Ministerio de Educación y Culto.

“El muestreo de instituciones fue bietápico y probabilístico”. “Las unidades de primera etapa fueron las instituciones las cuales fueron seleccionadas en forma sistemática, con arranque aleatorio y con probabilidad proporcional aproximada al tamaño, de acuerdo al número de alumnos matriculados por institución tanto en el nivel primario como en el secundario, según datos provistos por Ministerio de Educación y Culto.” “las unidades de la segunda etapa fueron los alumnos matriculados de 6 a 12 años en las escuelas primarias y los de 15 a 19 años en los colegios.”

“Los tamaños de las muestras obtenidas para los niños de 6 a 12 años, a ser examinados fueron calculados en base a los recursos disponibles y la calidad de los resultados esperados”

La muestra así diseñada proveería 6,800 niños de 6 a 12 años y 2,200 jóvenes de 15 a 19 años y 2,200 adultos de 35 a 44 años para un total de 11,200 personas. Después de ajustes la muestra fue de 13,470 individuos con una distribución de 48.3% de hombres y 51.7 de mujeres.

La Tabla II resume las regiones sanitarias incluidas en la encuesta de 1996

**TABLA II**

Región	Numero	%
Concepción I	823	6.1
Cordillera III	677	5.0
Guairá	196	1.5
Caazapá VI	934	6.9
San Juan Bautista VIII	1333	9.9
Paraguarí IX	1099	7.5
Encarnación VII	1007	7.5
Ciudad del Este X	2349	17.4
Central XI	3208	23.8
P.J. Caballero XIII	3633	4.7
Capital XVIII	1301	9.7
Total	13.470	100

Los resultados de esta encuesta indicaron que existía un promedio de dientes cariados perdidos, obturados e indicados para extracción (CPOI) por edad como sigue: a los 6 años 2.04 (6.99), a los 7 años 2.70 (3.78); a los 8 años, 3.32 (2.98); a los 12 años 5.08 (3.91); y a los 15 años.6.68 (5.31)

Comparando los datos de CPOD a 12 años de las encuestas conducidas en 1983 y 1987 puede observarse que entre 1983 y 1987 hubo una reducción del índice de caries correspondiente a un 32%; sin embargo, no hay información específica a cerca del tipo de muestreo utilizado, criterios seguidos, numero de personas incluidas, calibración de examinadores, etc. por lo tanto es difícil precisar o identificar la causa de las diferencias en el índice de caries en ese periodo. Los resultados de la encuesta de 1996 indican que el índice de caries aumento a 5.08 a los 12 años en comparación a 1987, pero es aún menor que el reportado en 1983. Realmente es difícil poder comparar los índices directamente y hacer conclusiones meramente basándose en la reducción o aumento numérico, sin tener en cuenta los factores íntimamente relacionados al diseño, criterios, examinadores, tamaño de muestra, etc. Por otra parte el índice CPOI difiere del CPOD y por lo tanto no puede hacerse una comparación directa. Como se anotó anteriormente al promediar los resultados obtenidos en todas las regiones, influye en el aumento o disminución numérica que se puede observar en una región. A continuación se resumen en la tabla III, los datos del índice CPOI obtenidos en 1996 por Región.

TABLA III

Región	Numero de niños	CPOI	Desvío Padrón
Concepción I	75	4.41	3.33
Cordillera III	61	4.59	3.86
Caazapá VI	46	3.96	2.87
Encarnación VII	83	2.45	2.13
San Juan Bautista VIII	97	4.14	3.71
Paraguarí IX	83	6.64	4.04
Ciudad del Este X	205	7.94	4.89
Central XI	304	4.66	2.75
P.J. Caballero XIII	81	4.91	4.02
Capital XVIII	177	4.36	3.53
<b>Total</b>	<b>1212</b>	<b>5.08</b>	

Las diferencias marcadas en la severidad de caries en las diferentes regiones pueden deberse a factores múltiples, incluyendo programas de salud existentes en las diferentes regiones.

En cuanto a los resultados reportados de la encuesta de 1996 existe el interrogante de por qué no se examinaron todos los niños previstos en la muestra y solamente se reportaron resultados obtenidos en un número reducido de participantes.

No existe referencia de la razón por la cual fluorosis del esmalte no fue incluida como variable en ninguna de las encuestas desarrolladas hasta 1996. En 1999 se necesitaba obtener información de línea basal sobre fluorosis del esmalte así como actualizar la información sobre prevalencia y severidad de caries dental como pre-requisito a la implementación del programa de fluorización de la sal en Paraguay.

El protocolo para dichos estudios fue diseñado para incluir tres grupos de edad 6-8, 12 y 15 años. Seis a ocho años por que en este grupo se puede observar el estado de la dentición mixta y así mismo poder observar específicamente los dientes anteriores superiores que pudieran estar afectados por fluorosis del esmalte.

El diseño de la encuesta de 1999 se basó principalmente en su propósito principal como fue el de obtener información sobre la ocurrencia de fluorosis del esmalte. Como parte del diseño de la encuesta de 1999, el primer paso fue el de agrupar las comunidades de acuerdo a la presencia de fluoruro en el agua de bebida habiendo analizado 488 muestras obtenidas de las diversas regiones de agua para determinar la concentración de fluoruro en miligramos por litro. Las muestras de agua se obtuvieron con cobertura nacional e incluyeron 16 de los 17 departamentos en que estaba dividido el país, catorce de los cuales se encuentran en la región oriental y concentran a más del 95% de la población. Los resultados obtenidos se utilizaron para agrupar las comunidades con concentraciones muy bajas, bajas, medio-óptimas, óptimas, altas y muy altas. La Tabla IV resume esta clasificación y el número de muestras en cada grupo.



TABLA IV

Muy baja	Baja	Medio-óptima	Óptima	Alta	Muy alta
0-0.29	0.3 - 0.49	0.5 - 0.69	0.7 - 1.19	1.2 - 1.99-	>2.0
401	57	10	14	2	4

Las 401 muestras que resultaron tener concentraciones de fluoruro muy bajo provinieron de quince (15) regiones. Las concentraciones altas se encontraron en Paraguari y San Pedro y las muy altas en Alto Paraná y Concepción. El resto de muestras con concentraciones bajas, medio-óptimas y óptimas estaban distribuidas en ocho regiones sanitarias. La gran mayoría de las muestras demostraron no tener suficiente concentración de fluoruro para proveer un efecto cariostático.

Una gran mayoría de las Fuentes de agua resultaron con concentraciones de fluoruro muy bajas o bajas, con el diseño descrito anteriormente habría más posibilidades de ser seleccionadas aquellas comunidades con concentraciones muy altas. Se reconoce que los valores de las condiciones de fluorosis que se obtuvieran como parte del estudio, no representarían el promedio de fluorosis en el país, sino que describirían los hallazgos clínicos en comunidades o regiones con determinada concentración de fluoruro en el agua, asumiendo que los niños examinados habían vivido en dicha comunidad desde la infancia. Se tuvo en cuenta sin embargo que en caso de observar fluorosis desfigurante, la información obtenida de la encuesta sería valiosa para discriminar los sitios a donde no sería necesario distribuir sal fluorurada o donde debía vetarse su distribución.

En la segunda etapa del diseño de la encuesta, las comunidades donde se encontraron las diversas fuentes de agua en cada "grupo de concentración" se utilizaron para formar estratos de muestreo. Ausencia de datos de niños en cada grupo de edad seleccionado impidieron el diseño de un estudio probabilístico proporcional al número. Se utilizó el método no-probabilístico (OMS "Pathfinder") y se seleccionaron nueve regiones al azar tratando de incluir comunidades representantes de los grupos de concentración según se describió anteriormente. Considerando la disponibilidad de recursos, la posible implicación clínica de la concentración de fluoruro de acuerdo al clasificación establecida, se decidió seleccionar dos comunidades en cada uno de los grupos.

Se consideró necesario incluir comunidades que cubrieran el rango completo de la clasificación descrita anteriormente, basándose en la hipótesis de que los niños residentes en comunidades cuyas Fuentes de abastecimiento tenían concentraciones altas o muy altas de fluoruro en agua podría encontrarse ocurrencia de fluorosis en grado moderado o severo. Así mismo se estimó que los niños residentes en comunidades cuyas Fuentes de agua tenían concentración baja o muy baja de fluoruro, tendrían una prevalencia y severidad de caries mayor que aquellos residentes en comunidades con concentraciones de fluoruro medio-óptima u óptima.

El sistema escolar se utilizó como el marco de muestreo. Una escuela se seleccionó al azar en cada una de las comunidades seleccionadas. Si solamente una escuela funcionaba, esta escuela obligatoriamente fue seleccionada. Grupos de veinte niños se seleccionaron en cada grupo de edad y se intentó incluir un número igual de niñas y varones. De esta manera se seleccionaron treinta y cuatro (34) escuelas en quince comunidades de nueve regiones sanitarias del país. La Tabla V resume las regiones y localidades así como las escuelas incluidas en la encuesta de 1999

TABLA V

Región	Localidad	Escuelas y Colegios
Alto Paraná	Ciudad del Este	Esc. Soldado Paraguayo
Alto Paraná	Puerto Paranambu	Esc. Paranambu Col. Nac. Paranambu
Alto Paraná	Pdte. Franco	Esc. Sagrado Corazones Esc. Tres Fronteras Esc. Paraguay Brasil
San Pedro	Yataity del Norte	Esc. Juana Ma. de Lara Col. Yataity del Norte
Concepción	Loreto	Expectación Bernal Col. John Kennedy
Itapúa	Coronel Bogado	Teniente Tiburcio Bogado Comercio San José Col. Marcelina Bogado Esc. Mcal López 700
Paraguari	Gral. Bernardino Caballero	Esc. Rca El Salvador Esc. Mcal López 733 Esc. San Luis Gonzaga
Paraguari	Ybytymi	Esc. Evaristo de Ferrethi Esc. Pablo Basedan Col. Nac. Pablo Basedan
Paraguari	Paraguari	Esc. Tte. Pampliega
Cordillera	Isla Pacú	Esc. Bernardino Caballero Col. Cmte. V. de Bernal
Cordillera	Santa Elena	Col. Nac. Santa Elena Esc. Parroquial No 1087 Esc. Víctor Boettner
Central	Limpio	Col. Nac. San José
Central	Loma Pyta	Col. Nac. Carlos A. López Esc. Vicente Mongélos
Villa Hayes	Villa Hayes	Esc. Pdte. Hayes Col. Blas Garay
Chaco	Mariscal Estigarribia	Esc. Gral. Díaz Col. Nac. Gral. Díaz Col. Nac. Sta. Ma. del Chaco

La Tabla VI resume el número estimado y actual de niños en la encuesta de 1999

TABLA VI

Edad de grupos	Estimado	Actual
6-8	340	394
12	340	362
15	340	370
Total	1020	1126*

\* Incluye niños utilizados en los ejercicios de entrenamiento de los examinadores

El diseño anterior fue considerado eficaz para obtener la información que se pretendía con la encuesta. Solamente se observaron 7 niños con fluorosis moderada y 4 con fluorosis severa. Considerando el número de niños examinados estas cifras corresponden a 0.6 y 0.36 por ciento

lo cual es insignificante. De todas maneras, los resultados indicaron que existen comunidades que deben monitorearse para determinar si el número de casos aumenta. En cuanto se relaciona a caries dental la encuesta reveló datos importantes en cada una de las regiones incluidas. La Tabla VII resume los datos obtenidos sobre caries en cada una de las regiones incluidas en la encuesta.

**TABLA VII**

Departamento	Región	6	12	15
Alto Paraná	X	1.56	4.23	7.69
San Pedro	II	0.96	4.39	5.98
Concepción	I	0.61	2.09	5.28
Cordillera	III	1.15	3.33	5.23
Itapúa VII	VII	1.37	4.29	5.06
Paraguarí	IX	0.89	5.33	5.40
Central	XI	0.88	3.38	4.02
Villa Hayes	XV	1.09	5.39	6.32

Aun cuando esta información ilustró la situación en estas regiones, existe el interrogante de cuál es la situación de salud oral en las regiones de Caazapá, San Juan Bautista, Pedro Juan Caballero, Capital Guaira y otras. La información actual sobre la salud oral de niños y adultos es inexistente, así como también información pertinente a qué medidas de salud pública se implementaron entre los años 1999 y 2007. No existe igualmente una información actualizada del estado del programa de fluorización de la sal que supuestamente se puso en marcha en 1999. Se sabe que inicialmente se conformó una comisión nacional de fluorización de la sal pero a este momento se desconoce las actividades desarrolladas por las entidades representadas así como también si hubo progreso o no y las razones respectivas.

No existe tampoco información actualizada sobre si se implementaron actividades que tuvieran como objetivo la aplicación tópica de fluoruro en los niños, bien hubiera sido por uso de pastas dentales con fluoruro, aplicaciones tópicas o enjuagues. Sin embargo es de anotar, que la Dirección de Salud Bucodental se encuentra actualmente en proceso de reforzar dichas actividades.

La Dirección de Salud Buco Dental del Ministerio de Salud se ha empeñado en los últimos doce meses en expandir el uso de ionómeros de vidrio con medida para tratar caries dental en niños utilizando el procedimiento restaurativo atraumático ART. Sin embargo, el programa es aún incipiente en el país y no se tienen resultados de su eficacia. Se discutieron posibilidades de formar alianzas internacionales específicamente con personal del Perú y se afirmó la necesidad de efectuar ejercicios de laspecto importante es el de que se pretende incorporar a para calibración de examinadores para minimizar la variabilidad de observaciones clínicas y producir datos confiables. Se mencionó también la necesidad de incrementar sesiones de educación continuada para preparar a para-profesionales de suerte que estén capacitados para utilizar dicho procedimiento en zonas apartadas en donde no se cuenta con odontólogos.

### Consideraciones generales

Teniendo en cuenta la clasificación de la OMS en relación a caries dental, y de la información existente en Paraguay se puede deducir que la severidad de caries dental a 12 años es moderada-alta y que es imperativo actualizar los datos en este y otros grupos de edad con el fin de poder diseñar las estrategias adecuadas para prevenir y contrarrestar los efectos devastadores de caries dental.

Teniendo en cuenta la razón principal para efectuar la encuesta de salud oral en 2008, siendo la de actualizar las condiciones a nivel nacional con miras a diseñar programas específicos para la población en cada región y a nivel nacional, las reuniones con personal administrativo de la Dirección de Salud Buco Dental identificaron los siguientes puntos esenciales de necesidad:

1. Debe considerarse en el diseño la inclusión de todas las regiones sanitarias
2. El sistema de muestreo debe ser probabilístico
3. Los grupos de edad deben incluir niños de 5 – 6 años para obtener información sobre la dentición temporal siendo que esta información no existe en el país
4. El protocolo y criterios a seguir para la conducción de la encuesta serán aquellos recomendados por la Organización Mundial de la Salud
5. Las variables a incluirse en la encuesta serán: estado de la dentición y necesidades de tratamiento dental, fluorosis del esmalte, índice comunitario periodontal (con el objeto de registrar condiciones predisponentes a periodontopatías) y urgencia de tratamiento

En respuesta a estas necesidades se consideraron los siguientes factores:

1. La división política actual de Paraguay incluye 18 Regiones Sanitarias correspondientes al mismo número de departamentos, por lo tanto se incluirán todas las regiones para seleccionar las instituciones escolares de donde se seleccionarán a su vez los niños que serán examinados en la encuesta.
2. El diseño se efectuara utilizando método probabilístico bi etápico proporcional al numero de niños en cada grupo de edad enrolados en las escuelas o colegios correspondientes en el país.
3. Los listados de las instituciones funcionando en todas las regiones sanitarias se obtuvieron con colaboración del Ministerio de Educación y Culto.
4. Siguiendo los criterios de la OMS, se puede obtener información acerca de
  - a) la amplitud con que se satisfacen las necesidades actuales de asistencia
  - b) naturaleza y amplitud de los servicios de prevención, curación y restauración requeridos
  - c) recursos necesarios para establecer, mantener, ampliar o reducir programas de asistencia oral
  - d) estimación del tipo y numero de personal necesario

Estos estimados se basan en las características de las enfermedades orales en el sentido de que guardan una estrecha relación con la edad, existen en todas las poblaciones variando solamente en la gravedad y prevalencia, entendiéndose que la caries dental es irreversible, que existe una documentación amplia sobre los perfiles de la enfermedad en grupos de población de distintos

niveles socio económicos y ambientales y en que se efectúan numerosas observaciones normalizadas para cada sujeto y para cada diente.

En resumen se acepta que siguiendo los criterios de la OMS para este tipo de encuestas, los objetivos son los de recoger información sobre el estado de salud oral, cuales son las necesidades de tratamiento, vigilar los cambios de niveles de la morbilidad o las tendencias de esta, y evaluar la idoneidad y efectividad de los servicios y planear o modificar programas de formación, i.e., programas educacionales en las facultades de odontología.

## **Diseño de la encuesta de salud oral 2008**

### **Consideraciones preliminares**

En las reuniones con el personal de la Dirección, se discutió la selección del marco muestral, la necesidad de establecer contacto con personal del Ministerio de Educación, con personal administrativo y de apoyo en las instituciones publicas y privadas en todas las Regiones de Salud. Se hizo énfasis en la imperiosa necesidad de tener disponible listas de las instituciones y numero de niños y sexo. Igualmente se discutió la importancia de contactar al personal administrativo y de apoyo para asegurar su colaboración en caso de que determinada escuela saliera seleccionada para participar en la encuesta. En este sentido se recalco la importancia de identificar una persona en cada escuela quien tuviera poder administrativo para identificar el sitio donde se llevarían a cabo los exámenes en case de salir seleccionada la escuela para la encuesta. Se menciono también la conveniencia o requisito de enviar una nota a los padres de los niños para confirmar su colaboración en la actividad.

### **Selección de la muestra**

El primer paso fue el de obtener listas de todas las instituciones publicas y privadas estudiantiles en 16 regiones del país que albergan estudiantes en grados 1, 6 y 7 correspondientes a los grupos de edad 5-6, 12 y 15 anos respectivamente. Con anterioridad a la selección final de la muestra, la Dirección Nacional de Salud Bucodental había coordinado con la Dirección General de Estadística la elaboración de una muestra tentativa para el levantamiento de datos. Esta muestra se efectuó teniendo en cuenta el número total de niños matriculados en las instituciones escolares y arrojó un total de 11.000 niños que incluía a grupos de edad en grados 1 a 9. Teniendo en cuenta los grupos de edad a ser incluidos en la muestra y siguiendo recomendaciones de la OMS en relación a la inclusión de grupos de edad específico, se decidió utilizar la información obtenida de la Dirección General de Estadística para efectuar la selección final de la muestra para la encuesta de salud oral.

Las listas de las instituciones escolares generadas por la Dirección General de Estadística se utilizaron como marco muestral. En esta forma todas las instituciones identificadas en la lista tenían la probabilidad de ser seleccionadas siempre y cuando tuviesen un número de niños correspondiente al mínimo considerado por OMS como suficiente para producir datos fiables y representativos de las condiciones o variables incluidas en el examen.

El segundo paso fue el de decidir el numero de niños que se intentaría seleccionar en cada región teniendo en cuenta la factibilidad de conducir la encuesta y de llenar el requisito mínimo de numero de niños por grupo en cada escuela. Teniendo en cuenta que cada grupo de niños no debe ser menor de 20 para dar datos fiables, este numero se utilizo como base.

Consecuencialmente se estableció que se debían examinar como mínimo 19% del total existente en cada grupo de edad en cada región en cada grupo de edad, lo cual daría resultados fiables y permitiría examinar grupos de niños con el mínimo número de 20 considerado adecuado. El número de niños por región y por escuela varía por ser proporcional al número total, el cual varía de región a región y entre región.

Las Tablas VIII, IX y X indican los resultados de selección por grupo de edad por región; en cada región se identifica el nombre de la escuela, su código de identificación y el número total de niños que se examinarán.

### TABLAS VIII

#### 5 Años de edad

Región			5 años		
ASUNCION	SECCION 10	SAN ROQUE	Urbana	353	25
ASUNCION	SECCION 07	MADAME LINC	Urbana	232	25
ASUNCION	SECCION 02	CATEDRAL	Urbana	53	25
ASUNCION	SECCION 18	SAN PABLO	Urbana	677	25
CONCEPCION	CONCEPCION	SAN ANTONIO	Urbana	723	20
CONCEPCION	VALLEMI	SAN ANTONIO	Urbana	11062	20
SAN PEDRO	SAN ESTANISLAO	LOCALIDAD A CONFIRMAR	Rural	2218	20
SAN PEDRO	SANTA ROSA DEL AGUARAY	LOMA PUCU	Rural	1627	40
CORDILLERA	PIRIBEBUY	SAN BLAS I	Urbana	2575	20
CORDILLERA	TOBATI	VILLA LAS MERCEDES	Rural	2661	20
GUAIRA	ITAPE	ITAPE JHUGUA (LOMA)	Rural	2998	20
GUAIRA	MAURICIO J. TROCHE	URBANO	Urbana	2833	20
CAAGUAZU	VAQUERIA	SAN BLAS (EX VAQUERIA)	Rural	3844	20
CAAGUAZU	CARAYAO	S.SALVADOR/S.FRANCISCO/B .R. GONZALEZ/	Urbana	3482	20
CAAGUAZU	DR. J. E.ESTIGRARRIB	S.JOSE OBRERO/S.JUAN/S.JORGE/STA.LUCIA/	Urbana	3924	40
CAAZAPA	ABAI	ARROYO MOROTI	Rural	4261	20
CAAZAPA	SAN JUAN NEPOMUCENO	SAGRADO CORAZON DE JESUS	Urbana	4398	20
CAAZAPA	YUTY	SAN LUIS	Urbana	4571	20
ITAPUA	TOMAS ROMERO P.	TRIUNFO 43 – DERECHO	Rural	5463	25
ITAPUA	CAMBYRETA	SAN MIGUEL CURUZU	Rural	4792	25
ITAPUA	ENCARNACION	MBOI CAE	Urbana	4655	25
ITAPUA	ENCARNACION	SANTA ROSA	Urbana	4662	25
MISIONES	SANTA MARIA	CERRO COSTA	Rural	5777	20
MISIONES	AYOLAS	NUCLEO 1	Urbana	5667	20
PARAGUARI	YBYCUI	CENTRAL	Urbana	6332	20
PARAGUARI	LA COLMENA	SAN FRANCISCO JAVIER	Urbana	6102	20
ALTO PARANA	MINGA GUAZU	VALLE HERMOSA	Urbana	7150	22

ALTO PARANA	MINGA PORA	TRONCAL 3	Rural	7412	22
ALTO PARANA	HERNANDARI AS	FATIMA/S.DOMINGO/CAACUPE MI/STA.MONICA/	Urbana	6843	22
ALTO PARANA	CIUDAD DEL ESTE	AREA 1 /PARQUE DIANA/AGUA ROA/VILLA ANDE	Urbana	6482	22
ALTO PARANA	PRESIDENTE FRANCO	AREA 5/S.SEBASTIAN/Bo1/MARIA AUXILIADORA	Urbana	6742	22
CENTRAL	VILLETA	SAN ISIDRO	Urbana	8717	28
CENTRAL	ITA	LAS PIEDRAS	Rural	7855	28
CENTRAL	CAPIATA	CERRITO	Urbana	7586	28
CENTRAL	F. DE LA MORA	TRES BOCAS	Urbana	7708	28
CENTRAL	LUQUE	BARRIO 11 /1ºBo./4ºBo./VILLA ELENA/VILLA	Urbana	8163	28
ÑEMBUCU	ALBERDI	URBANO	Urbana	8867	40
AMAMBAY	PEDRO J.CABALLERO	NUEVA GENERACION	Urbana	9055	20
AMAMBAY	PEDRO J.CABALLERO	PERPETUO SOCORRO	Urbana	9104	20
CANINDEYU	IGATIMI	URBANO	Urbana	9605	20
CANINDEYU	CURUGUATY	BARRIO 1 / INDUSTRIAL/SANTA MARIA	Urbana	9411	20
PDTE. HAYES	VILLA HAYES	REMANSITO	Rural	15303	25
Total numero estimado de 5 anos					995

TABLA IX

## Grupo de 12 años de edad

Región		12 anos			
ASUNCION	SECCION 10	SAN ROQUE	Urbana	353	25
ASUNCION	SECCION 04	VIRGEN DE LA ASUNCION	Urbana	143	25
ASUNCION	SECCION 02	CATEDRAL	Urbana	53	25
ASUNCION	SECCION 18	SAN PABLO	Urbana	677	25
CONCEPCION	VALLEMI	SAN ANTONIO	Urbana	11062	20
CONCEPCION	CONCEPCION	CENTRO	Urbana	855	20
SAN PEDRO	ELIZARDO A	JHUGUA REY	Rural	1506	20
SAN PEDRO	SANTA ROSA DEL AGUARAY	LOMA PUCU	Rural	1627	20
CORDILLERA	PIRIBEBUY	SAN BLAS I	Urbana	2575	25
CORDILLERA	TOBATI	URBANO	Urbana	2651	25
GUAIRA	MAURICIO J. TROCHE	URBANO	Urbana	2833	20
GUAIRA	VILLARRICA	CENTRO	Urbana	2717	20
CAAGUAZU	YHU	TARUMA 1ra. LINEA	Rural	3903	20
CAAGUAZU	DR. J. E. ESTIGRARRIB	S.JOSE OBRERO/S.JUAN/S.JORGE/STA.LUCIA/	Urbana	3924	20
CAAZAPA	ABAI	TUPA RENDA	Rural	4325	20
CAAZAPA	YUTY	SAN LUIS	Urbana	4571	20
ITAPUA	HOHENAU	URBANO	Urbana	5137	25
ITAPUA	GENERAL ARTIGAS	URBANO 1	Urbana	5092	25
MISIONES	AYOLAS	NUCLEO 1	Urbana	5667	40

PARAGUARI	PARAGUARI	BARRIO 02	Urbana	5880	20
PARAGUARI	YBYCUI	CENTRAL	Urbana	6332	20
ALTO PARANA	CIUDAD DEL ESTE	OBREIRO /FATIMA	Urbana	6679	25
ALTO PARANA	HERNANDARI AS	FATIMA/S.DOMINGO/CAACUPE MI/STA.MONICA/	Urbana	6843	25
ALTO PARANA	PRESIDENTE FRANCO	AREA 5/S.SEBASTIAN/Bo1/MARIA AUXILIADORA	Urbana	6742	25
ALTO PARANA	CIUDAD DEL ESTE	AREA 1 /PARQUE DIANA/AGUA ROA/VILLA ANDE	Urbana	6482	50
CENTRAL	CAPIATA	CERRITO	Urbana	7586	24
CENTRAL	LAMBARE	MBACHIO	Urbana	7967	24
CENTRAL	F. DE LA MORA	TRES BOCAS	Urbana	7708	24
CENTRAL	SAN LORENZO	SAN ANTONIO CIUDAD	Urbana	8508	48
ÑEEMBUCU	ALBERDI	URBANO	Urbana	8867	20
ÑEEMBUCU	PILAR	SAN LORENZO	Urbana	8853	20
AMAMBAY	PEDRO J.CABALLERO	PERPETUO SOCORRO	Urbana	9104	20
AMAMBAY	PEDRO J.CABALLERO	PERPETUO SOCORRO	Urbana	9105	20
CANINDEYU	NUEVA ESPERANZA	CRUCE LAUREL	Rural	9730	20
CANINDEYU	CURUGUATY	BARRIO 1 / INDUSTRIAL/SANTA MARIA	Urbana	9411	20
PDTE. HAYES	BENJAMIN ACEVAL	COSTA	Rural	9866	20

**Total estimado de 12 años de edad = 865 correspondiente a 24%**

**TABLA X**

**Grupo de 15 años de edad**

Región		15 años			
ASUNCION	SECCION 07	MADAME LINCH	Urbana	232	25
ASUNCION	SECCION 12	REPUBLICANO	Urbana	473	25
ASUNCION	SECCION 18	SAN PABLO	Urbana	677	50
CONCEPCION	VALLEMI	SAN ANTONIO	Urbana	11062	20
CONCEPCION	CONCEPCION	CENTRO	Urbana	855	20
SAN PEDRO	UNION	CENTRO	Urbana	1964	20
SAN PEDRO	SANTA ROSA DEL AGUARAY	LOMA PUCU	Rural	1627	20
CORDILLERA	TOBATI	URBANO	Urbana	2651	40
GUAIRA	VILLARRICA	CENTRO	Urbana	2719	20
GUAIRA	VILLARRICA	CENTRO	Urbana	2717	20
CAAGUAZU	YHU	TARUMA 1ra. LINEA	Rural	3903	20
CAAGUAZU	DR. J. E. ESTIGRARRIB	S.JOSE OBRERO/S.JUAN/S.JORGE/STA.LUCIA/	Urbana	3924	20



CAAZAPA	SAN JUAN NEPOMUCENO	SAGRADO CORAZON DE JESUS	Urbana	4398	20
CAAZAPA	YUTY	SAN LUIS	Urbana	4571	20
ITAPUA	ENCARNACION	MBOI CAE	Urbana	4655	20
ITAPUA	GENERAL ARTIGAS	URBANO 1	Urbana	5092	20
MISIONES	AYOLAS	NUCLEO 1	Urbana	5667	40
PARAGUARI	PARAGUARI	BARRIO 02	Urbana	5880	20
PARAGUARI	YBYCUI	CENTRAL	Urbana	6332	20
ALTO PARANA	MINGA GUAZU	VALLE HERMOSA	Urbana	7150	25
ALTO PARANA	PRESIDENTE FRANCO	AREA 5/S.SEBASTIAN/Bo1/MARIA AUXILIADORA	Urbana	6742	25
ALTO PARANA	CIUDAD DEL ESTE	AREA 1 /PARQUE DIANA/AGUA ROA/VILLA ANDE	Urbana	6482	50
CENTRAL	LAMBARE	MBACHIO	Urbana	7967	22
CENTRAL	LUQUE	BARRIO 11 /1ºBo./4ºBo./VILLA ELENA/VILLA	Urbana	8163	22
CENTRAL	SAN LORENZO	SAN ANTONIO CIUDAD	Urbana	8508	44
ÑEEMBUCU	ALBERDI	URBANO	Urbana	8867	20
ÑEEMBUCU	PILAR	SAN LORENZO	Urbana	8853	20
AMAMBAY	PEDRO J.CABALLERO	PERPETUO SOCORRO	Urbana	9105	40
CANINDEYU	CURUGUATY	BARRIO 1 / INDUSTRIAL/SANTA MARIA	Urbana	9411	20
PDTE. HAYES	BENJAMIN ACEVAL	COSTA	Rural	9866	20

**Total estimado de 15 años = 768 correspondiente a 24.8%**

**Total estimado de la población preseleccionada en los tres grupos de edad 22.9%**

La Tabla XI resume el número de niños seleccionados por región en cada grupo de edad y el porcentaje correspondiente al número total de matriculados.

**Tabla XI**

Región	5 Años	% apr.	M Est.	12 años	% apr.	M Est.	15 años	% apr.	M Est.
--------	--------	--------	--------	---------	--------	--------	---------	--------	--------

Asunción	488	20	100	463	21.6	100	453	22	100
Concepción	181	22	40	175	22.8	40	152	26.3	40
San Pedro	274	21.9	60	121	33	40	105	38	40
Cordillera	161	24	40	217	23	50	156	25.6	40
Guaira	170	23.5	40	152	26.3	40	153	26.1	40
Caaguazú	353	22	80	174	23	40	145	27	40
Caazapá	233	25.75	60	120	33	40	101	39.6	40
Itapúa	474	21.1	100	251	19.9	50	175	22.8	40
Misiones	219	18	40	146	27	40	136	29.4	40
Paraguarí	199	20	40	190	21	40	159	25	40
Alto Paraná	548	20	110	623	20.06	125	475	21	100
Central	703	19.9	140	537	22.3	120	440	20	88
Ñeembucú	130	30	40	104	38	40	102	39	40
Amambay	179	22.35	40	108	37	40	132	30	40
Canindeyú	208	19	40	126	31	40	73	27	20
Pres. Hayes	95	36.3	25	32	62.5	20	20	100	20
			995			865			768

El numero total es de 2.628 niños, faltando por incluir las regiones de Alto Paraguay y Boquerón sobre las cuales no hubo datos disponibles, pero que serán incluidas posteriormente.

### Consideraciones específicas

El numero total resultante para llevar a cabo esta encuesta demandará un numero de examinadores adecuado asistidos por registradores quienes harán la entrada de datos en los formularios de registro especialmente preparados para este fin. Ejemplo de este formulario se encuentra al final de este documento.

Durante las reuniones con el personal de la dirección de Salud Bucodental y el funcionario de OPS se dedujo la urgencia de desarrollar la encuesta en la primera parte del año 2008 en un tiempo relativamente corto. Para el desarrollo eficiente de la encuesta se dedujo que debería participar un grupo de seis examinadores, seis registradores, dos o tres coordinadores de la oficina Central de Salud Bucodental y de personal de apoyo a nivel regional y local. Debido a la situación que se contempla ocurriría como resultado de posible cambio de administración del país, se intentaría tentativamente programar el entrenamiento tan pronto los estudiantes correpondientes inicien labores en las escuelas elementales. La encuesta en si se iniciaría una o dos semanas mas tarde con miras a terminar los exámenes para la tercera semana de Marzo de 2008.

En reunión con los Odontólogos Jefes de cada región sanitaria se explicó los pormenores de la encuesta, los antecedentes de encuestas similares en Paraguay, sus objetivos respectivos y el raciocinio tomado en cuenta para el diseño de la encuesta del 2008, Se hizo presente la importancia de la colaboración a nivel regional y local y se hizo además énfasis en la importancia de recolectar datos confiables lo cual no podría lograrse a menos que los examinadores se sometieran a un entrenamiento riguroso según las recomendaciones de la OMS para este fin.

Igualmente se recalcó la importancia de que los examinadores estarían comprometidos inicialmente por un periodo de una semana para su entrenamiento y que teniendo en cuenta el

alcance de la encuesta posiblemente requeriría tres a cuatro semanas adicionales para la conducción de la encuesta.

### **Organización de la encuesta**

En este sentido se discutió la necesidad de elaborar un protocolo de trabajo que deberá incluir información específica relacionada con las responsabilidades de los examinadores, registradores, coordinadores y demás personal que de una u otra forma tenga un papel decisivo en el éxito de la encuesta. Parte de este protocolo debe incluir los criterios y códigos que deben utilizarse para registrar determinada condición que pueda encontrarse en la boca en el momento de efectuar el examen de los niños participantes.

Otras aéreas de discusión se relacionaron con elementos necesarios, instrumentos, personal examinador y de apoyo, coordinadores, funciones, entrenamientos mandatorio de examinadores, registradores, transporte, hospedaje, etc.

Se hizo énfasis en los elementos que cada examinador debe tener disponible. La siguiente lista se ofreció como sugerencia mínima:

- Sondas periodontales según OMS (30) mínimo
- Guantes desechables
- Mascarillas
- Mandil (ropa clínica)
- Espejos planos de boca (30) mínimo
- Pinzas algodonerías
- Recipientes para instrumentos usados y otro para desinfectar
- Solución desinfectante concentrada
- Palanganas (agua y jabón y para desinfectar instrumentos)
- Toallas de papel o tela
- Gaza

### **Ejecución de la encuesta**

Se discutió la necesidad de mantener un campo limpio, minimizar la contaminación de cruce, tener en cuenta el sitio de examen y donde se ubicara el sujeto, examinador y registrador. Si se ha de utilizar luz artificial, que esta sea del espectro azul y evitar uso de luz incandescente (espectro amarillo a rojo) especialmente cuando se evalúe la ocurrencia de fluorosis. Evitar la aglomeración y el ruido hasta donde sea posible. Una recomendación adicional fue la de aprovechar la oportunidad para recolectar muestras de agua de bebida de las diferentes localidades que se visiten con motivo de los exámenes.

### **Actividades esenciales después de la encuesta**

- Duplicación de formularios de registro de datos como medida de prevención.
- Coordinación con suficiente anticipación para manejo de datos, análisis estadístico y preparación de reporte



Dejar en blanco (1)     Año (2)     Mes (3)     Día (4) (5) No Identificación.     (6) Orig/Dupl  (7) Examinador

**INFORMACION GENERAL** Localización Geográfica (debe llenarse por adelantado)

Nombre .....  
 Fecha nacimiento (8) Año   Mes   Día   (10) Edad ultimo cumpleaños (11)   Sexo: M = 1  (12)  
 F = 2  
 Escuela ..... (13)   Comunidad ... (14)   Años viviendo ..... (15)  
 (en esta comunidad)  
 Región ...  (16) País .....  (17)  
 Localidad Tipo: 1= Urban; 2= Periurban; 3= Rural Etnias .....   (18)  
 Ache = 01; Pai Tabyterä = 02; Mbya = 03; Chiripa = 04; Guarayo = 05; Tapiete = 06; Lengua = 07 Sanapena = 08; Toba Mascoy = 09; Angaite = 10; Guana = 11; Chulupi = 12; Maka = 13; Manjui = 14; Ayoreo = 15; Chamacoco = 16; Toba Qom = 17; Criollo = 18; Extranjero = 19

**Fluorosis del Esmalte**  
**Dentición Permanente**  
 (19)  
 0 = normal  
 1 = cuestionable  
 2 = muy leve  
 "bracket"  
 9 = no registrada (diente no erupcionado)  
 4 = moderada  
 5 = severa  
 8 = excluido (corona, restauración)  
 3 = leve

**Índice Comunitario Periodontal (ICP)**  
**Dientes índice**  
 16 11 26  
 (20)    (22) 0 = Normal. No sangrado  
 (23)    (25) 1 = sangrado al sondear  
 46 31 36  
 2 = Cálculo  
 X = Excluido

**Estado de la Denticion y Necesidades de Tratamiento**

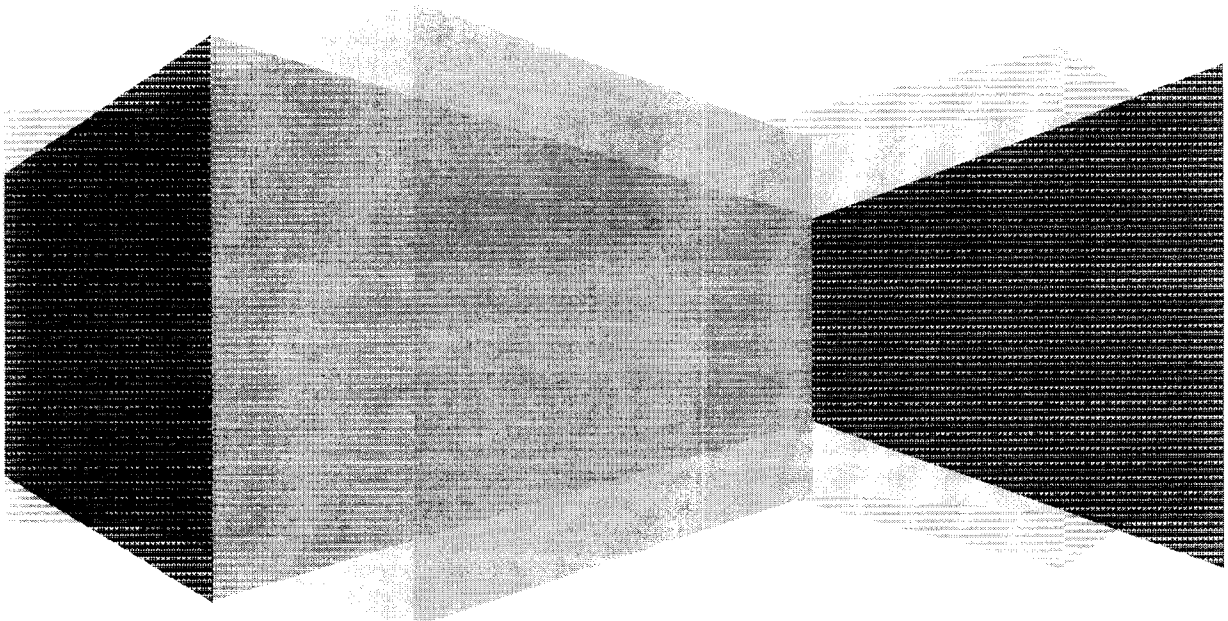
		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
(26)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(40)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(54)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(68)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Estado	Tratamiento
Temporal - Permanente	0 ninguno
A 0 Sano	P Prevención
B 1 Caries	F Sellante
C 2 Obturado con caries	1 obturación de una superficie
D 3 Obturado sin caries	2 obturación de dos o mas superficies
E 4 Perdido por caries	3 = corona
- 5 Perdido por otra razón	4 carilla
F 6 Sellante	5 tratamiento pulpar
G 7 puente, retenedor coron: especial, carilla	6 extracción
K T trauma	7 necesita otro tratamiento
- 8 no erupcionado	8 necesita otro tratamiento
	9 no registrado

Urgencia de Tratamiento  (48)  
 0 = no necesita tratamiento curativo  
 1 = tratamiento curativo rutinario y/o limpieza  
 2 = necesita tratamiento pronto (cavidades sin dolor dolor)  
 3 = necesita tratamiento inmediato, hay presencia de cvidades grandes o profundas, dolor, infección, de origen dental o periodontal.  
 4 = necesidad referirse para evaluación y/o tratamiento integral o medico (condición sistémica)

# Encuesta Nacional Sobre Salud Oral Paraguay 2008

Ramon J. Baez



## **Situación de los servicios de salud oral**

### **Aspectos demográficos, económicos y sociales.**

#### **Situación Demográfica**

La población paraguaya, de acuerdo al último Censo Nacional de población y vivienda realizado el 2004, es de **5.946.471 (100%)** habitantes, presentando una tasa de crecimiento de 2,3% y una densidad de población de 14,2 habitantes /km<sup>2</sup>, con una tasa de crecimiento de 2,3.

El 58.10 % de la población reside en el área urbana (**3.455.333** habitantes) y el 41.89 % en el área rural (**2.491.138** habitantes). El 49.57 % son hombres y el 50,42 % son mujeres. Según el Departamento de Bioestadísticas del MSP y BS, la población de niños menores de 15 años es de aproximadamente 2.314.987, de mujeres embarazadas es de 165.192, de mujeres en edad fértil 1.975.883, y de 1.996.872 hombres a partir de 15 años. El MSP y BS, cuenta con un total de 917 establecimientos de salud, de los cuales aproximadamente 242 cuentan con servicios odontológicos, contando con 565 odontólogos y 79 técnicos dentales, siendo que en el Paraguay constan 3.642 odontólogos registrados y que ejercen la actividad privada; así como en el país se registraron hasta la fecha 288 establecimientos odontológicos privados.

## **Organización de los Servicios de Salud Oral**

La DSBD depende de la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud, y se encuentra estructurada de la siguiente manera:

- Dr. Carlos María Mallorquín Buey. Director
- Dra. Gloria Beatriz Medina Quinónez. Jefe de Apoyo Técnico Regional
- Lic. Raquel Margaret Miers. Administradora
- Dr. Freddy González. Coordinador del Bus Odontológico
- Dra. Ethel Colmán. Fiscalizadora de Establecimientos Odontológicos
- Sr. Eudaldo Ugarte. Jefe de Patrimonio
- Sr. Ovidio Talavera. Jefe de Suministro
- Sra. Graciela Zarza. Fiscalizadora
- Srta. Sheila Pellegrini. Técnico
- M<sup>a</sup> Eugenia Noguera de Acosta. Bioestadística
- Dr. Hugo Aquino. Odontólogo designado en el Bus Odontológico
- Dr. Gustavo Villalba. Odontólogo designado en el Bus Odontológico
- Sr. Juan de la Cruz Alfonso. Técnico
- Sr. Isaía Quinónez. Chofer
- Sr. Salvador Báez. Chofer

Con respecto a la regulación de las actividades de los odontólogos, esta se encuentra regulada por normas y técnicas que fueron establecidas por la dirección actual, en el año 2006. Las mismas están contenidas en el anexo 1.

El Ministerio de Salud y Bienestar Social, se estructura en 2 niveles: central y regional. El nivel central tiene una función esencialmente normativa, de supervisión, fiscalización, control y provisión de insumos. Veinte odontólogos regionales dirigen los servicios y controlan las áreas de salud bucal a nivel departamental. El total servicios de salud y odontólogos por regiones se observa en el cuadro I

### Cuadro I



Región Sanitaria	Total	Total odontólogos	Total idóneos
I	6	7	3
II (Área Programática Sur)	7	2	6
II (Área Programática Norte)	10	8	6
III	23	37	10
IV	9	10	
V	8	14	1
VI	6	7	2
VII	15	20	1
VIII	10	14	5
IX	23	33	7
X	8	23	
XI	42	133	8
XII	14	10	12
XIII	5	11	61
XIV (Área Programática Este)	4	4	5
XIV (Área Programática Oeste)	5	3	8
XV	9	10	2
XVI	4	3	2
XVII	5	2	1
XVIII	36	164	18
Total servicios	243	515	79
Hospitales y Bienestar Social		52	
		567	

## Factores de Oferta

La oferta de servicios de salud oral del MSP, se realiza básicamente mediante los sigtes. subprogramas de alcance nacional:

- ✓ Sub programa preventivo
- ✓ Sub programa curativo
- ✓ Subprograma de atención en salud oral a la embarazada y primera infancia

### SUB PROGRAMA PREVENTIVO

**Comprende:**

- ✓ **Programa de enjuagues bucales semanales** en escuelas de todo el país. Este programa está diseñado para niños de 6 años en adelante, y consiste en realizar enjuagues semanales con fluoruro de sodio al 0.2%; este método es uno de los más aceptados en la actualidad dentro de lo que a campañas en salud oral se refiere. Su aplicación a mostrado una reducción del 30 a 35% de caries. El odontólogo debe trabajar en la promoción de la salud bucodental de los escolares, asesorando y formando a los profesores en todas las actividades de salud oral; además debe dar información periódica de la salud oral de la escuela.
- ✓ **Autoprofilaxis:** Acción de educación en salud oral que consiste en enseñar la forma en que se hace un buen cepillado. La enseñanza se lleva a cabo con demostraciones donde se verifique inmediatamente si los beneficiarios cumplen las instrucciones dadas por el responsable de la actividad. El cepillado de los dientes es uno de los métodos más eficaces en la prevención de la
- ✓ caries dental y enfermedad periodontal. El cepillado dental forma parte esencial del aseo diario personal que contribuye a la salud del individuo y que esta al alcance de toda la población.

### SUBPROGRAMA CURATIVO

Con un fuerte perfil de tipo preventivo en las áreas de diagnóstico, (inspección bucal y consultas por periodoncia, operatoria dental, endodoncia y cirugía bucal).

Los tratamientos que normalmente se realizan son: Inspecciones bucales

- ✓ Inactivación de focos sépticos
- ✓ Exodoncias
- ✓ Restauraciones
- ✓ Periodoncia (en centros especializados)
- ✓ Endodoncia (en centros especializados)
- ✓ Ortodoncia (en centro especializado)
- ✓ Prótesis fijas y removibles en el Hospital Nacional Itaugua
- ✓ Sellado de fosas y fisuras

Sin embargo, pese al enorme esfuerzo realizado por los odontólogos del MSP, se desconoce el impacto real que tienen estas atenciones ya que los únicos tratamientos registrados por el Departamento de Bioestadísticas son tan sólo los procedimientos realizados en niños y gestantes, excluyendo los demás grupos etarios.

El odontólogo, además de realizar atenciones curativas y de rehabilitación, también debe realizar acciones de prevención y promoción en salud oral, dentro de las cuales se pueden mencionar: la aplicación de selladores de fosas y fisuras, la educación en salud oral mediante temas importantes como el control de placa bacteriana por medio de correctas técnicas de cepillado, hábitos alimenticios adecuados, y el uso diario de pastas dentales que contengan flúor, que se implantan en cada uno de los pacientes que acuden al consultorio así como en aquellos grupos de la población a los cuales se llega mediante las charlas educativas, las aplicaciones tópicas de flúor, además de la autoprofilaxis que el odontólogo enseña en las escuelas.

La segunda instancia es el programa que desarrolla el Móvil odontológico, que fue creado con el propósito de ampliar las coberturas de atención a comunidades rurales, dispersas, alejadas y con difícil acceso geográfico, donde no existen servicios regulares de salud.

Sus acciones se encuentran focalizadas en municipios y comunidades caracterizados por sus niveles de pobreza, poca accesibilidad, alta dispersión poblacional y por su composición mayoritariamente rural.

Este programa se incorpora al Programa de Salud Bucodental, mediante equipos móviles de salud conformados por personal profesional: odontólogo, auxiliar y chofer. Este equipo incluye además, al asistente local de salud, recurso humano elegido por la comunidad y responsable de realizar acciones orientadas fundamentalmente a la prevención y promoción de salud, superando las diferencias culturales y articulando las necesidades de la población con la oferta de servicios del sistema.

El odontólogo por su parte, desarrolla acciones preventivas promocionales y asistenciales con el objetivo de contribuir a mejorar la salud oral de la población que vive en las comunidades rurales del país.

## **Factores de demanda.**

En relación a la demanda de atención en salud oral, de enero a diciembre de 2006 se realizaron un total de procedimientos que figuran en el cuadro II

### **Cuadro II**

Consolidado de actividades 2006			análisis
Programa Curativo			
	Metas	Realizado	los
Obturación	36.269	28002	
Periodoncia	S/D	5782	
Endodoncia	S/D	3447	
Exodoncia	103738	83184	
Inspección Bucal	106550	115195	
Urgencias	S/D	6229	
Consultas	S/D	306810	
Inactivación	109181	95036	

El de tratamientos realizados en salud oral por los establecimientos del Ministerio de Salud, indica que los tratamientos de mayor aplicación en la población general son las inactivaciones de focos sépticos (14,7%), las exodoncias (12,9%) y obturaciones (4,3%) configurando un perfil de atención preventiva baja con un fuerte componente curativo y un bajo componente conservador.

### Cuadro III

Consolidado de actividades 2007		
Programa Curativo		
	Metas	Realizado
Obturación	103791	7428
Periodoncia	S/D	1487
Endodoncia	S/D	727
Exodoncias	103791	17502
Inspección Bucal	155687	25268
Urgencias	S/D	1351
Consultas	S/D	71896
Inactivación	155.687	23739

Los datos del Cuadro III son relativos a la información del primer semestre del 2007, en el cual se observa un cambio de tendencia, mostrando que los tratamientos de mayor aplicación en la población general son las inactivaciones de focos sépticos (47%),

inspecciones bucales (26%) y las exodoncias (17%) modificando el perfil de atención preventiva alta con un fuerte componente curativo y un alto componente conservador.

Con respecto al programa preventivo, el cuadro IV muestra el número total de escuelas y de niños, así como el número de autoprofilaxis y autoaplicación realizados en el año 2005.

El cuadro IV, muestra los mismos ítems realizados en el año 2006 y el cuadro VI muestra un avance de lo realizado en el primer semestre del año 2007.

**Cuadro IV**

Programa Preventivo		
	Metas	Realizado
Nº de escuelas	797	701
Nº de niños	250300	493805
Autoprofilaxis	7605552	6039963
Autoaplicación	7605552	4906674
Charlas	226930	32416

\* Falto insumos de Fluor

**Cuadro V**

Programa Preventivo		
	Metas	Realizado
Nº de escuelas	780	865
Nº de niños	217911	204131
Autoprofilaxis	7066352	5255451
Autoaplicación	7066352	477409
Charlas	43096	43474

\* En junio se entregó Flúor

**Cuadro VI**

Programa Preventivo		
	Metas	Realizado
Nº de escuelas	886	523
Nº de niños	205423	146492
Autoprofilaxis	6573536	445426
Autoaplicación	6573536	394682
Charlas	46080	3762

Dentro de las atenciones odontológicas curativas que se realizan, este año se está incorporando la **técnica PRAT** basada en la remoción de caries mediante instrumentos de mano (curetas) y restaurando las piezas dentarias con ionómero de vidrio, material que se caracteriza por su adherencia a la superficie dental y liberación de flúor.

Es una perfecta alternativa de tratamiento preventivo dirigido a la rehabilitación de pacientes afectados por la caries dental que no tienen acceso a un establecimiento de salud convencional y que por tanto los dientes cariados terminan siendo extraídos tempranamente.

## **Descripción del modelo de atención en salud oral:**

### **Principios.**

El modelo de atención en salud oral integral en el sistema de salud se orienta por los siguientes principios:

- **Intersectorialidad:** coordinación con los otros sectores del desarrollo a fin de lograr el pleno desarrollo humano.

- **Integralidad de atención:** se hace cargo de todos los problemas de salud de la persona, más allá del motivo de consulta que ocasionó el contacto con el personal odontológico. Combinando acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y mantenimiento de la salud, con énfasis en el componente preventivo de la atención en salud.
- **Accesibilidad:** geográfica, económica, funcional, sociocultural y tecnológica.
- **Equidad:** servicios de atención en salud oral en relación a las necesidades de los usuarios.
- **Derecho a la salud oral:** como principio constitucional que confiere obligaciones y derechos a la persona, sociedad e instituciones.
- **Continuidad de atención:** se hace cargo de todo el episodio de la enfermedad o programa de prevención y no sólo de la primera consulta.
- **Calidad:** cumplimiento de estándares técnicos y satisfacción del usuario.
- **Calidez humana:** trata a las personas de manera que respondan a sus expectativas en términos de dignidad y respeto.
- **Participación:** participación técnica y social con garantía de un modelo en constante renovación y adaptación a las necesidades y realidades de la población.
- **Eficacia de atención:** brinda un tratamiento científicamente comprobado.
- **Simplificación de técnicas:** buscando aumentar cobertura, disminuyendo costos y manteniendo la calidad de atención

Referente a los objetivos trazados por el **MSP y BS**, con respecto a la salud bucal, se fijó las sigtes. estrategias, que permitirá disminuir los altos índices de morbilidad existentes:

1. Promover la salud integral materna infantil, a través de la prevención de riesgos y daños prioritarios, con énfasis en las gestantes y niños en la primera infancia (0 a 3 años). A este efecto, el MSP y BS, ha resuelto disponer la gratuidad de los servicios odontológicos para las embarazadas y niños hasta los 14 años de edad, **incorporando un programa específico de atención bucal** a los demás programas de salud. Así mismo, el MSP y BS ha reducido el arancel odontológico para los demás grupos etarios,



a fin de facilitar el acceso a un mayor número de personas de escasos recursos económicos, a estos servicios.

2. Fortalecimiento en la educación para la salud bucal y general como eje central. Para el efecto se ha puesto en marcha un plan de capacitación del profesional odontólogo y técnico, redefiniendo su rol como eje central de la promoción y prevención de afecciones bucales.

3. Fortalecer la capacidad ya instalada, de los servicios odontológicos, promover su uso racional, para brindar mayor cobertura y mejorar la calidad de la atención.

4. El MSP y BS ha resuelto universalizar el consumo de Flúor a través de vehículos alternativos como la sal de consumo, emitiendo la Resolución No.: .....creando y ampliando la comisión interinstitucional para la puesta en marcha del programa.

5. Reducir la incidencia de enfermedades bucodentales mediante la adopción de medidas preventivas eficaces, a sabiendas de su **incidencia y relación con enfermedades sistémicas**. Dentro de las estrategias para disminuir estos índices, la Dirección de Salud Bucodental, sigue habilitando nuevos servicios odontológicos con el objetivo de facilitar el acceso de la población a los servicios de salud dental. Así en el mes de julio se han habilitado servicios en:

- **Puerto Pabla:** XI Región Sanitaria
- **Puerto Botánico:** XVIII Región Sanitaria
- **Distrito de Yasy Cañy:** XIV Región Sanitaria

6. Restablecer la salud del paciente, en el menor tiempo posible, a bajo costo y de acuerdo a un diagnóstico establecido, **implementando el PRAT (Prácticas de Restauraciones Atraumáticas)**. A este fin, se ha iniciado la **capacitación de los RR. HH., en el conocimiento y uso de la técnica** que posibiliten una mejor estrategia y efectividad de los servicios. Esta práctica está en plena ejecución en las sigtes. zonas de Curuguaty, Departamento de Canindeyú.

- Carro Cué
- Arroyo Guazú
- Coeti San Blas
- Puesto Jhú
- Araujo Cué
- Koé Porá

Abarcando 21 escuelas, 2.231 alumnos, totalizando 759 dientes obturados con cemento de ionómero de vidrio.

En la **XVIII RS**, esta técnica se está implementando en el Centro de Salud de **Zeballos Cué**, en las Escuelas Básicas N° 660 San Francisco y N° 3620 San Pedro, con un total de 280 alumnos, de los cuales 92 recibieron atención, siendo 138 piezas dentarias inactivadas.

En la XI región sanitaria se realiza esta técnica en las ciudades de

- **Luque** en los Colegios
  - ✓ Mcal. Estigarribia, donde se trataron 66 niños y se inactivaron 65 piezas dentarias
  - ✓ Teodoro S. Mongélos donde se trataron 81 niños y se inactivaron 84 piezas dentarias
- **J. A. Saldivar** en los Colegios
  - ✓ J.A. Saldivar donde se trataron 20 niños y se inactivaron 37 piezas dentarias
  - ✓ Héroes del Chaco donde se trataron 20 niños y se inactivaron 44 piezas dentarias
  - ✓ Defensores del Chaco: donde se trataron 5 niños y se inactivaron 12 piezas dentarias
  - ✓ San Rafael donde se trataron 20 niños y se inactivaron 68 piezas dentarias
  - ✓ San Blas donde se trataron 10 niños y se inactivaron 17 piezas dentarias
- **Capiatá**, en el distrito de Posta Ybycuá, en la escuela en la Escuela
  - ✓ San Roque, donde se trataron 45 niños y se inactivaron 60 piezas dentarias
- **Lambaré**, en los Colegios
  - ✓ Rca. del Salvador (Pto. Pabla) donde se trataron 36 niños y se inactivaron 47 piezas dentarias
  - ✓ Chaco Paraguayo (Sto. Domingo) donde se trataron 40 niños y se inactivaron igual número de piezas dentarias

Esta práctica se extenderá a todas las regiones del país, sobre todo en zonas rurales, para lo que se ha programado jornadas de capacitación para odontólogos, técnicos y promotores de salud.

7. Promover la activa participación comunitaria y social para la comprensión y apoyo del programa de Salud Bucal y General, con énfasis en la adquisición de hábitos saludables y un entorno saludable.

8. Establecer servicios de salud bucodental orientados a la prevención y atención primaria, a través del Bus Odontológico, equipado con dos consultorios y personal fijo designado en el mismo, a poblaciones carenciadas y sin acceso a centros asistenciales.

9. Interactuar con otros programas del MSP y BS, trabajando desde una óptica integrada. En este contexto, ya se ha realizado actividades en el marco del Programa de Escuelas y Comunidades Saludables, en la zona de Villa Elisa y del Bañado Sur de Tacumbú. Este programa contempla la implementación de medidas preventivas y atención primaria en salud, así como también de hábitos de alimentación saludable, de higiene bucal y personal.

10. Aumentar medidas relativas al VIH/SIDA, protegiendo a los profesionales de la salud, a través de la realización de Jornadas de capacitación y actualización en Bioseguridad.

11. Establecer diagnóstico precoz y tratamiento de alteraciones bucodentales relacionadas con enfermedades infecto-contagiosas, sobre todo el VIH/SIDA, a través de un programa institucional con el Instituto de Medicina Tropical, a fin de aliviar dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

12. Capacitación continua al profesional odontólogo de salud pública con especial énfasis en el aspecto preventivo redefiniendo su rol hacia una actitud más comunitaria.

# A

# NEXOS

**Anexo 1****NORMAS TECNICAS DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES LA DIRECCION DE SALUD BUCODENTAL****CARGO: Odontólogo Jefe Regional**

**Definición:** persona responsable de la programación, desarrollo, evaluación y control de los programas preventivo y curativo de Salud Bucal del servicio a nivel regional. Tiene la responsabilidad de planificar y programar las actividades de los consultorios odontológicos, coordinar actividades interdisciplinarias, supervisar, controlar, monitorear y evaluar las atenciones odontológicas. Programa y controla la existencia de insumos, consolida, verifica y analiza los datos estadísticos de su área geográfica de influencia.

**Dependencia:** depende administrativamente del director regional y desde el punto de vista normativo, de la Dirección de Salud Bucodental.

**Requisitos para el cargo:**

- Ser odontólogo cirujano con título habilitado legalmente, e inscripto en el M.S.P. y B.S. para el ejercicio de la profesión.
- Poseer experiencia de por lo menos 5 años en atención directa a los pacientes en los servicios odontológicos de salud pública, habiendo demostrado capacidad e idoneidad.
- Demostrar capacidad para coordinar actividades a nivel regional y con las comunidades
- Saber orientar y capacitar al personal de salud oral en la región sanitaria.
- Tener capacidad para integrarse a participar en forma productiva en un equipo de trabajo
- Reconocer y aceptar la supervisión como medio de crecimiento laboral y personal
- Mantener la cordialidad, amabilidad, armonía y fomentar las buenas relaciones interpersonales, en su medio de trabajo, con los pacientes y el equipo de salud

**Objetivo:**

- Programar, desarrollar, evaluar y controlar los Programas de Salud oral de su Región Sanitaria

**Funciones:**

1. Aplicar y velar por el cumplimiento de las Normas y Procedimientos que la Dirección de Salud Bucodental ha establecido para el desarrollo sus programas.
2. Organizar las actividades de tratamiento bucodental que se han de llevar a cabo en los diferentes centros y/o puestos de salud con clínicas odontológicas, así como en las escuelas primarias, colegios, guarderías, poblaciones dispersas, rural y otros.
3. Estas actividades consisten en determinar el número de pacientes a ser atendidos, establecer el cronograma y horarios para la atención de esos pacientes, considerando el número de horas/odontólogos disponibles e instalaciones con que se cuenta para la realización de dichos trabajos, destinando sus recursos humanos para la realización, en forma exclusiva, del programa preventivo.
4. Coordinar la instauración de la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT) que propone la OMS/OPS, en los servicios de salud bucal
5. Realizar y aprobar la programación de las actividades de educación y prevención bucodental a realizar en la región sanitaria correspondiente.
6. Aplicar y programar las actividades que se establezcan en los programas e investigación, capacitación y participación de la comunidad en odontología, en la región correspondiente
7. Participar en el estudio de los programas de salud con el equipo regional
8. Formular el plan de trabajo anual del programa de la Dirección de Salud Bucodental regional.
9. Participar con el equipo regional en establecer las metas de acuerdo a los recursos y problemas de salud oral de la región
10. Identificar las actividades que le corresponde al personal de salud oral dentro de las metas establecidas
11. Apoyar en la revisión o análisis de los planes de trabajo y presupuesto de los servicios de salud oral a nivel local.
12. Mantener actualizado el inventario de materiales, equipo o instrumental necesarios para los servicios odontológicos de los centros y/o puestos de salud de la región.

13. Participar en la selección del personal de salud oral que ingresa a los servicios de la región.
14. Preparar los informes rutinarios y especiales requeridos por el nivel Regional o Central
15. Colaborar en la organización de los servicios de salud oral de la región
16. Proporcionar, difundir e incorporar los adelantos científicos y tecnológicos en salud oral
17. Coordinar las actividades a nivel regional para el cumplimiento de las responsabilidades asignadas a esta unidad de organización
18. Brindar asesoramiento técnico en salud oral a otras entidades que requieran, sean estas públicas o privadas de la región, con conocimiento en el nivel central.
19. Integrar comisiones, comités u otros grupos de trabajo que determina la dirección regional; con designación del nivel central
20. Mantener actualizado el diagnóstico de salud oral regional
21. Identificar y priorizar los problemas dentarios de la región, además de determinar las acciones para corregir la situación acorde a las políticas sanitarias vigentes.
22. Hacer conocer al personal las normas y procedimientos establecidos por la Dirección de Salud Bucodental para adaptarla de acuerdo a los recursos de cada servicio local con conocimiento del Nivel Central.
23. Determinar las necesidades de información de las actividades con participación del Nivel Central, y requerir su inclusión en el sistema de información del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
24. Supervisar, controlar y evaluar los servicios de Salud Oral de la Región en forma periódica y continua, e informar de esto al Nivel Central
25. Determinar criterios, estrategias de supervisión y evaluación en colaboración con el equipo regional.
26. Determinar las necesidades de capacitación del personal regional de Salud Oral e informar a Nivel Central
27. Colaborar en la formación y educación en servicio del personal de Salud Oral en actividades de adiestramiento del personal comunitario
28. Realizar reuniones periódicas con el personal de Salud Oral de la Región

29. Asesorar al Director Regional en problemas del área de salud oral
30. Estimular investigaciones científicas y técnicas
31. Preparar con el Departamento de Educación para la Salud Regional, el componente de Educación, divulgación y comunicación para la Salud oral
32. Cooperar en el diseño arquitectónico y de equipamiento en los servicios de Salud Oral/Regional
33. Elevar mensualmente un informe de las actividades realizadas en cumplimiento de su función a la Dirección de Salud Bucodental.

### **CARGO: Odontólogo Jefe de Servicio**

**Definición:** persona responsable de la programación, desarrollo, evaluación y control de los programas preventivo y curativo de Salud bucal del servicio a nivel regional.

**Dependencia:** depende administrativamente del director del servicio y desde el punto de vista normativo del Departamento de Salud Bucal y Regional y, este a su vez, de la Dirección de Salud Bucodental.

#### **Requisitos para el cargo:**

- Ser odontólogo cirujano con título habilitado legalmente e inscripto en el M.S.P. y B.S. para el ejercicio de la profesión.
- Poseer destreza en el manejo de pacientes en consultorio.
- Estar dispuesto a atender pacientes según demanda.
- Demostrar espíritu de servicio
- Tener capacidad para integrarse a participar en forma productiva en un equipo de trabajo
- Reconocer y aceptar la supervisión como medio de crecimiento laboral y persona
- Mantener la cordialidad, amabilidad, armonía y fomentar las buenas relaciones interpersonales, en su medio de trabajo, con el usuario y el equipo de salud.

**Objetivo:** Programar, desarrollar, evaluar y controlar los programas de Salud Bucodental de su servicio y área de influencia.

#### **Funciones:**



1. Brindar asesoría técnica-Odontológica que se solicite de otros niveles
2. Realizar investigaciones epidemiológicas para determinar las necesidades y avances de las acciones que el Programa lleva a cabo.
3. Deberá hacer cumplir el programa-calendario, visitando durante el año lectivo escolar todas las instituciones educacionales de su área de influencia.
4. Se responsabilizará del personal, materiales y equipos dentales a él encomendados
5. Aportar la información necesaria para el llenado de informe de actividades mensuales y responsabilizarse de los mismos, antes del envío a la región.
6. **Ser responsable de los envíos de informes a LA REGIÓN CORRESPONDIENTE**
7. Coordinar con el Departamento de Recursos Humanos la organización de cursos con el personal técnico Profesional y auxiliar.
8. Coordinar con los líderes de la comunidad la organización de grupos que participen activamente en las acciones del Programa de Salud Bucodental
9. Cumplir los lineamientos de la política de Salud Bucal
10. Efectuar estudios de tiempo, movimiento y trabajo en equipo.
11. Participar en la elaboración de metas y programas anuales correspondiente a cada servicio
12. Acatar y hacer cumplir las normas de trabajo del MSP y BS
13. Instaurar, hacer cumplir y controlar la realización de la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT) que propone la OMS/OPS, en los servicios de salud bucal
14. Participar en la elaboración y actualización del Manual de Normas Técnicas y Procedimientos del Programa de su servicio.
15. Evaluar periódicamente los resultados de las actividades de investigación, por medio de la supervisión, informes requeridos, metas y objetivos alcanzados de acuerdo a los recursos existentes.

**CARGO: Odontólogo de Consultorio**

**Definición:** persona responsable del desarrollo, ejecución y control de los programas preventivo y curativo de Salud bucal del servicio

**Dependencia:** depende administrativamente del jefe odontólogo del servicio, del director de servicio y desde el punto de vista normativo del departamento de Salud Bucal Regional y este a su vez de la Dirección de Salud Bucodental

**Requisitos para el cargo:**

- Ser odontólogo cirujano con título habilitado legalmente e inscripto en el M.S.P. y B.S. para el ejercicio de la profesión.
- Poseer destreza en el manejo de pacientes en consultorio
- Estar dispuesto a atender pacientes según demanda
- Demostrar espíritu de servicio
- Tener capacidad para integrarse a participar en forma productiva en un equipo de trabajo
- Reconocer y aceptar la supervisión como medio de crecimiento laboral y personal
- Mantener la cordialidad, amabilidad, armonía y fomentar las buenas relaciones interpersonales, en su medio de trabajo, con el usuario y el equipo de salud.

**Funciones y responsabilidades siguientes:**

1. Informar al paciente sobre su estado de salud bucodental, brindarle las atenciones necesarias de acuerdo a su condición y motivarle a conservar, mejorar, prevenir y restablecer en el menor tiempo posible las patologías encontradas de acuerdo con un diagnóstico establecido.
2. Brindar al paciente información e intervención con calidad y calidez, tratarlo con dignidad, privacidad, confidencialidad y respetar su condición social y cultural.
3. Ejecutar acciones para resolver la patología presentada acorde a la necesidad de atención del paciente, ya sea por emergencia o en consulta programada.
4. En aquellos pacientes sistémicamente comprometidos, realizar ínterconsulta con el médico(a) del establecimiento de salud o del médico (a) especialista responsable del paciente, con el fin de manejarlo conjuntamente durante los procedimientos Odontológicos de su tratamiento.
5. En el consultorio atender tres (3) pacientes por hora y en el área extramural cinco (5) pacientes por hora.
6. En toda consulta odontológica se realizaran uno o más procedimientos en el paciente, evitando así la pérdida de oportunidades.

7. Elaborar las recetas de los medicamentos indicados de acuerdo a la patología encontrada, según el "Listado oficial de Medicamentos" y en los formularios respectivos, en forma genérica.
8. Dar las indicaciones pertinentes al paciente, después de realizar el procedimiento odontológico.
9. Cuando el caso lo amerita extender constancia de incapacidad debidamente firmada y sellada (Reposo).
10. Delegar al personal técnico auxiliar debidamente capacitado, procedimientos y actividades preventivas dentro del consultorio o en la comunidad, bajo estricta supervisión del profesional que regentea el consultorio.
11. Solicitar inclusión, exclusión o modificación de algún producto odontológico como: equipo, instrumental y materiales.
12. Ejecutar el programa preventivo de Autoprofilaxis y Autoaplicación de Flúor, en entidades educativas públicas y/o privadas.
13. El odontólogo deberá cumplir un horario de: 2 consultorios de 4 horas diarias y 1 actividad preventiva semanal en las escuelas, durante el período de clases, completando la carga horaria vigente. En época de vacaciones, deberá realizar 3 consultorios.
14. Responsabilizarse de los equipos, instrumentales, materiales a él encomendados para su uso diario.
15. En caso que el servicio no realice el programa preventivo (como en casos de hospitales especializados), el profesional deberá realizar 3 consultorios de 4 horas diarias.
16. Ejecutar, programar y controlar actividades con Procedimientos Atraumáticos (PRAT) en zonas de difícil acceso y en entidades educativas como soporte al programa preventivo.
17. Aportar la información necesaria para el llenado de informe de actividades diarios y responsabilizarse de los mismos.
18. **Ser responsable de los envíos de informes al jefe de servicio.**