

Promoción de la Salud Odontológica en Argentina e Italia

Estudio comparativo de dos realidades diferentes



“Curso de Auditoría Médica del Hospital Alemán 2009”

Alumnos: Dra. Agnoli, María Ruth

Dra. Reinoso, Mara

Sr. Bogado, Alejandro

Índice

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN:	4
DESARROLLO.....	6
ANEXO 1	29
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	32

Resumen

El objetivo de esta monografía es mostrar la realidad del sistema de Salud Argentino, en lo que respecta a la Salud Odontológica, estableciendo el análisis comparativo de la situación con la Región de la Emilia Romagna en Italia.

El trabajo consta de las siguientes partes:

1. Se realizó una caracterización de los sistemas actuales de salud en los dos países Argentina e Italia.
2. Se describieron los principios fundamentales de la Educación para la Salud y la Odontología Preventiva.
3. Se obtuvieron resultados del modelo de intervención realizado como prueba piloto en un Jardín de Infantes de la provincia de Buenos Aires como tesis de maestría de uno de los integrantes del equipo.

Los resultados de la aplicación de medidas preventivas desde las primeras etapas de escolarización como son los Jardines de Infantes, conducen a la reconversión de los perfiles epidemiológicos, y minimizan los factores de riesgos presentes en los grupos de la comunidad en los que se han implementado, reduciendo los costos de la atención odontológica.

Se sugiere la aplicación de medidas masivas de fluoración combinadas, con otros programas de higiene bucal. Estos estudios comprueban que mediante su aplicación se reducen en un 70 % la incidencia de lesiones de caries. Se puede concluir que la política sanitaria más eficaz para contribuir significativamente a mejorar la condición de salud bucal de la población infantil, es la aplicación de medidas odontológicas preventivas con programaciones perdurables en el tiempo, que contribuyan a elevar la conciencia preventiva de la población.

Introducción:

En los últimos veinticinco años se ha producido un importante incremento de la prevalencia de caries en los países occidentales desarrollados, de manera equivalente al desarrollo económico y social desarrollado por estos países. Una vez establecidas tanto la caries como las enfermedades periodontales (periodontitis y gingivitis) son persistentes y no tienen curación espontánea. Si su tratamiento se pospone es cada vez más complejo y costoso.

El mecanismo más eficaz que tenemos en la actualidad, para generar en las personas un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables, es la Educación para la Salud.

La caries es la enfermedad crónica infecciosa más prevalente en el hombre. La enfermedad periodontal se previene eliminando la placa bacteriana con un cepillado minucioso y evitando las maloclusiones dentarias, bien sean congénitas (aquellas provocadas por alteración del número, tamaño o forma de los dientes y por deformidades de los maxilares, y cuya resolución es la ortodoncia o la cirugía) o adquiridas (consecuencia de hábitos nocivos tales como el uso prolongado del chupete o biberón, chuparse el dedo, morderse las uñas u otros objetos, respirar por la boca). La prevención de éstas consiste fundamentalmente en el destierro de dichos hábitos nocivos y un número adecuado de visitas periódicas al odontólogo.

Identificación del problema:

-Ausencia de gestión del sistema de salud bucodental de la población.

-Ausencia de implementación de un programa de prevención y promoción de la salud bucodental a nivel provincial avalado por el estado nacional.

La caries dental y la enfermedad periodontal aparecen entre las primeras causas de morbilidad oral, teniendo en cuenta esto se genera entonces la necesidad de implementar un programa de tipo promocional y preventivo en Salud Oral, que incorpore en la rutina diaria los hábitos sanos y que desarrolle actividades que permitan ampliar la cobertura y efectividad de los servicios de salud.

Desarrollo

Caracterización del Sistemas de Salud Bucal de Argentina

Sistemas de salud

Constituyen la respuesta social organizada a los problemas de salud de la población y presentan tres componentes básicos que se articulan:

- Gestión.
- Financiamiento.
- Modelo de atención.

Principios del Sistema de Salud

- *Universalidad de acceso
- *Gratuidad del consumo
- *Globalidad de la cobertura
- *Financiamiento a través de la fiscalidad general

La región de las Américas es la mas inequitativa del mundo, pues en ella existe la mayor dispersión entre los subgrupos de población agrupadas por niveles de ingreso, las diferencias entre los quintiles de los extremos de la población es de entre 20 a 30 veces.

Marco Jurídico Argentina y Latinoamérica.

La Salud es un derecho constitucional garantizado por el Art. 14 bis en la carta Magna de la Republica Argentina. Refrendado con el mismo rango en la convalidación de tratados internacionales tales como:

Declaración Americana de los derechos y deberes del Hombre (1948) - IX Conferencia Internacional Americana

Declaración universal de Derechos Humanos (1948- ONU)

Convención Americano sobre Derechos Humanos (1969 San José de Costa Rica)

Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales (1966- N. York- ONU).

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966- ONU)

Convención Internacional sobre la eliminación de formas de discriminación. (1967 ONU)

Convención sobre los Derechos del Niño (1989 - ONU)

Enunciado en Leyes, decretos y Resoluciones, muchas de ellas nunca implementadas y otras tantas en estado de olvido o inaplicabilidad, como los existentes en Argentina:

(Decreto Nacional Nº 22839/44 - atención odontológica primaria obligatoria,

Ley 21172, de fluoración y desfluoración de Aguas de Abasto- 1975

Sistema de Salud de la Argentina

La salud es un bien público, el Estado debe asumir a la necesidad individual y colectiva, de esta forma se la asume como un derecho en base al criterio de ciudadanía.

En la Argentina el gasto en salud es del 8,14% del P.B.I., es decir que el gasto per cápita en la actualidad es de \$ 66 mensual lo que equivale a unos \$ 792 por año.

El Sistema de Salud Argentino es un sistema mixto en el que coexisten subsistemas, y posee un componente regulado y otro desregulado.

Regulado: Compuesto por el Sistema Público Estatal y el de la Seguridad Social.

Desregulado: Seguros Privados.

Sistema Público Estatal: El gobierno central posee la estructura para asegurar todos los aspectos de los servicios de salud, pagados con fondos públicos. Se caracteriza por tener financiamiento público, con recursos procedentes de impuestos, provisión de servicios por el mismo Estado y acceso universal basado en el concepto de ciudadanía, de esta forma todo miembro de la sociedad tiene un derecho legal a estar cubierto. En nuestro país se lleva a cabo tanto a nivel Nacional, Provincial y/o Municipal abarcando a 15.000.000 de personas que carecen de cobertura, hallándose grandes disparidades regionales.

Sistema de Seguridad Social: La provisión de servicios se asume como un derecho de los trabajadores. Su financiamiento proviene de aportes, a los que se suman las contribuciones patronales. Este sistema se legitima en 1971 con la sanción de la Ley 18.610, durante la dictadura militar y años después las leyes 23.660 y 23.661 establecen las alícuotas correspondientes a aportes y contribuciones obligatorias para el sostenimiento del sistema, a su vez es Estado también contribuye para el mantenimiento del sistema. Es un sistema vertical, en donde los individuos asegurados realizan sus propios aportes y poseen sus propios hospitales; esta conformado por obras sociales. Ellas son:

Distribución de la Población en Argentina según el tipo de Cobertura de Salud

Tipo de cobertura	Millones de personas	%
Obra Social Nacional (280)	13	32,4
PAMI	4,18(*)	10,4
Obra Social Provincial (24)	5,50	13,7
Prepaga	4	10
Total servicios públicos	12	29,9
Obras sociales Universidad/FA	1,1	2,7
PROFE	0,35	0,9
Total Población	40,13	100

Fuente: “Situación de Salud en la República Argentina (2008)”, Superintendencia de Servicios de Salud, INDEC, COSSPRA

Sistema Privado: Hay ausencia del sector público, tanto como financiador, como prestador. La organización es fragmentada, descentralizada y con escasa regulación. Se financia con pagos directos de los usuarios calculados en base al riesgo y al tipo de servicio contratado, pudiéndose contratar en forma individual o colectiva. Este tipo de sistemas resulta altamente inequitativo ya que depende de la capacidad de pago del beneficiario. Es el que conforman las empresas de medicina prepaga cubriendo a 3.200.000 de personas, es un sistema con grandes disparidades, ya sea por la diferencia en los servicios que se prestan como en el acceso y actualmente se encuentra en creciente concentración.

Todo lo descripto anteriormente hace mención al Sistema de Salud de la República Argentina, en cuanto al Sistema de Salud Bucodental sigue los mismos parámetros, existiendo esta forma también tres subsistemas: Público-estatal, de Seguridad Social y Privado, con las mismas características y problemáticas que el Sistema general.

Diagnóstico de la situación del actual Sistema de Salud y de Salud Bucodental Argentino:

- Hospitales sobredimensionados en su capacidad de atención.
- Ausencia de la universalidad de acceso odontológico a la población en general.
- Inequidad en la distribución de los recursos.
- Incremento de las desigualdades en cuanto al tipo de atención.
- Ausencia de redes odontológicas distribuidas para la población de mayor necesidad.
- Concentración de la oferta en las ciudades.
- Sistema público en la mayoría de los casos solo cubre la demanda. mutilante de extracciones dentarias y no se enfocan sobre la prevención.
- Obras sociales que no cubren los servicios para las que fueron creadas.
- Enfermos que no sanan.
- Clínicas o sanatorios privados que despiden trabajadores.
- Ausencia de equipamiento adecuada y mal aprovechamiento del mismo en el caso de lugares donde si lo hay.
- Mal uso de la tecnología existente.
- Mal aprovechamiento de capital.
- Ausencia de recurso humano.
- Ausencia de capacitación del recurso humano existente.
- Ausencia de implementación de medidas preventivas, con la consecuente prevalencia de uso de medidas curativas, que de por si son mas costosas y no solucionan el problema a la larga.
- Ausencia de programas de promoción y prevención debidamente implementados.
- Ausencia de redes solidarias que permitan identificar las necesidades de cada área en particular.
- Población general desinformada acerca de cuidados y mantención de la salud bucodental.
- Falta de concientización de la población general.
- Ausencia de medidas de promoción de prevención del cáncer bucal.

-Aumento de enfermedades prevalentes.

Enfermedades prevalentes en odontología:

a- Elementos confluyentes

- 1) Necesidad de atención elevada: 90 a 95% de la población.
- 2) Demanda escasa (40 a 45%) y en su mayoría demanda de urgencia solamente.
- 3) Respuesta mutilante (se trabaja sobre los EFECTOS y no sobre las CAUSAS de las enfermedades odontológicas).

b- Elementos epidemiológicos:

- 1) Caries: Población de 9/10 años: 85% de presencia de caries

Estudios a los 12 años muestran zonas de Alta (Chaco, Jujuy), Media (Buenos Aires), y baja (Santa Cruz) prevalencia.

A los 18 años la caries solía ser la 4ta causa de excepción al Servicio Militar, junto con las enfermedades mentales.

- 2) Enfermedad periodontal: Afecta al 90% de las personas mayores de 45 años.

En el grupo de 46/55, uno de cada 5 personas es desdentada, por lo menos de maxilar superior.

96% de piezas presentes después de los 65 años es 11.

a- Perfil de las prestaciones: En el sector público, la mejor relación existente entre extracciones y restauraciones es de 1 por 1 (Formosa, La Pampa, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fé, Neuquén, Santa Cruz); la más alta se ve en Santiago del Estero, con una obturación cada 18 extracciones.

% general: 2,23 extracciones por obturación a nivel nacional.

Actualmente se gasta en salud en nuestro país el 9,14 del P.B.I y de todo ello solo el 2% se destina a prevención.

Es necesario que el Estado garantice la Universalidad del Sistema Sanitario, esto significa brindar equidad y accesibilidad para que cada ciudadano pueda gozar de salud.

Para llevar a cabo esto se debe considerar a la salud como un derecho individual y al mismo tiempo como un bien común global.

La Promoción para la Salud Bucal y la Odontología Preventiva

La promoción de la salud surgió como una estrategia eficaz para mejorar la salud y la calidad de vida debido al importante cambio en la teoría de la salud pública provocado por el informe Lalonde (Canadá 1974), en el que se reconocieron factores ambientales y sociales y modos de vida que determinan la salud. Años más tarde la comunidad de la salud pública adoptó a la "Carta de Ottawa" (Canadá 1986).

La Carta enumera cinco áreas fundamentales para la promoción de la salud:

- 1-Las políticas públicas sanas
- 2-Los entornos propicios
- 3-La acción comunitaria
- 4-El desarrollo de aptitudes personales para la vida
- 5-La reorientación de los servicios de salud.

La salud oral es fundamental para generar salud que impacte en la calidad de vida de los individuos y la mejore, ya que puede afectar condiciones de salud general.

La salud oral no es solo el tener los dientes sanos. La boca forma parte del sistema estomatognático que cumple múltiples funciones, entre ellas: hablar, comer y socializar, por lo que se debe tratar a esta cavidad en su totalidad buscando mantener y recuperar (en caso de que se hubiera perdido) la salud de encías, tejidos blandos orales, músculos masticatorios, paladar, lengua, labios y glándulas salivales.

La pérdida de la salud oral de los individuos pueden tener consecuencias nefastas llegando a afectar el desenvolvimiento de los niños en la escuela y su éxito en la vida, los chicos que sufren de problemas en su sistema estomatognático son doce veces más propensos a tener días de actividades restrictivas, lo que podrían significar días escolares perdidos. Se pierden anualmente más de 50 millones de horas escolares como consecuencia de problemas bucodentales.

La pérdida dentaria continúa siendo una de las causas más frecuentes de enfermedad en niños en países desarrollados y en desarrollo. Un gran porcentaje de chicos de países en desarrollo sufren de pérdida de piezas dentarias y esto en su mayor parte es por la dificultad para acceder a los servicios de salud oral.

Entre el 50 y 100% de chicos de doce años presentan inflamación de encías.

Además de las enfermedades bucodentales es necesario educar a la población y de esta forma concientizarla en que hay otros tipos de afecciones que pueden tener lugar en la cavidad oral tales como: traumatismos, erosión dental, atrición, abrasión, cáncer oral.

La erosión dental es causada por el consumo de bebidas azucaradas o al aumento de vómitos en enfermedades tales como la bulimia, esto puede conducir a la pérdida del esmalte dentario y con el tiempo a la pérdida de las piezas.

El cáncer oral es el 11º mas frecuente en el mundo con una supervivencia del 50% a los cinco años con gran incidencia en la India, Australia, Francia, África y Sudamérica.

Las enfermedades generales pueden también afectar la salud bucodental, entre ellas podríamos enunciar a la diabetes, enfermedades cardíacas, así también como algunas lesiones orales pueden ser los primeros signos para diagnosticar enfermedades tales como H.I.V y Sifilis.

Las escuelas son el escenario ideal para llevar a a cabo políticas de promoción de la salud, y esto se debe entre otras cosas al gran porcentaje de niños que se puede abarcar.

En el nivel elemental 80 % de los chicos va a la escuela primaria(1) , por lo que la escuela es un medio eficiente y eficaz para alcanzar a mas de un billón de niños alrededor del mundo y a través de ellos a familias y miembros de la comunidad.

Es necesario llevar a cabo políticas de estado que implementen programas de prevención a nivel nacional, provincial y municipal en escolares ya que cuanto antes esto se produzca, es decir a edad más temprana, será más efectivo, eficiente y eficaz y se logrará un verdadero cambio en los estilos de vida de la población; lo que dará lugar a la creación de un círculo saludable en donde los niños enseñarán a sus padres lo aprendido y a su vez con los años estos niños se convertirán en adultos que transmitirán a su descendencia los hábitos saludables ya instalados y actuarán como verdaderos agentes multiplicadores de salud.

Es importante destacar que en muchos países la cantidad de chicos que se cepillan los dientes es deficiente, y a esta realidad nuestro país no escapa, esto se debe entre otras causas a que hay poblaciones que no tiene acceso a servicios de agua potable y cloacas y todo esto sin considerar el echo de que carecen de elementos para llevar a cabo la realización de higiene oral tales como cepillo de dientes, etc.

La promoción de la salud oral puede ser fácilmente integrada a las actividades escolares, ya que ellas en muchas poblaciones son el único medio en donde los niños tienen acceso a agua potable y un medio en donde se puede asegurar el cepillado dentario.Los maestros podrían hacerse responsables de la educación oral de los niños y supervisar las

1 "W.H.O information series on school health". Geneva 2003

actividades de cepillado dentario, garantizando de esta forma la higiene oral de los infantes.

Los individuos, familias, comunidad, autoridades educativas, proveedores de salud y gobernantes deben actuar en colaboración para reducir factores de riesgo y promover la salud de la población, esto mediante la implementación de políticas públicas sanitarias; la creación de ambientes de trabajo consensuado tales como la creación de talleres de educación para la salud dentro de la institución escolar; acciones comunitarias, el fomento de la adquisición de habilidades para mejorar el conocimiento, actitudes y comportamientos; y reorientar el sistema de salud para obtener accesibilidad al sistema en sí mismo.

Modelo de intervención implementado en niños de 5 años

Metodología empleada

En un Jardín de Infantes de la Provincia de Buenos Aires, se realizó una prueba piloto de 6 semanas que incluyó un estudio epidemiológico y talleres para escolares y sus familias, usando el mismo grupo escolares de Salita Azul como control (antes de la intervención) y como experimental (después de la intervención).

El trabajo consta de las siguientes fases:

1. Previa autorización de los padres de los niños de la tercera sección denominada "Salita Azul", se procedió a recolectar información del estado de salud bucodental de los niños al inicio de la investigación, esto consistió en tomar los índices CPOD, Ceod, de O'Leary y Gingival Simplificado (IG) para así evaluar el estado de salud bucal de los niños al comienzo de aplicación del programa (la elección de utilizar estos índices se basó en que son los empleados universalmente según consta en vasta bibliografía a nivel mundial).
2. Se dictó una clase sobre salud buco-dental adaptada a escolares, en una población de 28 niños (15 niños y 13 niñas), que incluyó juegos, enseñanza de cepillado, control de placa bacteriana, entrega de cepillos y cremas dentales.
3. Se distribuyeron en esta población dos encuestas. La primera previa a la intervención y luego la misma al final del proceso.

A continuación se detallarán los Índices utilizados

Índice de placa de O' Leary:

Marca la ausencia o presencia de placa y para ello se observan las caras libres y proximales de las piezas dentarias luego de haber utilizado un revelador de placa.

La formula utilizada para obtener el resultado expresado en porcentaje es:

$$\frac{\text{Superficies teñidas}}{\text{Superficies totales}} \times 100\%$$

Este índice expresa en porcentaje la cantidad de placa bacteriana presente.

Índice de hemorragia simplificado:

Se tomaron en cuenta las 4 caras del diente 4.1: distal, vestibular, mesial y palatino. El promedio de las cuatro mediciones constituyo el índice de hemorragia simplificado de ese paciente, utilizando palillos, sondas descartables o cepillo dental.

Los valores que se pueden obtener son los siguientes:

Grado 0: Ausencia de hemorragia. No sangra al sondaje.

Grado 1: Presencia de hemorragia, sangra al sondaje.

Índice CPOD: (unidad diente)

Resulta de la suma de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

Índice Ceod:

Es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados.

CRITERIOS DE INCLUSION A UTILIZAR PARA TOMAR LOS INDICES CPOd y ceo.d

A) Se considera cariado **(C) (c)**.

- * Presencia de una lesión clínicamente visible.
- * Si la opacidad del esmalte indica presencia de caries subyacente.
- * El diente está obturado y presenta recidiva de caries.
- * Las manchas blancas, se cuantificarán como cariado.

B) Se considera obturado **(O) (o)**.

- * Si presenta una o más obturaciones con cualquier material de obturación definitiva, sin recidiva de caries, fracturas ni defectos en la adaptación periférica.

C) Se consideran perdidos **(P) (e)**.

- * La pieza dentaria está ausente en boca, tanto por haber sido extraída o por no haber erupcionado en un período de 3 años del período normal para su erupción.
- * El caso del ceo, se considera como indicación de extracción la presencia de una patología irreversible.

Se tomó separadamente el CPOd y el ceod, tomando la sumatoria de ambos índices, como componente total del indicador

Aquí se detallan cuales son los factores a tener en cuenta para considerar a un paciente como de riesgo o no:

- Placa supragingival mayor al 20 %.
- Más de 4 momentos de azúcar en el día.
- Surcos profundos.
- Índices Gingival Loe Sidness mayor a 1.

De acuerdo a estos parámetros se determinó que la población puede ser considerada en su gran mayoría, como de riesgo.

En todos los pacientes se realizó el revelado de placa bacteriana y los resultados fueron alarmantes, ya que el 100% de los mismos alcanzo valores de placa considerables como pacientes de riesgo.

Situación Italiana:

La Región de la Emilia Romagna en la Deliberacion della Giunta Regionale del 20 de diciembre del 2004, n. 2678 aprobó el programa de “Assistenza Odontoiàtrica”: “Programma Regionale per l’attuazione dei L.E.A e la definizione di livelli aggiuntivi”.

Este programa consiste en establecer y otorgar asistencia odontológica básica a las personas que se encuentren en un estado de vulnerabilidad social tanto como sanitaria. A continuación se definirá lo que se considera vulnerabilidad sanitaria y social.

Vulnerabilidad Sanitaria: Condiciones de tipo sanitario, en las cuales la patología de base compromete seriamente la función masticatoria. Las patologías que se identifican en el programa regional son las siguientes: displasia ectodérmica; cardiopatía congénita, pacientes en lista de espera pre y post trasplante; anorexia y bulimia; psicosis con grandes disturbios del comportamiento; hiposomía; graves patologías congénitas; epilepsia con

neuroencefalopatía; pacientes H.I.V positivos ; pacientes sindrómicos: síndrome de Down; diabetes juvenil, niños con patología oncohematológica; hemofílicos; discapacitados; toxicodependientes y pacientes en tratamiento radioterápico a nivel encefálico.

Vulnerabilidad Social: Condiciones de ganancia según el indicador ISEE (Indicador Situación Económica Equivalente) distinguidos en tres clases:

Inferiores a 7500€/ año son exentos de pagar el ticket.

Entre 7500 y 12500€/ año pagan un ticket de hasta 40€ por prestación.

Entre 12500 y 15000€/año pagan el ticket hasta un máximo de 80 € por prestación.

Cesena

La Azienda U.S.L de Cesena tiene una extensión de 1117 km y está compuesta de quince comunas con una población de 195.699 al 31/12/2004, con un crecimiento del 5% en los últimos cinco años.

La A.U.S.L esta subdividida en dos Distritos Sanitarios:

1 -El Distrito de Cesena- Valle Savio, que comprende las Comunas de Cesena, Montiano, Mercato, Saraceno, Sarcina, Bagno di Romagna y Verghereto para un total de 113.789 habitantes.

2 - El distrito de Rubicone que comprende las comunas de Savignano, S.Mauro Pascoli, Borghi, Gambettola, Gatteo, Longiano, Roncofreddo, Sogliano y Cesenático (81.910 habitantes).

La población residente de 0-17 años es de 30395, de la que el 54% (16558) se encuentran en el Distrito de Cesena-Valle Savio.

El personal dedicado al presidio de Ortodoncia y Odontología esta compuesto de personal médico y odontológico con contrato de actividad libre profesional y de personal del area de enfermería dependiente de la A.U.S.L.

Actividades de Odontología y Ortodoncia del Presidio de Cesena (Semanal).

Ortodoncia	Odontología
1 Asistente (36 h)	1 enfermera(36 h)
1 Enfermera (30h)	19 h de odontólogos
2 enfermeras(18h)	
1 enfermera (15h)	

37 horas de ortodoncistas	
36 horas de odontotécnicos	
18 horas de coordinadoras	

Presidio de Mercato Saraceno

Ortodoncia	Odontología
1 enfermera(19h)	1 enfermera (5h)
1 enfermera(20h)	5 h de odontólogos
9 h de ortodoncistas	
9 h de odontotécnicos	

El “ Dipartimento di Cure Primarie” de la A.U.S.L de Cesena tiene un área dedicada a la actividad de Ortodoncia y Odontología Infantil que comprende cinco médicos con contrato de actividad profesional libre (64 horas semanales), dos odontotécnicos , una asistente (36 horas semanales), 4 enfermeras profesionales , a la que se agrega una que desarrolla actividades de pediatría de comunidad y una coordinadora enfermera de mitad de tiempo.

Se llevan a cabo tareas de actividad de educación para la salud, coordinación y gestión de la asistencia a enfermos crónicos, tareas de vigilancia de la comunidad, actividades de promoción y tutela de la salud de los adolescentes, coordinación dietética de la comunidad, epidemiología y estadística, y grupos de proyectos.

El departamento de cura primaria lleva a cabo controles “Bilancio di Salute” a los niños a los 2, 4, 10, 24 y 36 meses y a los 5, 11 y 14 años, estos controles son gratuitos.

En el “Bilancio della Salute” a los cinco años el pediatra al realizar el control además hace un diagnóstico precoz de los casos graves de maloclusión de los niños para detectarlos y derivarlos al departamento de odontología y ortodoncia de ser necesario, donde se les realizará atención o no de acuerdo al estado de vulnerabilidad socio-sanitaria.

A los nueve años se realiza un screening de las caries y maloclusiones, la función de esta revisión es diagnosticar precozmente las maloclusiones e individualizar la presencia de caries (Indice C.P.O.D) en los niños que frecuentan la 4° elemental de las escuelas de la Comuna de la A.U.S.L.

Este screening es llevado a cabo por personal médico del presidio de Odontología y Ortodoncia Pediátrica de la Pediatría de Comunidad.

Se utilizan los indicadores de la O.M.S como es el Índice C.P.O.D, ceod y el Índice de Cura.

Las indicaciones para el tratamiento ortodoncico deben hacer referimiento a la clasificacion I.O.T.N., que es la siguiente: según el programa regional “Asistencia Odontológica en la Region de la Emilia Romagna” tienen derecho a la rehabilitacion ortodoncica ofrecidas de la A.U.S.L los niños residentes en Emilia Romagna que presenten maloclusión de grado 4 o 5 y en los que el nucleo familiar presente una condicion de rédito anual con un valor del ISEE inferior a los 15000 euros (vulnerabilidad social) y también aquellos niños que presenten graves patologías que afecten al macizo maxilofacial (vulnerabilidad sanitaria).

Con respecto a las caries los menores que necesiten de tratamiento odontológico pueden concurrir a los servicios ofrecidos por la A.U.S.L también siguiendo los preceptos de vulnerabilidad sanitaria y social.

La rehabilitación bucodental es llevada a cabo dentro del Presidio Hospitalario.

Las sedes de los ambulatorios de odontología están ubicadas en elHospital Bufalini Sede del Distrito de Cesena –Corso Cavour.

-Hospital Angioloni de S.Piero in Bagno.

-Presidio Sanitario Cappelli en Mercato Sarraceno.

-Hospital Marconi de Cesenatico.

Datos de Diagnostico del año 2005

	Examinados	Ausentes
Distrito “Cesena” “Valle- Savio”	792	23
Distrito “Rubic- Mare”	607	11
Total A.U.S.L	1399	68

	Grado 1-2-3	Grado 4	Grado 5
Distrito "Cesena" Valle Savio"	481 (61%)	293(37%)	18(2%)
Distrito "Rubic- Mare"	180(67%)	187(31%)	10(2%)
Total A.U.S.L	891(64%)	480(34%)	28(2%)

Datos de la actividad efectuada en el 2005 después del screening

	Cesena	Valle Savio
Acepta	108	70
Resolucion espontanea	3	-
Eliminado	34	-
No acepta	135	32
No se presenta	471	71

Presidio de Cesena:

Se realizó en el año 2005 tratamiento ortodóncico a 562 niños.

Se realizó atención odontológica a 348 niños.

Presidio de Mercato Sarraceno:

Se atendió a 188 niños a los que se realizó tratamiento odontológico y ortodóncico.

Análisis de la Situación de la Emilia Romagna

Es necesario llevar adelante una política de Estado-Region en donde desaparezcan las barreras a la accesibilidad y a la equidad del sistema. La normativa del 2004 en algunos casos ha limitado aún más el acceso de la población al uso de los servicios de odontología y ortodoncia.

Es imperioso el compromiso del personal médico y no médico y de los gobernantes para generar cambios que ayuden a que la población acceda al sistema de salud para solucionar sus problemas, basándonos en políticas de promoción y prevención de la salud.

Se deben aumentar las tareas de promoción y educación para la salud.

Es necesario ampliar la cobertura odontológica tanto en recursos humanos como en infraestructura y llevar a cabo una política de estado más equitativa y amplia que no limite el tratamiento a una pequeña franja de la población.

Estado Inicial

Planilla general de datos

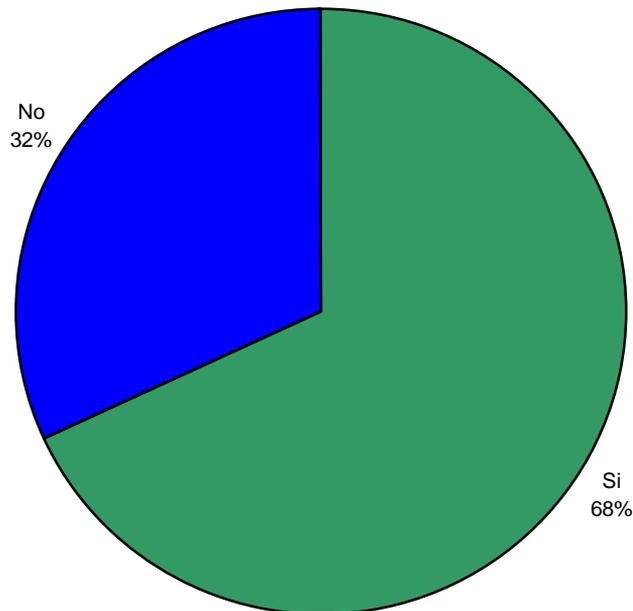
ID	Ceod	I.G	Diagnóstico de la oclusión
1	4	1	Distocclusión
2	5	1	Normal
3	4	1	Normal
4	6	1	Normal
5	3	1	Normal
6	8	1	Bruxismo
7	2	0	Control de la línea media
8	4	1	Normal
9	5	0	Normal
10	4	1	Normal
11	2	0	Normal
12	6	1	Deglución atípica-Controlar caninos
13	0	0	Normal
14	4	1	Normal
15	4	1	Normal
16	1	0	Normal
17	3	1	Inversión unilateral con línea media desviada hacia la izquierda
18	0	0	Inversión unilateral derecha
19	0	0	Bruxismo
20	0	0	Normal
21	1	0	Normal
22	1	1	Sobremordida
23	0	0	Inversión unilateral izquierda-Destrabar canino

24	6	1	Mordida abierta anterior
25	4	1	Es necesario controlar el traumatismo que sufrió la paciente sobre la pieza 51, la que se muestra con una leve extrusión y oscurecimiento.
26	8	1	Normal
27	5	1	Normal
28	2	1	Desvío de la líneas media

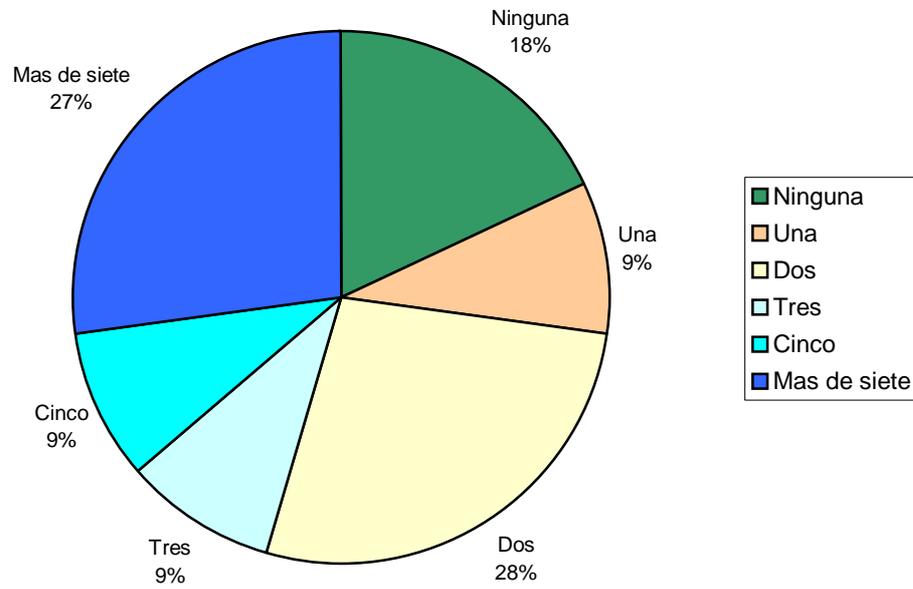
La suma del Ceod de todos los niños da una media de 3,28.

El promedio del Índice Gingival es 0,6.

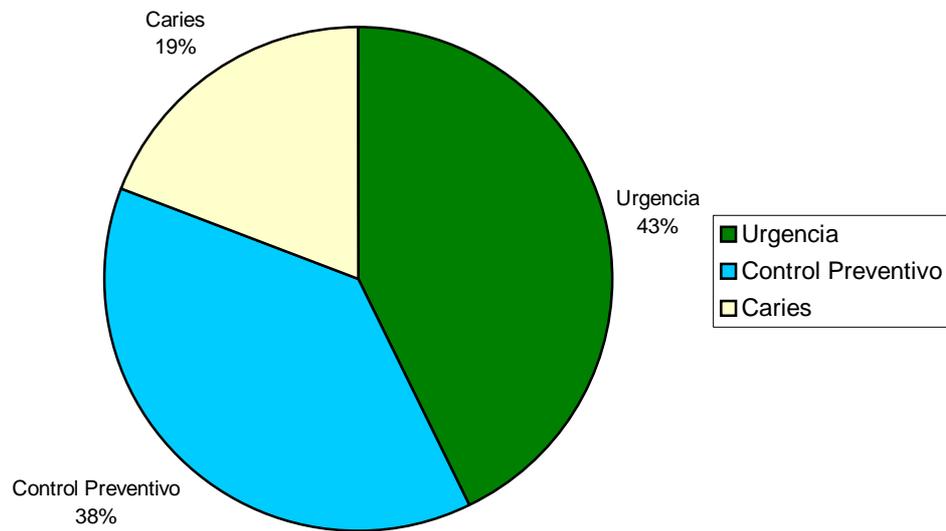
Cobertura Odontológica



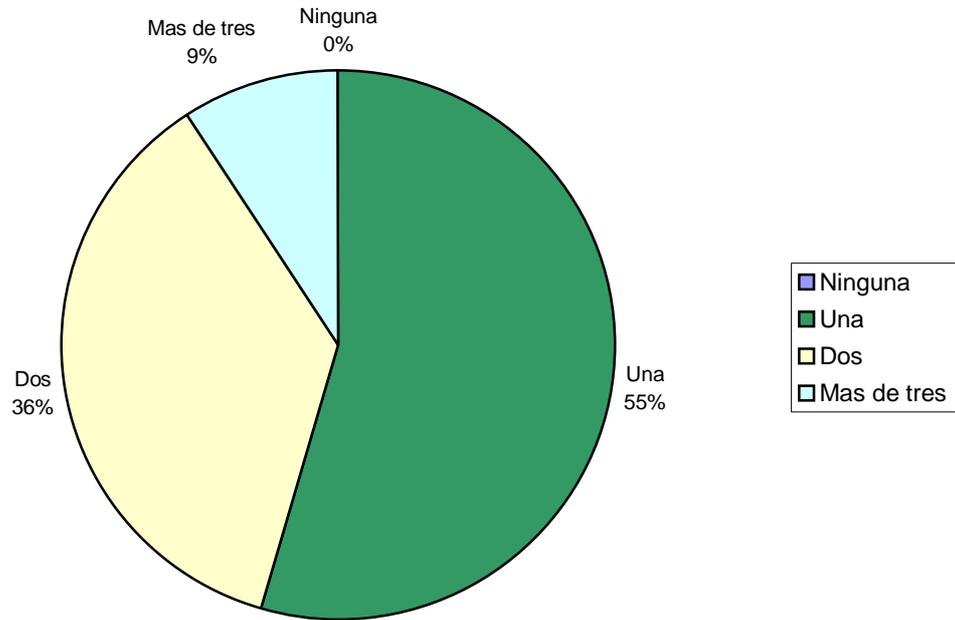
Cantidad de consultas de los últimos dos años



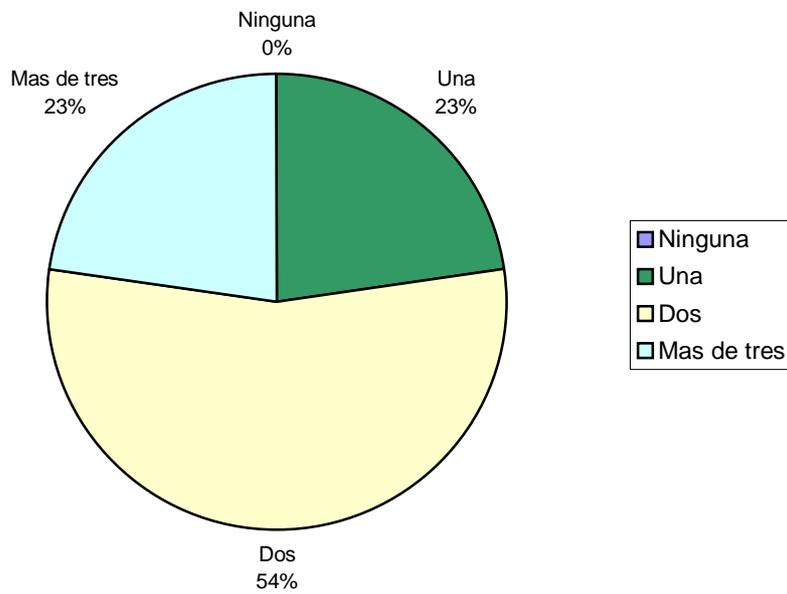
Motivo de Consulta



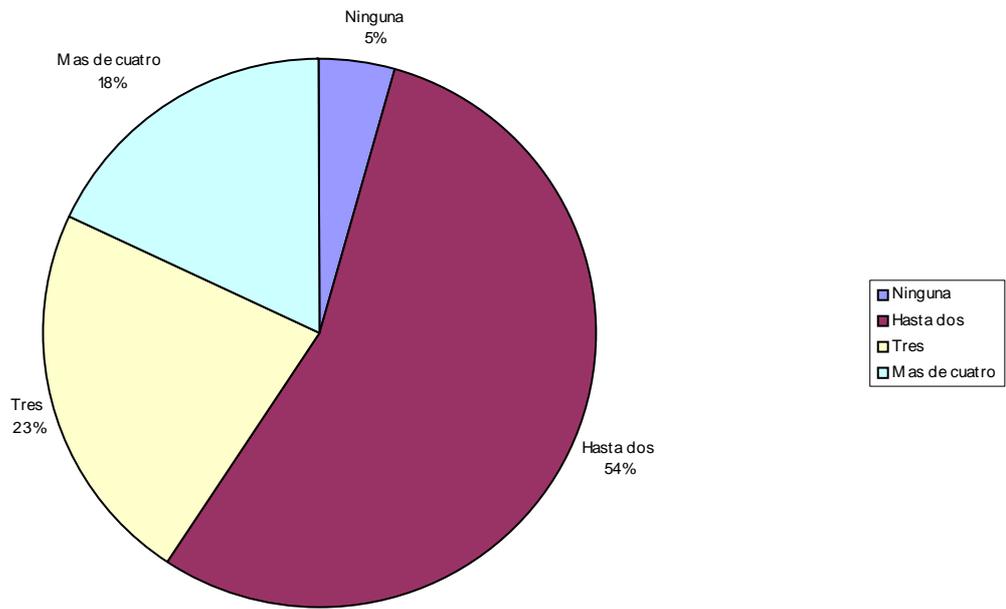
Frecuencia del cepillado del niño

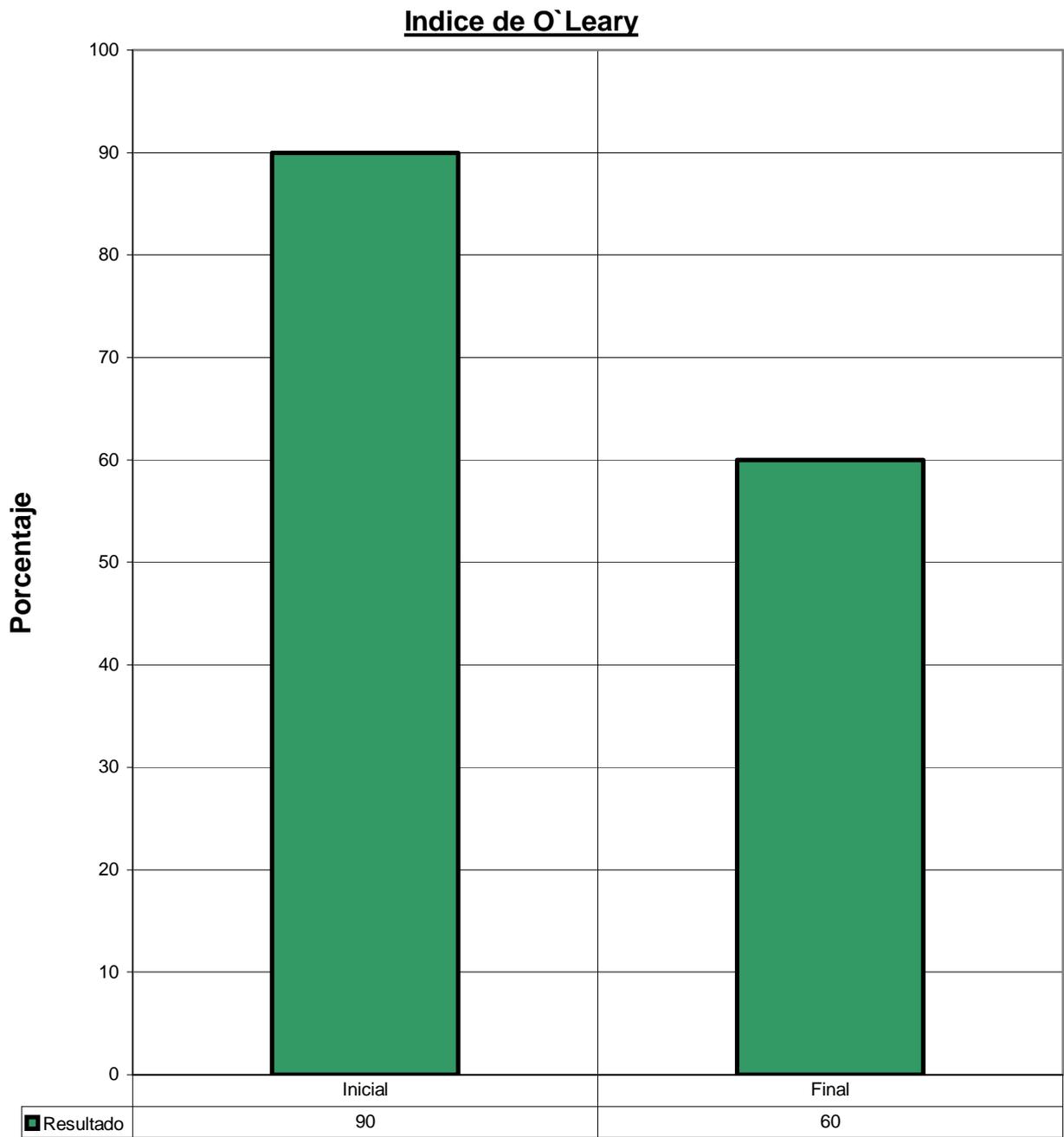


Frecuencia del cepillado de la madre



Cantidad de veces por día que consume golosinas

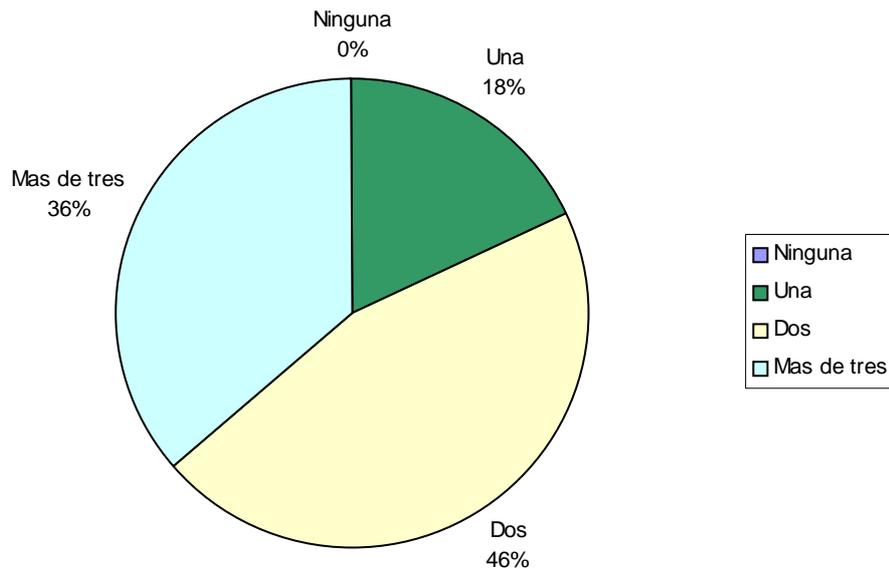




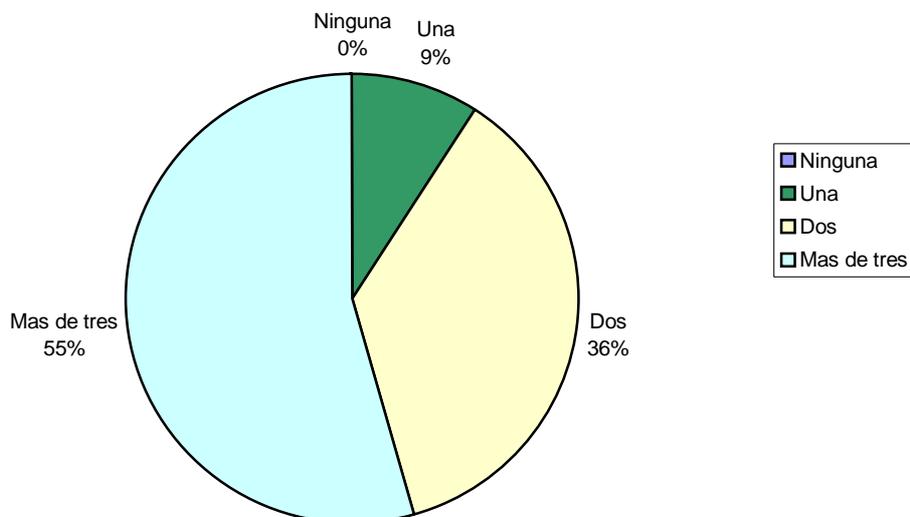
Resultados

Estado Final

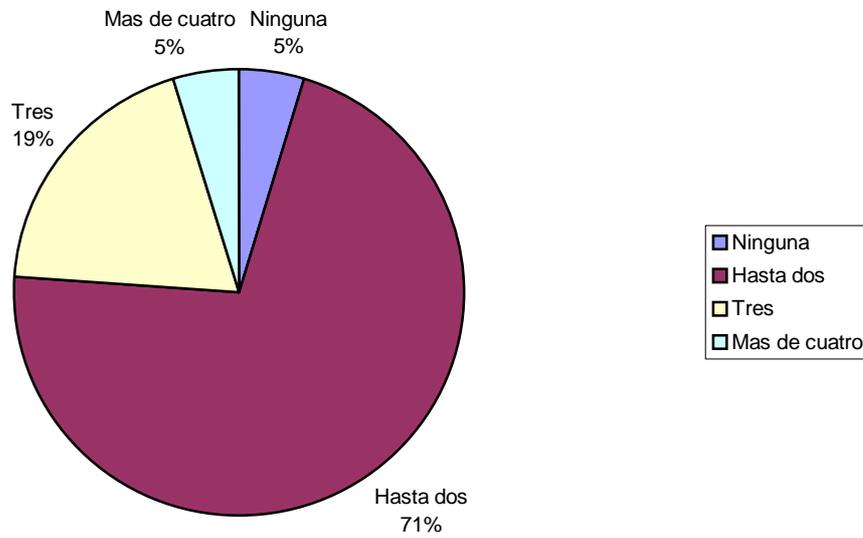
Frecuencia del cepillado del niño

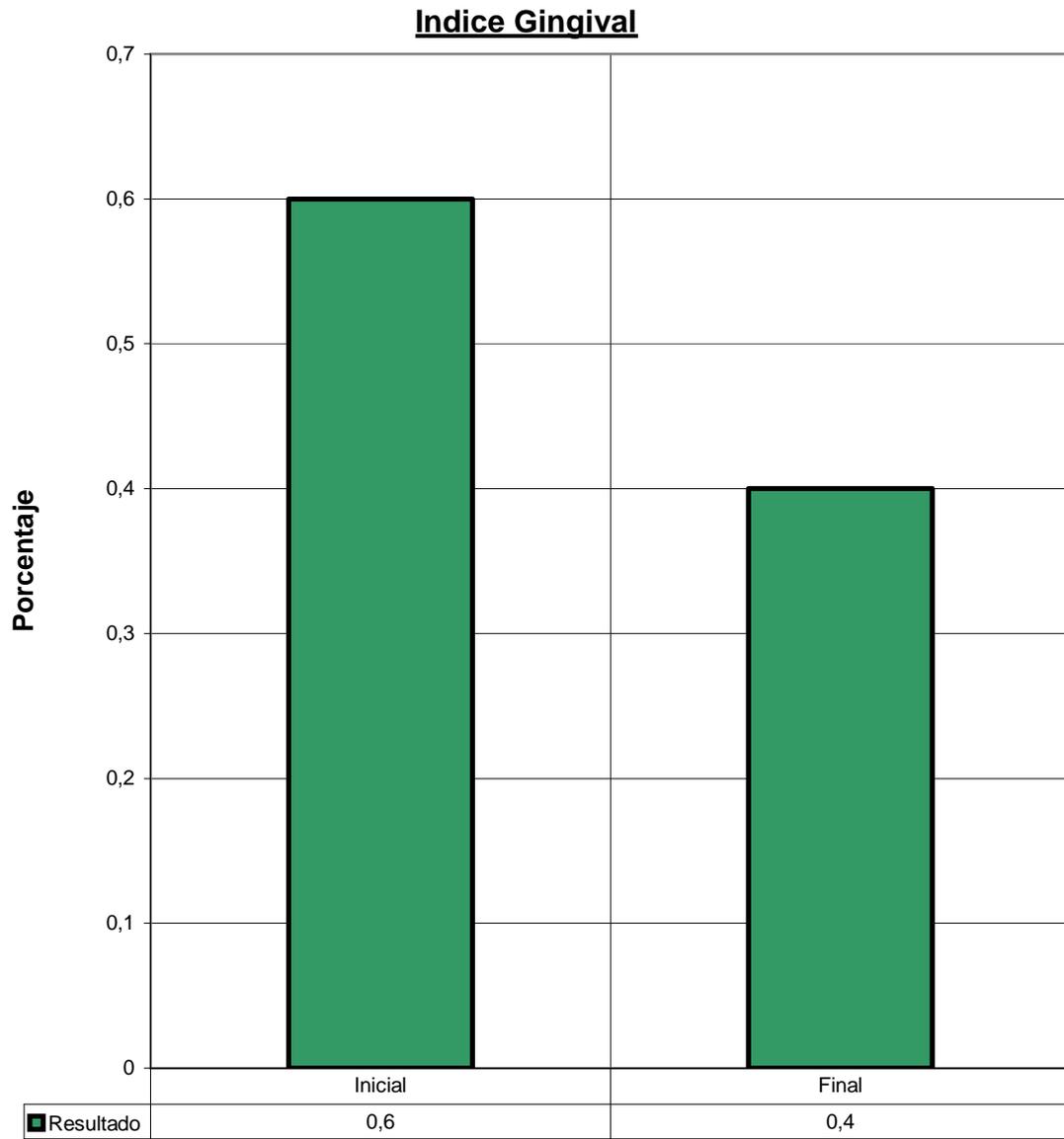


Frecuencia del cepillado de la madre



Cantidad de veces por día que consume golosinas





El resultado de la intervención en el Jardín fue positivo, ya que se lograron modificar hábitos poco saludables que los niños y padres poseían previo a la implementación de esta.

Se logró disminuir el Índice de placa de O'Leary de 90% a 60%.

El Índice de Hemorragia simplificado que al principio fue de una media de 0,6 al final fue de 0,4.

Se aumentó la frecuencia del cepillado de la madre y del niño, y se disminuyó el consumo de azúcares llevando este de una situación inicial en que el 18% de los niños de la muestra los consumían más de cuatro veces al día a una situación final en la que solo el 5% los consumían en esta cantidad.

Se les comunicó a los padres en uno de los talleres llevados a cabo quienes eran los niños que debían concurrir a una visita con el odontólogo ya sea por la presencia de caries o por alguna alteración en la oclusión, de esta forma los padres de los niños que presentaban algún tipo de disgnasia fueron advertidos de la patología para de esta forma actuar en ella a tiempo , tal y como fue el caso de uno de los niños de estudio que presentaba traba canina (contacto prematuro de caninos de lado derecho) quien luego de la intervención llevada a cabo concurrió con su odontólogo quien por medio del uso de instrumental neumático produjo un desgaste selectivo de estas piezas y solucionó el problema, el cual de haber seguido avanzando hubiera traído graves trastornos en el momento del recambio dentario produciendo un estado de maloclusión avanzada.

Los Índices C.P.O.D y C.e.o.d no pudieron ser tomados nuevamente ya que el tiempo en el que se desarrolló el proyecto fue muy corto como para poder haber cambiado significativamente el resultado.

ANEXO 1**- Estudios epidemiológicos de salud bucal de Latinoamérica****DMFT-12 INDICATORS, AVAILABLE HUMAN RESOURCES, AND
PREVENTIVE POLICIES FOR ORAL HEALTH IN SELECTED COUNTRIES**

June 25, 2001 2001

Country	DMFT-12 (yr) Survey	Dentists per 10,000 Population	National Programs of Salt Fluoridation	% National Population Covered with Fluoridated Water
Argentina	3.44 (87)	6.81	No	30.0
Chile	4.1 (96)	4.5	No	42.0
Paraguay	3.83 (99)	2.16	Yes	11.0
Uruguay	2.40 (99)	10.50	Yes	2.7
Brazil	3.06 (96)	6.72	No	42.09
Brazil, Sao Paulo	2.76 (94)			90.0
Bolivia	4.67 (95)	2.25	Yes	
Colombia	2.30 (98)	4.34	Yes	
Ecuador	2.94 (96)	10.10	Yes	
Peru	3.09 (90)	3.19	Yes	
Venezuela	2.12 (97)	3.93	Yes	27.2
Costa Rica	2.31 (99)	3.53	Yes	
El Salvador	1.36 (00)	1.46	In progress	
Guatemala	Pend (00)	1.16	In progress	9.5
Honduras	2.94 (97)	0.47	In progress	
Nicaragua	2.81 (97)	1.27	In progress	
Panama	3.61 (97)	3.48		In progress
Bahamas	1.56 (00)		Projected	
Belize	0.63 (99)	0.80	Yes	
Cayman Islands	1.70 (95)			
Cuba	2.90 (89)	5.94	Projected	2.4
Curacao	0.76 (01)		Projected	
Dominican Republic	4.40 (97)	2.36	In progress	16.0
Grenada	2.24 (00)		Projected	
Guyana	1.33 (95)		Projected	
Haiti	1.01 (00)		Projected	
Jamaica	1.08 (95)	0.23	Yes	
Trinidad and Tobago	4.90 (89)	0.93	Projected	
Canada	1.80 (90)	5.3		39.2
USA	1.28 (94)			62.5
Mexico D.F.	1.39 (99)	3.75	Yes	12.0

Source: Oral health surveys conducted by PAHO and respective countries MOH

Conclusiones

Los servicios dentales constituyen el 5% del total del gasto en salud en países industrializados, significando esto billones de dólares, fomentando la realización de tareas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento a tiempo se pueden disminuir estos costos considerablemente.

Es necesario que se fomente la creación de programas de promoción de la salud en escuelas, ya que estas jugarán un papel importante en la determinación de la salud de las próximas generaciones.

Logrando el compromiso de educadores, estudiantes, padres y líderes comunitarios se puede generar más y mejor salud.

La escuela provee un ambiente óptimo para llevar a cabo programas de promoción de la salud, así como también programas de nutrición y comida saludable, oportunidad para la educación física y consejeros de soporte para la salud mental y social..

Se puede mejorar así la salud del personal escolar, miembros de la comunidad y de estudiantes y trabajar con líderes comunitarios, quienes ayuden a entender a la comunidad como contribuir en salud y educación.

Esta breve prueba piloto que se desarrolló en una pequeña comunidad con un reducido grupo de niños pretendió demostrar como con tareas de promoción es posible lograr salud, pero estas tareas no deben ser aisladas sino que deben ser fomentadas desde el Estado mismo, contando con su apoyo, promoviendo así políticas de Estado con permanencia en el tiempo para lograr así un verdadero programa que modifique los estilos de vida no saludables de la población y la convierta en una población poseedora de salud, consciente de la necesidad de interesarse por la salud de la comunidad y personal.

De la situación en Italia se puede concluir en que a pesar de ser un país que se encuentra muy por delante del nuestro en lo que respecta a algunos temas de salud, todavía no se han generado políticas de estado que sean más equitativas y accesibles al resto de la población en lo que se refiere a tareas de salud bucodental, ya que la normativa 2678 de diciembre del 2004 solo garantiza atención a una pequeña franja de la población, pero si cabe destacarse que en los diferentes “bilancio della salute” se recolecta información muy importante con respecto a la situación de los niños, pero a pesar de ello, en realidad es una pequeña franja de la población ya sea infantil como adulta y geronte la que logra un acceso al sistema sanitario, quedando por fuera de él la mayoría de los miembros de la comunidad.

Se debe hacer un esfuerzo para que se incorporen programas de salud oral como parte integrante de la actividad curricular de las actividades escolares; diseñar, implementar y evaluar las intervenciones desarrollando un programa escolar de salud; los gobiernos hacedores de políticas y decisiones debieran planificar programas y coordinarlos a nivel local, regional y nacional.

También en el desarrollo de este tipo de programas es necesario contar con la presencia de O.n.g y de instituciones responsables en el planeamiento e implementación de las intervenciones.

Se debe incluir al equipo de Atención Primaria de la Salud (odontólogos, auxiliares dentales y educadores, médicos, pediatras, enfermeros) y trabajadores de salud de la comunidad.

Haciendo mención al pensamiento de uno de los grandes sanitaristas que ha habido como lo fue el Dr Ramón Carrillo concordamos en que se debe “socializar a la medicina”, para que de esta forma desde la comunidad misma se produzca salud.

Bibliografía

Gestión del componente Salud Bucal de la Atención de Salud PRECONC / PALTEX – OPS – OMS. . Bordoni N. Et al – Buenos Aires, 1998 (Vol 1 Pag, 37 – 38).

“Diagnóstico en ortodoncia”.Ed de la Universidad Nacional de La Plata.Año 1999.S. Iriquin-Medina.

“Estudio de Factibilidad de Aplicación de Programas Preventivos Comunitarios en Escolares de 5 años” Tesis de la Dra. Ruth Agnoli 2007

“Exclusion en Salud” en países de América Latina y el Caribe” Serie N°1 Extensión de la Protección Social en Salud.Edición 2004 de la O.P.S.

“Global Oral Health Data Bank”. W.H.O Geneva 2001.

“Interventi integrati di educazione alla salute nelle scuole” Servizio Sanitario Regionale E.R maggio 2006

“La salud en las Américas” Volumen I Año 2002 OPS.

“La salud en las Américas” Volúmen II Año 2002 OPS. Universidad Politécnica de Madrid España. OPS Dic de 2000.

“Lavorare per obiettivi di Salute”.Servizio Sanitario Regionale E.R giugno 2005.

“Negociación del desarrollo sanitario” Nick Drager,Elizabeth Mc Clintock, Michael Moffitt O.P.S 2000.

“Parodontologia Clinica”Carranza-Newman-Takei.Ed. Delfino.

“Profilo di Comunità”. Servizio Sanitario Regionale E.R.marzo 2005.

“Sanità nel territorio Studi ed esperienze di distretto nelle Regioni” Agenzia per i servizi sanitari regionali Anno IV Numero XIII 2005.

“Scuola e Salute”.Progetti di educazione alla Salute. Servizio Sanitario Regionale 2006-2007.

“Toothbrushing ability is related to age in children “journal of Dentistry Sep.oct. 1995 John Hunkel.

“W.H.O information series on school health” document eleven World Health Organization Geneva 2003.