



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



138.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 19-23 de junio de 2006

Punto 4.6 del orden del día provisional

CE138/14 (Esp.)

31 mayo 2006

ORIGINAL: INGLÉS

PROPUESTA DE PLAN REGIONAL DECENAL SOBRE SALUD BUCODENTAL

La salud bucodental sigue siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud en América Latina y el Caribe por la importancia que reviste como parte de la carga mundial de morbilidad bucodental, los costos relacionados con el tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. La estrategia presentada al Consejo Directivo en 1997 (documento CD40/20) hacía hincapié en la prevención de las enfermedades bucodentales mediante el establecimiento de programas integrales de salud bucodental, el fortalecimiento de la capacidad nacional y la promoción de intervenciones de salud bucodental sostenibles para casi todos los 38 Estados Miembros.

Desde 1995, se han realizado 40 encuestas nacionales de salud bucodental en la Región. Estos datos indican una disminución notable, de entre 35y 85%, en la prevalencia de la caries dental. Sin embargo, la carga de las enfermedades bucodentales es grave y sigue siendo alta por comparación con otras Regiones del mundo. La atención de salud deficiente y desigual, las tendencias cambiantes de las enfermedades bucodentales, el aumento en los costos y la reducción de la inversión en programas de salud pública bucodental son signos prominentes de la crisis sanitaria actual en las Américas. Según pruebas científicas fehacientes, la salud bucodental y la salud general están interrelacionadas, en particular, las infecciones bucodentales y los resultados adversos del embarazo. También existen factores de riesgo comunes en las enfermedades bucodentales y las crónicas, como la diabetes sacarina, las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares.

Este documento de estrategia se ha preparado para tratar los desafíos persistentes y dinámicos de la salud bucodental al comienzo del nuevo milenio. La meta fundamental de esta estrategia es reducir la carga de morbilidad de diversos padecimientos bucodentales en el año 2015. Los objetivos propuestos en este plan son reducir el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años en los países, mejorar la evaluación y el tratamiento de otros problemas de salud bucodental en la Región y aumentar el acceso individual a los servicios de salud bucodental. La finalidad de la presente estrategia es aprovechar los modelos de mejores prácticas que se aplicaron satisfactoriamente en los programas de fluoruración del último decenio. Se podría ampliar una intervención económica similar mediante el uso de tecnologías sencillas a fin de mejorar el acceso a la atención de salud bucodental a un costo mucho más bajo. Los objetivos se pueden conseguir con un sistema sanitario integrado en el que se combinen los servicios de salud bucodental con los servicios de salud general. Un programa de salud bucodental común exige una alianza firme entre los sectores privado y público de la salud bucodental. La promoción y el mejoramiento del estado de salud bucodental en las Américas contribuirán al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de desarrollo general mundial.

Se solicita al Comité Ejecutivo que examine la propuesta de Estrategia y Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental (2005-2015) de la OPS, así como el presupuesto propuesto, y formule recomendaciones.

CONTENIDO

Página

Introducción	3
Barreras a la salud bucodental	6
Pruebas científicas sobre la relación entre la salud bucodental y las enfermedades sistémicas	6
Estrategia y Plan de acción (2005-2015)	7
Plan de acción de la OPS: Metas, objetivos cuantificables, indicadores y actividades.....	8
Meta 1: Finalización de la agenda inconclusa en materia de salud bucodental. “Alcanzar un nivel mínimo de acceso a la atención de salud bucodental para todos al cerrar las brechas en la atención para los grupos más vulnerables.”	8
Meta 2: Integración de la atención de salud bucodental con los servicios de atención primaria de salud	12
Meta 3: Incremento de las intervenciones económicas comprobadas. Plan de varios años para los programas de fluoruración en las Américas y la ampliación de la cobertura de salud bucodental con tecnologías sencillas	14
Intervención del Comité Ejecutivo	17
Anexos	
Anexo A: Marco integral para la progresión de la atención de salud bucodental	
Anexo B: Plan operativo	
Anexo C: Presupuesto de salud bucodental de la OPS, por bienio.	
Referencias	

Introducción

1. La prevención de enfermedades es la piedra angular de la política de salud bucodental de la OPS para la Región de las Américas. Las políticas, los instrumentos y la capacitación que proporciona la OPS a los Estados Miembros produjeron una reducción considerable de caries en toda la Región. Estas mejoras se pueden atribuir en gran parte a los programas nacionales de prevención mediante la fluoruración del agua y la sal, el aumento de la conciencia acerca de la higiene bucodental apropiada y el mejoramiento de las prácticas de atención de salud bucodental [^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10}].

2. Se prestó cooperación técnica para medir el progreso en los países desde el comienzo de los años noventa apoyándose en un proceso continuo de salud bucodental basado en el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años (CPOD-12)¹. El CPOD se usó para las comparaciones entre países por su disponibilidad, facilidad de medición y fiabilidad en las comparaciones entre países. La clasificación usada para obtener el perfil de CPOD se dividió en tres etapas, correspondientes a la gravedad de la caries dental:

- *Emergente*: definida por un CPOD-12 de más de cinco y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal.
- *De crecimiento*: definida por un CPOD-12 de entre tres y cinco y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal.
- *De consolidación*: definida por un CPOD-12 de menos de tres y la existencia de un programa nacional de fluoruración de la sal.

3. El sistema de clasificación de la OPS produjo tuvo varias repercusiones, concretamente, la implantación de un programa de gran alcance de fluoruración de la sal y el agua en la Región. El plan de fluoruración de la OPS exigía estudios nacionales de referencia. Se llevaron a cabo más de 40 encuestas nacionales de salud bucodental para evaluar el CPOD y la exposición al fluoruro, el análisis de costos-beneficios, los sistemas de vigilancia epidemiológicos para la fluoruración, la transferencia de tecnología y los sistemas de evaluación y seguimiento para determinar la eficacia de los programas nacionales de fluoruración. Durante el último decenio, la intención de la cooperación técnica de la OPS ha sido que los países con niveles altos de enfermedades y falta de políticas de prevención introduzcan políticas eficaces y mejores indicadores de la situación. Se están estableciendo programas de fluoruración en más de 25 países. Más de 350 millones de personas tienen acceso a los programas de fluoruración en las Américas, y se proyecta que en el 2010 la cifra de las personas con acceso a dichos programas se eleve a 430 millones.

¹ El índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados) es una unidad de medida que describe la caries en un grupo de población. La OMS recomienda un CPOD de menos de tres a los 12 años.

4. El progreso de los países en el índice CPOD, como se observa en los cuadros 1 y 2, redujo la caries a entre 35y 85%. Esta disminución demuestra un cambio sustancial en el perfil epidemiológico de la caries dental en la Región (figura 1). El cambio en el cuadro de la clasificación es testimonio de la eficacia comprobada de los modelos de mejores prácticas, incluida su condición de estudio de casos modelo en *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (Caso No. 16)¹¹, y el primer libro científico sobre la fluoruración de la sal, *Promoción de la salud bucodental: La fluoruración de la sal en la prevención de la caries dental*¹².

Cuadro 1: Cuadro de la clasificación de la salud bucodental, alrededor de 1996

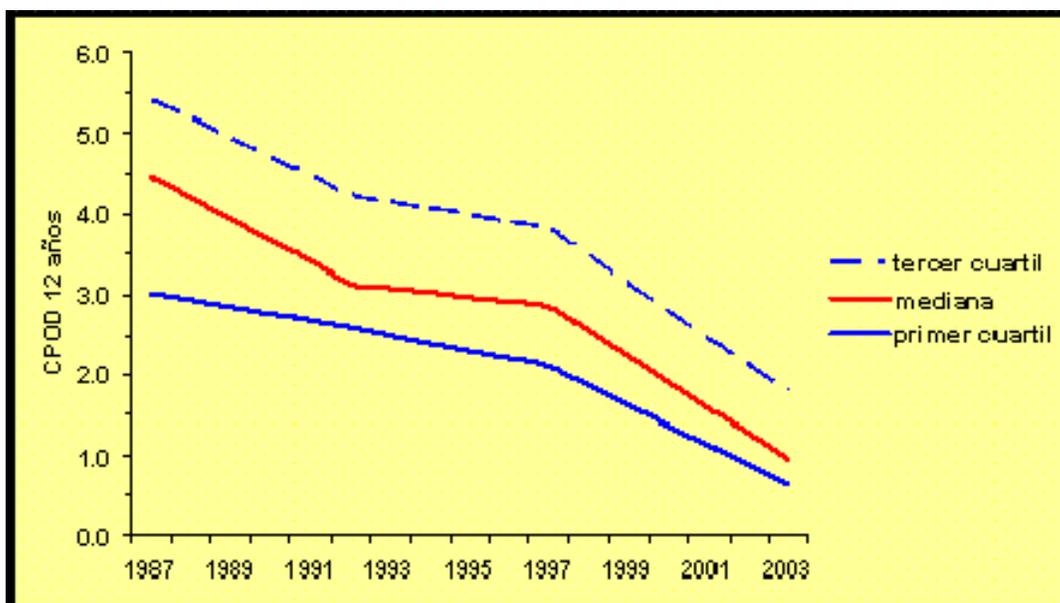
Emergente CPOD 5 9 países	De crecimiento CPOD 3-5 15 países	De consolidación CPOD < 3 8 países
Belice El Salvador Guatemala Haití Honduras Nicaragua Paraguay Perú República Dominicana	Argentina Brasil Bolivia Chile Colombia Costa Rica Ecuador México Panamá Puerto Rico Perú Suriname Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela	Bahamas Bermuda Canadá Cuba Dominica Estados Unidos de América Guyana Jamaica

Fuente: Publicación Científica y Técnica No. 615 de la OPS.

Cuadro 2: Cuadro de la clasificación de la salud bucodental, alrededor de 2005

Emergente CPOD 5 2 países	De crecimiento CPOD 3-5 7 países	De consolidación CPOD < 3 29 países
Guatemala Santa Lucía	Argentina Bolivia Chile Honduras Panamá Paraguay República Dominicana	Anguila Araba Bahamas Barbados Belice Bermuda Brasil Canadá Colombia Costa Rica Cuba Curazao Dominica Ecuador El Salvador Estados Unidos de América Granada Guyana Haití Islas Caimán Islas Turcas y Caicos Jamaica México Nicaragua Perú Suriname Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela

Fuente: Publicación Científica y Técnica No. 615 de la OPS.

Figura 1**Tendencias del índice CPOD a los 12 años para la Región de América Latina y el Caribe 1987-2003**

Fuente: Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud de la OPS, 2005.

5. La OPS también ha elaborado un modelo de mejores prácticas para mejorar el acceso a la salud bucodental mediante tecnologías sencillas. En cooperación con el Banco Interamericano de Desarrollo, se realizaron ensayos clínicos en tres países latinoamericanos que demuestran la eficacia en función de los costos del tratamiento de restauración atraumática (PRAT) para la atención y prevención de la caries, por comparación con los métodos convencionales. Para el PRAT se precisan capacitación y un mínimo de recursos, y lo puede administrar el personal auxiliar capacitado a la tercera parte del costo. Este modelo de mejores prácticas puede servir para ampliar el acceso de los grupos vulnerables a los servicios básicos de salud bucodental.

6. La finalidad del presente documento es describir la estrategia de salud bucodental y el plan de acción decenal (2005-2015) para la Región de las Américas. La meta de la estrategia es promover y proteger la salud general en las Américas mediante avances en la atención de salud bucodental. Esta estrategia guiará la organización de proyectos sostenibles, políticas, mejores prácticas y recursos para reducir la carga de morbilidad relacionada con la deficiente salud bucodental a los niveles individual, local, regional y nacional.

7. La formulación de esta estrategia se basó en un enfoque integrado para mejorar la salud bucodental. Dicho enfoque incluía la colaboración extensa con jefes de servicios bucodentales y expertos de la Región en reuniones como la que se celebró en Cuba, en 2004; la del Grupo de Estudio, en 2005, en Washington, D.C., y la de jefes de servicios bucodentales, ese año, en Canadá. El proceso consistía en recoger datos científicos sobre las intervenciones de salud bucodental, consultar con los interesados directos, y presentar la información a los asesores independientes de los países desarrollados y en desarrollo para su examen y retroalimentación.

Barreras a la salud bucodental

8. A pesar de estas mejoras espectaculares, la carga de morbilidad es grave y sigue siendo alta en ciertas zonas geográficas y grupos de alto riesgo. Las barreras que impiden que la atención de salud bucodental equitativa esté al alcance de la población son, entre otras:

- la falta de apoyo a las políticas y las leyes;
- el aumento en el costo de la atención dental¹³;
- la falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucodental,
- el acceso desigual a los servicios de atención de salud bucodental, especialmente de los grupos vulnerables como las mujeres, los niños, los indígenas y las personas con discapacidades físicas y de edad;
- factores culturales, de género y otros factores sociales, y
- la calidad deficiente de la atención de salud bucodental.

9. Las intervenciones previstas para reducir estas disparidades deben reconocer a los grupos desfavorecidos y evaluar sus necesidades para determinar las intervenciones satisfactorias y sostenibles.

Pruebas científicas de la relación entre la salud bucodental y las enfermedades sistémicas

10. Las manifestaciones tempranas de origen sistémico a menudo pueden observarse primero en la cavidad bucal¹⁴. Los factores de riesgo de las enfermedades sistémicas coexisten con frecuencia e interactúan con las enfermedades bucodentales. Las enfermedades bucodentales se han relacionado con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes sacarina y los accidentes cerebrovasculares. Pruebas científicas fehacientes demuestran que la infección bucodental materna puede influir de manera importante en el desarrollo de los bebés de peso bajo al nacer, como se ha comprobado mediante pruebas en América Latina y el Caribe^{15,16,17}. La cavidad bucal es también el primer lugar donde

se pueden diagnosticar las enfermedades graves. Las manifestaciones bucodentales suelen ser los primeros signos clínicos de la infección por el VIH, la carencia de vitamina B-12, el cáncer de la cavidad bucal y los trastornos de los hábitos alimentarios. Los hábitos del modo de vida, como el tabaquismo, la nutrición deficiente, el consumo de drogas intravenosas o las enfermedades de transmisión sexual se pueden detectar mediante exámenes bucodentales regulares. La correlación acentuada entre diversas enfermedades bucodentales y crónicas no transmisibles es consecuencia principalmente de factores de riesgo comunes.

Estrategia y plan de acción (2005-2015)

11. La presente estrategia comprende las acciones intersectoriales y la coordinación interprogramática para lograr resultados de salud bucodental óptima durante los próximos 10 años. Se basa en los principios rectores de la salud pública, a saber: la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la vigilancia de las enfermedades. Los elementos de la estrategia se fundamentan en la capacitación en las mejores prácticas y la difusión de los modelos de mejores prácticas, las alianzas, las inversiones preliminares y la medición del progreso en función del tiempo y la escala.

12. El mejoramiento de la atención de salud bucodental coincide con la promoción de la iniciativa de la OPS de salud para todos, de 1977, que aboga por la equidad sanitaria, así como con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 2000, que fomentan el desarrollo general mundial. Por lo tanto, la estrategia se elaboró en conformidad con el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas y respalda los tres ODM relacionados con la salud. Se centra en mejorar la salud maternoinfantil al dirigirse a los grupos vulnerables y en combatir la infección por el VIH/sida y otras enfermedades al influir en la salud bucodental para promover la salud general. Además, la estrategia recalca la integración funcional de la salud bucodental con el diagnóstico en la atención primaria de salud. Aumentar la capacidad nacional es indispensable para impulsar el desarrollo nacional de la salud bucodental y fomentar la protección social entre países y dentro de ellos.

13. Las metas de la estrategia corresponden a los tres desafíos principales de salud en la Región y se enmarcan en la cooperación técnica de la OPS:

- a) **Finalizar la agenda inconclusa.** La equidad en la atención para garantizar un nivel mínimo de acceso individual a la atención de salud bucodental, sobre todo de los grupos vulnerables (niños, embarazadas, personas mayores, personas infectadas por el VIH o con sida e indígenas).
- b) **Hacer frente a nuevos desafíos.** La integración de la atención de salud bucodental con los servicios de atención primaria de salud, como un punto crucial

para el diagnóstico temprano de enfermedades y la prevención, mediante más colaboración con los organismos gubernamentales y no gubernamentales, el sector privado y las instituciones odontológicas y médicas.

- c) **Ampliar las intervenciones de eficacia comprobada.** El mantenimiento y mejoramiento de los programas preventivos actuales; la vigilancia continua; la utilización y aplicación eficaces de los recursos de atención de salud; y la transferencia de información y tecnología.

14. Esta estrategia depende de un sistema científico de evaluación comparativa para marcar el progreso en la salud bucodental de los grupos de la población dentro de los países. Se fundamenta en la política de salud pública, da preferencia a la salud bucodental como parte de los servicios de atención primaria de salud e integra las tecnologías apropiadas con el apoyo de proveedores privados, programas de salud pública bucodental, centros institucionales y organizaciones no gubernamentales (ONG), entre otras. Esta nueva insistencia en medir el progreso pretende anunciar y fomentar un cambio positivo en nuestra Región.

Plan de acción de la OPS: Metas, objetivos cuantificables, indicadores y actividades

15. La OPS se ha comprometido a aplicar un enfoque integrado y basado en pruebas científicas para mejorar la salud bucodental. La estrategia general descansa en la responsabilidad que comparten la Oficina, los Estados Miembros y las alianzas en los sectores gubernamentales y otras instancias, como el sector privado. La estrategia para lograr estas metas se centra en mejorar la salud como consecuencia del mejoramiento de la salud bucodental, mediante el uso de pruebas científicas y modelos de mejores prácticas y la introducción de tecnologías novedosas. La integración de los sistemas de salud bucodental con los sistemas de atención primaria de salud es un componente primordial de la estrategia.

16. Para alcanzar las tres metas propuestas, la OPS presenta el siguiente Plan de acción.

Meta 1: Finalización de la agenda inconclusa en materia de salud bucodental. “Alcanzar un nivel mínimo de acceso a la atención de salud bucodental para todos al cerrar las brechas sanitarias en la atención para los grupos más vulnerables.”

17. A pesar de los adelantos que representan los índices de CPOD más bajos del último decenio, las variaciones en los países y entre ellos son enormes. Las razones de las disparidades en la salud bucodental son complejas. En muchos casos, obedecen a factores sociales, económicos y culturales. En otros, la falta de programas de salud bucodental acentúan las desigualdades. La falta de transporte, las obligaciones domésticas, la

discapacidad física u otras enfermedades también pueden limitar el acceso a los servicios. Otras razones podrían ser los recursos insuficientes, la falta de comprensión del público y la falta de conciencia acerca de la importancia de la salud bucodental. *Las personas con la salud bucodental peor se encuentran entre los pobres de todas las edades, siendo especialmente vulnerables los niños y las personas de edad pobres*¹⁸.

18. La OPS prestará cooperación técnica a los países para distinguir los grupos vulnerables mediante una evaluación de necesidades de las enfermedades bucodentales. Con esta información, se encaminarán las actividades para fortalecer la capacidad nacional al objeto de mejorar la salud bucodental de los grupos con logros escasos. Se prestará atención especial a los países clave y prioritarios. El conjunto de servicios sanitarios básicos comprenderá el nivel mínimo de atención de salud bucodental. Se usará un marco de referencia como instrumento para la evaluación comparativa a fin de comprender el estado actual de los servicios de salud bucodental por grupo de población y estimar y medir el progreso (anexo A).

Objetivo 1: Reducir las infecciones bucodentales en los grupos vulnerables

19. Se prestará atención especial a los países clave y prioritarios. Los índices de CPOD indican discrepancias considerables entre estos países (Bolivia 4,6; Ecuador 2,9; Guyana 1,3; Haití 1,0; Honduras 4,0; Nicaragua 1,8; Paraguay 3,8). En estos países también pueden existir diferencias sustanciales en otras enfermedades bucodentales. Para reducir la carga de las enfermedades bucodentales, se precisa una evaluación de necesidades que cubra las periodontopatías, las lesiones bucales por el VIH, los traumatismos bucofaciales, la fluorosis dental y el cáncer de la cavidad bucal.

Objetivo 2: Ampliar el acceso de los grupos vulnerables a la atención de salud bucodental

20. El control de las enfermedades bucodentales depende de la disponibilidad y la accesibilidad de los sistemas de salud bucodental. Los riesgos se pueden mitigar mediante los servicios orientados a la atención primaria de salud y la prevención. Estas medidas se deben integrar mediante el enfoque de atención primaria de salud propuesto en el ODM 2. La evaluación básica de la salud bucodental como parte de la atención primaria debe estar a disposición de todos. También será importante hacer una evaluación de las necesidades de CPOD y de las enfermedades bucodentales, y se concederá prioridad a los grupos con logros escasos.

Objetivos cuantificables e indicadores

Corto plazo: Uno a dos años

Objetivo: Distinguir los grupos vulnerables conforme a las directrices establecidas por el país y la OPS.

- *Indicador:* Índices de CPOD.
- *Indicador:* Los registros nacionales de los grupos vulnerables, incluidos las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida, las embarazadas, las personas que padecen cáncer y los diabéticos.

Objetivo: Determinar las necesidades de salud bucodental de los grupos vulnerables, prestando atención especial a los países clave y prioritarios según la evaluación de los países

- *Indicador:* Indicadores de salud bucodental distintos del índice de CPOD, como las periodontopatías, las lesiones por el VIH, la fluorosis dental, el cáncer de la cavidad bucal, los traumatismos y las malformaciones congénitas.
- *Indicador:* Los servicios de salud bucodental según las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas.

Objetivo: Concebir, elaborar y administrar las intervenciones piloto apropiadas para los grupos vulnerables mediante la utilización de programas eficaces en curso.

- *Indicador:* El modelo de intervención de que se disponga.

Mediano plazo: Tres a cinco años

Objetivo: Seleccionar y difundir los modelos de mejores prácticas.

- *Indicador:* Ampliar los modelos de mejores prácticas.
- *Indicador:* Las leyes para las políticas públicas en vigor.

Largo plazo: Seis a diez años

Objetivo: Ampliar los modelos de mejores prácticas en la Región.

- *Indicador:* El número de modelos de mejores prácticas en la Región.

Modelos de mejores prácticas y medición del progreso

21. La mayoría de las enfermedades bucodentales son prevenibles. La instrucción sencilla y la educación sanitaria pueden aumentar la conciencia sobre la salud bucodental y mejorar la higiene. Por consiguiente, es fundamental integrar cuidadosamente los mensajes y la comercialización planificados para los ciudadanos y los proveedores de asistencia sanitaria en cada táctica de este plan.

- Los métodos para cambiar el comportamiento individual deben ir acompañados de intervenciones en la población.
- La educación sanitaria y la comercialización serán indispensables para que participen los socios y se incorporen nuevas tecnologías.
- La comercialización de las mejores prácticas y el material educativo se reproducirán para su uso y se adaptarán en los países.

Reproducción de las mejores prácticas para aplicar las metas

22. Las intervenciones económicas aseguran servicios de salud bucodental a los grupos más vulnerables. A continuación figuran los programas y las iniciativas que se han seleccionado.

- La aplicación de tecnologías sencillas (como el PRAT) como un programa escolar.
- La promoción en las escuelas del cepillado de dientes, con la participación cabal del sector privado mediante donantes y promotores.
- La ampliación del programa de escuelas sanas para incorporar las escuelas sin caries.
- La eliminación de las sodas en los distribuidores automáticos en las escuelas.

Consideraciones especiales

23. La definición de grupos vulnerables está en evolución y su carácter operacional variará de un país a otro. Los planes de salud bucodental para los grupos vulnerables serán eficaces si se incorporan en la política pública nacional en vigor. Este proceso incluye una integración plena de la salud bucodental con la atención primaria de salud para aprovechar los programas en funcionamiento.

24. La aplicación de esta estrategia tendrá un enfoque interprogramático en la OPS y los ministerios de salud. Los socios en el sector privado serían las empresas de productos dentales, las escuelas y asociaciones de odontología, las instituciones de investigación y las ONG.

Meta 2: Integración de la atención de salud bucodental con los servicios de atención primaria de salud

25. Las estrategias de prevención deben centrarse en la reducción de las enfermedades bucodentales. La integración de la salud bucodental con los servicios de atención primaria de salud, el aumento de la equidad en la atención, y el mantenimiento de los programas eficaces de atención de salud bucodental preventiva exigen un enfoque multidisciplinario.

26. La integración de la salud bucodental con las estrategias de atención primaria de salud influirá en el progreso hacia el mejoramiento de la salud maternoinfantil y la infección por el VIH/sida en los ODM. En conjunto, repercuten directamente en la salud bucodental, que debe formar parte de un enfoque de los factores de riesgo comunes. Una definición más amplia de la salud bucodental tendrá consecuencias importantes en la prestación de la atención. Es más, para integrar la atención bucodental con la atención primaria de salud se necesitará una política sólida de salud pública que fortalezca los programas de salud bucodental en curso en los ministerios de salud, así como la promoción de leyes que apoyen la integración cabal de la salud bucodental con la atención primaria de salud. Además, para lograr dicha integración habrá que contar con la participación absoluta del personal auxiliar para que preste los servicios de salud bucodental.

Objetivo 1: Integrar los programas de salud bucodental con la estrategia de la atención primaria de salud

27. Las agendas anteriores no han logrado que los servicios de atención primaria de salud absorban las funciones de la atención de salud bucodental. No obstante, esta estrategia regional orienta su enfoque hacia la integración de la atención de salud bucodental como una estrategia hermana primordial de la atención primaria por la importancia de aquella como medida preventiva y de diagnóstico en la salud general. El desafío reside en el establecimiento de una estrategia coordinada, eficaz y sostenible para incorporar los servicios de salud bucodental y generales. La integración en las organizaciones necesitará la asistencia de instituciones, ministerios de salud, líderes de la comunidad, escuelas de odontología y sector privado. La transferencia de conocimientos, información y modelos de mejores prácticas es factible por medio de redes. Los países sin excepción concederán importancia a este objetivo.

Objetivos cuantificables e indicadores

Corto plazo: Uno o dos años

Objetivo: Establecer una red de jefes de servicios bucodentales con un sistema de información apropiado para transferir la información entre países.

- *Indicador:* Red en funcionamiento de jefes de servicios bucodentales de que dispongan los países.

Objetivo: Incorporar el componente de salud bucodental en los programas prenatales.

- *Indicador:* Programas prenatales nacionales con un componente de salud bucodental incorporado.
- *Indicador:* Un proyecto piloto económico para tratar las infecciones bucodentales en las embarazadas.

Objetivo: Crear los mecanismos para integrar los programas de salud bucodental con los servicios de atención primaria de salud actuales y en funcionamiento (es decir, centros comunitarios de salud, programas nacionales y regionales en funcionamiento) concretamente para las necesidades sanitarias y recursos del país, con preferencia y conocimiento de los nexos entre la salud bucodental y la salud general.

- *Indicador:* El número de países con programas de atención primaria de salud con un componente de atención de salud bucodental.
- *Indicador:* El número de modelos de mejores prácticas difundidos.

Mediano plazo: Tres a cinco años

Objetivo: Aumentar los modelos públicos de mejores prácticas para el peso bajo al nacer y la salud bucodental y la atención primaria de salud y la salud bucodental.

- *Indicador:* El número de países con programas en funcionamiento.

Objetivo: Promover el fortalecimiento de la capacidad por medio de las instituciones odontológicas y médicas, los organismos gubernamentales y no gubernamentales y el sector privado a fin de integrar los modelos de mejores prácticas.

- *Indicador:* El número de instituciones, ONG y otros sectores que difundan los modelos de mejores prácticas.

Largo plazo: Seis a diez años

Objetivo: Integrar plenamente la atención de salud bucodental con el proceso de la atención de salud y obtener la participación plena de los proveedores de atención de salud bucodental en la prestación de estos servicios en la atención primaria de salud.

- *Indicador:* El número de países con políticas institucionales.

Objetivo: Integrar los modelos de mejores prácticas con la atención primaria de salud.

- *Indicador:* El número de instituciones, ONG y otros sectores que difundan los modelos de mejores prácticas.

Consideraciones especiales

28. Se necesita una evaluación de necesidades basada en los factores de riesgo para aportar más pruebas que respalden la integración de la salud bucodental con la atención primaria de salud. Hay que adentrarse en campos de investigación nuevos sobre las necesidades de salud bucodental esenciales con objeto de obtener estos resultados. Es de prever que haya cierta resistencia al cambio entre los profesionales de la odontología; la capacitación y formación de profesionales de asistencia sanitaria bucodental y de otra índole será un primer paso importante para las tácticas de este objetivo.

29. La aplicación de esta estrategia tendrá un enfoque interprogramático en la OPS y los ministerios de salud. Los socios en el sector privado serían las empresas de productos dentales, las escuelas y asociaciones de odontología, las instituciones de investigación y las ONG.

Meta 3: Incremento de las intervenciones económicas comprobadas. Plan de varios años para los programas de fluoruración en las Américas y la ampliación de la cobertura de salud bucodental con tecnologías sencillas

30. Durante los últimos 10 años, la OPS ha destinado el grueso de su cooperación técnica a proporcionar asistencia en materia de políticas sobre mejores prácticas y su aplicación a la Región para promover la fluoruración de la sal y el agua. Como consecuencia, la mayor parte de los países han establecido las políticas y la infraestructura necesarias para la fluoruración óptima. Se ha prestado orientación para el establecimiento y la aplicación de políticas nacionales con objeto de fortalecer la capacidad de los países de conseguir que estos programas se sostengan por sí solos.

31. Los programas de fluoruración han constituido una de las intervenciones públicas más eficaces y han ayudado a cambiar el perfil epidemiológico de los países de la Región, como se observa en los cuadros 1 y 2 y en la figura 1, según informes oficiales de los países. Estos programas han ahorrado millones de dólares en costos de tratamiento de la caries dental y del dolor y sufrimiento que produce, así como del ausentismo laboral y escolar correspondientes. Los programas de fluoruración de la sal y el agua en la Región han resultado ser económicos, científicamente válidos y sostenibles¹⁹. En los países se ampliarán y consolidarán los programas de fluoruración, sobre todo en los países clave y prioritarios.

Objetivo 1. Fortalecer la capacidad de los países para facilitar la ampliación de los programas de fluoruración

32. Se necesitan procedimientos legales y reglamentarios para fortalecer la política de fluoruración a nivel de país y asegurar la sostenibilidad y calidad de los programas. Los sistemas de seguimiento y vigilancia son fundamentales para mantener concentraciones de fluoruro apropiados, eficaces y sin riesgo para la comunidad. Los conocimientos y la experiencia de programas con más experiencia se transferirán para fortalecer la capacidad de los países de la Región.

Objetivo 2: Ampliar la cobertura de salud bucodental mediante el uso de tecnologías económicas y sencillas, o sea, el tratamiento de restauración atraumática.

33. Considerando la carga de morbilidad alta y el acceso limitado a la atención de salud, las innovaciones son esenciales para tratar y prevenir la caries dental. El tratamiento tradicional es costoso. Los resultados de las intervenciones económicas comprobadas indican lo siguiente:

- el PRAT, en la modalidad de servicio de costo más bajo, produce resultados aceptables;
- el PRAT, como un modelo de mejores prácticas, proporciona el contexto para establecer servicios de salud bucodental a gran escala y reducir las inequidades relacionadas con el acceso a los servicios asistenciales, y
- las pruebas científicas del estudio guían la inversión sucesiva para mejorar la equidad, eficiencia y calidad de vida en las Américas²⁰.

Objetivos cuantificables e indicadores

Plazo corto a mediano

Objetivo: Apoyar a Bolivia, Ecuador, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Santa Lucía para que logren la aplicación plena de los programas de fluoruración.

- *Indicador:* El número de países con programas de fluoruración.

Objetivo: Consolidar los programas de fluoruración con vigilancia apropiada, seguimiento uniforme y utilización de recursos humanos eficaz en países con programas de fluoruración establecidos. Belice, Canadá, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago lograrán la consolidación completa de los programas de fluoruración.

- *Indicador:* El número de países con programas consolidados.

Objetivo: Ampliar los modelos de mejores prácticas (PRAT) para aumentar la cobertura de los servicios de salud bucodental con atención especial a los países clave y prioritarios.

- *Indicador:* El número de modelos de mejores prácticas.

Largo plazo

Objetivo: Lograr la consolidación completa de los programas de fluoruración.

- *Indicador:* Los países con programas de fluoruración en 2015.

Modelos de mejores prácticas y medición del progreso

34. Casi todos los países en etapa *emergente* han salido de esa categoría, por lo cual se necesitan parámetros nuevos para clasificar los países en las etapas *emergente, de crecimiento o de consolidación*. La meta es que un país que participe en un programa de fluoruración, en conformidad con la etapa en la que se encuentra, pase al menos a la siguiente etapa. Por consiguiente, es fundamental que la OPS siga proporcionando liderazgo y orientación para que se protejan y mantengan las metas establecidas.

35. El PRAT, en la modalidad de servicio de costo más bajo, produce resultados aceptables como modelo de mejores prácticas y proporciona el contexto para establecer servicios de salud bucodental a gran escala; además, reducirá las inequidades en el acceso a los servicios de atención de salud bucodental.

Consideraciones especiales

36. El riesgo de la fluorosis dental (hipercalcificación del esmalte) se está evitando en los programas de fluoruración, y se necesita vigilancia continua. Se reservarán fondos especiales en los programas para esta actividad.

37. La aplicación de esta estrategia tendrá un enfoque interprogramático en la OPS y los ministerios de salud. Los socios del sector privado, como la Fundación Kellogg, la Asociación Rotaria Internacional, la industria de la sal y otras ONG, pueden incorporar programas de salud que usen la sal como estrategia de intervención (por ejemplo, en los programas de yodo y dietilcarbamazina).

38. En el próximo decenio no solo se aprovecharán estos logros en la promoción de la salud, sino que se cerrarán las brechas fundamentales en la atención de salud general, como el acceso a la asistencia de los grupos más vulnerables y el reconocimiento de la relación que guardan las enfermedades bucodentales y las sistémicas.

Intervención del Comité Ejecutivo

39. Se solicita al Comité Ejecutivo que examine el progreso logrado por los Estados Miembros en el establecimiento de programas de salud pública bucodental y formule comentarios acerca de la propuesta de Estrategia y plan regional decenal sobre salud bucodental (2005-2015), así como el plan operativo (anexo B) y el presupuesto (anexo C).

Anexos

Marco integral para la progresión de la atención de salud bucodental

Este marco de referencia sirve de instrumento a los países para que comprendan el estado actual de sus servicios de salud bucodental (por grupo de población) y después calculen su progreso.

Referencia: OPS/OMS THS/OS/OH, julio de 2005.

1. Prevención comunitaria

Programas de fluoruro

Sal

Agua

Leche

Promoción de la salud: en la población

Importancia de la salud bucodental para la salud general

Importancia de la nutrición y las mejores prácticas de salud bucodental

Costos económicos y sociales

Repercusiones en la calidad de vida

Promoción de la salud: focalizada

Relaciones con los medios y grupos

ONG

Grupos que promueven la salud en los campos de la obesidad, el tabaquismo, la nutrición y la salud de las personas mayores

Instituciones académicas

Sector privado

2. Prevención específica

Programas de sellado

Convencionales

Tratamiento de restauración atraumática (PRAT)

Administración del fluoruro

Barnices

Aplicaciones tópicas

Enjuagues

Programas escolares

Educación sanitaria

Aplicación de fluoruro

Uso de la seda dental

Programas de cepillado

Niños vulnerables

Adultos mayores

3. Determinación y mantenimiento de la salud mediante la prevención de enfermedades o las enfermedades posteriores

Modelos para la educación, atención, instrucción e intervención, por segmento

Elementos del paquete	0-20	20-40	40-60	60+
Conciencia de la placa	☺	☺	☺	☺
Instrucción en el uso de cepillos de dientes	☺	☺	☺	☺
Instrucción en el uso de la seda dental	☺	☺	☺	☺
Autoaplicación del fluoruro	☺			
Examen personal	☺Incl. el cáncer	☺Incl. el cáncer	☺ Incl. el cáncer	☺Incl. el cáncer
Higiene y cuidado de las prótesis				☺

Nivel más alto: Tratamiento de restauración completo

Mantener la salud mediante la atención y la curación de las características epidemiológicas actuales

4. Mejoramiento

Mejorar la salud general mediante el reconocimiento y la asociación de las enfermedades bucodentales con otras enfermedades

Prácticas odontológicas avanzadas

Plan operativo

Actividad	2006-2007	2008-2009	2010-2011
Meta 1: Alcanzar un nivel mínimo de acceso a la atención de salud bucodental para todos al cerrar las brechas en la atención para los grupos más vulnerables			
Subcomponente 1: Distinguir los grupos vulnerables según las directrices establecidas por el país y la OPS.	→		→
Evaluar la vulnerabilidad geográfica, incluidos los índices de CPOD, los indicadores de las necesidades de salud bucodental de los grupos vulnerables y la disponibilidad de los servicios de salud bucodental.	→		
Evaluar los factores de riesgo de enfermedades concurrentes mediante indicadores de salud general, la exposición a la infección por el VIH, la diabetes sacarina, la nutrición, el cáncer y el embarazo.	→	→	
Subcomponente 2: Determinar las necesidades de salud bucodental de los grupos vulnerables según la evaluación de los países.			→
Evaluar la penetración de las campañas de salud bucodental anteriores y la comercialización de las prácticas de salud bucodental.	→	→	
Analizar los indicadores de país para evaluar los porcentajes de la población sin acceso a la atención bucodental.			→
Colaborar con los países para determinar las zonas y los grupos de población sin acceso a la asistencia.			→
Subcomponente 3: Concebir, elaborar y administrar la intervención piloto apropiada basada en los grupos de edad y las necesidades de salud bucodental, aprovechando los programas establecidos.			→
En coordinación con las oficinas de país y los socios, seleccionar una zona o un país para la intervención.	→		
Elaborar un modelo de intervención segmentada que ofrezca un paquete básico de prevención por grupo de edad y necesidades de salud bucodental.		→	
Elaborar estrategias para llegar a los escolares, las embarazadas y las personas de edad (grupos vulnerables).			→
Poner a prueba estrategias innovadoras que atiendan las necesidades únicas de diferentes grupos de edad.			→
Vigilar estrechamente y evaluar los proyectos piloto para efectuar los ajustes y cambios necesarios.			→
Seleccionar y difundir los modelos de mejores prácticas para la reproducción, ampliación y promoción de las políticas favorables.			→
Meta 2: Integrar la atención de salud bucodental con los servicios de atención primaria de salud			
Subcomponente 1: La integración de los elementos estructurales y administrativos de los programas de salud bucodental con los programas de salud general en los ministerios de salud.			→
Fortalecer y establecer puestos en los países de jefes de servicios bucodentales y conferirles la facultad de decidir sobre políticas y asignaciones presupuestarias en el ministerio de salud.	→		→

<u>Actividad</u>	<u>2006-2007</u>	<u>2008-2009</u>	<u>2010-2011</u>
Promover el establecimiento de una red en los países de jefes de servicios bucodentales en los niveles central y provincial.		→	→
Concebir un proyecto eficaz en función de los costos para tratar las infecciones bucodentales en la atención prenatal.	→		→
Elaborar las estrategias y los mecanismos para la prestación de los servicios de salud bucodental a los niveles provincial y nacional (es decir, programas de salud comunitarios o programas nacionales o regionales continuos). Encontrar o crear y difundir los modelos de mejores prácticas en políticas públicas e instrumentos de formulación de políticas para la detección y el control de enfermedades importantes.	→		→
Subcomponente 2: Integrar la salud bucodental con las actividades operativas de la prestación y promoción de la salud y la atención primaria de salud.	→		
Promover la relación entre la salud bucodental y la salud general.			→
Elaborar e implantar un marco de referencia para la provisión de las canastas básicas de atención de salud bucodental en los servicios de atención de salud primarios.	→		→
Encontrar o crear diversos modelos de mejores prácticas para integrar la salud bucodental con la prestación de la atención primaria de salud en la Región, teniendo presente los diferentes tipos de sistemas de salud.	→		→
Colaborar más con instituciones odontológicas y médicas, organismos gubernamentales y no gubernamentales, y el sector privado	→		→
Meta 3: Incrementar las intervenciones económicas comprobadas. Plan de varios años para los programas de fluoruración en las Américas y ampliación de la cobertura de salud bucodental con tecnologías sencillas			
Subcomponente 1: Fomentar los logros comprobados en materia de salud, o sea la fluoruración.			→
Redefinir la clasificación del país para clasificar el estado de la fluoruración.	→		
Clasificar y asignar prioridades a los países según nuevas directrices y la existencia de programas nacionales.	→	→	
En países <i>sin</i> programas establecidos, establecer programas de fluoruración con la vigilancia apropiada, seguimiento continuo y utilización eficaz de recursos humanos.			→
En países <i>con</i> programas establecidos, consolidar los programas de fluoruración con la vigilancia apropiada, el seguimiento continuo y la utilización eficaz de recursos humanos.		→	→
Apoyar a Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay en la aplicación plena de los programas de fluoruración.			→
Apoyar la consolidación de los programas de fluoruración en Canadá, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y el Caribe de habla inglesa.		→	→
Subcomponente 2: Promover y apoyar las innovaciones y estrategias nuevas para los modelos de prestación de salud bucodental, incluidas las tecnologías nuevas y las mejores prácticas.			→
Definir las mejores prácticas apropiadas para los modelos básicos de prestación de servicios.	→		

Promover la función de los proveedores de asistencia sanitaria dental en el diagnóstico temprano de la infección por el VIH mediante la detección de las manifestaciones bucodentales del sida y las pruebas de saliva en los puntos de acceso.				
Promover el tratamiento de restauración atraumática como una modalidad ordinaria de tratamiento de restauración en la Región.				
Seguimiento y evaluación				
Recoger datos para las actividades de seguimiento y evaluación.				
Informar sobre el progreso alcanzado a la mitad del período.				
Realizar la evaluación final del programa y presentar el informe.				

**Presupuesto de salud bucodental de la OPS, por bienio
(en dólares de los Estados Unidos)**

Organismos de financiamiento	2006-2007	2008-2011
Presupuesto ordinario de la OPS:		
Puestos	276.000	276.000
No asignado a puestos	100.000	100.000
Apoyo de los países de la OPS	90.000	90.000
Fondos extrapresupuestarios	2.000.000	3.000.000
Apoyo de otras instituciones (ministerios de salud, centros colaboradores de la OMS, NIH/NIDCR, los CDC y colaboración entre países)	240.000	240.000
Total general	\$2.706.000	\$3.706.000

Referencias

- 1 Estupiñán-Day S. Promoción de la salud bucodental: La fluoruración de la sal en la prevención de la caries dental. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica No. 615, Washington, D.C.,OPS, 2005. Revisada por John J. Warren, DDS, MS. *Journal of Public Health Dentistry*, 2006.
- 2 Estupiñán-Day S, Baez R., Horowitz H, Warpeha R, Sutherland B, Thamer M. 2001. Salt Fluoridation and Dental Caries in Jamaica. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 29: 247-252.
- 3 Estupiñán-Day S. Overview of Salt Fluoridation in the Region of the Americas, Part I: Strategies, Cost-Benefit Analysis, and Legal Mechanisms Utilized in the National Programs of Salt Fluoridation: *Sal 2000, 8o Simposio Mundial sobre Sal 2000*; 2: 983-988.
- 4 Estupiñán-Day S, Baez R, Sutherland B, Horowitz H, Warpeha R, Marthaler T. 1996. Impact of Salt Fluoridation in Preventing Caries in Jamaica. *J Dent Res* 75 (IADR Abstract 997).
- 5 Estupiñán-Day S. Improving Oral Health in Latin America. *Oral Care Report/Harvard* 1999. 9(3). 1999.
- 6 Estupiñán-Day S. International Perspectives and Practical Applications on Fluorides and Fluoridation. *Journal of Public Health Dentistry* 2004; 40-43.
- 7 Milner T, Estupiñán-Day S. Overview of Salt Fluoridation in the Region of the Americas. Part II: The Status of Salt Production, Quality and Marketing and the State of Technology Development for Salt Fluoridation. En: Geertman, RM, Editor. *Sal 2000, 8o Simposio Mundial sobre Sal 2000*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000: 1033-8.
- 8 Beltrán-Aguilar ED, Estupiñán-Day S. Analysis of Prevalence and Trends of Dental Caries in the Americas between the 1970s and 1990s. *International Dental Journal*. 1999; 49:322-329.
- 9 Petersen Poul E, Estupiñán-Day S, Ndiaye C. WHO's action for continuous improvement in oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, septiembre 2005, 83(9): 642.

- 10 Estupiñán-Day S, Case 16: Preventing Dental Caries in Jamaica. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Center for Global Development, noviembre 2004: 137-140.
- 11 Levine R. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, D.C.: Center for Global Development, 2004, pp. 137-140.
- 12 Estupiñán-Day S. Promoción de la salud bucodental: La fluoruración de la sal en la prevención de la caries dental. 2005. Op. cit.
- 13 World Health Organization. Selected Publication: The World Oral Health Report 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
- 14 Estupiñán-Day, S. International Perspectives and Practical Applications on Fluorides and Fluoridation. 2004. Op. cit.
- 15 Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res*. 2002, 81:58-63.
- 16 Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol*. 2002, 73:911-924.
- 17 Lopez NJ, Da S, I, Ipinza J, Gutierrez, J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol*. 2005, 76:2144-2153.
- 18 U.S. Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
- 19 Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. 2005. Op. cit..
- 20 Pan American Health Organization “Oral Health of Low Income Children: Procedures For Atraumatic Restorative Treatment (PRAT)” ATN/JF-7025-RG, Project Number 091024, Informe Final, mayo 2006.