

ESTRUCTURACION DE UN SISTEMA DE PLANIFICACION EN SALUD ORAL

Dr. Alvaro Cruz Losada ¹

Al proponer el mejoramiento paulatino de una situación que existe en el servicio odontológico de un Instituto de Seguridad Social, se espera obtener un sistema de planificación en salud oral propio para este tipo de atención.

Introducción

En este trabajo se trata de presentar un plan que servirá de base para que los servicios de atención odontológica de la Caja Seccional del ICSS del Valle puedan planificarse, y que continúen respondiendo de manera más ordenada a la función que la odontología desempeña en el desarrollo de esta región del país y el mejoramiento del nivel de vida de su población; lo eleva por ser la salud oral parte del bienestar y colabora al desarrollo como factor de producción (1).

Lograr estos objetivos ante la actual situación de desequilibrio entre las necesidades y los recursos es difícil, aumentarlos al nivel óptimo es imposible, y reprimir las aspiraciones de los afiliados sería inmoral. El único sistema racional para aliviar esta situación consiste en el uso adecuado de los recursos disponibles para obtener de ellos un mejor rendimiento, lo cual es el resultado de la planificación de los servicios.

Propósito del plan

Para alcanzar las metas deseadas se presenta este plan como un instrumento de trabajo que permitirá organizar una metodología de planificación en odontología, y que servirá para: 1) estructurar los servi-

cios de atención odontológica de la Caja para que permitan un desarrollo flexible de todas sus actividades; 2) proyectar los servicios odontológicos para que formen parte de los objetivos generales de la Caja Seccional del ICSS, y 3) mejorar la atención de manera racional, para beneficio de los afiliados, patronos, profesionales y de la Caja (2).

Metodología

Como no hay una metodología de planificación para salud oral, se ha tratado de seguir en este trabajo la metodología de planificación de salud del CENDES/OPS, con las modificaciones exigidas por las circunstancias, pues con la información existente no se puede hacer un análisis más adecuado de los servicios actuales.

De acuerdo con esta metodología el instrumento utilizado es la *hora-odontólogo* que produce como actividad *paciente terminado*.

Se analizaron diferentes atributos y se efectuó una normalización para poder evaluar los servicios actuales de atención odontológica.

La información se obtuvo, en parte, de la Oficina de Coordinación de Odontología, revisando los informes de cada uno de los profesionales que trabajan en la Caja, y de datos suministrados por la Oficina de Estadística.

¹ Coordinador de Programas Especiales de Planeación del Instituto Colombiano de Seguridad Social (ICSS), Caja Seccional del Valle del Cauca, Cali, Colombia.

Diagnóstico de la situación de la atención odontológica

Sujeto de la planificación

La Caja Seccional del ICSS del Valle del Cauca atiende las zonas de Cali, Puerto Tejada, Pradera, Palmira, Buga, Tulúa, Cartago y Buenaventura. En cada una de ellas se prestan servicios dentales a través de los consultorios odontológicos de sus hospitales y consultorios periféricos, los que constituyen el campo de programación.

Descripción de situación de la atención odontológica

Nivel de salud oral

Se toma como base el resultado del estudio nacional de morbilidad oral del "Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia".

Mortalidad dental. El estudio anteriormente citado cuantifica la pérdida de dientes para la población de ambos sexos de 15 y más años, así: a) por causa de caries dental (extraídos y con extracción indicada) cada persona tiene 18.76 dientes perdidos, o sea que aproximadamente cada una ha perdido el 58% de ellos; b) por causa de periodontopatías el 56.4% de las personas tienen dientes que se perderán, ya que presentan casos periodontales y no reciben tratamiento (3).

Morbilidad dental. También ese estudio mide los problemas principales así: En promedio cada persona de 15 y más años tiene 3.84 dientes por obturar y 1.87 por extraer; el 96.2% de ellas necesitan tratamiento periodontal (4).

Factores condicionantes

Agente. La evolución de las dos patologías principales de la cavidad oral, cuando no son tratadas oportuna y adecuadamente, requieren prótesis, tal como se muestra en la figura 1.

Huésped. Las personas con derecho a servicios odontológicos de la Caja Seccional del ICSS, del Valle, al 31 de diciembre de 1970 alcanzaban a 256,692. De estas, 177,027 eran afiliados y el resto beneficiarios.

Entre los hombres, el número mayor de afiliados pertenece al grupo etario comprendido entre 20 y 24 años (29.8%), y en las mujeres entre 15 y 19 años (43.32%).

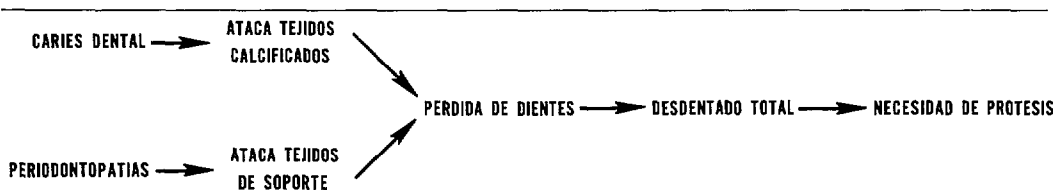
Medio ambiente. Sólo los afiliados y sus beneficiarios que viven en Cali (el 57% del total), tienen agua fluorurada.

Política y estado actual de la atención odontológica

Para conocer la política y poder analizarla se han tenido en cuenta los siguientes datos de 1970, tomados los 12 primeros de los informes mensuales de cada profesional.

1. Número de consultas	172,018
2. Exámenes	35,371
3. Obturaciones	81,125
4. Exodoncias	45,912
5. Radiografías	7,158
6. Endodoncias	12,372
7. Periodoncias	11,503
8. Cirugías	19,756
9. Aislamientos	118,389
10. Prótesis	615
11. Otros tratamientos	112
12. Pacientes terminados	8,249

FIGURA 1—Evolución de las dos patologías orales más importantes.



13. Unidades monetarias:	
a) Pagado a odontólogos clínicos	2,923,200.00
b) Pagado a personal auxiliar	392,560.00
c) Pagado a personal administrativo	99,120.00
Subtotal	3,414,880.00
d) Pagado por consumo	250,000.00
Total	3,664,880.00
14. Unidades reales:	
Horas-odontólogo (Instrumentos)	64,000
15. Horas odontológicas trabajadas	61,435

(cuadro 1). Teniendo en cuenta que el instrumento es la hora-odontólogo, se hacen los siguientes análisis:

a) *Composición del instrumento.* El instrumento es el número de unidades de trabajo que se ejecutan en cada hora clínica. (véase el cuadro 1). En cada hora se ejecutan 5.42 unidades de trabajo odontológico, de los cuales los aislamientos pulpares son casi dos unidades de trabajo: 1.93, al paso que las unidades por obturación son 1.32. Como los aislamientos son previos a las obturaciones, hay una ruptura de la secuencia lógica del tratamiento de la caries dental por un inadecuado flujo de pacientes, con la consecuente pérdida de recursos.

El tratamiento de la caries dental es el motivo principal y casi único de la demanda de servicios dentales, pues para atender lo relacionado con periodontopatías se dedican sólo 0.19 unidades de trabajo.

Análisis del servicio odontológico

Para efectuar este análisis se parte de la base que la patología es la caries dental, hacia la cual está orientado el servicio, por ser la que más sufren los afiliados y sus beneficiarios, así como la más sentida. Así lo confirman los datos ya indicados y la composición de una hora clínica odontológica

CUADRO 1—Composición de una hora odontológica. Caja Seccional del Valle, 1970.

Unidades	Consultas por hora	Porcentaje	Unidades reales	Unidades monetarias
Exámenes	$\frac{35.371}{61.435} = 0.58$	10.7	6' 42"	6.16
Obturaciones	$\frac{81.125}{61.435} = 1.32$	24.1	14' 64"	14.05
Exodoncias	$\frac{45.912}{61.435} = 0.75$	13.8	8' 28"	7.95
Radiografías	$\frac{7.158}{61.435} = 0.12$	2.2	1' 32"	1.27
Endodoncias	$\frac{12.372}{61.435} = 0.20$	3.6	2' 16"	2.07
Periodoncias	$\frac{11.503}{61.435} = 0.19$	3.5	2' 10"	2.02
Cirugías	$\frac{19.756}{61.435} = 0.32$	5.8	3' 48"	3.34
Aislamientos	$\frac{118.389}{61.435} = 1.93$	35.6	21' 36"	20.51
Prótesis	$\frac{615}{61.435} = 0.01$	0.8	5"	0.67
Otros tratamientos	$\frac{112}{61.435} = 0.002$	0.02	25"	0.13
Total	$\frac{332.313}{61.435} = 5.42$	100	60"	58.17

Se debe recordar que mucha de la atención en endodoncia y radiología tiene su origen principalmente en la caries dental, sin que se pueda diferenciar y cuantificar cuáles se deben a otras causas. Las que sí podrían desglosarse serían las cirugías, de las cuales el 17% corresponde a intervenciones de cirugía mayor, originadas por diversas causas.

Teniendo en cuenta que cada sesenta minutos (60') se ejecutan 5.42 unidades, se conoce el valor de cada actividad.

En el cuadro 1 se presentan las unidades reales y las monetarias por unidades (o fracción).

Las unidades reales y monetarias por obturación se deben calcular agregando la de los aislamientos, o sea que en total son 36 minutos y 40 segundos y \$34.55, respectivamente.

b) *Rendimiento*. En cada hora odontológica se efectuaron 5.42 unidades y 0.83 actividades o pacientes terminados.

c) *Grado de uso*. El 96% de las horas contratadas son utilizadas.

d) *Costo medio*. El valor de la hora odontológica fue de \$58.17, o sea que cada minuto costó 0.97.

Eficiencia de la política del servicio

El número de consultas necesarias para terminar cada tratamiento es lo básico al analizar la política de atención dental, por cuanto el atender la caries dental es el objetivo saliente del servicio odontológico. Los servicios completos a un número de pacientes en un año y a un costo razonable es lo

deseado y lo que permite medir la eficiencia (5).

Las 20.85 consultas efectuadas para completar los servicios a cada paciente demuestran una gran pérdida de recursos; el tiempo empleado en cada uno fue de 7 horas y 45 minutos.

La eficiencia se mide, en último término, por el costo de cada tratamiento terminado. Este costo no puede limitarse solo a los aportes que destina la Caja del Valle para esta clase de atención, sino que debe incluirse el lucro cesante de las empresas a que pertenecen los afiliados (6).

A continuación se hace un análisis tentativo de lo que representan los problemas de salud oral, teniendo en cuenta que el Instituto distribuye sus afiliados en 10 categorías de acuerdo con el valor de sus salarios.

El cuadro 2 hace una distribución porcentual de los afiliados de acuerdo con esas categorías. Calculando el salario diario promedio de cada uno de ellos se obtiene un cálculo de lo devengado en cada hora de trabajo.

El cuadro 3 distribuye el número de consultas por categorías, basado en la distribución porcentual de los afiliados, ya que ese dato no se registra. Esta distribución sirve para calcular de manera tentativa y tratando de lograr un punto de referencia, el valor de los salarios de los consultantes según sus categorías salariales.

Ahora bien, si se estima que cada consultante emplea tres horas de su trabajo para cada consulta, se podría decir que por concepto de sueldos pagados las empresas

CUADRO 2—Porcentaje de afiliados según la categoría del salario y promedios devengados cada día y hora por afiliado. Caja Seccional del Valle, 1969-1970.

Categoría de salarios	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Porcentaje de afiliados	1.1	17.2	24.8	17.2	15.6	11.6	5.6	3.2	1.3	2.4
Salario promedio por día	5.99	14.99	21.99	30.99	42.99	58.99	80.99	109.99	146.99	169.00
Salario promedio por hora	0.75	1.78	2.75	3.87	5.37	7.37	10.12	13.75	18.37	21.12

CUADRO 3—Distribución tentativa del número de consultantes de odontología y su costo en horas de salarios devengados, según categoría salarial. Caja Seccional del Valle, 1970.

Categoría de salarios	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Número de consultantes	1,892	29,587	42,660	29,587	26,835	19,954	9,633	5,503	2,236	4,128
Costo de hora de los consultantes	1,419.14	52,665.02	117,316.27	114,502.04	144,102.87	147,061.57	97,485.96	75,687.84	41,079.55	87,192.44

pagaron por la consulta dental de sus afiliados, en 1970, solo \$2,635,538.10. Falta saber cuál fue la pérdida económica de las empresas debido a la disminución en la producción.

Explicación del estado de la atención odontológica

Varios de los motivos existentes para que se produzca el actual estado de la atención odontológica, pueden resumirse así:

1) Se trabaja siguiendo normas establecidas hace más de veinte años cuando se iniciaron los servicios odontológicos del ICSS en el país, y cuando el sistema de ejercicio profesional convertía el tratamiento de la principal patología oral en una serie de acciones aisladas en las 32 piezas dentales de cada paciente.

2) Sistema de citas muy cortas y demasiado espaciadas.

3) Los elementos de trabajo todavía utilizados (equipos, instrumental), así como la disposición de los consultorios son obsoletos para este tipo de odontología.

4) No se han aplicado los conocimientos existentes para establecer una relación funcional entre el profesional y los recursos materiales (el operador frente a la máquina), con detrimento del primero.

5) Falta de educación de los afiliados sobre los problemas de salud oral, a cuya mayoría sólo le preocupa la atención del dolor.

6) No se establece diferencia en la consulta externa entre el consultante odontológico y el consultante médico; los prime-

ros deben considerarse crónicos, y agudos los segundos.

Pronóstico de la atención odontológica

El número de afiliados a la Caja del Valle aumentó a una tasa de 2.54 entre 1965 y 1967; de 7.90 entre 1967 y 1968; de 10.96 entre 1968 y 1969, y entre 1969 y 1970 fue de 11.43. Esta tasa tendrá que establecerse a un nivel que demuestre un crecimiento normal que se ha calculado tentativamente en un 6%. Debe recordarse que la cobertura de la atención médica se va a extender a otros grupos de población, lo que significará un gran aumento en los próximos años; por tal motivo no se puede establecer una tendencia. Merece tenerse en cuenta que la caries dental es una enfermedad infecciosa de la cavidad oral; y cuando no se trata a tiempo y adecuadamente, ocasiona trastornos que crecen a un ritmo de progresión geométrica (7).

Lo que sí se sabe es que si no se procura aumentar el rendimiento de la atención odontológica, se producirá un deterioro del servicio con resultados perjudiciales para el Instituto, ya que el rendimiento está superado, principalmente, a las variables pacientes atendidos y número de instrumentos (horas odontológicas) disponibles; si las primeras aumentan al paso que las horas permanecen constantes o con aumentos no significativos, el rendimiento, después de un determinado nivel, disminuirá porque el factor variable tendrá una cantidad menor del fijo. Este fenómeno no es otra cosa que la ley de los rendimientos decrecientes de la teoría de la producción (8).

Evaluación de la atención odontológica

Para efectuar la evaluación se ha hecho una comparación con la situación normalizada dada en el cuadro 4, basada en una estimación hecha y no por datos obtenidos en alguna encuesta.

Normalización de la composición de una hora clínica odontológica

En esta normalización solo se ha tenido en cuenta el aspecto de la caries dental relacionado con su rehabilitación (obturaciones). Se dejaron los otros componentes del instrumento (hora clínica) sin normas, puesto que no hay un sólo dato que nos indique cómo hacerlo. Se debe aclarar que lo relacionado a extracciones no se normaliza porque tampoco hay una base de referencia. Aun cuando podría pensarse en el Estudio Nacional de Morbilidad, los criterios que se usaron en esa investigación no son los mismos que los del ICSS, Valle, en donde existe atención para tratamientos de conductos radiculares, pero sin que se codifiquen datos para cuantificar y calificar este tipo de atención.

Se ve claramente que hay un *despilfarro* de recursos (relación entre lo observado y lo normado menor que la unidad), en las obturaciones hechas para efectuar los tratamientos de operatoria dental, y un *derroche* en cuanto a recubrimientos (relación entre

lo observado y lo normado superior a la unidad).

Normalización del rendimiento

En la composición de una hora clínica el 24.1% del tiempo se empleó en obturaciones (véase el cuadro 1), lo cual asciende a 15,424 horas, que con una racional atención de pacientes se habría podido atender a ese mismo número de personas, de haberseles realizado las cuatro (4) obturaciones que como promedio necesita cada una (9).

Como se atendieron 8,249 personas, las 7,175 atendidas por sobre el número establecido representan 28,700 consultas. Ello indica que se podrían haber realizado las 172,018 además de las 28,700 lo que ascendería a 200,718 consultas. Relacionándolas con las efectuadas se concluye que hubo un *despilfarro* en el rendimiento.

Normalización del grado de uso

Hay un *despilfarro* mínimo como lo muestra la relación que existe entre lo observado y lo normado $\left(\frac{98.4}{100}\right) = 0.95$. Esto revela la casi obtención de lo deseado.

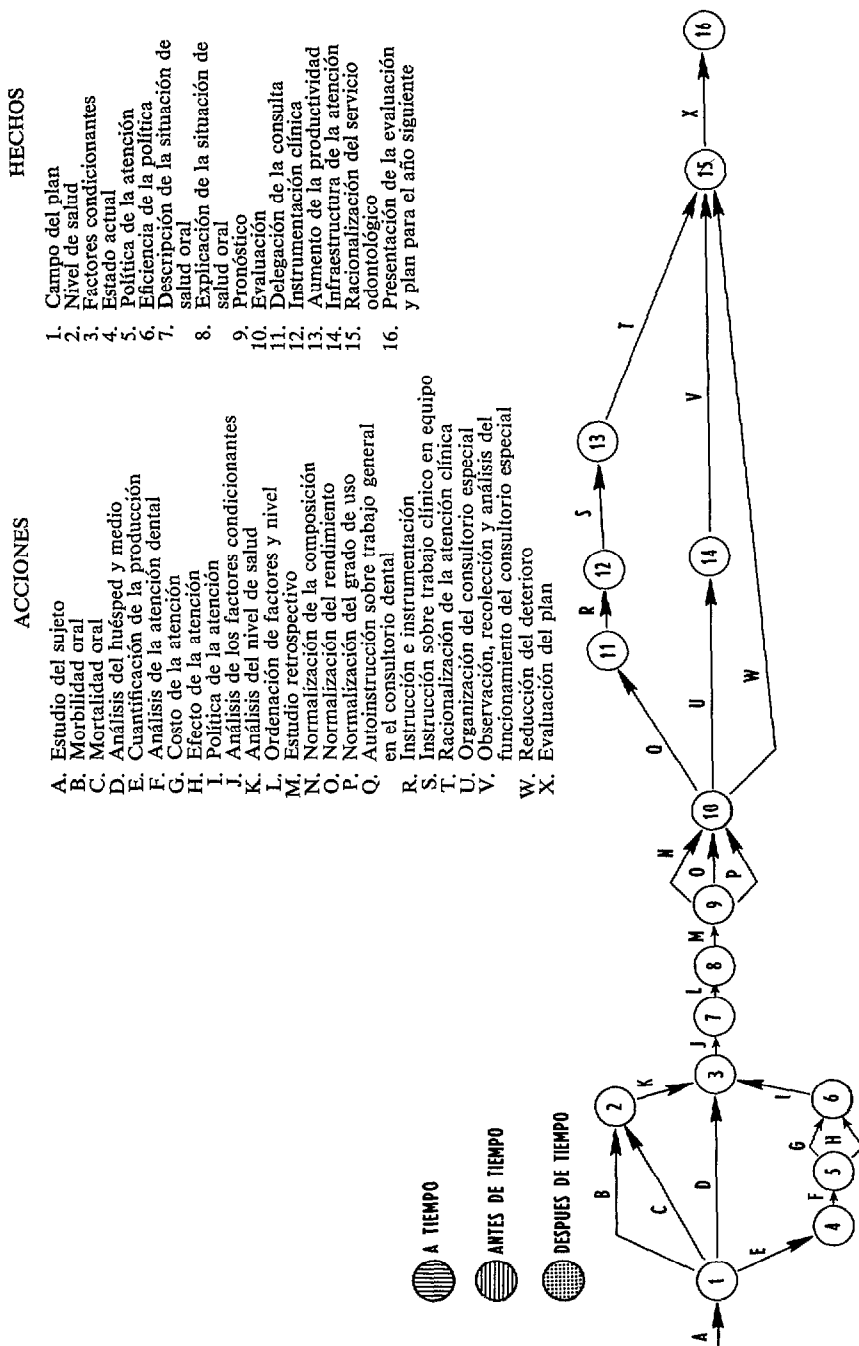
Formulación de un plan

Al efectuar la evaluación se normalizó sobre atributos de los instrumentos y no sobre las actividades, ni la elección y composición de las técnicas de tratamiento utilizadas, ni sobre la prioridad de los daños. Se trató únicamente de presentar un panorama general sobre el servicio y demostrar la necesidad de establecer una investigación con la cual obtener datos y experiencias que se pueden aplicar al servicio paulatinamente. Lo indispensable al elaborar un plan de atención de salud oral es tener en cuenta el factor condicionante agente que, como se vio, obliga a prestar un servicio integral de la caries dental (figura 2). Además, hay que tomar medidas preventivas de las periodontopatías y continuar prestando servicios de cirugía y de prótesis que por

CUADRO 4—Normalización de los componentes de una hora clínica odontológica. Caja Seccional del Valle, 1971.

Componentes	Observado	Normalizado	Observado/normado
Exámenes	0.58	0.58	0.
Obturaciones	1.32	1.62	0.81 Despilfarro.
Exodoncias	0.75	0.75	0.
Radiografías	0.12	0.12	0.
Endodoncias	0.20	0.20	0.
Periodoncias	0.19	0.19	0.
Cirugías	0.32	0.32	0.
Aislamientos	1.93	1.62	1.31 Derroche
Prótesis	0.01	0.10	0.
Otros tratamientos	0.002	0.01	0.

FIGURA 2.—Plan para estructurar un sistema de planificación en salud oral de atención odontológica del Instituto de Seguridad Social, Valle, Colombia.



accidentes de trabajo deba cubrir el Seguro Social. Si los nuevos afiliados de la Caja aumentaran a una tasa del 6%, para evitar el deterioro en la atención odontológica se propondría el plan de actividades tal como aparece más adelante.

Decir que se desea evitar el deterioro de la atención odontológica no implica que ello evitará el deterioro del estado de salud oral de los afiliados. Esta es una meta que busca racionalizar la utilización de los recursos y que a su vez sirva como táctica para facilitar el cambio necesario del sistema.

Cada demandante tendrá como promedio cuatro obturaciones y dos exodoncias (véase bajo el subtítulo "Nivel de salud oral"). Sobre estos datos y teniendo en cuenta la demanda esperada, se calculan las metas del nivel mínimo de salud.

Las radiografías se estiman de acuerdo con el número de tratamientos de conductos radiculares esperados y se incrementan para hacer auditoría en una muestra del 5% de los pacientes esperados. Basados en la magnitud (personas afectadas), la trascendencia (demanda) y la vulnerabilidad (capacidad técnica para tratar la enfermedad) en relación con la eficiencia del programa, los servicios atenderán en su orden problemas de: a) caries dental (eliminación del dolor, desfocación, endodoncia y operatoria); b) periodoncia preventiva; c) cirugía, y d) prótesis por accidentes de trabajo.

Plan mínimo

Como todo plan mínimo de salud debe atender la demanda total de los daños no

reducibles y en los reducibles disminuir la mortalidad y tratar la residual, las actividades mínimas esperadas serán las que aparecen en el cuadro 5. Los recursos humanos y materiales se deberán incrementar para lograr lo deseado.

Plan de investigación

Para estructurar un sistema de planificación para la atención de la salud oral de los afiliados de la Caja, se destinará un consultorio especial en el cual se pueden realizar las investigaciones que proveerán los datos necesarios en este proceso de planificación. Se averiguarán los datos que permitan normalizar los componentes del instrumento sobre los cuales no hay información. Se refinará lo referente al lucro cesante tanto en el mecanismo de recolección del dato como en lo relativo a su verdadero costo. Asimismo se tendrá en cuenta la implicación que tenga la fuerza del trabajo odontológico relacionada con el recurso material (equipo o instrumental) existente en la región, o sea, la importancia que puede tener la capacidad de oferta de horas profesionales disponibles por los odontólogos para evitar una subutilización de esos recursos (capacidad instalada en la zona de influencia de la Caja).

También se conocerá cuál es la infraestructura adecuada y la organización administrativa apropiada que lograrán un servicio de atención odontológica eficiente en la Caja del Valle.

Plan de adiestramiento

Para ofrecer servicios de atención odontológica de alta calidad es necesario contar con un personal capacitado. Por cuanto no se puede desplazar al personal actual para recibir capacitación fuera de las clínicas de la Caja, aquel se formará en servicio, en el consultorio especial y de acuerdo con un programa de adiestramiento que comprenderá una parte de autoinstrucción sobre trabajo de las auxiliares, instrumentación

CUADRO 5—Plan de actividades a nivel operativo. Caja Seccional del Valle, 1971.

Trabajo realizado	Número esperado
Exámenes	37,493
Obturaciones	149,972
Exodoncias	74,986
Radiografías	16,682
Endodoncias	13,114
Periodoncias	37,493
Cirugías	20,941
Prótesis	652
Otros tratamientos	119

en odontología y técnicas de trabajo clínico en equipo.

Resumen

Por no existir una metodología de planificación para salud oral se ha tratado de seguir la metodología del CENDES/OPS para describir la situación de un servicio de odontología social, dando las explicaciones necesarias y haciendo un pronóstico de sus resultados. También se ha propuesto un plan para mejorar la forma de estructurar una metodología. La situación encontrada es similar a la de cualquier servicio donde las necesidades exceden a los recursos y cu-

yas características específicas principales son: a) en promedio cada afiliado al servicio ha perdido el 58% de sus dientes y tiene 3.84 piezas por obturar y 1.87 por extraer; el 56.4% perderá su dentadura a causa de periodontopatías por no atenderse esa patología; b) cada afiliado recibe menos de una consulta anual y fueron necesarias 20.85 para servir a cada paciente. Se pronostica que el servicio se deteriorará y para evitarlo se proponen ciertas modificaciones que lo racionalizarán. Juntamente se propone estructurar una metodología de planificación que tenga en cuenta el lucro cesante, la fuerza de trabajo odontológico, y la capacidad instalada de recursos materiales. □

REFERENCIAS

- (1) Ochoa, L. C. "Evolución y consecuencias de la planificación de la salud en Colombia". Trabajo presentado en el III Congreso Colombiano de Salud Pública, Cartagena, Colombia, 1968 (Mimeografiado).
- (2) Ochoa, L. C. "Plan Quinquenal de Desarrollo de la Escuela de Salud Pública". Medellín, Colombia, 1969 (Mimeografiado).
- (3) Mejía, R. y Cruz, A. "Morbilidad oral" en *Evidencia Clínica*, Bogotá, D.E.: ASCOFAME/INPES, (Imp.), 1970, pág. 77.
- (4) Mejía, R. y Cruz, A. "Morbilidad oral" en *Evidencia Clínica*. Bogotá, D.E.: ASCOFAME/INPES, (Imp.), 1970, pág. 78.
- (5) Bressani, F. "Curso sobre planificación de salud". Medellín, Colombia, 1969 (Mimeografiado).
- (6) Bressani, F. "Aspectos conceptuales de la planificación de salud, 1969". (Documento mimeografiado de la OPS/OMS.)
- (7) Chaves, M. M. *Odontología Sanitaria*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 63, 1962. Pág. 74.
- (8) Samuelson, P. A. *Economía Moderna*. Madrid: Aguilar, S.A. de Ediciones, 1968, pág. 28.
- (9) Mejía, R. y Cruz, A. "Morbilidad oral" en *Evidencia Clínica*. Bogotá, D.E.: ASCOFAME/INPES (Imp.), 1970, págs. 28-29.

Structuring of a planning system for oral health (Summary)

Since there is no methodology for planning oral health, the CENDES/OPS methodology has been attempted to describe the situation of a social odontology service, giving the necessary explanations and making a forecast of its results. A plan has also been proposed to improve the manner of structuring a methodology. The situation discovered is similar to that of any service where needs exceed resources, and whose specific characteristics are: a) on the average each member affiliated to the service has lost 58% of his teeth and has 3.84 teeth to be filled and 1.87 to be removed;

56.4% will lose his teeth due to periodontological disorders which are not treated; b) each affiliated member receives less than one yearly consultation and 20.85 work units were necessary to treat each patient. It is predicted that the service is deteriorating and to avoid this certain rationalizing measures are proposed. Coincidentally, a proposal is made to structure a planning methodology which will take into account income loss, the odontological labor force, and the installed capacity of material resources.

Estruturação de um sistema de planificação em saúde oral (*Resumo*)

Por não existir uma metodologia de planificação em saúde oral tratou-se de seguir a metodologia do CENDES/OPS para descrever a situação de um serviço de odontologia social, dando as explicações necessárias e fazendo um prognóstico de seus resultados. Propôs-se também um plano para melhorar a forma de estruturar uma metodologia. A situação encontrada é similar a de qualquer serviço onde as necessidades excedem aos recursos e cujas características específicas principais são: a) em promedio cada afiliado ao serviço perdeu 58% de seus dentes a tem 3.84 peças por

obturar e 1.87 por extrair; 56.4% perderá sua dentadura por causa de periodontopatias por não atender-se essa patologia; b) cada afiliado recebe menos de uma consulta anual e foram necessários 20.85 unidades de trabalho para servir a cada paciente. Prognostica-se que o serviço está sendo deteriorado e para evitá-lo propõem-se certas modificações que o racionalizarão. Juntamente propõe-se estruturar uma metodologia de planificação que tenha em conta o lucro cessante, a força de trabalho odontológico e a capacidade instalada de recursos materiais.

Structuration d'un système de planification dans le domaine de la santé dentaire (*Résumé*)

Du fait qu'il n'existe pas de méthode de planification pour la santé dentaire, on a essayé de suivre la méthode du CENDES/OPS pour décrire la situation d'un service d'odontologie sociale en donnant les précisions nécessaires et en faisant le pronostic de ses résultats. On a également proposé un plan tendant à améliorer la structure d'une méthodologie. La situation que l'on trouve est analogue à celle de n'importe quel service où les besoins dépassent les ressources et dont les principales caractéristiques particulières sont les suivantes: a) en moyenne, chaque affilié au service a

perdu 58% de ses dents, a 3,84 dents à obturer et 1,87 à extraire; 56,4% perdront leurs dentsures du fait de parodontopathies non soignées; b) chaque affilié bénéficie de moins d'une consultation annuelle et 20,85 unités de travail ont été nécessaires pour servir chaque patient. On prévoit une détérioration du service et, pour l'éviter, l'auteur propose de mettre au point une méthode de planification qui tient compte de la perte de gain, de la main-d'oeuvre odontologique disponible et de la capacité installée des ressources matérielles.