

LA SALUD BUCAL UNA PRIORIDAD PARA LA INTEGRALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DE CALIDAD

PERIODO 2015-2020

JULIO 2015



Programa Nacional
de Salud Bucal



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



Administración de los Servicios
de Salud del Estado



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

LA SALUD BUCAL UNA PRIORIDAD

PARA LA INTEGRALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DE CALIDAD

PERIODO 2015-2020

RESUMEN EJECUTIVO

La comisión mixta MSP-ASEE-FO, celebra la convocatoria realizada por el Ministerio de Salud Pública como oportunidad a participar de un proceso que permita avanzar en la incorporación de la Odontología en el Sistema Nacional Integrado de Salud, en base a la experiencia acumulada y en el entendido que están dadas las condiciones para dar un salto cualitativo importante en salud bucal. Tenemos la firme convicción de que esto se puede lograr y expresamos la voluntad de apoyarnos en el trabajo colectivo más amplio y plural para hacer posible esta realidad imprescindible para todos los uruguayos y uruguayas.

Entiende este proceso como impostergable en función de:

- a. La existencia de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el país desde el año 2008, el cual desde su génesis se propuso incluir a la salud como un derecho. En ese marco la asistencia a la salud debe ser integral y por ello es necesario que las prestaciones en salud bucal sean incluidas al igual que en cualquier otra especialidad de la medicina para asegurar que las personas se mantengan sanas y puedan atenderse cuando están enfermos y ser rehabilitados cuando corresponda.
- b. La presunción de que la Odontología solo puede ser llevada adelante a través de acciones que implican un alto costo, resulta desacreditada si la comparamos con otras especialidades médicas así como por el valor que representa la salud bucal en la calidad de vida de las personas en cuanto a su capacidad funcional (comer, hablar) y estética (sonreír, comunicarse).
- c. Una situación epidemiológica que evidencia la gran cantidad de patología acumulada: en los jóvenes más del 50% tiene caries, en los adultos y adultos mayores, casi el 60 % perdió 10 o más piezas dentales y el 30% tiene enfermedad

periodontal. El 70% de los adultos necesita algún tipo de prótesis dental. Uno de cada cuatro adultos mayores necesita algún tipo de prótesis completa.

- d. Si bien el país cuenta con una relación odontólogo-paciente suficiente (1/700) y con una capacidad instalada considerable, esta se encuentra concentrada en las ciudades y en la modalidad de odontología privada. En tanto en las Instituciones prestadoras de salud del SNIS se evidencia una escasez de infraestructura en términos absolutos y en términos de calidad así como de recursos humanos y materiales destinados a promover, preservar y garantizar la salud bucal (en ASSE: 300 odontólogos para 1.200.000 personas)

La propuesta elaborada para el periodo 2015-2020, incluye:

1. Una medida de prevención y promoción como lo es el garantizar el acceso universal a pasta y cepillo dentales a la población.
2. Inclusión de nuevas prestaciones en el PIAS y revisión de todo el cap. 5 referido a salud bucal por parte de un comité de revisión integrado por MSP y F.O.
3. Asistencia: en el caso de ser necesaria la incorporación gradual de sub-grupos poblacionales, se propone la siguiente priorización: embarazadas y niños de 0-36, niños y adolescentes de 3 a 19 años, adultos en situación de vulnerabilidad.-
4. La contratación de nuevos recursos humanos para llevar a cabo las acciones preventivas y asistenciales.
5. La inserción de la Facultad de Odontología en el SNIS como institución que desarrolla la formación de los recursos humanos en salud bucal prestando asistencia a la población.

Las propuestas antes descritas se reconocen como un avance en el proceso de incorporación de la salud bucal en el sistema. Sin embargo es evidente que dada la situación actual, antes mencionada y la posibilidad de priorización de algunos sub-grupos de población, la proporción de población beneficiada por la propuesta en esta primera etapa será muy reducida por lo que **se hace necesario seguir avanzando en la incorporación gradual de todos los subgrupos de población así como del resto de las prestaciones que aseguren la concreción del derecho a la salud integral de la población.**

Facultad de Odontología –UDELAR

ASSE

MSP (Programa Nacional de Salud Bucal)

INDICE GENERAL:

1. INTRODUCCIÓN:	- 4 -
2. ANTECEDENTES:	- 4 -
2.1 SITUACIÓN DE SALUD BUCAL:	- 4 -
2.2 LA ODONTOLOGÍA EN EL SNIS:	- 4 -
La odontología en el MSP:	- 4 -
El prestador público integral ASSE:	- 4 -
Formación de recursos humanos en Salud Bucal:	- 4 -
3. PROPUESTA PARA LA INSERCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA EN EL SNIS.	- 4 -
-	
3.1 OBJETIVOS:	- 4 -
Objetivo General:	- 4 -
Objetivos Específicos:	- 4 -
3.2 ESTRATEGIAS:	- 4 -
4. PLAN DE ACCIÓN	- 4 -
4.1 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.	- 4 -
Importancia y Justificación:	- 4 -
Acciones:	- 4 -
4.2 ASISTENCIA INTEGRAL DE SALUD BUCAL A USUARIOS DEL SNIS.	- 4 -
Importancia y Justificación:	- 4 -
Acciones:	- 4 -
4.3 PARTICIPACIÓN DE LA FOUDELAR	- 4 -
Acciones:	- 4 -
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	- 4 -

LA SALUD BUCAL UNA PRIORIDAD
PARA LA INTEGRALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DE CALIDAD

PERIODO 2015-2020

1. INTRODUCCIÓN:

A partir de la iniciativa del Ministerio de Salud Pública (MSP), la Dirección del Programa de Salud Bucal, la Facultad de Odontología de la Universidad de la República (FOUDELAR) y Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) han desarrollado una propuesta dirigida al logro de la inclusión de la atención odontológica dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como estrategia fundamental para resolver la crítica situación de salud bucal que afecta a gran parte de la población.

A tales efectos se realizaron aportes con el objetivo de abogar por la salud bucal de la población “como parte de su derecho a la salud”. Se han llegado a acuerdos generales y consensos sobre estrategias y alianzas de cooperación en acciones que hacen prever resultados positivos para la salud bucal en el corto plazo.

Se tuvieron en cuenta los criterios establecidos en el SNIS que plantea el acceso universal a la salud integral y que adopta el modelo asistencial basado en la APS y con énfasis en la promoción y prevención. Así también fue valorada la necesidad de dar respuesta a la enfermedad instalada. Se acordó la necesidad de la incorporación de hábitos higiénicos a través del uso de cepillo y pasta dental florada, garantizando el acceso universal a los uruguayos. Con respecto a lo asistencial se acordó la incorporación al catálogo del Plan Integral de Asistencia a la Salud (PIAS) de prestaciones que conduzcan a la atención integral incorporando gradualmente grupos poblacionales hasta llegar a la cobertura de toda la población.

2. ANTECEDENTES:

2.1 SITUACIÓN DE SALUD BUCAL:

A pesar de los avances logrados en atención a la salud a partir de la implementación del SNIS se puede afirmar que la odontología continúa teniendo dificultades para integrarse plenamente al mismo. El acceso a la

asistencia se restringe mayoritariamente y como ha sido tradicional a la capacidad de pago de las personas. La población debe recurrir al mercado odontológico privado para la compra de lo que no le es ofrecido en el sistema optando por una oferta estratificada en términos de cantidad y calidad.

Más allá de las mejoras y del cambio del modelo que opero en el sector público, y de la transitoria implementación del “Programa Nacional de salud bucal colectiva para la niñez” del MSP y del aporte de programas con fuerte componente preventivo, no se ha dado respuesta salvo excepciones a las necesidades y aspiraciones de los usuarios.

Actualmente sigue existiendo el Programa Nacional de Fluoruración de la Sal de uso doméstico, de consumo voluntario, los decretos N° 375 de 1990 y N° 2247 de 1991 regularon su desarrollo, siendo complementados por los decretos N° 93 de 1993 y N° 123 de 1998 ⁽¹⁾. Este Programa influyó entre otros (programas preventivos con acceso a cepillo y dentífrico fluorado) en la disminución de caries dental según estudios en escolares de 12 años entre el año 1991/1992 y 1999, disminuyendo aún más entre 1999 y 2010/2011 ⁽²⁻⁵⁾.

La actual situación epidemiológica evidencia, en otros grupos etarios, una gran cantidad de patología acumulada: en los jóvenes más del 50% tiene caries, en los adultos y adultos mayores, casi el 60 % perdió 10 o más piezas dentales y casi el 30% tiene enfermedad periodontal. El 70% de los adultos necesita algún tipo de prótesis dental. Uno de cada cuatro adultos mayores necesita algún tipo de prótesis completa ⁽⁶⁾.

La enfermedad acompaña en su distribución las diferencias socioeconómicas no solo la caries dental sino también la enfermedad periodontal, el cáncer, los traumatismos y otras patologías aumentan su prevalencia en los sectores más carenciados. Incluso los indicadores de caries dental que muestran actualmente una disminución en la población de 12 años ⁽⁴⁾, son relativos ya que una carga mayor de la enfermedad está concentrada en sectores de la población más vulnerable. A su vez el tratamiento se encuentra ligado fuertemente a los ingresos. El quintil más alto de la población, es el que menos necesita, y más acceso tiene a la atención odontológica.

2.2 LA ODONTOLOGÍA EN EL SNIS:

La creación del SNIS abrió expectativas sobre la incorporación de la atención a la salud bucal, entre otras dimensiones asistenciales que se encontraban postergadas. Esta incorporación permitiría romper con la tradición histórica de falta de atención y restricciones sistemáticas que no se puede justificar ni desde la visión ética de la salud y su consideración como derecho fundamental. Ni tampoco desde el punto de

vista de la concepción integral, epidemiológica dado la frecuencia de las enfermedades bucales, ni por las consecuencias de las mismas, para quienes las sufren, dado que las enfermedades bucales, como ocurre en el resto del organismo van desde situaciones de riesgo menor, hasta las que causan la muerte de los pacientes.

Tampoco se puede apelar a la falta de recursos humanos en el país (se recomienda un odontólogo cada 800 a 1000 personas y contamos con uno cada 700) ni a carencias de equipamiento. La explicación entonces se debe orientar a la búsqueda de elementos macro-sociales y a decisiones políticas, donde operan otros intereses que gravitan sobre el resultado final, criterios corporativos de la profesión, mercantilistas de los prestadores integrales privados, a los que se suma la escasa fuerza de los reclamos de los usuarios y las instituciones que nuclean a los odontólogos.

La odontología en el MSP:

Desde el 2007 el MSP cuenta con lineamientos programáticos plasmados en el Programa Nacional de Salud Bucal. Este programa contó con la participación de todas las instituciones relacionadas con atención odontológica y pretendió integrar el componente odontológico al SNIS. Además puso en práctica un proyecto preventivo para niños de carácter nacional que comprometió a todos los prestadores y que contó con el respaldo académico y político de la profesión; “Programa Nacional de salud bucal colectiva para la niñez” ⁽⁷⁾, pero fue discontinuado pocos años después sin evaluación de su impacto en esta población.

La propuesta de integración de la Salud Bucal presentó dificultades, por un lado no hay control del cumplimiento de las normativas vigentes relacionadas con la odontología, ni de la oferta de atención que realizan los prestadores integrales. De este modo no se controla el cumplimiento de las prestaciones establecidas en el PIAS, que generalmente se encuentran por debajo de lo exigido para cumplir con el primer nivel de atención.

Si bien en el 2010 se establecieron metas prestacionales del FONASA fundamentales para el control del niño desde la gestación hasta los tres años, estas fueron cambiadas en el 2012 prescindiendo del odontólogo hasta los tres años, sin verificar que todos los prestadores integrales hayan incorporado las primeras.

No se establecieron algunas normativas sobre los recursos humanos y materiales, faltan algunos protocolos de atención que los prestadores integrales deberían haber incorporado.

A diferencia del resto de la atención médica aún quedan servicios asistenciales en el MSP que no se han trasladado al prestador público y que atienden a niños del sector público y privado con recursos del estado.

Además el Programa Nacional de Salud Bucal ha contado con un muy reducido equipo de trabajo así como de ausencia del nombramiento del director en el período comprendido entre el 2012 -2014.

Podemos concluir que ha existido una escasa inversión pública así como un débil papel regulador del MSP en el componente salud bucal en el SNIS.

El prestador público integral ASSE:

Entre los objetivos del SNIS se encuentra desde su implementación el fortalecimiento del sector público situándolo en posición de competencia con el sector privado como aporte que asegura condiciones de salud equitativas para toda la población.

Se partió de una situación crítica, por su responsabilidad sobre la población con más enfermedad, con insuficiente recurso humano y también equipamiento insuficiente y devastado, con dificultades de acceso por la distribución geográfica de los usuarios.

ASSE es responsable de la salud integral de 1.290.000 personas. El 80% de la población de peores ingresos son los usuarios del prestador público, que presentan los peores perfiles de enfermedad. En cambio el resto de los usuarios del SNIS gozan de mejores condiciones de salud bucal y mayor capacidad de pago reduciendo la demanda a los prestadores integrales privados, favoreciéndolos (recurren a la odontología liberal).

La gestión en odontología, que ha estado siempre enmarcada por la carencia de fortalecimiento económico, ha combinado dos objetivos: 1) reorganizar los recursos existentes, 2) incorporar nuevos recursos, humanos y materiales. Se han obtenido logros significativos en el primer objetivo y menores en el segundo, entre otros por la escasez de los recursos asignados por el sistema.

En lo que refiere al cambio de modelo se ha implementado un giro hacia la estrategia de APS con énfasis en la promoción y prevención. Aunque la escasa dotación de profesionales y la demanda acumulada de la población, conspira contra esto. Se debe responder a las consultas de urgencias de los adultos que desbordan las posibilidades y mantienen los altos registros de extracciones.

El 10% de las consultas de policlínica son de odontología, se realizan 340.000 consultas odontológicas al año. Se cuenta con 300 odontólogos que trabajan a tiempo parcial (16 horas semanales promedio).

La distribución del equipamiento es una fortaleza. Los 450 equipos odontológicos están distribuidos en todo el territorio nacional, con buen acceso geográfico a los usuarios. Aunque algunos centros poblados pequeños requerirían una atención con equipamiento móvil. Se incrementó y sustituyó equipamiento obsoleto en 80 unidades, en el

primer nivel muchos están en malas condiciones. Sin embargo, la incorporación de nuevos recursos humanos contaría con equipamiento odontológico suficiente para la atención de los usuarios.

Hay materiales suficientes y de buena calidad (la mayoría por compras por Unidad de Compras y Adquisiciones, UCA) con algunos problemas de gestión de los mismos.

El gasto en odontología no llega al 1% del gasto de la institución. Se suma a esto que del mismo se ha destinado una proporción, no evaluada con rigor pero nada menor, al sector privado.

Si bien los recursos destinados a la atención odontológica debían salir de las capítas, en la práctica quedó supeditada a los refuerzos extra-presupuestales por ejemplo con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) dispuso recursos de odontología en otros programas y no en ASSE.

ASSE ha hecho acuerdos con FOUDELAR, para el desarrollo de pasantías en el interior y parte de Montevideo del último semestre de Carrera de Doctor en Odontología y con los estudiantes de las diferentes especialidades de Pos-grado. Además centraliza el diagnóstico y seguimiento de usuarios con cáncer bucal. También fueron contratados docentes para la realización de Prótesis Buco Maxilo Facial en el interior y en convenio con Hospital de ojos. Se realizaron en colaboración jornadas de actualización y capacitación del personal de ASSE, y protocolos de atención para embarazadas y niños.

También se han generado convenios con otros organismos públicos. El sector privado ha manifestado, salvo excepciones, desinterés en el logro de acuerdos y en el único convenio firmado (Asistencia Integral) las exigencias en los costos lo hacen insostenible.

Programa en odontología de ASSE:

- Atención de embarazada y niño desde la gestación, cumpliendo con las responsabilidades adjudicadas en Programas de salud Bucal del MSP del 2008.
- Control y tratamiento de todas las necesidades en los niños. En adultos solo se pueden resolver urgencias y emergencias y aquella asistencia que no compite con los grupos priorizados.
- Atención de grupos de riesgo por sus condiciones de salud general: diabéticos, pacientes a intervenir quirúrgicamente, enfermos cardiovasculares y otros. Atención en psiquiátricos, instituciones para ancianos.
- Atención de niños derivados del Programa de Presidencia.
- Atención en medio rural (en convenio con Programa de Presidencia o en otros proyectos ej. Nodos en Tacuarembó).
- Convenio que financia MIDES para cobertura de integrantes de sus proyectos, que permitió fortalecer recursos humanos equipamiento y

materiales. Se realizaron entre Montevideo e interior más de 30.000 prótesis removibles parciales y totales.

- **Atención en Personas Privadas de Libertad (PPL):** en diferentes establecimientos carcelarios. Se instaló laboratorio dental en convenio con Ministerio del Interior, MSP y FOUDELAR para realización de prótesis y otros.

- **Creación de red de Cirugía y Traumatología con especialistas en: Paysandú, San José, Maldonado, Durazno y Montevideo. Prótesis Buco-Maxilo-Facial en Durazno (en convenio con servicio de FOUDELAR).**

Formación de recursos humanos en Salud Bucal:

La FOUDELAR, en su plan de estudios, define la formación del odontólogo con un perfil generalista, capaz de tomar decisiones tendientes a desarrollar reflexivamente los valores intrínsecos de la práctica odontológica, basado en un sistema de conocimientos, destrezas y actitudes que buscan transformar la realidad socio-epidemiológica, procurando dar respuesta a las necesidades de salud de la población, a través de acciones asistenciales, investigativas y socio educativas, atravesadas por las dimensiones ética y política. Su campo de acción lo constituye la promoción de salud, la prevención, la asistencia y el control de la problemática más prevalente, el reconocimiento y derivación de la alta complejidad y la gestión de los recursos necesarios, a través de abordajes individuales y colectivos, en una red de servicios con una estrategia de APS que priorice el primer nivel de atención ⁽⁸⁾.

En su sede central cuenta con una capacidad instalada de 260 unidades dentales, un servicio de imagenología convencional y tomografía volumétrica digital 3D, laboratorios microbiológicos, de patología molecular, anatomía patológica -que es referencia en cáncer bucal en el Uruguay-, dos clínicas de cirugía buco maxilo facial y un servicio de Prótesis Buco Maxilo Facial que también es referencia nacional y regional para la resolución de una patología tan delicada como la pérdida en el sector bucofacial. Se realizan tratamientos gratuitos, subsidiados o arancelados. Los proventos recaudados se destinan a gastos de funcionamiento y a subsidiar los tratamientos de personas de bajos recursos, además son atendidos más de 800 niños con asistencia integral gratuita al año. Se establece como la mayor Clínica de Atención y diagnóstico Odontológica del país donde se atienden entre 9 y 11 mil urgencias odontológicas anuales y por sus instalaciones circulan aproximadamente 25000 pacientes por año.

Para la asistencia extramuros se cuenta con tres móviles odontológicos completamente equipados que brindan atención en capital e Interior (en Rivera cubren 22 escuelas desde hace más de 15 años). Las actividades de Extensión se imbrican con las labores del Programa Docencia Servicio, que brinda tareas con distintos actores comunitarios en policlínicos, hospitales, organizaciones barriales, en capital y todos los departamentos, encarando acciones con

MIDES, ASSE y otros. Desarrolla desde Marzo de 2012 un programa de Enseñanza-Extensión y Servicio vinculado al **Plan de Emergencia Socio-habitacional-Juntos a través un programa integral de atención a la salud bucal de vecinos involucrados en el plan, cubriendo hasta el momento 15 barrios en Montevideo, así también en barrios de diferentes departamentos: San José, Canelones, Durazno, Treinta y tres y Cerro Largo.**

3. PROPUESTA PARA LA INSERCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA EN EL SNIS.

La propuesta incorpora en sus líneas programáticas el logro del acceso a la salud integral y de calidad como componente clave de los objetivos de equidad social, tiene en cuenta subsanar esta segregación de la salud bucal con lineamientos generales para resolver la inserción de la odontología en el SNIS. Si bien la aspiración es la atención a toda la población y la incorporación de todas aquellas prestaciones que resuelvan los problemas más prevalentes de salud de la población, podrá optarse por la gradualidad.

La gradualidad se plantea como estrategia para la incorporación de los distintos sub-grupos de población porque dado la patología acumulada resulta imposible resolver en el corto o mediano plazo la atención de toda la población, lo cual dependerá además de los nuevos recursos asignados en el próximo presupuesto público a la Odontología. Esto obliga a establecer etapas en la atención, ordenando la demanda, donde se pueden combinar la variable prestaciones con grupos de riesgo eligiendo de acuerdo a los recursos disponibles y al costo de oportunidad en cada ocasión.

3.1 OBJETIVOS:

Objetivo General:

Alcanzar la salud integral incorporando el componente salud bucal en SNIS.

Objetivos Específicos:

- I. Contribuir al cambio cultural que implica que los ciudadanos y las instituciones consideren la salud bucal como derecho humano y como responsabilidad del SNIS.**
- II. Mejorar la calidad de vida a través del logro de la salud bucal, facilitando la inserción social y mejorando la autoestima de los ciudadanos.**

- III. Incorporar la atención plena a la salud bucal al SNIS, dentro del modelo universal e integral siguiendo la estrategia de APS**
- IV. Contribuir a disminuir las desigualdades en el acceso a la atención a la salud bucal.**

3.2 ESTRATEGIAS:

Para los objetivos específicos I y II, se establecerán las siguientes estrategias:

- 3.2.a) Integrar el componente de salud bucal en la estrategia de abordaje de factores de riesgo común de las enfermedades no transmisibles.**
- 3.2.b) Planificar la atención teniendo en cuenta las dos vertientes imprescindibles: el énfasis en la promoción y prevención, la respuesta a la patología acumulada y nuevas enfermedades emergentes.**
- 3.2.c) Asegurar el acceso a toda la población de productos de higiene oral (cepillo y dentífrico fluorado) de calidad.**
- 3.2.d) Realizar la vigilancia epidemiológica sobre las enfermedades más prevalentes, enfermedades emergentes y la efectividad de las medidas preventivas desarrolladas.**

Para el objetivo específico III, se proponen las siguientes estrategias:

- 3.2.e) Incorporar la atención odontológica con los mismos criterios que otras especialidades médicas, a través de los prestadores integrales del SNIS.**
- 3.2. f) Asegurar la función de rectoría del MSP, a través del fortalecimiento de la función de gestión y fiscalización, y la creación de protocolos de atención.**
- 3.2.g) Asegurar los recursos de la odontología en el SNIS como parte indisoluble de las cápitás, no dependiendo de seguros o financiaciones especiales y no permitiendo que los mismos queden sujetos a la competencia con otros programas.**
- 3.2.h) Definir metas prestacionales odontológicas para que las mismas sean realmente un estímulo que opere en beneficio de los usuarios.**

Para el objetivo específico IV, se proponen las siguientes estrategias:

- 3.2.i) Fortalecer la odontología en el prestador público ASSE: en asignación presupuestal, cantidad de recursos humanos, formación de los mismos; equipamiento, y su mantenimiento y apoyo a la gestión:**
 - Contratar profesionales odontólogos y resto del equipo de salud bucal.**
 - Creación de una unidad de mantenimiento institucional para equipamiento odontológico con la contratación de un equipo técnico y**

recursos materiales.

- Creación de Laboratorio Central de ASSE. Según proyecto aprobado por Directorio en año 2011.

3.2.j) Fortalecer los acuerdos con prestadores no integrales públicos que brindan asistencia odontológica, así también con otros programas interministeriales para lograr el uso más eficiente de los recursos.

3.2.k) Fortalecer los acuerdos con la FOUDELAR a través de la formalización de los acuerdos ya existentes y creación de nuevos convenios de cooperación.

3.2.l) Contar con sistema de referencia y contra-referencia que permita utilizar en forma eficiente la capacidad resolutive en cada nivel en el sector público.

4. PLAN DE ACCIÓN

4.1 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Importancia y Justificación:

Trabajando en promoción de la salud, cualquier estrategia de mejorar la salud bucal debería estar integrada a las estrategias y acciones promotoras de salud. Es importante recordar que las patologías bucales más prevalentes (caries y enfermedad periodontal), están relacionadas a la dieta, tabaquismo, alcoholismo y estrés. A su vez estos últimos son causa o contribuyen al desarrollo de diversas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes y enfermedades psiquiátricas ^(9, 10). Las estrategias recomendadas para la prevención y control de las enfermedades bucales, incluyendo caries deberían ser parte de un abordaje común de factores de riesgos a diversas ECNT. Una demostración exitosa del enfoque de riesgo común ha sido la campaña “Uruguay libre de humo de tabaco”, que con solo tratar de controlar un factor de riesgo la población tiene beneficios en su salud general y en particular en salud bucal. Pero aún es necesario generar estrategias con abordaje común de factores de riesgo para la incorporación de hábitos alimenticios saludables para el control de obesidad y diabetes entre otras enfermedades crónicas.

Además se deben desarrollar políticas específicas para el control de las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal, que en el caso de caries, involucra el uso racional de los fluoruros y la disponibilidad del tratamiento odontológico apropiado y basado en evidencias.

Si bien a nivel nacional el Programa de Sal Fluorada es efectivo en el control de caries, la preocupación creciente por la prevalencia de la hipertensión y el conocimiento de que los uruguayos consumen por

encima de 5gr/día de sal, cantidad recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecieron una serie de medidas preventivas fomentando la reducción en el uso de sal agregada en los alimentos. En este contexto, es necesaria la concreción de otra medida preventiva que complementa dicho programa.

La medida preventiva a implementar es “cepillado dental con dentífrico fluorado”. Esta medida además de eliminar mecánicamente restos de comida y biofilm dental, tiene un efecto químico; aumentando la disponibilidad de fluoruro en la cavidad oral para reducir la desmineralización y mejorar la remineralización del esmalte y la dentina frente a un desafío cariogénico ⁽¹¹⁾. El efecto anti-caries de los dentífricos fluorados alcanza a toda la población y está bien establecido en la literatura. Revisiones sistemáticas han mostrado que el uso continuo de dentífricos fluorados estándar de 1000-1500 ppm reduce aproximadamente 24-29% de la incidencia de caries en dientes permanentes ⁽¹²⁻¹⁴⁾. Esta medida es segura para la salud general, que no impide el uso conjunto con el empleo de sal yodo-florada, aunque requiere de educación en especial en la infancia sobre la cantidad de dentífrico empleado (dosis), así como monitoreo periódico para detectar incrementos de niveles de fluorosis dental de aceptables a altos ⁽¹⁵⁾.

Acciones:

Para las estrategias 3.2 a),c) y d) se proponen las siguientes acciones:

- Participar en el diseño de los objetivos programáticos del Programa Nacional de Control de Enfermedades No-Transmisibles (PPENT).
- Incorporar el componente de salud bucal en campañas de promoción de salud general, por ejemplos en promoción de dieta saludable, especialmente en control del consumo de azúcar en intervenciones dirigidas a la niñez y adolescencia.
- Asegurar al consumo la presencia a bajo costo de kits de higiene bucal (cepillo dental y dentífrico fluorado) por marca comercial, de calidad al cuál pueda acceder la mayor parte de la población. Controlar su distribución.
- Proveer un kits de higiene bucal a la población a quienes no puedan acceder con recursos propios a través de proyectos específicos como los proyectos MIDES, personas institucionalizadas como las privadas de libertad o pacientes psiquiátricos, así como instituciones de cuidado como asilos y CAIF, personas comprendidas en el Sistema de Cuidados. Desarrollar un plan interministerial y territorial para evitar

superposiciones.

- **Capacitar recursos humanos para la promoción de la higiene oral. Desarrollar un plan educativo conjuntamente con la FOUDELAR para la capacitación de educadores y cuidadores.**
- **Realizar una campaña publicitaria en los medios de comunicación, y contar con herramientas de educación impresos y digitales que promuevan el uso del cepillo y dentífrico fluorado, con un mensaje claro y consistente.**

4.2 ASISTENCIA INTEGRAL DE SALUD BUCAL A USUARIOS DEL SNIS.

Importancia y Justificación:

Como fue mencionado en situación de la salud bucal, los niveles de patología acumulada y el rezago en la incorporación de la salud bucal en el SNIS, obliga al ingreso gradual de grupos poblacionales y prestaciones, pero sin perder nuestra aspiración llegar a **la atención de odontológica a toda la población**. En términos de prioridad es necesario valorar, sin caer en criterios economicistas, aquellos sectores donde las acciones provean mayor impacto en el futuro ó que tengan más afectada su calidad de vida por la falta de asistencia odontológica. Con este criterio se tendrá en cuenta priorizar a los sectores de población donde los requerimientos de salud, funcionales y estéticos sean indispensables para su oportunidad al trabajo ó la vida de relación.

En igual sentido, considerando que la redacción del capítulo 5 del catálogo de prestaciones del PIAS fue realizada en el año 1983 y gran parte del mismo se encuentra desactualizado. Se propone revisar y cambiar dicho capítulo. Este cambio es una herramienta fundamental para dar respuestas a las necesidades de tratamiento odontológico según el perfil epidemiológico actual de la población uruguaya.

Acciones:

Para las **estrategias 3.2 b), e), f), g) y j)** se proponen las siguientes acciones:

- **Crear un Comité de revisión y redacción para el capítulo 5 del catálogo de prestaciones del PIAS, integrado por representantes del MSP y FOUDELAR.**
- **Promover la incorporación de las siguientes prestaciones: tratamientos periodontales, endodónticos en uni y biradulares; así como multi-radulares de valor estratégico. Además incluir rehabilitaciones en block y prostodoncia fija y removible.**
- **En caso de no contar con los recursos necesarios para la incorporación de**

toda la población se sugiere la siguiente priorización:

- a) Embarazada y Niños de 0-36 meses de edad (**Anexo1**).
 - b) Niños y adolescentes de 3 a 19 años de edad.
 - c) Sub-grupos de vulnerabilidad social.
- Continuar con la **atención actual a niños, urgencias y emergencias en todas las edades, atención a pacientes de riesgo médico por las patologías asociadas o por el riesgo relacionado con la gravedad de su enfermedad bucal y programas específicos para algunos sectores de población vulnerable (acuerdos con MIDES).**

4.3 PARTICIPACIÓN DE LA FOUDELAR

Siendo esta institución el mayor centro de formación de recursos humanos y de la atención en salud bucal, referencia académica y asistencial, y testigo de los intereses de la población uruguaya, es de vital importancia establecer un vínculo permanente de cooperación entre la FOUDELAR y el MSP y entre FOUDELAR y ASSE. En este vínculo las tres instituciones se potenciarán para mejorar la salud bucal de la población.

Acciones:

Para las **estrategias 2.2 i), j), k) y l)** se proponen las siguientes acciones:

- Continuar profundizando la complementación de servicios y convenios asistenciales vigentes con ASSE (Prótesis buco maxilo facial, Laboratorio para PPL, entre otros ya mencionados).
- Continuar trabajando con el componente de salud bucal de otros programas para adultos con vulnerabilidad social en cooperación interministerial (MSP-MIDES-MVOTMA-Plan Juntos).
- Insertar los servicios de FOUDELAR como prestador del SNIS asociado al Hospital de Clínicas o al prestador público ASSE: Urgencia, Prótesis Buco Maxilo Facial, Anatomía Patológica, Radiología. Así como los servicios vinculados a las especializaciones.
- Incorporar la odontología en los equipos multiprofesionales de la salud que trabajan en el régimen de UDAS con las mismas condiciones del resto de las Facultades del Área Salud de la UDELAR.
- Incorporar residentes odontología en diferentes especialidades. El número de residentes deberá ser acordado oportunamente y se tomarán como antecedentes las propuestas que el MSP realizó oportunamente y aún no se han efectivizado.
- Realizar convenios para la actualización y capacitación de los profesionales de la salud bucal de los servicios públicos, a través de la Escuela de Graduados.

- Vincular la vigilancia epidemiológica del Departamento de Epidemiología del MSP al Servicio de Epidemiología de FOUDELAR para monitorear las diferentes enfermedades bucales, así como la efectividad de las diferentes medidas empleadas por el SNIS.
- Contribuir con la definición de protocolos y guías de atención de la salud bucal con fuerte evidencia científica.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Estupiñan-Day S MT, Horowitz H, Pazos L, Pucci FW, Ramos MI. **Taller de vigilancia epidemiológica del Programa de Fluoruración de la Sal.** Montevideo. Uruguay: OPS/OMS/MSP; 1996. p. 44-5.
2. Comisión Honoraria de Salud Bucal. **Valoración de la Salud Bucal de la Población Escolar. Sector Privado.** Montevideo, República Oriental del Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 1991-1992.
3. Comisión Honoraria de Salud Bucal. **Valoración de la Salud Bucal de la Población Escolar. Sector Público.** Montevideo, República Oriental del Uruguay: Ministerio de Salud Pública.; 1991-1992.
4. Comisión Honoraria de Salud Bucal. **Encuesta de Salud Bucal en escolares de 11 a 14 años. Sector Público.** Montevideo, República Oriental del Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 1999.
5. Angulo M. BP, Cuitiño E., Silveira A. **Relevamiento y análisis de caries dental, fluorosis y gingivitis en adolescentes escolarizados de 12 años de edad en la República Oriental del Uruguay.** Montevideo, República Oriental del Uruguay: Facultad de Odontología. Universidad de la República, 2015.
6. Lorenzo S. OP, Musto M., Massa F., Alvarez R. **Situación de la salud bucal de los uruguayos.** Montevideo, República Oriental del Uruguay: Facultad de Odontología Universidad de la República, 2014.
7. Bianco P, Chiodi A. **Programa Nacional de Salud Bucal.** Montevideo, República Oriental del Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2008.
8. Consejo de la Facultad de odontología. **Plan de Estudios. Carrera de Doctor en odontología.** Montevideo, República Oriental del Uruguay: Facultad de Odontología Universidad de la República; 2011.
9. Sheiham A, Watt RG. **The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health.** Community dentistry and oral epidemiology. 2000;28(6):399-406. Epub 2000/12/06.
10. Griffin SO, Griffin PM, Swann JL, Zlobin N. **New coronal caries in older adults: implications for prevention.** Journal of dental research. 2005;84(8):715-20. Epub 2005/07/26.
11. Tenuta LM, Cury JA. **Laboratory and human studies to estimate anticaries efficacy of fluoride toothpastes.** Monographs in oral science. 2013;23:108-24. Epub 2013/07/03.

12. Chaves SC, Vieira-da-Silva LM. **Anticaries effectiveness of fluoride toothpaste: a meta-analysis.** Revista de saude publica. 2002;36(5):598-606. Epub 2002/12/10. A efetividade do dentifricio fluoretado no controle da carie dental: uma meta-analise.
13. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. **Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents.** The Cochrane database of systematic reviews. 2003(1):CD002278. Epub 2003/01/22.
14. Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm AK, Kallestal C, Lagerlof F, et al. **Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review.** Acta odontologica Scandinavica. 2003;61(6):347-55. Epub 2004/02/13.
15. Jones S. BB, Petersen P., Lennon M. **The effective use of fluorides in public health.** Bulletin of the WHO. 2005;38(9):670-6.

ANEXO 1

ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA Y NIÑOS DE 0-36 MESES.

Importancia y Justificación:

Estos grupos, gestantes y niños de 0-36 meses, han sido priorizados desde la iniciación del SNIS a través del establecimiento de metas asistenciales, aunque estas fueron acotadas al control de la salud bucal. Existe evidencia internacional sobre el incremento de la enfermedad bucal en los primeros años de vida. Por otra parte también se constata la dificultad en la atención en estas edades cuando se aborda tardíamente la enfermedad. Incorporar la atención odontológica durante el embarazo representa una medida preventiva efectiva, pues acompaña la formación de un nuevo ser desde su concepción hasta su nacimiento. De esta forma, se hace necesario informar y educar a la nueva madre en relación a los aspectos relevantes para la salud integral de su bebé. Por estar más sensibilizadas, se encuentran susceptibles a poner en práctica las informaciones recibidas y hasta modificar hábitos antiguos nocivos de su núcleo familiar (Capasso F. et al., 2011).

Objetivo:

- Incorporar la atención integral de la embarazada y del niño de 0-36 meses en SNIS.
- Incorporar en la propuesta a las embarazadas que tienen su control de embarazo en todas las dependencias públicas que participan de este programa:
- Acordar acciones con sector público que se encuentra fuera del SNIS: Hospital de Clínicas, Militar y Policial, IMM, BPS.
- Instalar laboratorio de ASSE que significa una reducción de costos del 50% sobre los valores de mercado y permite establecer medidas de control de calidad sobre las prestaciones.

Acciones:

1) Embarazadas:

Atender en forma priorizada a la embarazada hasta los 14 meses de vida de su hijo.

- Diagnosticar el 100% de las embarazadas del SNIS, a través de una ficha clínica que permita tener información pertinente del estado de la salud bucal de este grupo priorizado.

- Brindar información y educación al 100% de las embarazadas sobre las causas de las enfermedades bucales más prevalentes y su control a través de medidas de auto-cuidado. Brindarle información sobre los principales cuidados en salud bucal de su futuro hijo. Entregar cuando sea necesario un kit para higiene oral (Uruguay Crece Contigo).
- Realizar atención integral según la necesidad de tratamiento de las embarazadas que soliciten atención. Incluyendo las prestaciones que se ofrecen actualmente así como sumar nuevas acciones rehabilitadoras como prótesis y tratamientos endodónticos de las piezas de mayor requerimiento estratégico.
- Centralizar la información para el control y análisis por parte del MSP de todos los prestadores que intervengan en el Programa que informaran a través de un software sobre el diagnóstico y tratamiento realizados a cada embarazada, Se recomienda el trabajo en cooperación con la Unidad de Epidemiología de la Facultad de Odontología.
- Instalar laboratorio público de ASSE (Proyecto aprobado por Directorio de ASSE en 2010).
- Acordar con organismos prestadores públicos no integrales sobre distribución de los recursos: IMM, BPS, FOUDELAR

2) Niño hasta los 36 meses de edad:

- Control del niño al nacimiento.
- Educación para la salud de la puérpera y su bebé a realizar cuando la madre y el niño están internados en Centros hospitalarios o en la primera consulta del bebé. Realizar ficha clínica del bebé que permita tener información pertinente del estado de la salud bucal de este grupo priorizado.
- Diagnosticar al 100% de los niños entre 8-14 meses de edad.
- Reforzar las medidas de cuidado de salud bucal en los niños de 8-14 meses, a través de la demostración práctica de uso del primer cepillo dental y el uso de dentífricos.
- Diagnosticar al 100% de los niños entre 30-36 meses de edad.
- Realizar el tratamiento integral de los niños de 8-14 y 30-36 meses que presenten necesidades de tratamiento.
- Registrar la evolución en cada etapa de control de estos grupos priorizados en H. Clínica. Centralizar la información para el control y análisis por parte del MSP de todos los prestadores que intervengan en el Programa que informaran a través de un software sobre el diagnóstico y tratamiento realizados a cada embarazada. Se recomienda el trabajo en cooperación con la Unidad de Epidemiología de la Facultad de

Odontología.