MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL URUGUAY

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

"PLAN DE INTERVENCIÓN EN SALUD BUCODENTAL PARA LA EMERGENCIA SOCIAL EN EL URUGUAY 2005-2006"

Washington DC y Montevideo, Enero 2005

“PLAN DE INTERVENCIÓN EN SALUD BUCODENTAL PARA LA EMERGENCIA SOCIAL EN EL URUGUAY 2005-2006”

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud
Programa Regional de Salud Oral

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES 1

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN EL URUGUAY 2

Recursos Humanos 2

Oferta y demanda de los servicios odontológicos 2

Datos epidemiológicos de la salud bucal en el Uruguay 4

TÉCNICA PRAT: USO Y BENEFICIOS 5

2. JUSTIFICACIÓN 6

Actividades futuras 6

3. POBLACIÓN OBJETIVO 7

4. OBJETIVOS 7

4.1 GENERAL 7

4.2 ESPECÍFICOS 7

5. METAS 7

6. LÍNEAS DE ACCIÓN 8

7. ESTRATEGIAS OPERATIVAS 8

8. ACTIVIDADES 9

ETAPA I: ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN Y FINANCIAMIENTO 9

ETAPA II: INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN 10

ETAPA III: EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS 11

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN 14

10. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS 14

11. CRONOGRAMA 15

12. PRESUPUESTO 17

BIBLIOGRAFÍA 19

ANEXOS 20

1. ANTECEDENTES

La presente propuesta es una respuesta al pedido de las autoridades del gobierno del Uruguay para enfrentar la grave situación de salud bucal de los grupos más vulnerables de la población, para lo cual existe una expresa voluntad del Presidente electo de Uruguay de atender los problemas de salud bucal en lo inmediato a través del "*Plan de Atención Nacional de la Emergencia Social 2005-2007*".

El futuro Ministerio de Salud Pública trabajará a los efectos de brindar una cobertura de asistencia integral a través de un sistema de atención de salud básico a sectores actualmente excluidos del mismo. El "*Plan de Atención Nacional de la Emergencia Social 2005-2007*" se propone mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable, a los efectos de su reinserción social, actuando sobre los diferentes determinantes que coadyuvan a una vida saludable, en un marco de acciones multiprofesionales e interdisciplinarias.

En el Uruguay, como en varios países en vías de desarrollo, la mayoría de los niños en edad escolar tiene caries dental sin tratar, con riesgo de dolor o desarrollo de infecciones. Esta condición puede dar lugar a la pérdida de dientes a una edad muy temprana. El alivio del dolor es el tratamiento de exigencia predominante en las poblaciones más vulnerables y aisladas. Estas personas, en su gran mayoría, no visitan los servicios odontológicos para intervenciones de tipo preventivo o para el tratamiento oportuno de las lesiones cariosas para prevenir la pérdida de los dientes. Los hábitos de higiene bucodental son generalmente bajos y la accesibilidad a la atención de salud bucodental es a menudo deficiente. El dolor es principalmente causado por las infecciones bucales, el cual, en algunos casos, puede ser potencialmente mortal. (Encuesta de Salud Bucal en escolares del Uruguay, 1998. OPS Programa de salud oral. 2004).

A esto se suma que el tipo de atención que reciben en los servicios públicos o privados sigue siendo muy costoso. Es inaccesible para la mayoría de la población especialmente de las zonas rurales y zonas urbanas marginales. Como resultado de esto, la exodoncia dental es la modalidad predominante del tratamiento. Este tipo de práctica odontología pasa por alto la importancia de la prevención del individuo y su familia, con orientación comunitaria, que debe evidenciarse en un mejoramiento de la salud bucodental dentro de un enfoque de salud general. (OPS, Programa de salud Oral 2004. Facultad de Odontología del Uruguay. Plan para el quinquenio 2005-2010).

La introducción de medidas preventivas masivas, como la fluoruración del agua o de la sal ha contribuido a disminuir la prevalencia de la caries en muchos países; y, en particular, la provisión del dentífrico fluorado ha ayudado a disminuir la presencia de caries extensas y la pérdida de piezas dentarias. Lamentablemente, la pasta dental con flúor, si bien está disponible, no es accesible para los grupos más vulnerables del país (Facultad de Odontología. 2004).

En el caso del Uruguay, se observa que no existen políticas definidas de salud bucal. El componente salud bucal no ha sido atendido en su complejidad, aunque existen acciones aisladas o de escaso impacto realizadas en los últimos años. Un dato importante que cabe mencionarse es que desde el año 2000, el gobierno nacional con el apoyo de la OPS y con el financiamiento del BID se encuentra desarrollando un

proyecto de investigación del costo-efectividad de la técnica de Restauración Atraumática (PRAT). Este proyecto de investigación ha permitido tener datos actualizados de la efectividad de dicha técnica y su potencial para ser aplicado en forma masiva en poblaciones vulnerables y aisladas (OPS, Proyecto PRAT 2004).

El enfoque PRAT (Práctica de Restauración Atraumática) es una alternativa de prevención y tratamiento oportuno para la caries dental, que aplicado a los niños de 6-7 años de edad, que es cuando erupciona el primer molar permanente, presenta evidencias científicas de ser factible y viable para ser aplicado como una medida de salud pública. La técnica PRAT permite la prevención y tratamiento oportuno de la caries, directamente en la comunidad (escuelas, guarderías, hogares, etc.) y la referencia a las unidades de salud en los casos que requiera una atención de mayor complejidad (exodoncias, endodoncias, etc.). Además, la técnica PRAT es parte de las estrategias de prevención de la OPS para el nuevo milenio (Plan de Gobierno 2004).

Este "Plan de Intervención en Salud Bucodental", inserto en el "*Plan de Atención Nacional de la Emergencia Social 2005-2007*", al ser un modelo de atención odontológica simplificado, efectivo y de bajo costo, posee viabilidad política, ya que se enmarca en la política de reorganización de los servicios de salud de la nueva administración del Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Dicha política de reorganización se propone implementar un nuevo modelo de atención de salud con enfoque familiar, comunitario y ambiental, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria en Salud. El objetivo de la mencionada reorganización es promover, preservar, conservar y rehabilitar la salud de la población, con énfasis en los grupos humanos más vulnerables.

Análisis de la situación de la salud bucodental en el Uruguay

Recursos Humanos

Se estima que en el Uruguay haya, aproximadamente, 3.500 odontólogos activos, 200 higienistas, 600 asistentes dentales titulados y 800 técnicos protésicos. En el sector público trabajan 407 odontólogos, 89 tecnólogos en odontología (higienistas y asistentes).

Existen organizaciones que agrupan 870 odontólogos bajo la forma de cooperativa, distribuidos de la siguiente forma: 570 en el interior del país y 300 en la Montevideo. (Facultad de Odontología, Universidad de la Republica. Documento de trabajo para el taller Plan-Estratégico de la Facultad para el quinquenio 2006-2010. Nov. 2004).

Oferta y demanda de los servicios odontológicos

Sobre la base del "documento de trabajo", elaborado en el año 2000, por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, se presenta la siguiente tabla de indicadores.

Tabla 1. Indicadores de producción y productividad odontológicas.

MSP. Uruguay. 2000

INDICADORES	**TOTAL ASSE**	**TOTAL Montevideo**	**TOTAL Interior**	**INTERIOR Centros Departa-mentales**	**INTERIOR Centros auxiliares**
Disponibilidad de sillones odontológicos	101	26	75	54	21
1. Total de consultas	157.838	55.926	101.912	68.647	33.265
2. Total de urgencias	25.962	12.861	13.101	9.954	3.147
3. Total de procedimientos asistenciales	82.888	19.568	63.320	47.666	15.654
3.1 # total de obturac. y endodoncias	19.450	7.984	11.466	7.798	3.668
3.2 # total de extracciones	62.210	11.021	51.189	39.404	11.785
3.3 # total de cirugías bucales	1.228	563	665	464	201
4. # total otros procedimientos	23.006	7.595	15.411	10.247	5.164
5. # procedimientos preventivos	61.781	18.643	42.838	36.315	6.523
6. # total de procedimientos	167.675	46.106	121569	94.228	27.341
7. # de proc. preventivos	36,8	41,1	35,2	38,5	23,9
8. # de proced. Asist.	49,4	42,4	62,1	50,6	57,3
9. # Urgencias	16,4	23,0	12,9	14,5	9,5

Fuente: Uruguay MSP. ASSE**.** “Documento de trabajo”. 2000

Datos epidemiológicos de la salud bucal en el Uruguay

Según el último estudio epidemiológico de salud bucal realizado en el Uruguay (1998), la caries dental constituye la principal causa de morbilidad dental con una prevalencia de más del 80 % y un CPOD promedio de 2,4 en niños entre 11 y 14 años de edad de escuelas publicas de todo el país.

Tabla 2. CPOD en niñas/os de 11-14 años de edad de escuelas públicas.

Uruguay, 1998.

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

Fuente: MSP.

Un dato que resalta de esta información es que a pesar que la prevalencia ha disminuido en los últimos años, el promedio de dientes con caries sin tratamiento (67,2 %) constituye el principal problema. Además, según otros estudios realizados por profesionales de la Facultad de Odontología, se observó que la prevalencia y severidad de la caries eran aún mayores en las zonas más vulnerables (6 a 7 piezas dentales afectadas por niño en dicho grupo etario).

Según datos del Ministerio de Salud Pública, la cobertura de los servicios de salud oral de dicho Ministerio en los últimos años se encuentra alrededor del 5% (157.838 consultas / 3.322.141 habitantes, estimación para el año 2000).

Esto demuestra que las acciones realizadas por el MSP preventivas y de cobertura de atención, no han podido atender la demanda de la población que requieren acciones oportunas y de bajo costo, especialmente en las comunidades más vulnerables y marginadas del país.

Además, la atención odontológica que requiere esta población, no tendría alto impacto de ser realizada con los tratamientos convencionales que utilizan equipos sofisticados, y una gran variedad de instrumentos y materiales dentales que, además de ser costosos, son tratamientos más traumáticos e invasivos que aquellos que son realizados con nuevas tecnologías como la técnica PRAT; y, por otra parte, no cuentan con servicios de salud que garanticen su acceso.

Se debe recordar, también, que la caries es un proceso infeccioso crónico que afecta negativamente la nutrición y la salud general de los individuos.

Técnica PRAT: uso y beneficios

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó en septiembre de 1997 recomendar a los países de la Región de las Américas, estrategias de salud bucodental destinadas a apoyar la labor gubernamental en pro de la eficacia y la eficiencia de los programas preventivos de salud bucodental y para fortalecer la organización y prestación de servicios de salud bucodental, en la Región. (OPS. Estrategias de Salud Oral. 2000).

La caries dental es la enfermedad más común entre los niños de la Región de las Américas, aproximadamente el 90% de los menores de 15 años tienen caries dental. Sin embargo, gracias a programas de intervención temprana, la caries dental puede evitarse o tratarse a un costo muy reducido. Una de las principales metas del Programa Regional de Salud Oral de la OPS esta orientado a mejorar la cobertura de atención de salud oral, dando particular importancia a la prevención y tratamiento oportuno de la caries en los grupos más vulnerables de la población.

Debido a los requisitos tecnológicos asociados, el tratamiento dental ha sido históricamente costoso. De acuerdo con ello, el acceso al tratamiento ha sido restringido y las prioridades asignadas por las instituciones a cargo han estado limitadas por la escasez de fondos.

En este sentido la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT) constituye una excelente alternativa, ya que no utiliza equipo odontológico, elimina el tejido cariado con instrumentos de mano y emplea cementos a base de ionómero de vidrio para sellar o restaurar las piezas dentales; los cuales, además, liberan fluoruro previniendo posibles lesiones futuras. Esta nueva alternativa utiliza tecnología apropiada de bajo costo y totalmente accesible a la comunidad. Según los últimos estudios reportados, es de gran satisfacción para el usuario porque es prácticamente indolora. (OPS/BID. Proyecto PRAT. 2004).

Un elemento fundamental del presente “Plan de Intervención en Salud Bucodental” es el tratamiento oportuno del primer molar, el cual erupciona en boca entre los 6-7 años de edad. Varios estudios revelan que el CPOD en los primeros molares es casi el mismo que el CPOD total del niño entre 6-8 años, lo que indica que si se realizaran acciones de prevención y tratamiento oportuno de los primeros molares en edades tempranas (6-7 años) se estaría controlando la caries a un costo mucho más bajo, que si se lo hace en otras edades (MSP Ecuador. 1996).

2. JUSTIFICACIÓN

El componente odontológico en el "*Plan de Atención Nacional de la Emergencia Social 2005-2007*" es oportuno y necesario, puesto que de no llevarlo a cabo, se produciría la instalación y progresión de la caries y las secuelas correspondientes, disminuyendo aún más la calidad de vida de las poblaciones vulnerables del país. Además, se estaría evitando mayores gastos para cubrir el tratamiento de la caries y sus secuelas en etapas tardías. Lo anteriormente indicado, justifica la necesidad de implementar esta propuesta de salud bucal, que comprende acciones de promoción, prevención y tratamiento oportuno de la caries dental, dando prioridad a los grupos de mayor riesgo (niños de 6-7 años) en escuelas públicas de las zonas más carenciadas del país.

Este modelo pretende, también, integrar a varias instituciones del sector de la salud, procurando el apoyo de la empresa privada, para que en conjunto se amplíe la cobertura de atención, con la participación de la Universidad (estudiantes, profesores), odontólogos del Ministerio de Salud, de las intendencias, asociaciones profesionales, entre otras.

En síntesis, si tomamos en cuenta únicamente los costos operativos de la intervención (aproximadamente realizar 128.000 sellantes en 32.400 niños), cada sellante tendría un costo de US$ 0,39, y cada niño sería "vacunado" en sus primeros molares por US$ 2,30; con una efectividad del 90% a los tres años.

Con el costo de una extracción dental se pueden realizar dos sellantes, tomando en cuenta sólo el costo de los materiales de una extracción (agujas anestesia, etc.) y excluyendo el dolor y riesgos para el paciente que ella implica. Además, los sellantes previenen en forma atraumática las caries de los niños.

Actividades futuras

El proyecto que sigue contempla la intervención en poblaciones escolares que permitan mejorar la salud bucal de las mismas, teniendo en cuenta que prevenir la enfermedad en edades tempranas reporta beneficios inestimables en el futuro.

No obstante, el componente de salud bucal -que se presenta a continuación- como parte del "*Plan de Atención Nacional de la Emergencia Social 2005-2007*", debería contemplar también a personas de otras edades que presentan situaciones que es imprescindible atender, a los efectos de su reinserción social (focos de infección crónica, dolor e infección de origen dental, problemas estético-funcionales y de higiene bucal.

Por lo tanto, se recomienda al MSP y a los responsables del componente odontológico de salud delinear un plan y financiar estas actividades en el corto plazo que permita dar respuesta a estas situaciones insoslayables.

3. POBLACIÓN OBJETIVO

Todas las niñas y niños de 6 a 12 años de edad, de hogares en situación de indigencia o pobreza extrema en el Uruguay.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Dentro del marco del "Plan Nacional para la Emergencia Social. 2005-2006" del nuevo gobierno del Uruguay, se propone mejorar la situación de la salud bucodental de la población objetivo, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento oportuno y derivación a las unidades de salud que correspondan.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Aumentar la cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención odontológica de la población objetivo, a través de un modelo educativo, preventivo y asistencial, actuando directamente en las comunidades identificadas como más vulnerables del país.

2. Mantener en condiciones saludables a los niños del Plan, mediante un seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones odontológicas, con la participación de personal del Ministerio de Salud Pública, intendencias municipales y otras instituciones públicas.

5. METAS

- Lograr que el 100% de la población objetivo reciba las acciones de promoción y prevención de la caries durante el periodo 2005-2006.
- Lograr que el 100% de los niños entre 6-7 años reciban un paquete mínimo de atención odontológica, que incluya acciones de promoción de la salud bucal, uso apropiado de los fluoruros (cepillado con pasta dental fluorurada) y sellantes con la técnica PRAT, en sus primeros molares.
- Lograr que el 50 % de los niños de edad escolar (6-12 años) reciban sellantes y restauraciones con la técnica PRAT y exodoncias (especialmente de las piezas temporales que lo necesiten)
- Lograr que el 100 % de la población objeto esté comprendido en un sistema de atención inmediata y de referencia y contrarreferencia para alivio del motivo de la urgencia dental (dolor e infección de origen dental).

6. LÍNEAS DE ACCIÓN

- Establecer un modelo de atención odontológica basada en la atención primaria de salud, con énfasis en la promoción y prevención de la salud bucal al alcance de las comunidades más vulnerables del país.

- Hacer uso de la tecnología costo efectiva del momento, como es el caso de la técnica PRAT, para prevenir y tratar la caries en sus etapas iniciales, en las comunidades del "Plan Nacional para la Emergencia Social. 2005-2006".

- Establecer un sistema de atención de la urgencia odontológica (por dolor e infección) con el apoyo de las unidades locales de salud del área de intervención.

7. ESTRATEGIAS OPERATIVAS

Estrategias para la organización y planificación de la propuesta

- Dada la magnitud del problema de salud bucal en el país, es conveniente que el plan lo coordine un delegado de las más altas esferas políticas del país
- Fortalecer el asesoramiento en salud bucal al Ministro de Salud Publica a través de un órgano asesor que lo integren los representantes de la Universidad, de las Asociaciones Odontológicas y la persona designada por el Ministerio para coordinar el Programa de Salud Bucal.
- Lograr el apropiamiento del recurso humano odontológico que participará en el plan, a través de la información de los objetivos y el carácter prioritario del mismo.
- Capacitar en nuevas tecnologías al personal seleccionado en las diferentes etapas del modelo.
- Facilitar el desembolso de los fondos que requerirá el plan a través de una ejecución ágil y eficiente
- Determinar el perfil y la selección de los odontólogos y personal auxiliar (higienistas y auxiliares) aspirantes a participar en este plan
- Facilitar la contratación "por producto" (si fuera del caso) para contar con el recurso humano necesario para cumplir con los objetivos del plan

8. ACTIVIDADES

El presente proyecto de intervención odontológica en el plan de emergencia, se fundamenta en la focalización de las acciones de promoción de la salud bucal, prevención y atención oportuna de la caries, utilizando las mejores estrategias disponibles hasta el momento, en la población seleccionada.

Las autoridades designadas del Ministerio de Salud fortalecerán la "Comisión Asesora en Salud Bucal" y conjuntamente con el responsable del Programa de Salud Bucal, definirá los recursos que intervendrán en el plan y coordinarán las acciones interinstitucionales que correspondan. Luego, en función de las zonas definidas por el "Plan de Emergencia" se realizará un mapeo de las instituciones y organismos sociales y comunitarios de la zona a intervenir, para priorizar las acciones del componente de salud bucal, por etapas.

A continuación se hace un esquema de las actividades prioritarias:

Etapa I: Organización, coordinación y financiamiento

1. *Aprobación de la propuesta por parte de las autoridades nacionales:*

Como paso inicial se solicitará a las autoridades designadas por el nuevo gobierno la revisión y aprobación de la propuesta, así como el financiamiento y apoyo correspondiente.

2. *Designación del responsable del Programa de Salud Bucal del MSP por parte de las autoridades nacionales:*

Igualmente, se designará al responsable del Programa de Salud Bucal del MSP quien coordinará la parte técnica odontológica del componente del Plan.

3. *Fortalecimiento de la Comisión Nacional Asesora en Salud Bucal:*

Se buscará también, el fortalecimiento de la Comisión Nacional Asesora en Salud Bucal para el apoyo y seguimiento de componente de salud bucal dentro del "Plan de Emergencia".

4. *Coordinación con otras instituciones nacionales:*

Tan pronto se haya aprobado el Plan y se disponga de los fondos necesarios se iniciará la coordinación con las instituciones que vayan a intervenir.

5. *Selección del recurso humano odontológico:*

Los profesionales del sector público: Ministerio de Salud Pública, Intendencias, INAU y otras instituciones, serán informados del "Plan de Emergencia" y se les solicitará una definición sobre su participación en el mismo.

El personal odontológico de las instituciones participantes deberá en lo posible acreditar los siguientes requisitos:

- Estar dispuesto participar en las condiciones de trabajo del "Plan de Emergencia"
- Haber cumplido con alguna capacitación formal en aspectos preventivos
- Haber participado en programas de salud bucal en comunidad
- Haber participado en un Taller sobre la técnica PRAT (no excluyente)

En el caso de que no se disponga del personal que el Plan lo requiere, se sugiere contratar a odontólogos o personal auxiliar (higienitas y auxiliares) quienes debiendo tener un perfil similar al indicado, estén en disponibilidad de movilización y horas de trabajo de acuerdo a lo que se señale el Plan de emergencia"

Este personal en la primera etapa será en un número de 50 personas. 40 Odontólogos de los cuales 25 serán seleccionados del MSP y 15 serán contratados; y 10 personal auxiliar (entre higienistas y asistentes dentales).

6. *Ajuste de la planificación:*

El responsable del Programa de Salud Bucal del MSP junto con otros expertos (odontólogos, epidemiólogos, salubristas) y demás asesores (de ANEP, INAU, etc.) deberá realizar las siguientes actividades:

a) Identificación de los lugares donde se ejecutarán las actividades (escuelas, hogares del INAU, etc.).
b) Ajustar el número de niños por grupos etarios y lugares geográficos donde se realizarán las actividades del Plan.
c) Ajustar el cronograma de actividades de acuerdo a los ajustes de número y lugares mencionados anteriormente.
d) Ajuste del proceso de evaluación: indicadores de monitoreo y evaluación, sistema de registro, procesamiento y análisis de datos.

Etapa II: Información y capacitación

7. *Taller de información al recurso humano odontológico participante:*

El Taller de Información, de un día de duración, estará dirigido a los odontólogos, higienistas y auxiliares que participen del Plan.

8. *Talleres de capacitación a los operadores:*

En esta etapa se tratará de que el personal participante se familiarice con los criterios de diagnóstico de las necesidades odontológicas utilizados internacionalmente, así como con los procedimientos utilizados por la técnica PRAT.

El enfoque PRAT en el manejo de la caries se ha validado en estudios en varios países en todo el mundo. Sin embargo, se ha llegado a la conclusión de que los resultados de tratamiento que han sido manejados por operadores sin experiencia o inadecuadamente adiestrados son menos eficientes de aquellos que han recibido adiestramiento adecuado en el enfoque PRAT. Esto indica que los operadores requieren de cursos de adiestramiento sobre la técnica PRAT para lograr resultados óptimos de tratamiento usando este enfoque. En este proyecto se utilizara el material didáctico proporcionado por OPS para facilitar la tarea de los organizadores y de los instructores. (Ver anexo)

Etapa III: Ejecución de las actividades odontológicas

9. *Diseño e implementación de acciones de promoción de la salud bucodental en la población objeto del Plan*

Las acciones de promoción deberán ser realizadas, de preferencia, por higienistas y auxiliares con el apoyo de maestros y educadores. Dichas acciones deberán estar planificadas y ser continuas; orientadas a fomentar y fortalecer los hábitos saludables de salud bucal, evitando las dietas cariogénicas (azúcares) y lograr la visita del odontólogo por lo menos una vez al año.

10. *Implementación de acciones de prevención a través del uso de los fluoruros (uso de pastas dentales, enjuagues, aplicaciones de flúor, etc.)*

El uso del dentífrico fluorado es considerado como el medio más eficaz para controlar la caries dental. Sin embargo, para ser eficaz, el fluoruro en el dentífrico necesita ser bio-disponible en una concentración suficiente en la superficie del diente. La exposición a la cantidad correcta de fluoruro es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la medida preventiva más eficaz contra la caries.

La eficacia de la pasta fluorurada contra la caries ha sido probada en una serie extensa de ensayos clínicos bien documentados, en particular, mediante el cepillado dental, dos veces al día, con dentífrico fluorurado.

En el presente Plan se propone que se entregue un cepillo y pasta dental a todos los niños de la población objeto tres veces por año (probablemente habría que buscar el apoyo de empresas privadas). El odontólogo, el higienista y auxiliar realizarán la supervisión de la técnica de cepillado y del control de la placa bacteriana. El monitoreo de esta actividad permitirá conocer los avances y la necesidad de correcciones.

11. *Aplicación de los sellantes en los primeros molares en los niños de 6-7 años a través de la técnica PRAT en la comunidad (escuelas, guarderías, hogares, etc.)*

La aplicación de sellantes y/o restauraciones con la técnica PRAT en los niños de edad escolar (6-7 años), es la acción central de la medida de intervención odontológica dentro del plan de emergencia.

Los beneficios de la aplicación de los sellantes con la técnica PRAT, entre otros, son los siguientes:

- Beneficio preventivo: mantenimiento de la integridad de la pieza, depósitos y liberación de flúor que protejan la pieza dental y áreas adyacentes.
- Aumento de la cobertura.
- Accesibilidad a poblaciones urbano-marginales y de difícil acceso.
- Mínima capacitación del personal.
- Fácil procedimiento de aplicación. Sólo requiere de instrumentos de mano.
- No requiere de electricidad.
- No requiere tecnología sofisticada (equipo dental.).
- El sellado del primer molar en edades tempranas ("vacunación") tiene un 90% de éxito, en tres años.

Para la aplicación de los sellantes se utilizará los protocolos establecidos por OPS para la técnica PRAT.

Los sellantes se aplicarán a los niños de 6-7 años, durante el primer año de escuela. Si por algún motivo el niño no fuese atendido en la escuela durante el año escolar, se tratará de atender al niño en la etapa vacacional antes de se ingreso a segundo año. Se sugiere pedir a las escuelas como requisito para la matricula de segundo año en las escuelas de las áreas identificadas como más vulnerables, que los niños presenten el certificado de haber recibido los sellantes en los primeros molares.

12. Atención de los pacientes con urgencia odontológica (por dolor e infección) y modelo de referencia para las necesidades de atención de mayor complejidad

El Plan considera de capital importancia el establecer la accesibilidad de la población vulnerable para recibir la atención inmediata ante la presencia de urgencias odontológicas por dolor o infección. Igualmente, se requiere establecer el sistema para la referencia y contrarreferencia a las unidades de salud para el tratamiento de los pacientes que requieren tratamientos de mayor complejidad.

El acceso a la atención de emergencia es un derecho fundamental para todos los individuos. Por consiguiente, todo modelo de atención debe asumir la responsabilidad para establecer y mantener una atención de la urgencia sea accesible y aceptable para la población. Este tipo de atención debe adaptarse a las necesidades de la población local. Por lo tanto, el contenido preciso de una atención de urgencias puede variar de una comunidad a otra.

Los elementos fundamentales de una atención de urgencias comprenden:

- El alivio del dolor bucal;
- Los primeros auxilios para las infecciones orales y el traumatismo dentoalveolar;
- La derivación de los casos complicados.

Alivio del dolor

El alivio del dolor se considera la exigencia de tratamiento predominante en muchos grupos de población. La caries dental es la causa principal del dolor de diente. En estas circunstancias el alivio del dolor se logra mediante la extracción de los dientes muy cariados. A pesar del tratamiento de la caries dental mediante la extracción de dientes, un porcentaje alto (>90%) de los dientes cariados queda sin tratar en varios países.

Para paliar el dolor bucal, las personas recurren generalmente a los medicamentos. Se han gastado sumas grandes de dinero en analgésicos farmacéuticos, en antibióticos y en medicinas tradicionales. La combinación de la farmacoterapia paliativa y tratamiento clínico debe realizarse en una forma adecuada dentro de un modelo de atención comunitario.

Referencia de los casos complicados

De acuerdo con el sistema de referencia que disponen los servicios de salud del país se deberá adecuar para recibir los casos que requieran una atención de mayor complejidad. El personal que participe en este Plan deberá estar informado del procedimiento para actuar con agilidad y eficiencia.

Se recomienda que previo al inicio del Plan se coordine y establezcan los correctos procedimientos para garantizar que el paciente sea remitido, atendido y devuelto a la unidad de origen para su seguimiento y recuperación.

En síntesis, la atención de las urgencias odontológicas debe ser fácilmente accesible para todos los individuos de una comunidad y debe ser la primera prioridad en cualquier programa de salud bucodental. Por lo que se deberá establecer una coordinación con la red de unidades de salud del área a fin de disponer de un sistema ágil y eficiente para atender esta necesidad.

13. Otros tratamientos odontológicos:

Para complementar la atención de los niños de edad escolar (6-12 años) el plan prevé la implementación de dos acciones prioritarias de acuerdo a la patología bucal existente: restauraciones con cementos de ionómeros de vidrio (técnica PRAT) y exodoncias (especialmente de las piezas temporales). Además, se recomienda incluir los costos de los materiales e insumos para la prevención (pasta dental y cepillo) dentro de la canasta básica que el “Plan de Emergencia Social” entregará a las familias.

Por otro lado se estima necesaria la contratación de personal odontológico para la implementación del plan, por cuanto las horas que dedica el personal de las instituciones publicas a la atención rutinaria a los pacientes, no permite su dedican exclusiva para este Plan. El tal sentido, se requerirá disponer de un fondo de contratación por producto (sellantes aplicados) como parte de las estrategias operativas del plan.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El grupo responsable de la ejecución del plan deberá establecer los instrumentos para realizar el monitoreo y evaluación de las acciones del plan. El monitoreo deberá realizarse a nivel regional y nacional. Cada odontólogo regional presentará un informe anual con el resultado de las acciones realizadas en el Plan y una descripción de los hechos más sobresalientes presentados en cada periodo.

Se sugiere un monitoreo mensual que incluya:

- Número de odontólogos capacitados (al inicio)
- Número de niños que han recibido la promoción y prevención, por mes
- Número de niños atendidos, por mes
- Número de primeros molares intervenidos por mes
- Observaciones

Evaluación

La evaluación del impacto del proyecto se realizará anualmente. Previo al informe de evaluación se sugiere realizar un taller mensual con los supervisores y coordinadores:

1) Avances y problemas en la aplicación de la intervención
2) Cobertura de los niños intervenidos por escuela o zona del proyecto
3) Porcentaje de niños libres de caries en los primeros molares (donde se aplico sólo sellante)
4) Porcentaje de niños con caries en los primeros molares (en donde se aplico restauraciones PRAT)
5) Costos reales de la aplicación de la intervención por niño.

Supervisión

La supervisión en este proyecto, entendida como el acompañamiento para el logro de los objetivos y metas propuestas, deberá ser ágil y oportuna. Se tendrá en cuenta los siguientes puntos:

- El flujo de los recursos
- La agilidad de los trámites administrativos. Coordinación y comunicación entre el equipo de trabajo
- La coordinación para el traslado del personal
- El manejo de los formularios e información técnica del proyecto
- La visitas al terreno del supervisor y las reuniones con el personal.

10. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de las acciones del plan serán recopilados diariamente. Cada mes se llenará un formulario que de cuenta del funcionamiento del Plan en terreno. Se establecerá un boletín cuatrimestral con los principales indicadores de las actividades para el reporte y retroalimentación del modelo de atención.

11. CRONOGRAMA

Tabla 3. Cronograma de principales actividades. 2005-2006.

	2005				2006			
ACTIVIDAD	**Primer Trimestre**	**Segund Trimestre**	**Tercer Trimestre**	**Cuarto Trimestre**	**Primer Trimes-tre**	**Segundo Trimes-tre**	**Tercer Trimes-tre**	**Cuarto Trimes-tre**
-Componente I: Aprobación de la propuesta, Organización, Coordinación y Financiamiento.	17 Enero al 15 Abril							
-Componente II: Capacitación a los participantes del "Plan de Emergencia"	16 al 30 de Abril **8 días más**							
-Componente III: Aplicación del Modelo (promoción, prevención y sellantes PRAT)		A partir del 9 de Mayo	*	*	*	*	*	*

- Componente IV: -Monitoreo -Evaluación -Informe		De Mayo A Dic.	*	* + X	*	*	*	* + X

12.PRESUPUESTO

El componente de salud bucal para el "Plan de Emergencia", requiere el siguiente presupuesto para su implementación:

Tabla 4 Principales costos del componente Salud Bucal del Plan de Emergencia Nacional. Uruguay 2005 – 2006.

ACTIVIDAD	NÚMERO	COSTO UNITARIO	COSTOS TOTALES (US$)
Elaboración del Plan (*)		**SUBTOTAL**	**12.000.-**
Etapa I: Organización, coordinación y financiamiento			
12. Aprobación de la propuesta por parte de las autoridades nacionales		**SUBTOTAL**	**1.000.-**
Etapa II: Información y capacitación			
- Capacitación a los participantes del "Plan de Emergencia"			
7. Taller de información al recurso humano odontológico participante	60 participantes	Viáticos Movilización Material de oficina	1.160.-
8. Talleres de capacitación a los operadores	40 participantes 40 higienistas	Viáticos Movilización Material de oficina	2.550.- 2.550.-
- Instrumental para la técnica PRAT			21.116.-
- Costo para instructores	4 instructores	Compensación	360.-

		SUBTOTAL	**25.086.-**
Etapa III: Ejecución de las actividades odontológicas (**)			
11. Aplicación de los sellantes en los primeros molares en los niños de 6-7 años a través de la técnica PRAT en la comunidad (escuelas, guarderías, hogares, etc.)	128.000	0,58	49.926.-
13. Otros tratamientos odontológicos: (162.000 restauraciones y 32.400 exodoncias)	121.500		121.500.-
- Compensación para los operadores por trabajo de campo			36.000.-
		SUBTOTAL	**207.426.-**
Monitoreo y evaluación -Monitoreo -Evaluación -Informes (Material de oficina y costos de movilización)		**SUBTOTAL**	**2,500.-**
TOTAL			**US$ 248.012.-**

* El costo de la elaboración del Proyecto fue financiado por la OPS. De la misma forma que lo hará con el consultor y la presentación del proyecto.

* * Estos Costos incluye la compra de instrumental necesario para la implementación de los sellantes

NOTA 1.- No se incluyen los salarios del recurso humano odontológico, sólo sus compensaciones.

NOTA 2.- El alta completa de 100.000 niños aproximadamente costará US$ 248.012.- Esto incluye todo el instrumental necesario, capacitación de aproximadamente 80 profesionales y en cada niño la "vacunación" de sus cuatro molares alguna restauración en temporarios y una extracción promedio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Documento de trabajo sobre atención odontológica MSP-ASSE. Uruguay. 2000.
2. Ministerio de Educación. Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Educación Primaria. Montevideo-Uruguay 2003
3. OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2003.
4. MSP. Encuesta de salud bucal en escolares de 11 a 14 años del sector público. Uruguay.1999.
5. OMS. Centro OMS Niemijen. Dr. Jo Frencken y Dr. Christopher Holmgren. Manual para el Tratamiento Restaurativo Atraumático.2002 Ginebra, Suiza.
6. MSP. Ruiz y col. Estudio Epidemiológico de salud bucal en escolares del Ecuador. 1996
7. OPS. Programa de Salud Oral, Estrategias. Washington. 2002
8. Frencken J., Phantumvanit P., Pilot T., Songpaisan Y., van Amerongen E., WHO Collaborating Centre for Oral Health Services Research, Groningen, 1997.
9. Phantumvanit P, Songpaisan Y, Pilot T, Frencken JE. Atraumatic Restorative Treatment (ART): A three-year community field trial in Thailand – Survival of one-surface restorations in the permanent dentition. J Public Health Dent 1996; 56(3):141-5.
10. Frencken JE, Makoni F, Sithole WD. ART restorations and glass ionomer sealants in Zimbabwe: Survival after 3 years. Community Dent Oral Epidmiol 1998; 26372-81.
11. Holmgren CJ, Lo E, Hu DY, Wan H. ART restorations and sealants in Chinese schoolchildren-five-year results. J Dent Res 2002; 81: A140.
12. OMS. Centro OMS Niemijen. Dr. Jo Frencken y Dr. Christopher Holmgren. Paquete básico de cuidado oral. 2002. Países Bajos.
13. Queijo Liliana. “Documento de Trabajo”. 1994

ANEXOS

1. Formulario de diagnostico y actividades clínicas
2. Programa del curso sobre la técnica PRAT
3. Materiales e instrumental para la técnica PRAT
4. Presentación sobre la técnica PRAT
5. Fotos