



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERSPECTIVAS DE SALUD ORAL A NIVEL
MUNDIAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ERICK DIEGO RAMÍREZ MORENO

TUTORA: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA

ASESORA: Esp. DANIELA CARMONA RUÍZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Martha Silvia

Por tu apoyo en cada etapa de mi vida, por tus ejemplos y motivación constante, por haberme enseñado a ser una persona de bien, este logro también es tuyo. Te amo.

A mi padre Samuel

Por tus consejos de perseverancia y constancia que siempre has infundado en mí, por el valor mostrado para salir adelante y por tu amor. Este logro también te pertenece.

A mis hermanos Diana, Omar, Iván, Hugo

Por apoyarme y estar conmigo toda la vida. Los amo.

A mis amigos,

Diana, Daniela, Carlos, Luis, Aldo, Alejandra, por su gran apoyo en esta etapa y compartir buenos y malos momentos. Los amo.

A mis maestros María Elena Nieto, Dewi Hernández, Daniela Carmona, por su apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales, a la Dra. Leonor Ochoa por sus consejos, apoyo, dedicación, motivación y tiempo ofrecido para la elaboración de esta tesina. Dios las bendiga.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. JUSTIFICACIÓN	4
4. OBJETIVOS	5
4.1 OBJETIVO GENERAL:	5
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	5
5. MARCO TEÓRICO	6
5.1 ¿QUÉ ES LA SALUD?	6
5.2 ¿QUÉ ES LA SALUD ORAL, Y POR QUE DEBEMOS DE CONSIDERARLO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA?	8
5.3 PREVALENCIA	10
5.4 ENFERMEDADES BUCODENTALES.....	10
5.4.1 FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES	11
5.4.2 CARIES	12
5.4.2.1 PREVENCIÓN DE CARIES	16
5.4.2.2 REDUCIR LA INGESTA DE AZÚCARES	17
5.4.3 ENFERMEDAD PERIODONTAL	19
5.4.4 CÁNCER ORAL	24
5.4.5 TRAUMATISMOS DENTALES	29
5.4.6 ENFERMEDADES CONGÉNITAS	31
5.5 PERSPECTIVAS DE SALUD ORAL.....	33
5.5.1 MÉXICO	35
5.5.2 EUROPA	38
5.5.3 ESPAÑA.....	40
5.5.4 ARGENTINA	43
5.6 PROGRAMAS QUE COMPONEN LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD BUCODENTAL.....	44
5.6.1 PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA PRIMARIA BUCODENTAL.....	44
5.6.2 PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER BUCAL	44
5.6.3 PROGRAMA NACIONAL DE REHABILITACIÓN BUCODENTAL.....	45
5.7 DESAFÍOS DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES	57
5.8 NIVEL DE COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL	64
6. CONCLUSIONES	66
7. REFERENCIAS.....	68

1. INTRODUCCIÓN

La salud oral es un componente fundamental para la salud general, definida por la OMS (Organización Mundial de la Salud), como “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”. Es de vital importancia en funciones como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad, además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social.

La OMS considera que las enfermedades bucales de mayor prevalencia en todo el mundo son caries dental, enfermedad periodontal, cáncer oral, traumatismos dentales y enfermedades congénitas, y comparten varios factores de riesgo en común con las enfermedades crónicas.

Una buena salud bucodental depende no sólo de observar conductas sanas, sino también de consumir agua limpia, contar con un saneamiento adecuado, practicar una higiene bucal correcta y absorber niveles adecuados de fluoruros. Los programas nacionales de salud que hay en el mundo incorporan el fomento de la salud oral y la aplicación de medidas en los planos individual, profesional y comunitario resultan rentables a la hora de prevenir enfermedades bucodentales.

Algunos países de ingresos altos se han dotado en los últimos decenios, de los medios necesarios para promover la salud bucodental y realizar tareas de prevención dentro de los programas nacionales de salud. En cuanto a los países de ingresos bajos y medios, muchos de ellos carecen todavía de las políticas y los medios financieros y humanos que harían falta para aplicar programas de salud bucodental duraderos y eficaces a la hora de combatir los factores de riesgo y sus determinantes.

La importancia de este trabajo es el poder conocer algunas perspectivas de salud oral que hay en el mundo ya que de ello dependería el poder reforzar la formulación o reformulación de políticas y estrategias de salud bucodental y su integración dentro de programas nacionales, comunitarios de salud y a su vez poder hacer hincapié en sistemas de salud bucodental orientados a la prevención y la atención primaria, procurando sobre todo atender las necesidades de las poblaciones pobres o desfavorecidas.

La investigación en salud bucodental se enfrenta a los mismos retos de difusión y aplicación de resultados de la investigación que en el resto del sector sanitario. Las etapas desde el descubrimiento hasta su aplicación mundial, atraviesan niveles y tipos de investigación e interacción, con la finalidad de hacer un mejor uso de la investigación a favor de la mejora de la salud global.

El fomentar la investigación en salud bucodental es de gran importancia a fin de reducir la distancia que separa a los países de ingresos bajos y medios de los de ingresos altos, realizar investigaciones operativas y aplicar a los programas de salud pública todo lo que se sabe sobre promoción de la salud bucodental y prevención de este tipo de enfermedades.

El desarrollo y coordinación internacional de las prioridades de investigación es un elemento crucial para el esfuerzo conjunto, base para rellenar algunas esenciales del conocimiento en salud bucodental.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades bucodentales constituyen un grave problema de salud pública, no solo en México también a nivel mundial, y a pesar de su alta prevalencia siguen siendo uno de los problemas más graves de salud.

Estas enfermedades bucodentales tienen efectos considerables, tanto individuales como colectivos, desde el punto de vista del dolor y el sufrimiento que causan la pérdida de capacidad funcional del sistema estomatognático y de la calidad de vida que traen consigo.

Según la OMS la caries, la enfermedad periodontal, el cáncer oral, los traumatismos dentales y enfermedades congénitas orales son las de mayor prevalencia en todo el mundo.

Por ello el siguiente trabajo nos permitirá resolver el cuestionamiento siguiente:

- ¿Cuáles son las perspectivas de salud oral a nivel mundial?

3. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades bucodentales afectan a un área limitada del cuerpo humano pero sus consecuencias e impacto afectan al cuerpo de manera global.

Las poblaciones pobres por lo general son las más desfavorecidas de todo el mundo, y son las que soportan una mayor carga de morbilidad bucodental, cuya distribución actual pone de manifiesto en todos los países una serie de perfiles de riesgo bien definidos, que tienen una amplia relación con las condiciones de vida, determinados factores ambientales, los sistemas de salud, el mismo comportamiento del individuo y la aplicación de programas preventivos que promuevan acciones específicas en materia de salud oral.

En el mundo la carga de morbilidad bucodental es especialmente elevada entre las personas de más edad, cuya calidad de vida se deteriora por esa causa.¹

Por lo tanto conocer la prevalencia de las enfermedades bucodentales en el mundo y las perspectivas de salud oral así como los programas de promoción integrada de la salud oral son de suma importancia para nuestros estudiantes quienes serán odontólogos y promotores de la salud bucal en un futuro muy cercano; recordemos que la salud empieza por nuestras bocas.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

- Conocer las perspectivas de salud oral que hay a nivel mundial así como los problemas, necesidades y factores de riesgo que pueden provocar un mal estado de salud.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Crear conciencia, acerca de las enfermedades orales que son más relevantes en el mundo así como sus consecuencias.
- Fomentar acciones de educación y prevención que puedan servir para la población mexicana a partir de las perspectivas de salud oral que existen en el mundo.
- Poder crear conciencia de la importancia de la salud oral en la propia salud de la población o del mismo individuo.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ¿QUÉ ES LA SALUD?

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos.

Es por ello que la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas.

La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas.

Obviamente, podría argumentarse que no cabe la menor duda con respecto a que la salud es una cosa, es decir, que se trata de un fenómeno cuantificable. Se puede determinar estadísticamente mediante la recolección de datos en una población, su tasa de natalidad o mortalidad, la esperanza de vida y la proporción de médicos por habitantes, los cuales son algunos indicadores que se integran a su vez al concepto de salud, para establecer su nivel.

Por ejemplo, la percepción del estatus y el prestigio de los médicos en las sociedades occidentales en pleno siglo XX, considerada como hecho social inmaterial, difería mucho de los profesionales de la medicina que daban los primeros pasos hacia la consolidación de la disciplina como ciencia en la Europa de los siglos XVII y XVIII. Cuando en el viejo continente estaban en pleno desarrollo los avances y descubrimientos del método científico, la condición de estar sano o enfermo era

predominantemente atribuible a los designios divinos de corte netamente mágico-religioso. La salud y la enfermedad no se consideraban en el mayor de los casos relacionadas con algún organismo microbiológico o con factores hereditarios, psicológicos o sociales. En esos tipos de sociedades, los charlatanes, magos y brujos eran quienes socialmente tenían la función de prescribir remedios para los malestares y proporcionar la cura a los enfermos. El profesional de bata blanca, que actualmente está en los consultorios y hospitales modernos, estaba lejos de entrar en escena y ser socialmente legitimado para desempeñar el oficio de la medicina, cumpliendo con la función social de determinar quién se encuentra sano o enfermo.¹

Por otra parte la definición más importante es de la OMS, la cual nos dice que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”²

A pesar de que fue oficializada hace unos 60 años, esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocida en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia.

Y esta cita procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.³

5.2 ¿QUÉ ES LA SALUD ORAL, Y POR QUÉ DEBEMOS DE CONSIDERARLO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA?

Las enfermedades bucodentales afectan a un área limitada del cuerpo humano pero sus consecuencias e impacto afectan al cuerpo de manera global.

Una dentición sana y funcional es importante en todas las fases de la vida al permitir funciones esenciales humanas. Los dientes ayudan a dar a la cara su forma individual. La dentición normal incluye 20 dientes primarios los cuales serán reemplazados por 32 dientes permanentes. La erupción dentaria empieza cuando el bebé tiene entre 6 y 10 meses de vida y suele iniciarse por los incisivos inferiores. A la edad de 2 años y medio toda la dentición primaria se ha completado. Los dientes primarios sanos permiten mantener el espacio para sus sucesores permanentes que se están desarrollando en el hueso subyacente. La pérdida prematura de los dientes primarios, por caries o traumatismo, muchas veces origina una pérdida de espacio para los sucesores y puede llevar a multitud de problemas en la dentición permanente.

A lo largo de la vida los dientes y los tejidos orales, se ven expuestos a muchos factores ambientales que pueden originar patología o incluso la pérdida dentaria. La caries y las enfermedades periodontales son las patologías bucodentales más comunes a pesar de ser ampliamente prevenibles. El cuidado apropiado así como los cuidados profesionales, combinado con un estilo de vida saludable evitando riesgos tales como un consumo excesivo de azúcares, el tabaco, entre otros, permiten mantener una dentición funcional a lo largo de la vida.

El sistema estomatognático, es definido como el grupo de órganos que ayudan a la masticación, deglución, fonación. Está integrado por

músculos, lengua, órganos dentarios, huesos y articulaciones, además de mucosa y piel de cabeza y cuello.⁴

La salud bucodental es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.

Según la OMS la salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.⁵

Esta definición ampliamente aceptada se complementa con el reconocimiento de que la salud bucodental es parte integral del derecho a la salud y por lo tanto se convierte en uno de los derechos básicos incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, adoptada por todas las naciones.

Los numerosos vínculos existentes entre salud bucodental y salud general, particularmente en términos de factores de riesgos y otros determinantes compartidos, son la base para una mayor y más estrecha integración de la salud bucodental y general para el beneficio de la salud y el bienestar mundial.⁵

5.3 PREVALENCIA

La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país.

Así mismo llamaremos prevalencia de una enfermedad al número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento.

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública.⁶

5.4 ENFERMEDADES BUCODENTALES

Las enfermedades bucodentales tienen impacto sobre las personas, las comunidades, la sociedad, los sistemas de salud y la economía. Sin embargo, el alcance exacto de este impacto no es claro debido a la falta de estadísticas internacionales comparables sobre las enfermedades bucodentales, en especial para países de renta baja y media.

La OMS calcula que las enfermedades bucodentales ocupan el cuarto puesto en cuanto a coste de tratamiento, así mismo nos dice que las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries, las enfermedades periodontales el cáncer oral, las enfermedades infecciosas bucodentales, los traumatismos físicos y las lesiones congénitas.⁵

5.4.1 FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES

Todas las enfermedades sistémicas, así como todas las enfermedades bucales, comparten una amplia gama de factores de riesgo, como la edad, el sexo y las condiciones hereditarias son algunas de ellas, estos factores son intrínsecos a la persona y no se pueden modificar. Otros, están sujetos a los comportamientos y estilos de vida, y se conocen como factores de riesgo modificables, ya que la acción individual y la modificación de un hábito o comportamiento es posible. Pero lograr este cambio puede ser difícil y más aun si no hay algún tipo de apoyo adicional. Los factores de riesgo modificables de las enfermedades bucodentales incluyen una dieta poco saludable, particularmente es alta en azúcares, en la mayoría de los casos hay consumo de tabaco y de alcohol. Estos factores de riesgo también se comparten con la mayoría de las principales enfermedades bucales. Por ejemplo, el riesgo de cáncer oral incrementa 15 veces cuando se combinan el alcohol y consumo de tabaco. El consumo de tabaco está implicado como factor causal del 50 por ciento de las enfermedades periodontales. Los fumadores son más propensos a comer una dieta alta en grasas y azúcares y baja en fibras, y hacer menos ejercicio que los no fumadores, y por lo regular el consumo de alcohol y tabaco, con frecuencia van de la mano. Tales comportamientos individuales y estilos de vida no sólo tienen una influencia negativa en la salud bucodental, sino que muy a menudo también afectan la calidad de vida global. ⁷

Una serie de factores externos, que pueden ser mitigados sólo a pequeña escala por los comportamientos individuales, también determinan la salud bucodental. Estos determinantes incluyen malas condiciones de vida, bajo nivel de educación, el desempleo, el acceso limitado a agua potable e instalaciones sanitarias, y el limitado acceso a la salud bucodental. Las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales también afectan la

salud bucodental de los individuos, pero estas están más allá de la influencia de un individuo en concreto.

La legislación para el control del tabaco o la fluoración del agua, son ejemplos de medidas para hacer frente a tales factores. A través de todo el gradiente social, desde los más ricos a los más pobres, los que están en posiciones más bajas sufren una peor salud y peor acceso a la atención que aquellos que se encuentran en mejor nivel social. En todas las sociedades, los más pobres tienen la peor salud, el peor acceso a la atención y los peores resultados sanitarios. Estas desigualdades se observan tanto entre países como incluso dentro de las regiones de un mismo país. Para abordar los factores de riesgo siempre debe tener en cuenta a los determinantes más amplios de la conducta de riesgo y tratar de abordar estas razones subyacentes, como base para apoyar a las personas a adoptar un comportamiento más saludable.⁷

5.4.2 CARIES

La caries dental es un proceso patológico complejo de origen infeccioso y transmisible, causada por la interacción entre la superficie del diente, la placa dentobacteriana y la presencia de azúcares en la dieta. Se caracteriza por un desequilibrio bioquímico; de no ser revertido a favor de los factores de resistencia, conduce a cavitación y alteraciones de los tejidos dentarios.

Las bacterias de la placa metabolizan los azúcares produciendo ácidos los cuales con el tiempo van a desmineralizar el esmalte. La caries normalmente empieza de manera oculta por ejemplo en las fisuras del diente o en los espacios interdientales.

En su estadio inicial puede ser detenida e incluso revertida pero en su fase avanzada se forma una cavidad. Si se deja sin tratamiento, la caries puede

conllevar a una extensa destrucción del diente, con dolor e infección lo cual puede originar la formación de un absceso dental o incluso una septicemia la cual pone en peligro la vida del individuo.⁸

Del gran número de bacterias que se encuentran en la cavidad bucal, los microorganismos pertenecientes al género estreptococo, básicamente las especies mutans con sus serotipos sanguis, sobrinus y cricetus, los cuales han sido asociados con la caries. Los estreptococos son bacterias que presentan forma de coco, crecen en cadenas o en parejas, no tienen movimiento, no forman esporas y generalmente reaccionan positivamente a la coloración de Gram. El Estreptococo mutans, que ha sido el más aislado en lesiones cariosas humanas, es el primero en colonizar la superficie del diente después de la erupción. Su nombre lo recibe por su tendencia a cambiar de forma, que se puede encontrar como coco o de forma más alargada, como bacilo.

La mayoría de los factores envueltos en la caries dental son modificables permitiendo a los individuos y a los profesionales de la salud bucodental tomar las acciones oportunas para prevenir o reducir la severidad de la enfermedad.⁹

Adicionalmente, una serie de factores tales como dónde y cómo vive la gente, puede influir el desarrollo de la caries. Esto significa que si bien el proceso de caries comienza a nivel dentario, el problema no puede resolverse concentrándonos solamente en el diente. Requiere también de acciones a nivel comunitario para alcanzar los amplios determinantes que subyacen en esta enfermedad. Estos factores actúan a lo largo del tiempo a nivel de la comunidad, de la familia y del individuo afectado. (Fig.1)

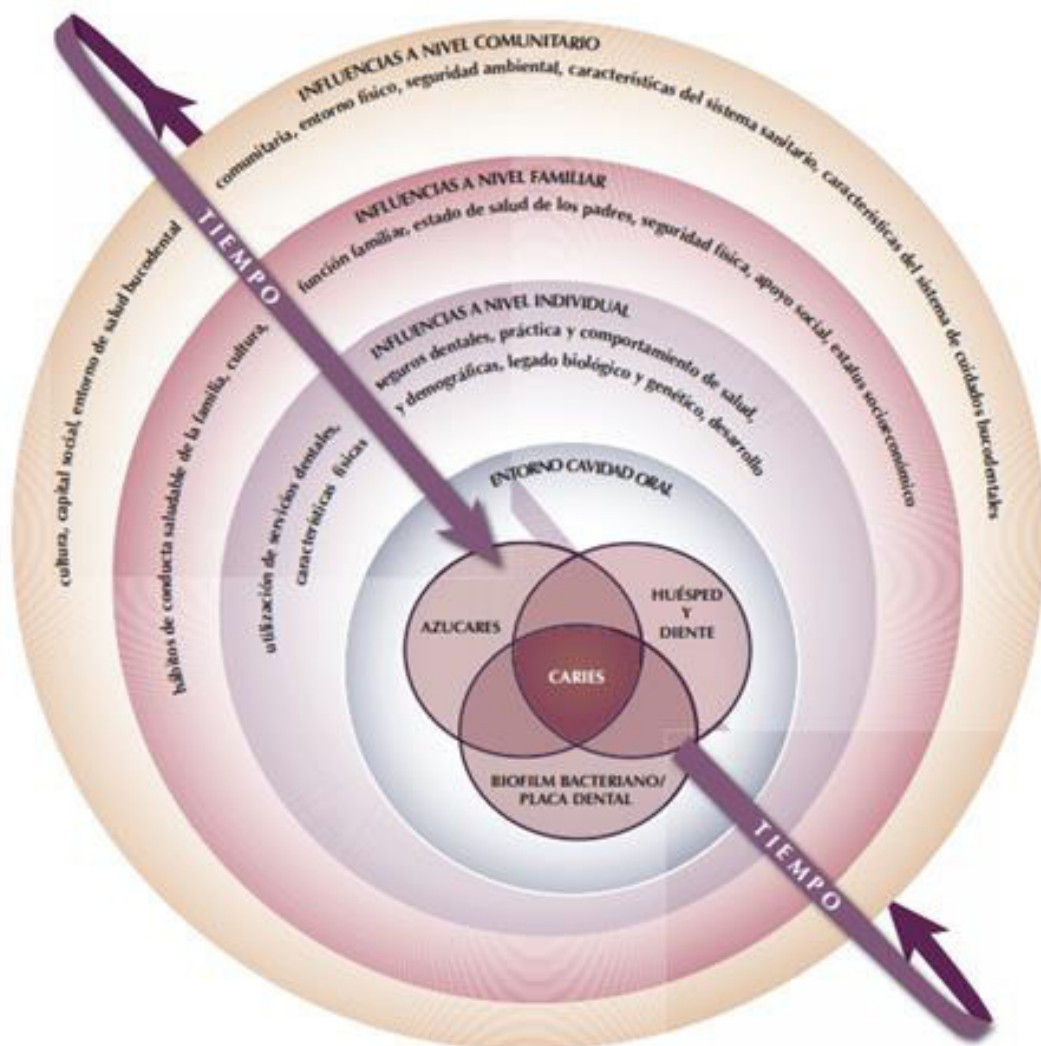


Fig. 1 Factores determinantes de la caries dental¹⁰.

Los datos actuales de la OMS, muestran que la caries se encuentra presente incluso en los países desarrollados entre el 60% y el 90% en niños en edad escolar.

- Es la causa frecuentemente dolor oral el cual que afecta a 7 de cada 10 niños en India, 1 de cada 3 adolescentes en Tanzania y a 1 de cada 3 adultos en Brasil.
- Del 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo.
- Las caries dentales pueden prevenirse manteniendo de forma constante una baja concentración de fluoruro en la cavidad oral.

La carga de la caries dental a los 12 años es mayor en los países con ingresos moderados en los que aproximadamente las dos terceras partes de las caries son no tratadas. A pesar de que los países de bajo ingreso presentan menores niveles de caries, estas permanecen no tratadas en su práctica totalidad, reflejo del débil sistema sanitario. Incluso en los países con alto nivel de ingresos, más de la mitad de las caries permanecen sin tratamiento. Al igual que para otras enfermedades bucodentales, la caries comparte los mismos determinantes sociales y las mismas desigualdades en salud.¹¹ (Fig. 2)

Diversos estudios epidemiológicos realizados recientemente indican que la prevalencia de caries en niños de México se encuentra entre 70% y 85% en la dentición permanente a los 12 años, y de 50% en la dentición temporal de los niños de 6 años, dependiendo de la población de que se trate. Según resultados parciales de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1996-2000, la prevalencia de caries en niños de 6 años es 61.8% y el promedio de CPOD a los doce años es 2.23. En ambos casos se observa un alto porcentaje de lesiones cariosas no tratadas.¹²

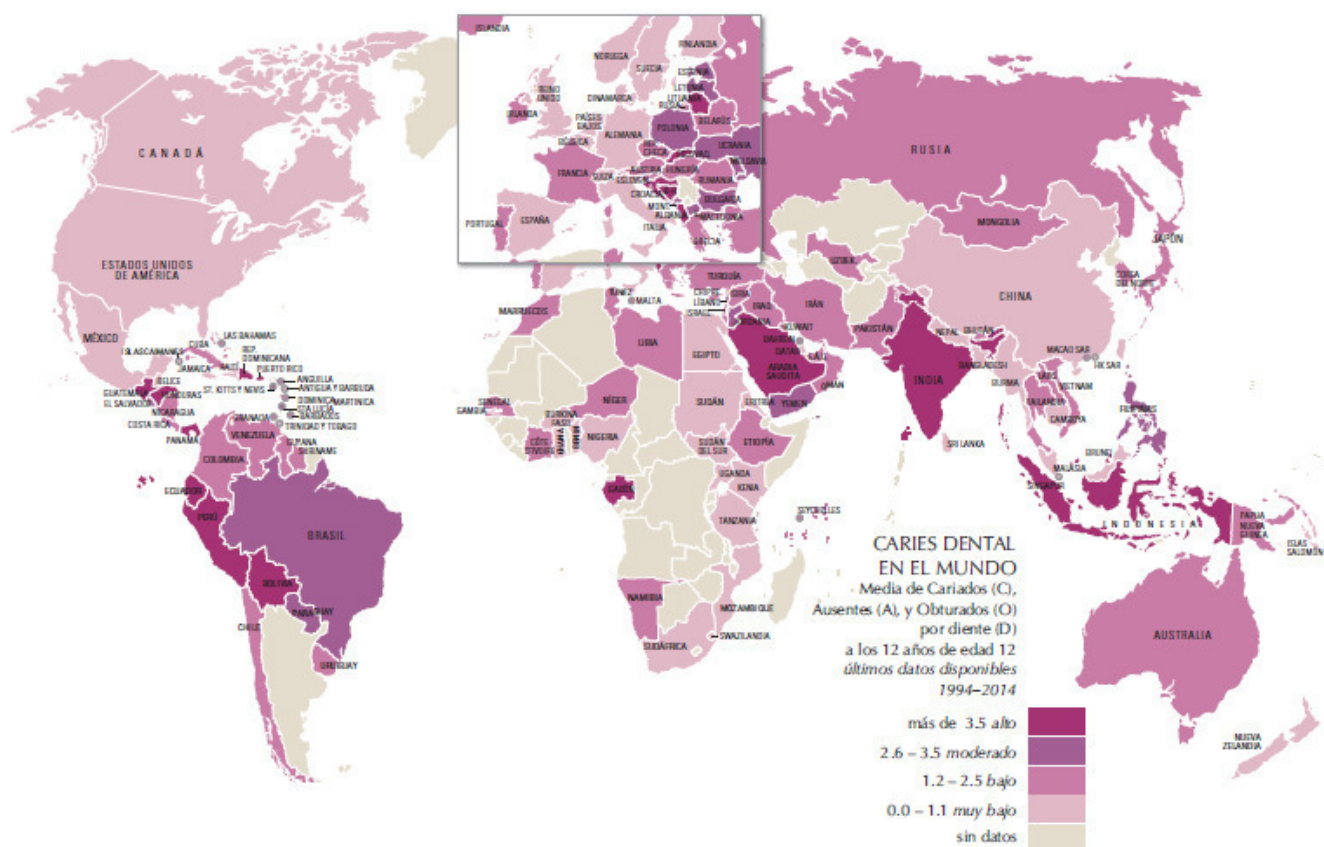


Fig. 2 Prevalencia de caries dental en el mundo.¹²

5.4.2.1 PREVENCIÓN DE CARIES

Para prevenir la formación de la caries dental, se recomienda impedir la organización de la placa dentobacteriana mediante su remoción con el cepillo dental. En caso de niños pequeños la madre debe limpiar las superficies de los dientes desde que estos aparecen en boca, ya sea con una gasa y posteriormente con un cepillo suave y de tamaño adecuado a la boca del menor. Posterior el niño puede comenzar a cepillarse por sí mismo, sólo cuando tiene la habilidad motriz necesaria. Es recomendable que el niño utilice pastas infantiles por la cantidad de flúor que contienen y el uso debe ser en una cantidad mínima.

También existen métodos químicos de prevención y tratamiento; en el mercado se encuentran antisépticos que combaten los gérmenes de la placa, como es el caso de la Clorhexidina. Los enjuagues diarios por períodos de tiempo recomendados por el odontólogo, reducen la cantidad de placa bacteriana. Estos colutorios no deben usarse en niños menores, que puedan ingerirlos.¹²

La buena higiene oral, una reducción en el consumo de azúcares en la dieta, y un uso regular y adecuado de flúor son elementos clave para las estrategias eficaces de prevención de la caries. El flúor se ha utilizado durante más de 70 años en la prevención de la caries dental. Una amplia evidencia científica demuestra su eficacia en amplios estudios poblacionales y apoya su uso. Sin embargo, la evidencia está evolucionando y varía cuando nos referimos a los modos de administración. El efecto del flúor es local en la superficie del diente: inhibe la producción de ácido bacteriano, dificulta la desmineralización del esmalte, favorece la remineralización y aumenta la resistencia del esmalte a los ataques ácidos futuros.

5.4.2.2 REDUCIR LA INGESTA DE AZÚCARES

Los niveles más altos de caries se encuentran en los países con ingresos medios, en los que el consumo de azúcar está creciendo y los sistemas sanitarios no son capaces de proveer una prevención apropiada ni un correcto acceso a los cuidados dentales. Las consecuencias de la caries no tratada, particularmente en población infantil, incluye impactos negativos en la nutrición y crecimiento, pérdida de días de escolaridad y trabajo, reducción de la productividad en general e impactos significativos en la calidad de vida y en las interacciones sociales. Se requiere una combinación de estrategias para encarar la carga global que supone la caries, y que incluye: Integración de la salud bucodental y Enfermedades no Transmisibles. La integración plena de la salud bucodental en las

estrategias comunitarias de prevención y de promoción de la salud es necesaria para reducir las Enfermedades no transmisibles.

Ello es así porque las estrategias curativas no son ni realistas ni sostenibles para reducir la carga de la caries dental. Es necesario un mayor énfasis en la promoción de hábitos dietéticos saludables incluyendo la reducción del consumo de azúcar.

Acceso universal, accesible y efectivo a los fluoruros La exposición al flúor es una de las medidas más coste efectiva para prevenir la caries y mejorar la salud bucodental. (Fig. 3).

El uso regular de pasta fluorada es la mejor vía para garantizar un buen efecto preventivo. Acceso universal a los cuidados básicos en salud bucodental. Las desigualdades existentes en la carga de enfermedad solo pueden reducirse a través de un acceso universal a los cuidados básicos en salud bucodental, que cubran al menos el alivio del dolor, la promoción de la salud bucodental y la gestión de las enfermedades bucodentales, incluyendo a la caries. Vigilancia, monitoreo y evaluación.

La vigilancia global y nacional de las enfermedades bucodentales debe formar parte integral de la vigilancia epidemiológica rutinaria. El monitoreo de los factores de riesgo y de las necesidades de cuidados bucodentales es fundamental para desarrollar intervenciones y programas apropiados y evaluar su efectividad. ¹¹

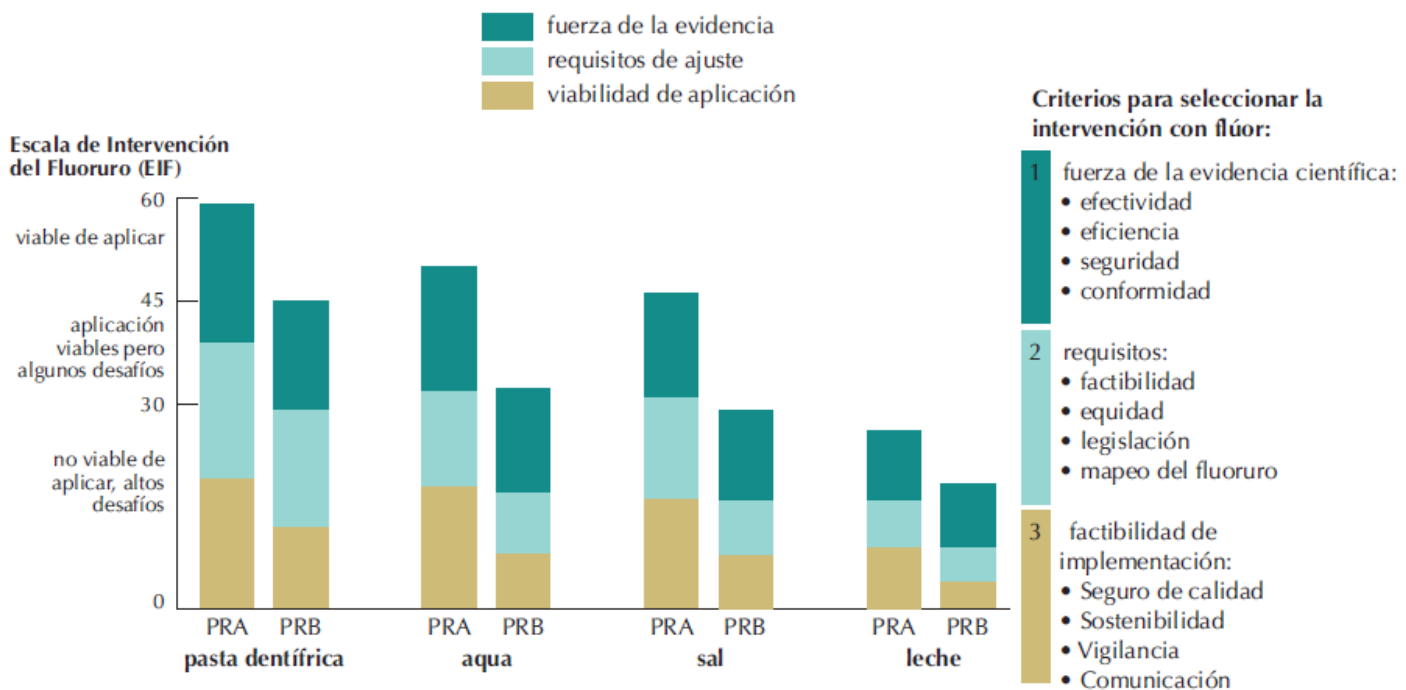


Fig. 3 Adecuación estimada de las intervenciones de fluoruro en países de renta alta y de baja renta a través de la Escala de Intervención del Fluoruro.¹¹

5.4.3 ENFERMEDAD PERIODONTAL

Las patologías periodontales incluyen todas las alteraciones de cualquier origen, que ataquen los tejidos del periodonto. Ellas comprenden la enfermedad gingival, la enfermedad periodontal y las diversas manifestaciones periodontales de las enfermedades sistémicas.

La enfermedad periodontal es un trastorno que afecta las estructuras de inserción del diente y se caracteriza por una exposición bacteriana que puede fomentar una respuesta destructiva del huésped, lo que lleva a la pérdida de inserción periodontal, ósea y por último la posible pérdida de los dientes.

La enfermedad periodontal comienza con una gingivitis la cual es muy común y es reversible para la mayoría de los pacientes. En el 15 % de la población la enfermedad puede progresar a una periodontitis, una situación más seria en la que se produce una destrucción del hueso de soporte y puede terminar con la pérdida dentaria.¹³

El proceso de la enfermedad continúa sin ser bien entendido pero tiende a progresar a través de fases de rápida destrucción de tejidos de modo irreversible.

A la edad de 65-74 años en torno al 30% de los sujetos han perdido todos sus dientes siendo las enfermedades periodontales la causa principal. La periodontitis severa tiene serias consecuencias para los afectados, incluyendo problemas de masticación y del habla, afectando el bienestar y la calidad de vida.

El proceso representa una carga global en las enfermedades bucodentales con impacto significativo a nivel social, económico y en los sistemas sanitarios.

Bacterias específicas son la causa esencial de las enfermedades periodontales entre ellas tenemos *Porphyromonas gingivales*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotellas*, *Bacteroides forsythus*, que además intervienen en su formación al liberar lipopolisacáridos.

Las enfermedades periodontales están asimismo asociadas a determinadas enfermedades sistémicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y algunas asociadas al embarazo. Debido a que comparte factores de con algunas enfermedades sistémicas, las enfermedades periodontales están

recibiendo una atención global por parte de los profesionales sanitarios, los gobiernos, las compañías farmacéuticas y las aseguradoras. Sin embargo mucha gente aún lo desconoce ni sabe qué medidas preventivas existen.¹⁴

Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años).

Según datos aportados autores, afectan aproximadamente al 18 % de la población comprendida entre 25 y 30 años, con tendencia al incremento de su incidencia con la edad, siendo la principal causa de pérdida dental en individuos adultos.

El Centro Nacional de Estadísticas de la Salud y el Instituto Nacional para Investigaciones Dentales en los EE.UU., informan que del 5 al 20 % de la población sufre de formas graves de periodontitis destructiva.

En México el conocimiento a la relación a las enfermedades periodontales es limitado per los datos se asemejan a los de EE.UU. Sin embargo, diversos estudios las sitúan como una enfermedad de alta prevalencia, y que si bien se puede observar en sus etapas iniciales en los niños, se encuentran concentradas sobre todo en la población de adolescentes y adultos. Además, tanto la caries como las enfermedades periodontales presentan un carácter acumulativo que se incrementa con la edad, hecho que justifica la importancia de prevenir estas enfermedades y evitar sus consecuencias.

La enfermedad periodontal es un problema mayor de salud pública que supone un reto para los sistemas sanitarios en todo el mundo. Progresa de manera silenciosa para los pacientes hasta que alcanza fases avanzadas. La conciencia pública sobre la enfermedad así como la importancia que tiene una buena higiene oral, son aún bajas. Por ello las oportunidades de una intervención precoz y un manejo efectivo de la enfermedad se pierden muchas veces. Las enfermedades periodontales comparten factores de riesgo comunes con otras enfermedades, tales como el tabaco, el alcohol, un elevado consumo de azúcar, la obesidad o la dieta poco saludable. Se asocia además a determinadas enfermedades sistémicas, incluyendo a la diabetes. ¹⁵

En el 10-15% de los pacientes, la gingivitis común progresa hacia una enfermedad periodontal severa y se está prestando una atención creciente para identificar a este grupo de alto riesgo, antes de que alcancen el estadio irreversible de la enfermedad y que la pérdida dentaria sea inevitable.

Al igual que para todas las enfermedades crónicas, el auto cuidado, acompañados de cuidados profesionales apropiados, son la clave para prevenir la progresión de la enfermedad y la pérdida dentaria. Además, se requieren estrategias a nivel poblacional para enfocar correctamente la periodontitis severa. (Fig. 4)

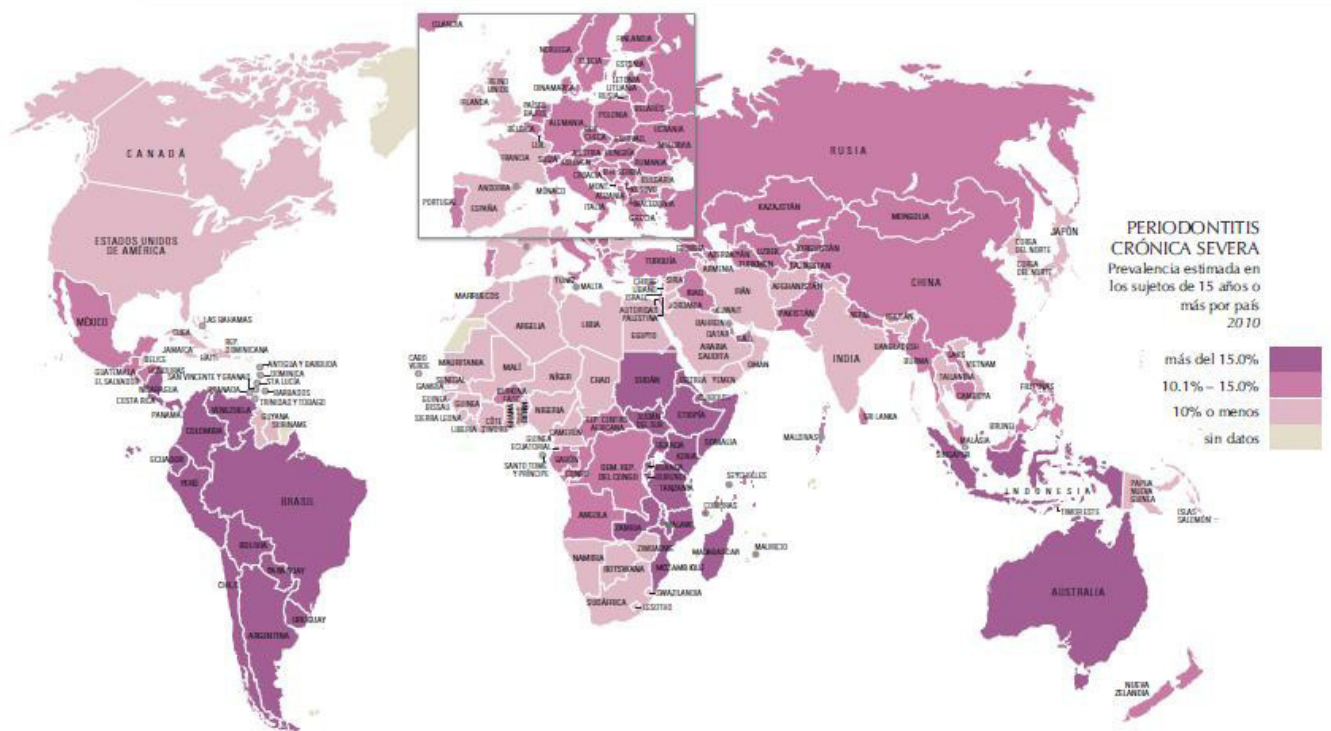


Fig. 4 Prevalencia de periodontitis severa en pacientes de 10 años.¹¹

La promoción de estilos de vida saludables, con baja exposición a los factores de riesgo tales como tabaco y alcohol, junto a una correcta higiene oral y la conciencia de la necesidad de unos controles periódicos, son elementos importantes en la prevención de las enfermedades periodontales. Existe un fuerte gradiente social en la prevalencia de la enfermedad periodontal por lo que se requiere además intervenciones amplias a nivel de los determinantes de salud.

A través de visitas periódicas al dentista, la enfermedad periodontal puede ser detectada en estadios iniciales y pueden adoptarse las medidas apropiadas para controlar la enfermedad. Los casos más severos requerirán de asistencia especializada.

Se requiere un enfoque holístico para la enfermedad periodontal, integrándola en la prevención global y manejo de las otras enfermedades, con una mayor colaboración entre los profesionales de la salud bucodental, los médicos y los profesionales de salud en general. De la misma manera,

la enfermedad periodontal puede ser un síntoma de enfermedades sistémicas que requieren tratamiento. Mejorando la salud periodontal estamos contribuyendo a un mejor manejo de determinadas enfermedades sistémicas, tales como la diabetes.

La integración de indicadores de enfermedad periodontal, junto al de otras enfermedades bucodentales, en la rutina de vigilancia sanitaria, puede ayudar a obtener mejor conocimiento acerca de la prevalencia y severidad en muchos países en el mundo.¹⁶

5.4.4 CÁNCER ORAL

Cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del alrededor.

El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado por trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan.

Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores.¹⁷

El cáncer oral es una enfermedad con alta mortalidad y se sitúa entre los diez cánceres más frecuentes, dependiendo del país y región de mundo. Se estima que cada año se producen entre 300.000 y 700.000 nuevos casos pero no existen datos de vigilancia fiables.

El cáncer oral más común es el carcinoma espinocelular en un 90%, otros tipos corresponden a melanoma, linfoma, sarcomas, carcinomas de glándulas salivales menores y metástasis. El cáncer oral es entre dos a cuatro veces más frecuente en hombres en la mayoría de los grupos étnicos, excepto en Filipinas, donde los porcentajes son similares. La razón para estas diferencias no están claramente establecidas, se piensa que la exposición a factores de riesgo no es igual en ambos géneros. La importancia en la posible etiología del cáncer oral la infección por virus, entre ellos el virus herpes simple, y el virus del papiloma humano.¹⁸

La frecuencia del carcinoma de cavidad bucal varía enormemente de un país a otro. Su incidencia es mayor a partir de la sexta década de la vida; según estadísticas latinoamericanas para las mujeres la aparición es más tardía que para los hombres, es decir de 50-70 años para el hombre y de 60-80 años para la mujer. Menos del 6 % aparece por debajo de los 40 años, y ya en la última década se han comenzado a diagnosticar con mayor frecuencia enfermos de la tercera y cuarta décadas de la vida

El Sur y sudeste asiáticos son las regiones con mayores tasas de nuevos casos pero el este de Europa, Francia y algunas partes de África también tienen elevada carga de cáncer oral. Se trata generalmente de un proceso que afecta a hombres de edad media, pero estamos asistiendo a un incremento en mujeres y en gente joven. La enfermedad suele comenzar

con una úlcera que no se cura; otros síntomas pueden incluir dolor, hinchazón, sangrado y dificultad al masticar o al tragar. Más del 70% de los cánceres orales están precedidos de lesiones orales precancerosas tales como manchas rojas o blancas persistentes en la boca.

El cáncer puede pasar desapercibido durante sus estadios iniciales por lo que muchas veces se encuentra avanzado cuando el paciente requiere cuidados. Por ello la tasa de supervivencia a los 5 años es de tan solo el 50%. Las localizaciones más comunes son la lengua, el interior de las mejillas y el suelo de la boca. Las causas principales del cáncer oral son el tabaco y el alcohol (90% de todas las causas de cáncer oral).

El masticar tabaco junto a otras sustancias carcinogénicas como el betel, es una causa muy común en Asia; sin embargo la infección por papiloma virus humano (HPV) se está convirtiendo en un factor de riesgo emergente, sobre todo en países de alto ingresos. Los profesionales de la salud bucodental están en una posición privilegiada para detectar signos precoces del cáncer oral, pero sin embargo la oportunidad de un simple examen oral es frecuentemente olvidada.

- La incidencia del cáncer de boca oscila en la mayoría de los países entre 1 y 10 casos por cada 100 000 habitantes. Su prevalencia es relativamente mayor en los hombres, las personas mayores y las personas con bajo nivel educativo y escasos ingresos. El tabaco y el alcohol son dos factores causales importantes.⁵(Fig. 5)

El cáncer oral es un cáncer muy común en todo el mundo, en algunos países del sudeste asiático es el segundo cáncer en frecuencia en hombres y la causa más frecuente de muerte prematura. Normalmente las tasas de

mortalidad para el cáncer oral excede la de la mayoría de los otros cánceres: solo el 50% sobrevive después de los 5 años del diagnóstico. A pesar de los avances en investigación y tratamiento, estas cifras no han cambiado en las últimas décadas. Incluso, los impactos del cáncer oral, después del tratamiento, suponen una reducción de la calidad de vida en los supervivientes.

La detección precoz mejora los resultados de tratamiento a través de una referencia a tiempo a cuidados especializados. Sin embargo continúan existiendo demoras en los tiempos de referencia incluso en los países desarrollados, y las oportunidades para un diagnóstico a tiempo de los pacientes a riesgo se ve comprometida. Si bien el chequeo a la población general no está recomendado, existe una buena evidencia de su efectividad en pacientes con factores de riesgo como son tabaco y alcohol. El personal de atención primaria puede efectuar estos chequeos tras un entrenamiento mínimo.

El cáncer oral requiere de cuidados especializados en centros dedicados a proveer cirugía avanzada, quimioterapia o radioterapia. La rehabilitación postquirúrgica debe ser multidisciplinaria al objeto de que la calidad de vida del paciente sea lo mejor posible. Sin embargo estos enfoques no son viables en muchos países de renta baja o moderada, particularmente en el sur de Asia en el que los recursos existentes se han visto desbordados por los nuevos casos. Para colmo, el coste de los cuidados está muy por encima de las posibilidades de los pacientes o sus familias.¹⁹

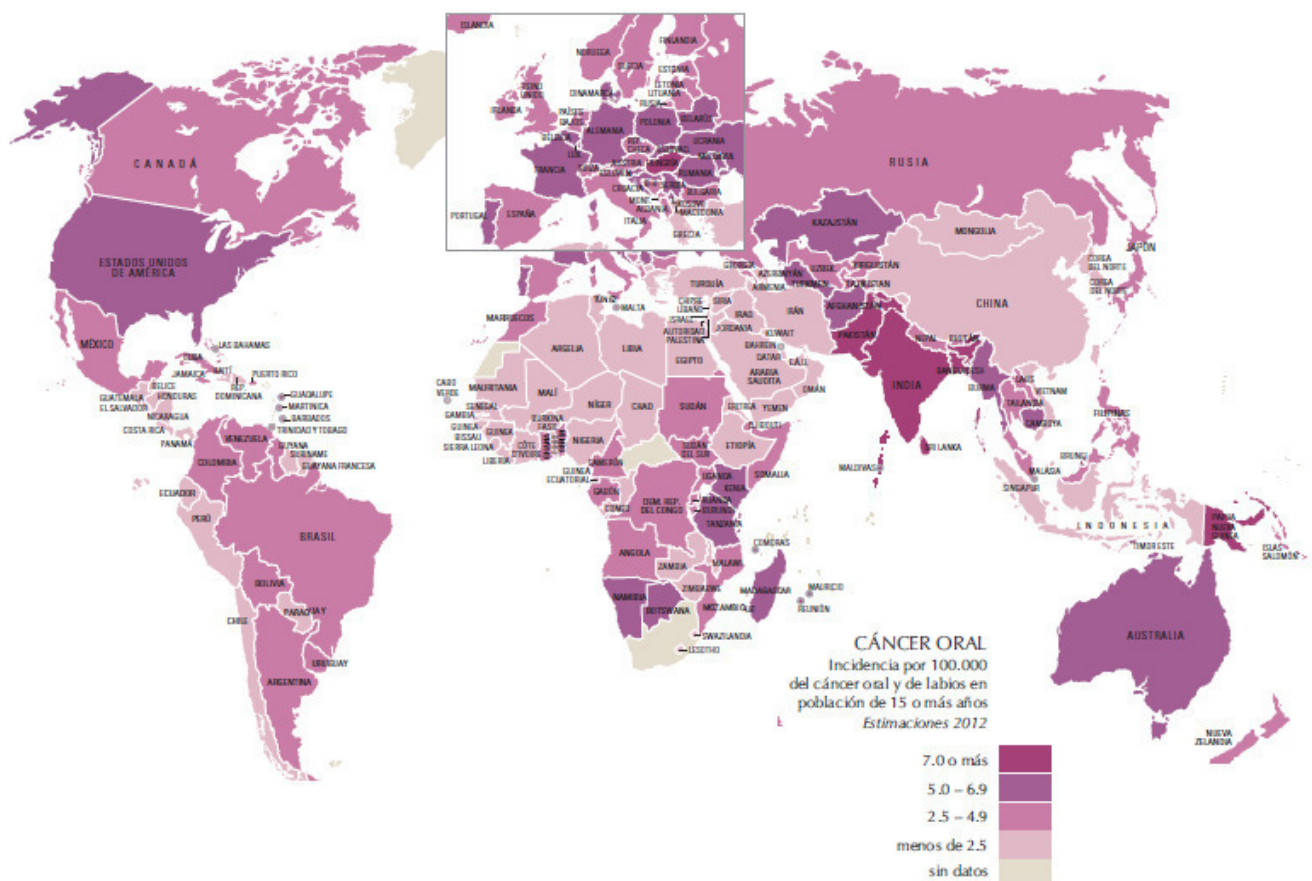


Fig. 5 Prevalencia de cáncer oral en una población de 15 años¹¹.

Basándose en la estrategia de factores de riesgo comunes e integrando prevención y control del cáncer oral dentro del contexto de los cánceres en general, con un enfoque de Enfermedades no Transmisibles, es la mejor manera de encarar el problema a largo plazo. La incidencia, las tasas de supervivencia y la calidad de vida en los pacientes con cáncer, muestran unas pesadas desigualdades en función del estatus socioeconómico. La inclusión de los cuidados del cáncer oral en la asistencia sanitaria universal, el refuerzo de los sistemas sanitarios y un enfoque claro para la reducción de los factores de riesgo pueden ayudar a solventar estas desigualdades.

El cáncer oral necesita ser integrado en los sistemas de vigilancia sanitaria rutinarios utilizados para los otros cánceres, incluyendo registros especializados del cáncer oral. También es necesario reforzar todo lo relativo a patología oral y diagnóstico histopatológico.¹¹

5.4.5 TRAUMATISMOS DENTALES

Los traumatismos dentales pueden ocurrir a cualquier edad, una gran parte se observa entre los dos y los cinco años de edad.

Esto es, las lesiones dentarias son muy poco frecuentes durante el primer año de vida, pero aumentan cuando el niño empieza a hacer esfuerzos para moverse y aumentan aún más cuando el niño empieza a caminar y correr y en los primeros años escolares.

Alrededor de un 30 % de los niños de esta edad sufren lesiones traumáticas de sus dientes primarios, generalmente fracturas o desplazamientos de los incisivos superiores.

Vuelve a incrementarse la incidencia durante la etapa sumamente activa comprendida entre los 8 y los 12 años.

Las lesiones dentarias más comunes consisten en fracturas aisladas del esmalte o del esmalte y la dentina, en los incisivos superiores.

El diente más vulnerable es el incisivo central superior, el cual soporta el 80% de todas las lesiones traumáticas dentarias, seguido por los incisivos laterales superiores y central y laterales inferiores.

El propósito de clasificar las lesiones dentales estriba en obtener una descripción de condiciones específicas, que permita a los odontólogos reconocer y tratar de utilizar los remedios terapéuticos recomendados. La clasificación actualmente recomendada se basa en la clasificación de las enfermedades de la OMS modificada por Andreasen y Andreasen.

Esta clasificación es utilizada por la Asociación Internacional de Traumatología Dental y es preferible a otros sistemas previos anacrónicos.²⁰

- Tejidos blandos
 - Laceraciones
 - Contusiones
 - Abrasiones
- Fracturas dentarias
 - Fracturas del esmalte
 - Fracturas de la corona: no complicadas
 - Fracturas de la corona: complicadas
 - Fracturas de corona y raíz
 - Fracturas radiculares
- Lesiones por luxación
 - Concusión dentaria
 - Subluxación
 - Luxación con extrusión
 - Luxación lateral
 - Luxación con intrusión
 - Avulsión
- Lesiones de los huesos de la cara
 - Apófisis alveolar: maxilar o mandíbula
 - Cuerpo del hueso maxilar o mandibular

Según la OMS a nivel mundial, entre el 16% y el 40% de los niños con entre 6 y 12 años padecen traumatismos bucodentales debidos a la falta de seguridad en los parques infantiles y escuelas, los accidentes de tránsito y los actos de violencia.¹¹ (Fig. 6).

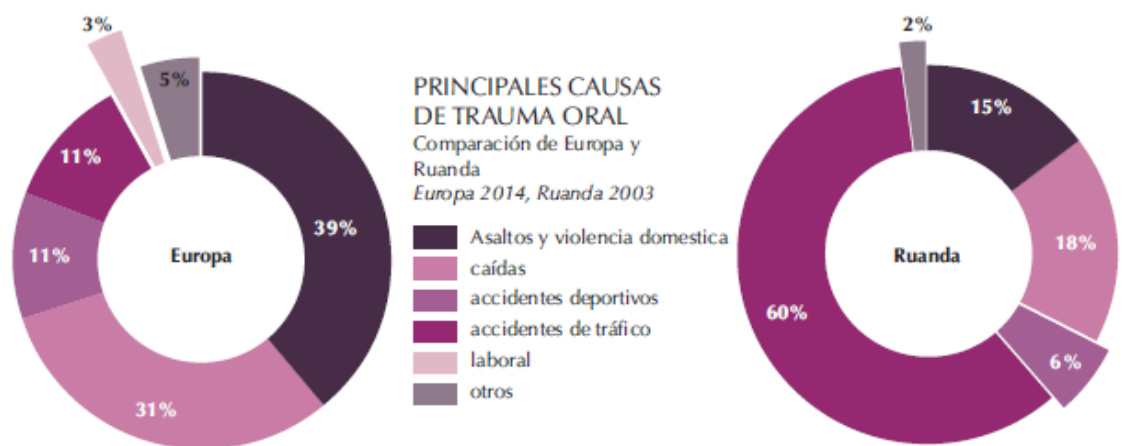


Fig. 6. Principales causas de traumatismo oral.¹¹

5.4.6 ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Las anomalías congénitas de cara y boca son frecuentes, representando el labio leporino/fisura palatina los dos tercios del total. Este proceso ocurre de manera aislada (70%) o formando parte de un síndrome, afectando a cerca de 12 de cada 10.000 nacidos en el mundo. Por ejemplo en India se estima que cada día nacen 100 bebés con esta anomalía y la mayoría no sobrevive. En Estados Unidos, cada 75 minutos nace un bebé con hendidura palatina.

Con menor gravedad pero mayor prevalencia, determinadas condiciones genéticas, como las maloclusiones, afectan al 50% de la población mundial. Otras anomalías congénitas dentales menores tales como la hipodoncia o la presencia de un diente supernumerario tienen una prevalencia del 20% y 2-3% respectivamente.²¹

Aunque la predisposición genética es un factor importante para las anomalías congénitas, otros factores de riesgo modificables también

juegan un papel. La nutrición deficiente, el tabaquismo, el alcohol y la obesidad durante el embarazo están documentados como factores de riesgo adicionales, destacando la importancia de las políticas de prevención y servicios de asesoramiento, especialmente dirigidos a las futuras madres.

Restaurar la alimentación normal, el habla y la apariencia física en pacientes con labio y/o paladar hendido es posible y puede evitar el estigma social. Sin embargo requiere de intervenciones multidisciplinarias tempranas. La enfermería especializada, la cirugía plástica, la odontología pediátrica, la logopedia, la ortodoncia, la genética y los servicios psicológicos son importantes para la rehabilitación completa de pacientes con tales anomalías.

Muchos de estos servicios no están disponibles en los países de renta baja o moderada, aunque en algunos lugares ayudan a proporcionar al menos la cirugía primaria. La cirugía del labio leporino se incluyó recientemente en la lista de los servicios de cirugía esenciales rentables recomendado por la OMS. (Fig. 7)²¹

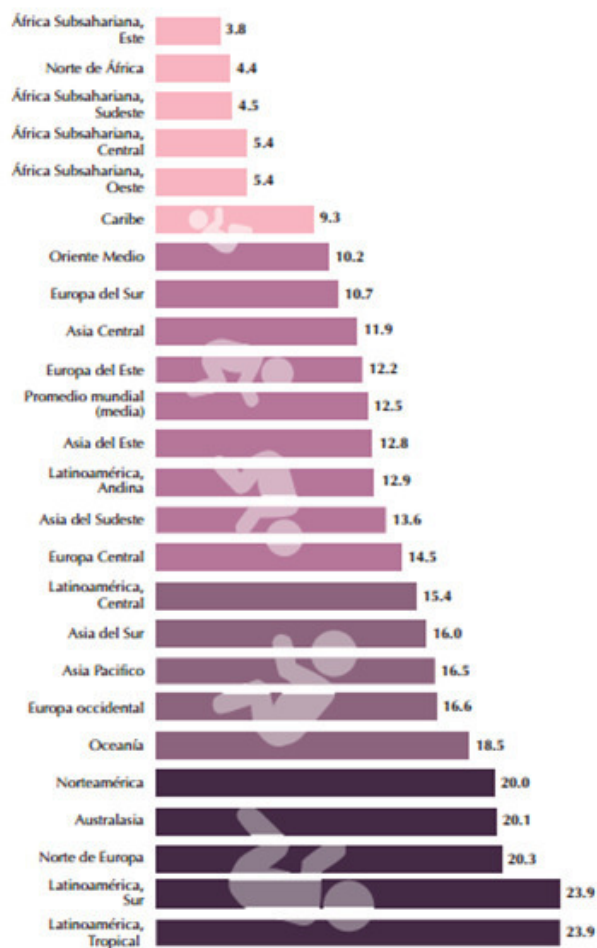


Fig 7. Prevalencia de hendiduras orofaciales¹¹

5.5 PERSPECTIVAS DE SALUD ORAL

La investigación en salud bucodental que abarca el amplio abanico de investigación básica, clínica, traslacional y la aplicada a los sistemas de salud, es esencial para abordar la carga económica y sanitaria inaceptablemente alta de las enfermedades bucodentales, y para mejorar la salud bucodental en todo el mundo.

Ciencia e investigación proporcionan la base para programas de salud basados en la evidencia, políticas sanitarias y práctica clínica. Más de 4 mil millones de personas en el mundo sufren de enfermedades bucodentales, generando una enorme carga sanitaria y económica. Por tanto, es

imperativo promover, coordinar y apoyar toda la gama de investigación básica, clínica y la investigación traslacional, junto con la formación en investigación y desarrollo de capacidades, para reducir esta carga de patología.

La investigación en salud bucodental se enfrenta a los mismos retos de difusión y aplicación de resultados de la investigación que el resto del sector sanitario. Las etapas desde el descubrimiento hasta su aplicación mundial, atraviesan los diferentes niveles y tipos de investigación e interacción, con la finalidad de hacer el mejor uso de la investigación en favor de la mejora de la salud bucodental global. El primer paso en este proceso continuo es la traslación de la ciencia básica a la práctica clínica. Los pasos subsiguientes, igualmente importantes, están relacionados con la traducción y facilitación de esta investigación, con la amplia adopción de medidas en los sistemas de salud a nivel poblacional.²²

La investigación en salud bucodental se ha centrado tradicionalmente en los aspectos básicos, clínicos y técnicos de la prestación de los cuidados bucodentales, principalmente en los países de renta alta. Es sólo recientemente que se ha enfatizado más en la aplicación y traslación de la investigación, teniendo en cuenta las implicaciones que la salud bucodental tiene en la salud general, y las diferentes necesidades de los países de renta baja o moderada.

El 90% de la investigación y el gasto se dirigen hacia las necesidades de tan sólo el 10% de la población mundial, también se aplica a la investigación en salud bucodental. El sesgo en el origen de las publicaciones de investigación es un indicador de esto. Además, se requiere un paradigma de cambios, con mayor énfasis en la prevención e integrando la investigación en salud bucodental en la corriente principal de la ciencia clínica.

El desarrollo y coordinación internacional de las prioridades de investigación es un elemento crucial para el esfuerzo conjunto, base para rellenar lagunas esenciales del conocimiento en salud bucodental. Un particular esfuerzo es necesario en la evaluación de las intervenciones sociales y del comportamiento, en la implementación y suministro de cuidados, si pretendemos reducir las desigualdades mayores en salud bucodental.²³

5.5.1 MÉXICO

En México actualmente existe un programa de salud bucal regido por el Sistema Nacional de Salud llamado Programa de Acción Específico Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018, cuyo objetivo es fomentar, proteger y restablecer la salud bucal de la población mexicana, como parte de la salud integral del individuo, siendo condición necesaria para su participación en el proceso de transformación social en el territorio nacional y disminuir la carga de enfermedades para el año 2018.²⁴

En México, la evolución del perfil epidemiológico muestra un evidente proceso de transición, caracterizado por la coexistencia de enfermedades y muertes por causas infecciosas, con aquellas relacionadas a padecimientos crónico-degenerativos, accidentes, y lesiones. Las enfermedades bucodentales no son la excepción a estas tendencias. Las prioridades a las que se aboca la política de salud bucal en México son disminuir la experiencia de caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal, para lo cual se han diseñado diversos componentes de la política, como son:

- el educativo preventivo en escolares
- el educativo asistencial
- fluoruración de la sal

Las investigaciones reportan que durante las últimas décadas la prevalencia y experiencia de caries han declinado en algunos segmentos de la población de la mayoría de los países desarrollados y que esta tendencia se ha visto parcialmente reflejada en algunos países de América Latina y el Caribe.

Las políticas de salud bucal en México pretenden disminuir las principales enfermedades. Un aspecto importante para lograr la prevención y control de las enfermedades bucales ha sido la instauración de políticas en salud bucal.

México, como país miembro de organismos internacionales como la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), se propone cumplir las metas establecidas por estos organismos. (Fig.8)

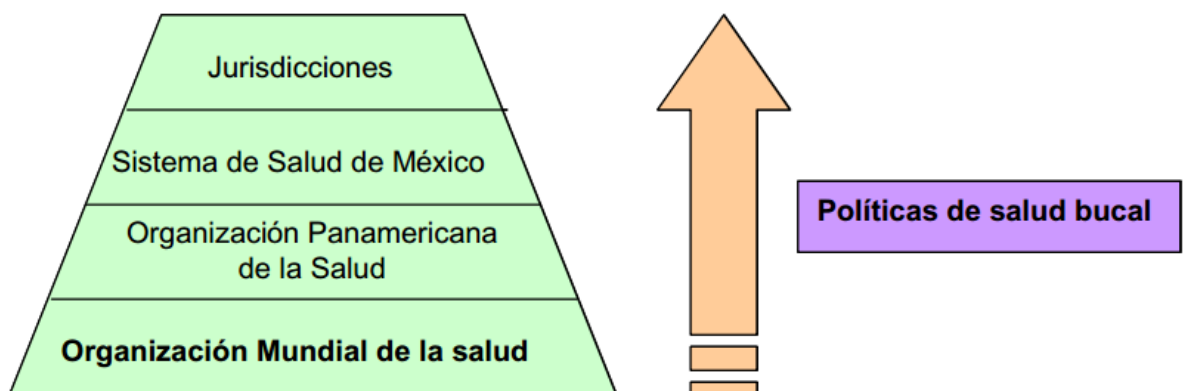


Fig. 8 Dirección de las políticas y metas de salud que van de lo macro a lo micro.²⁴

La Secretaría de Salud (SSA) creó la Dirección de Odontología en la década de los 60 con los objetivos principales de implantar procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales de los Centros de Salud del país; difundir, especialmente a nivel escolar, los principios higiénicos para fomentar la salud dental; y estudiar la viabilidad de la fluoración del agua potable o de la sal de consumo.

Durante este tiempo se fomentó la actualización de todo el personal odontológico de las instituciones que formaban el Sistema de Salud. Se efectuaron también análisis químicos para determinar el contenido del ión flúor en el agua de diferentes ciudades del país, y se inició la fluoruración del agua en las plantas potabilizadoras de Los Mochis, Sin., Veracruz, Ver., y el conjunto urbano Nonoalco Tlatelolco.

Los programas de fluoruración a nivel sistémico y de salud pública no fueron la única estrategia preventiva en funciones. En 1983 la preocupación por la salud en escolares condujo a la realización del Primer Congreso Higiénico Pedagógico. De entonces a la actualidad diversas estrategias, acciones y modelos se han propuesto para proteger al niño en esa etapa de la vida. Actualmente las acciones preventivas y educativas dirigidas a la niñez escolar mexicana se basan en la norma “NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar”, en la cual se puede observar un componente sobre salud bucal. Con relación a la política de salud bucal dentro de las políticas nacionales de salud, es hasta 1988 que apareció por primera vez el componente de salud bucal en el informe de labores de la Secretaría de Salud como una parte de la recientemente creada Dirección de Fomento a la Salud.²⁵

Otra de las causas por las cuales ha disminuido la prevalencia de caries en el mundo es la instauración de programas de educación, prevención

y tratamiento de esta enfermedad, cambios en los criterios diagnósticos y la introducción de fluoruros en sus diversas presentaciones. Sin embargo, otros estudios reconocen que no sólo el fluoruro tiene influencia en la disminución de caries y que otros factores se deben considerar. Esta diversidad de factores es fundamental para entender la relación entre las características del perfil de salud en una población, y las políticas de salud imperantes en ese ambiente. Es generalmente aceptado que un número amplio de factores determinan la salud de la población.²³

5.5.2 EUROPA

Existe una alianza cuya finalidad es eliminar la caries totalmente, mantienen ideas y herramientas que podrían mejorar drásticamente la forma de abordar la caries.

La Alianza por un Futuro Libre de Caries, presentada inicialmente como una iniciativa mundial en 2010, pide un esfuerzo común para intentar que los líderes y las partes interesadas de la sociedad conozcan la importancia de la caries como una enfermedad continua, reconociendo que las caries son evitables y que son reversibles cuando se encuentran en las primeras fases; y desarrollen programas integrales para la prevención y el tratamiento de la caries adecuados para cada región.

La Alianza por un Futuro Libre de Caries ha identificado los siguientes objetivos a largo plazo a nivel mundial:

- En 2015 el 90 % de las facultades de odontología y de asociaciones dentales deberán haber adoptado y promocionado el "nuevo" enfoque de la "caries como proceso continuo" para mejorar la prevención y el tratamiento de esta dolencia.

- En 2020, los miembros regionales de la Alianza por un Futuro Libre de Caries deberán haber desarrollado y aplicado sistemas y controles integrados, completos y adaptados a cada región para la prevención y el tratamiento de la caries.
- Todos los niños que nazcan en 2026 deberían estar libres de caries toda su vida.

Los objetivos secundarios de la nueva Sección Europea de la Alianza por un Futuro Libre de Caries son:

- Reunir a los expertos más influyentes de Europa que comparten objetivos comunes y prestan apoyo e información al consejo mundial de la Alianza por un Futuro Libre de Caries
- Solventar las desigualdades en prevención y control de la caries en Europa.
- Conseguir una mayor ratificación de los principales organismos dentales europeos que apoyan la misión y los objetivos de la Alianza por un Futuro Libre de Caries para identificar y abordar las grandes lagunas de información en la prevención de la caries.

La Alianza por un Futuro Libre de Caries es un grupo internacional de expertos que se han unido para impulsar la implantación de medidas clínicas integradas y de salud pública a fin de frenar la aparición y la progresión de las caries, y así avanzar hacia un Futuro Libre de Caries para todos los grupos de edad.(Fig. 9) En general, la Alianza cree que es imprescindible un esfuerzo común global para intentar que los líderes mundiales y otras partes interesadas locales y regionales conozcan la importancia de la caries como una enfermedad continua y participen en el esfuerzo para la adopción de medidas integrales de prevención y tratamiento de la caries que puedan influir positivamente en el problema continuo de la caries.²⁷



Fig.9 Alianza por un Futuro Libre de Caries.²⁷

5.5.3 ESPAÑA

Las Unidades de Salud Bucodental están formadas por una plaza de odontología y una de higienista dependientes de Atención Primaria. Están ubicadas en algunos centros de salud, para dar cobertura a diversas zonas de salud.

La atención bucodental en Atención Primaria tiene el siguiente contenido:

Asistencia bucodental a toda la población:

- Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos en maxilares, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular. Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.

Asistencia bucodental a mujeres embarazadas

- Exploración preventiva de la cavidad oral.

Asistencia bucodental a personas con discapacidad

- Las personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener sin ayuda de tratamientos sedativos el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar la correcta realización de los servicios anteriormente mencionados.

Asistencia bucodental a población infantil de 6 a 16 años.

- Atención dental básica:
 - ✓ Revisión del estado de salud bucodental anual
 - ✓ Educación sanitaria sobre higiene bucodental y dieta
 - ✓ Aplicación de fluoruro tópico
 - ✓ Sellado de fisuras de molares y premolares permanentes
 - ✓ Obturaciones piezas permanentes
 - ✓ Tratamiento de urgencias bucodentales
 - ✓ Exodoncias
 - ✓ Extracción piezas temporales y permanentes excluidas las de indicación ortodóncica
 - ✓ Reconstrucción de lesiones de piezas permanentes
 - ✓ Endodoncia de piezas permanentes.
- Atención dental especial:
 - ✓ Tratamientos por malformaciones y traumatismos del grupo anterior permanente: apicoformación, endodoncia, obturación anterior, ferulización, reimplante dentario, reconstrucción anterior, recubrimiento pulpar directo, prótesis parcial removible (provisional) de 1 a 4 piezas, endoposte colado, coronas protésicas, pulpotomía, extracción de supernumerario erupcionado, extracción de restos radiculares, reparación de prótesis.
 - ✓ Tratamientos protésicos por caries de piezas permanentes en niños con enfermedades sistémicas que afectan a cavidad oral: ferulización, prótesis parcial removible de 1-4 unidades,

reparación de prótesis, endoposte colado, coronas protésicas.²⁷

La atención se basa en las Unidades de Salud Bucodental (USB), que atienden la población de dos o más Zonas Básicas (en función de la población infantil susceptible de ser atendida). Estas Unidades realizan actividades de Salud Bucodental (específicamente el programa de promoción, prevención y control para la edad escolar y embarazadas) y asistencia de patología oral. La dependencia orgánica de las USBs es de las Gerencias de Atención Primaria.

El Programa de Salud Bucodental de ámbito autonómico es el documento de referencia para las actuaciones que realizan los profesionales de las Unidades. Sus objetivos generales son:

- ✓ Mejorar el nivel de salud bucodental de la población a través de la realización de actividades preventivas, asistenciales y de educación sanitaria.
- ✓ Contribuir a la disminución de la morbilidad por patologías bucodentales en la población infantil: Prevalencia de caries, de problemas periodontales, y de maloclusiones.
- ✓ Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por cáncer oral en la población adulta de riesgo.

Las USBD disponen de dos documentos de salud para la atención y el seguimiento de la población: la Historia de Salud Bucodental del Niño y la Ficha Odontológica del Adulto. Y por otro lado manejan una Hoja de Registro de la Actividad Diaria de la Consulta que se vuelca mensualmente en la hoja Resumen Mensual de la Actividad.²⁸

5.5.4 ARGENTINA

La Dirección Nacional de Salud Bucodental, tiene como objetivos proponer, desarrollar y controlar las acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud bucodental, de manera eficiente, equitativa y solidaria, con el fin de reducir la morbilidad por enfermedades bucodentales y mejorar la calidad de vida de la población.

Líneas de acción:

- Implementar, coordinar y supervisar las políticas destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que afectan la salud bucodental en el ámbito nacional.
- Proponer políticas nacionales de salud bucodental: principios, objetivos y estrategias de implementación.
- Adoptar medidas para la incorporación del componente de la salud bucodental dentro de las políticas desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación.
- Supervisar el cumplimiento de los objetivos y las estrategias de las políticas de salud bucodental en todo el territorio nacional.
- Participar y contribuir al fortalecimiento de las redes jurisdiccionales locales y regionales.
- Participar en la elaboración de indicadores sobre salud bucodental a fin de incorporarlos a los sistemas de información y notificación sanitaria de la República Argentina.
- Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación de las políticas en salud bucal.
- Promover campañas de concientización y comunicación social destinadas tanto a los diversos grupos de riesgo como a la comunidad en general.

- Participar en la promoción y desarrollo de investigaciones científicas que orienten la definición de las políticas sanitarias en salud bucodental.²⁹

5.6 PROGRAMAS QUE COMPONEN LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD BUCODENTAL

5.6.1 PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA PRIMARIA BUCODENTAL

El Programa tiene como propósito fortalecer las medidas de salud, orientadas a la reducción de enfermedades bucales, mediante la efectiva ejecución de acciones y programas focalizados en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Asimismo, se propone cubrir a todos los grupos etarios trabajando en conjunto con los distintos programas de la Dirección, elaborando estrategias integrales e integradas.³⁰

5.6.2 PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER BUCAL

Su objetivo principal es la disminución de la morbilidad y mortalidad del Cáncer Bucal en la República Argentina, mediante la capacitación de los profesionales de la Salud involucrados en la especialidad, para optimizar su accionar, y a través de la sensibilización a la población en las conductas de riesgo que deben evitarse para prevenir esta enfermedad.³⁰

5.6.3 PROGRAMA NACIONAL DE REHABILITACIÓN BUCODENTAL

El Programa tiene como objetivo desarrollar un sistema de atención odontológica de rehabilitación bucodental en todo el país, promoviendo la inclusión social y logrando el acceso universal de poblaciones de pacientes parcial o totalmente desdentados a la asistencia oportuna e integral, donde se conjugan la promoción, la prevención, la atención y rehabilitación oral.

Para ello se trabaja articuladamente con los programas de Prevención y Asistencia Primaria Bucodental y Cáncer Bucal, a fin de que la confección de prótesis sea un paso más hacia la salud bucal integral del paciente.³⁰

En Australia, la prevalencia de las enfermedades bucales es similar a la de otros países como Estados Unidos o Nueva Zelanda, pero la incidencia de caries sin tratamientos de alguna manera ha aumentado.

Desde enero del 2014 está vigente el programa “*Federal Child Dental Benefits Schedule (CDBS)*”, el cual brinda acceso a los beneficios de los servicios dentales básicos a alrededor de 3 millones de niños de entre 2 y 17 años.

Este programa brinda beneficios individuales para una gama de servicios que incluyen exámenes, radiografías, limpieza, sellado de fisuras, obturaciones, endodoncias y extracciones. Los beneficios no están disponibles para el trabajo dental de ortodoncia o cosmética y no se pueden pagar por ningún servicio brindado en un hospital.

A finales de 2015, la ONU ha puesto en marcha un proceso consultivo mundial para hacer un balance de los logros de los mismos y desarrollar un conjunto de nuevos objetivos, denominados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para el período de 2015 a 2030. Los ODS establecen nuevas prioridades mundiales para promover el desarrollo sostenible y equitativo alrededor del mundo.³¹

Las desigualdades en salud se refieren a las diferencias en el estado de salud, tanto dentro, como entre países, que se consideran evitables, parciales e injustas. La reducción de las desigualdades en salud es ahora una prioridad de salud pública mundial. La desigualdad de la salud no se ocupa solamente de las diferencias entre los ricos y pobres en la sociedad.

Como ocurre con la salud general, existe un constante gradiente social para las enfermedades bucodentales, la salud bucodental empeora conforme lo hace el estatus socioeconómico. Este gradiente social es un fenómeno universal a lo largo de toda la vida, desde la infancia hasta la tercera edad, que afecta a casi todas las enfermedades bucodentales en diversos grados, como la caries dental, las enfermedades periodontales y cáncer oral. Los gradientes sociales se observan en todos los países y poblaciones del mundo.³²

¿Qué causa este patrón social universal de la enfermedad bucodental? En 2008, la OMS puso de relieve las causas subyacentes de las desigualdades hablando de determinantes sociales, es decir las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. El gradiente social en las enfermedades bucodentales tiene profundas implicaciones para las políticas. El enfoque tradicional clínico de “alto riesgo” para la prevención no aborda la importancia y el impacto de los determinantes más amplios de la salud. En lugar de ello, es necesario tomar medidas para abordar el alcance de las causas subyacentes de la mala salud bucodental.

Es esencial trabajar en asociación con relevantes sectores, organismos y profesiones que utilicen estrategias de salud pública actualizadas. Los profesionales de la salud bucodental así como las asociaciones dentales profesionales tienen una importante función en la promoción de políticas que reduzcan las desigualdades de salud en las poblaciones a las que sirven.

Las enfermedades bucodentales tienen impacto sobre las personas, las comunidades, la sociedad, los sistemas de salud y la economía. Sin embargo, el alcance exacto de este impacto no es claro debido a la falta de estadísticas internacionales comparables sobre las enfermedades bucodentales, en especial para países de renta baja y media.³²

La OMS calcula que las enfermedades bucodentales ocupan el cuarto puesto en cuanto a coste de tratamiento. El coste anual en cuidados bucodentales para los 27 estados miembros de la Unión Europea se estimó en 79 mil millones € (promedio anual 2008-12), mientras que solamente en Estados Unidos, se gastaron más de 110 mil millones.

El gasto dental también supone una importante parte de los gastos médicos de los hogares. En todos los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), la media del pago de la atención dental desembolsado por el propio paciente representa alrededor del 55% de los gastos totales de la atención dental, en comparación con un promedio del 20% que representa para los gastos médicos. Además de los costes de tratamiento, los costes indirectos de los procesos bucodentales son significativos. Un estudio canadiense encontró que en promedio se perdieron 3.5 horas de trabajo/año por persona, debido a las enfermedades bucodentales, lo que se traduce en una pérdida de productividad de más de 1000 millones de dólares canadienses al año.¹¹

Hallazgos anteriores en Estados Unidos indican que 2.4 millones de días de trabajo y 1.6 millones de días de clase se perdieron debido a la enfermedad bucodental en 1996. El absentismo escolar y laboral puede limitar el rendimiento académico y reducir las oportunidades de empleo. Las personas del nivel superior del estatus socioeconómico son más propensas a buscar cuidados dentales regulares que las del extremo inferior. Estados Unidos y otros países asisten a un creciente aumento de los ingresos hospitalarios de urgencia por problemas dentales, simplemente porque esta atención es gratuita. Estas admisiones en servicios de urgencia se ha duplicado en Estados Unidos en los últimos 10 años y los costes derivados ascienden a 2700 millones.

La accesibilidad a la atención bucodental es una clara barrera puesto que la mayor parte de los costes de tratamiento son a cargo del paciente. Sin embargo, subvenciones públicas amplias para el cuidado dental, la ampliación de la cobertura de seguros, y la mejora de la disponibilidad de los servicios de salud bucodental, no harán por sí mismos reducir las desigualdades a menos que los que se encuentran en peor situación de salud sean conscientes de los beneficios de una buena salud bucodental y existan programas que aborden de manera amplia los determinantes de la salud. (Fig.10).

En la reunión de alto nivel de la ONU sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en 2011, Helen Clark, Administradora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y ex Primera Ministra de Nueva Zelanda, reconoció que las enfermedades bucodentales son un obstáculo para el desarrollo humano.³³

Históricamente, el cuidado bucodental se ha centrado en la atención curativa individual y no en las intervenciones preventivas con enfoque basado en la población. Sin embargo, los costes de los recursos financieros y humanos de este enfoque son inasequibles para muchos países e

insostenibles a una escala global. La mayoría de las enfermedades bucodentales en gran parte se pueden prevenir a través de medidas sencillas y rentables que implican la reducción de la exposición a los riesgos reconocidos y en el fortalecimiento de comportamientos saludables.

La prevención y promoción de la salud bucodental son estrategias altamente rentables para hacer frente a la carga mundial de las enfermedades bucodentales. Por ejemplo, las estimaciones de Estados Unidos muestran que cada dólar gastado en la atención odontológica preventiva podría ahorrar entre 8 y 50 dólares en el tratamiento de restauración y de urgencia, haciendo hincapié en la importancia de aumentar el enfoque en la prevención de las enfermedades bucodentales.

En la siguiente grafica podemos observar que en cuanto a gastos directos dentales España ocupa el primer lugar en un 100% como el total de gastos dentales, seguido de Dinamarca 70 % y Polonia con un 60%, y en último lugar Eslovenia con 25%.

En cuanto a la demanda de cuidados dentales y la probabilidad de visitar al dentista en los últimos 12 meses Francia ocupa la posición uno seguido de Canadá y Republica Checa.

GASTO DIRECTO DEL BOLSILLO	DEMANDA DE CUIDADOS DENTALES
Como % del total de gastos dentales en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)	Probabilidad de visita al dentista en los últimos 12 meses por el nivel de ingreso.

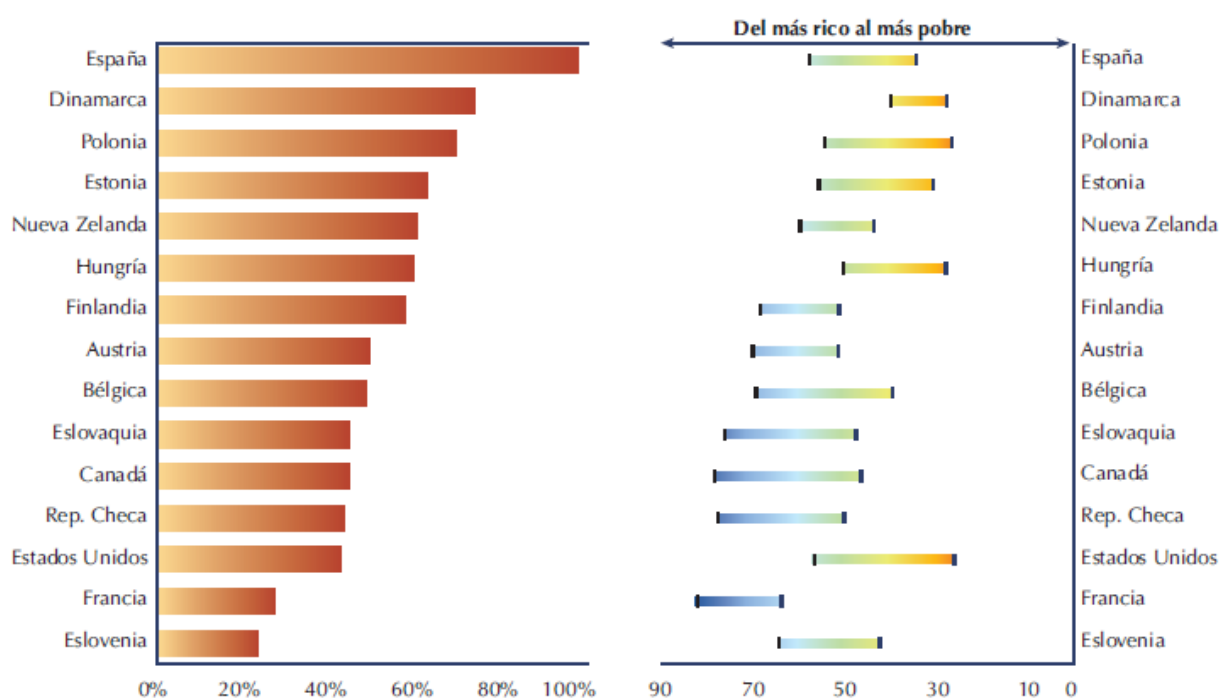


Fig. 10 Gasto dental y demanda de cuidados dentales¹¹.

La prevención de las enfermedades bucodentales y la promoción de la salud bucodental pueden ser dirigidas hacia los individuos, comunidades o poblaciones enteras. El acceso adecuado al fluoruro es una de las intervenciones preventivas con enfoque poblacional más exitosas. Los programas de fluoración han demostrado su efectividad, rentabilidad y seguridad en los últimos 60 años frente a la caries dental, la enfermedad más prevalente en el mundo.

Otras medidas preventivas son las que se dirigen a combatir los factores de riesgo para la enfermedad bucodental e incluyen dieta poco saludable en particular, el alto consumo de azúcar el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, y un conjunto más amplio de determinantes de la salud. Muchos de estos factores de riesgo son compartidos con otras principales enfermedades no transmisibles. El enfoque de Factor de riesgo común puede pues contribuir no sólo a mejorar la salud bucodental, sino también a aliviar la carga mundial de enfermedades no transmisibles.

La integración de la salud bucodental y general debe ser la piedra angular de los enfoques de política para mejorar la prevención y el control de las enfermedades bucodentales. Esto ha sido reconocido en el Plan de Acción de la Salud Bucodental adoptado por la 60a Asamblea Mundial de la Salud en 2007. Esto pone de relieve “el vínculo intrínseco entre la salud bucodental, salud general y calidad de vida” e identifica “la necesidad de incorporar programas de promoción de la salud bucal y la prevención de las enfermedades bucodentales en los programas para la prevención integrada y el tratamiento de enfermedades crónicas.” En el mismo documento, los ministros de salud hacen un llamamiento para la creación de modelos innovadores de fuerza laboral, con el fin de integrar la salud bucal básica en la atención primaria de salud. Esta es también una de las estrategias clave establecidas en el documento Visión 2010 de la FDI.³⁴

El desafío en el tratamiento de las enfermedades bucodentales y en la promoción de la salud bucodental requerirá el adecuado equilibrio entre un mayor énfasis en la prevención a nivel poblacional, el fortalecimiento del personal de salud bucodental que todavía es insuficiente, y también cambiar y adaptar las capacidades y habilidades de los proveedores de salud bucodental, todo esto en el contexto de una mejor integración entre disciplinas y sectores.

Los dentistas son los proveedores principales del tratamiento y la prevención de las enfermedades bucodentales. Su función está cambiando en respuesta a los nuevos factores de riesgo, a la evolución de las cargas de morbilidad, a los cambios demográficos y a presiones más amplias de los sistemas de salud y factores socioeconómicos.

Las diferencias en la carga de enfermedad, las desigualdades en el acceso a la atención, y la desigual distribución de dentistas tanto dentro como entre los países, representan los principales desafíos para los sistemas de salud a nivel mundial. Estos desafíos requieren una gestión coste efectiva de la carga de morbilidad existente, y una eficaz prevención para lograr mejoras sostenibles en la salud bucodental. Los cambios de las tendencias mundiales, la exposición a factores de riesgo y los desarrollos demográficos, han dado lugar a nuevos patrones de enfermedad que requieren una innovación multisectorial y la colaboración interprofesional. La mayoría de los dentistas en todo el mundo trabaja en un entorno de práctica privada, y solo una minoría lo hace en clínicas públicas, el mundo académico, la investigación, la administración o la industria. Los dentistas son proveedores clave de la salud bucodental, la educación, prevención, supervisión y gestión dentro del equipo dental.

Un número creciente de mujeres está ejerciendo como dentista, y muchas naciones tienen o tendrán pronto, una mayoría de mujeres dentistas. La accesibilidad y la disponibilidad son las principales barreras para acceder a la atención. Los dentistas tienden a concentrarse en las zonas urbanas más ricas, dejando a las zonas rurales o poblaciones desfavorecidas relativamente desatendidas. Los servicios privados son inasequibles para muchos, y el cuidado de la salud bucodental a menudo no se encuentra integrado en los sistemas de atención primaria. La planificación estratégica del personal dental debe por lo tanto ser incorporada en la planificación general de los recursos humanos sanitarios, al objeto de que la presión social de los determinantes de la salud bucodental y general pueda ser

abordada con eficacia y los servicios cruciales y las brechas en el acceso mejoren. ¹¹

La brecha entre la carga de la enfermedad y la disponibilidad de la atención puede abordarse mediante la creación de equipos supervisados por el dentista, que incluya una combinación flexible de proveedores de nivel medio complementario y otros, en función de las necesidades locales.

El cuidado de la salud bucodental es proporcionado de mejor manera cuando se recurre a un equipo dirigido y supervisado por dentistas, y compuesto por profesionales de la salud con habilidades y formación diferentes para garantizar una atención de calidad para todos

La profesión dental lidera el desarrollo y la implementación de los servicios de salud bucodental, proporcionando una salud bucodental equitativa y adecuada para todos. Los equipos dentales son guiados y supervisados por un dentista, y puede incluir varios profesionales de la salud bucal con diferente formación, competencias, límites de práctica, colegiación, requerimientos de reconocimiento y supervisión, dependiendo de las necesidades de la comunidad, de los recursos disponibles y la legislación nacional.

Los dentistas lideran el equipo, son los responsables del diagnóstico, de la asistencia sanitaria bucodental y prescripción, así como de la supervisión y la gestión. También aseguran la calidad y la seguridad de los cuidados de conformidad con la reglamentación nacional. Otros profesionales de la salud bucodental, incluyendo asistentes dentales, enfermeras dentales y auxiliares de clínica, pueden ayudar a los dentistas con una gama de tareas clínicas.

Los higienistas dentales trabajan en el campo de la prevención, la higiene oral y la promoción de comportamientos saludables. Los protesistas

proporcionan servicios técnicos de laboratorio en estrecha colaboración con el dentista. Existen proveedores de nivel medio como los terapeutas dentales, que proporcionan servicios restauradores y quirúrgicos limitados, a veces para grupos de población específica como son los niños.³⁵

Los técnicos dentales pueden fabricar aparatos de prótesis removibles ya sea con o sin receta de un dentista, y trabajar directamente con los pacientes en algunos países. El papel de los trabajadores comunitarios de salud bucodental puede incluir la provisión de atención de emergencia sencilla en los entornos de atención primaria, promoción de la salud bucodental, detección y derivación cuando sea necesaria. Las denominaciones así como competencias de práctica de todos estos profesionales se definen a nivel nacional.

El ejercicio del intrusismo profesional en odontología sigue siendo un problema ético, de salud pública y legal en muchos países. Los intrusos no están regulados y carecen de la formación y acreditación adecuada, de la instrumentación necesaria y de un conocimiento del control de la infección cruzada y las normas de seguridad del paciente para el ejercicio de la profesión dental basada en estos estándares. Su práctica puede incurrir en graves peligros para la salud de los pacientes. Unos modelos innovadores y flexibles de fuerza de trabajo, integrados dentro de un modelo de atención primaria de salud, pueden atender las necesidades de comunidades desfavorecidas y remotas de una manera mejor y más segura. (Fig. 11)¹¹

Podemos pensar en un nuevo modelo de prestación de asistencia sanitaria bucodental que se base en un enfoque de colaboración en equipo, en el que dentistas bien formados supervisen el equipo, delegando tareas específicas, conservando la plena y total responsabilidad para el diagnóstico, planificación y tratamiento.

En la formación de salud bucodental existen cuatro principales tipos de práctica ilegal los cuales no tienen un alcance jurídico de la práctica y estos son:

- ✓ Proveedor ilegal sin ningún tipo de formación
- ✓ Proveedor ilegal con formación
- ✓ Proveedor legal para el ejercicio medico pero sin formación en salud bucodental
- ✓ Profesional de la salud bucodental con extralimitación jurídica de competencias.



Fig. 11 Tipología de la odontología ilegal.¹¹

El acceso a los cuidados básicos bucodentales es exigible para todos los países. Es posible incluso para los sistemas de bajos recursos sanitarios, a través de la utilización de intervenciones coste efectivas, basados en la evidencia y que enfatizan la prevención y los auto cuidados.¹¹ (Fig. 12)

Los sistemas que proporcionan cuidados de salud general y cuidados de salud bucodental normalmente han evolucionado de manera distinta en todo el mundo, durante los últimos 150 años. Los cuidados bucodentales a

menudo sólo están parcialmente integrados en los sistemas públicos de salud o se encuentran totalmente ausentes. Como resultado de ello, el acceso a unos servicios de salud bucodental adecuados y asequibles, continúa siendo una aspiración lejana para la mayoría de las poblaciones en el mundo. Las caries sin tratar en dentición permanente y temporal ocupan el primer y décimo puesto, respectivamente, entre las 291 enfermedades más comunes.

Estos son datos implacables que proporcionan la cruda evidencia del descuido de la salud bucodental. Un sistema ideal de atención primaria en salud bucodental debe proporcionar una cobertura universal, estar centrado en las personas, tener políticas de demanda y programas, e integrarse con la salud general en todas las políticas, incluido el trabajo, el medio ambiente y la educación. Así es más probable que se beneficie una mayor proporción de la población que recurriendo a enfoques tradicionales centrados en la atención curativa.

La atención clínica en salud bucodental es generalmente costosa y por lo tanto fuera del alcance de los sistemas de salud más débiles, característicos de las economías con bajos recursos. El paquete básico de cuidados bucodentales es un modelo para la integración de la salud bucal básica y la prevención en los sistemas de salud.

Actualmente, es el único modelo aprobado por la OMS para la gestión de las enfermedades bucodentales más comunes. Comprende componentes modulares que se pueden adaptar para que coincidan con los recursos disponibles y las necesidades de la comunidad. Cuenta con un enfoque inicial en el auto cuidado y la prevención, con otras prioridades establecidas de acuerdo a la carga de enfermedad y a los recursos disponibles. El requisito mínimo es cubrir la atención básica de urgencia y el alivio del dolor. Los cuidados curativos y la atención especializada pueden añadirse,

dando como resultado una completa gama de servicios en un contexto de cobertura universal.¹¹

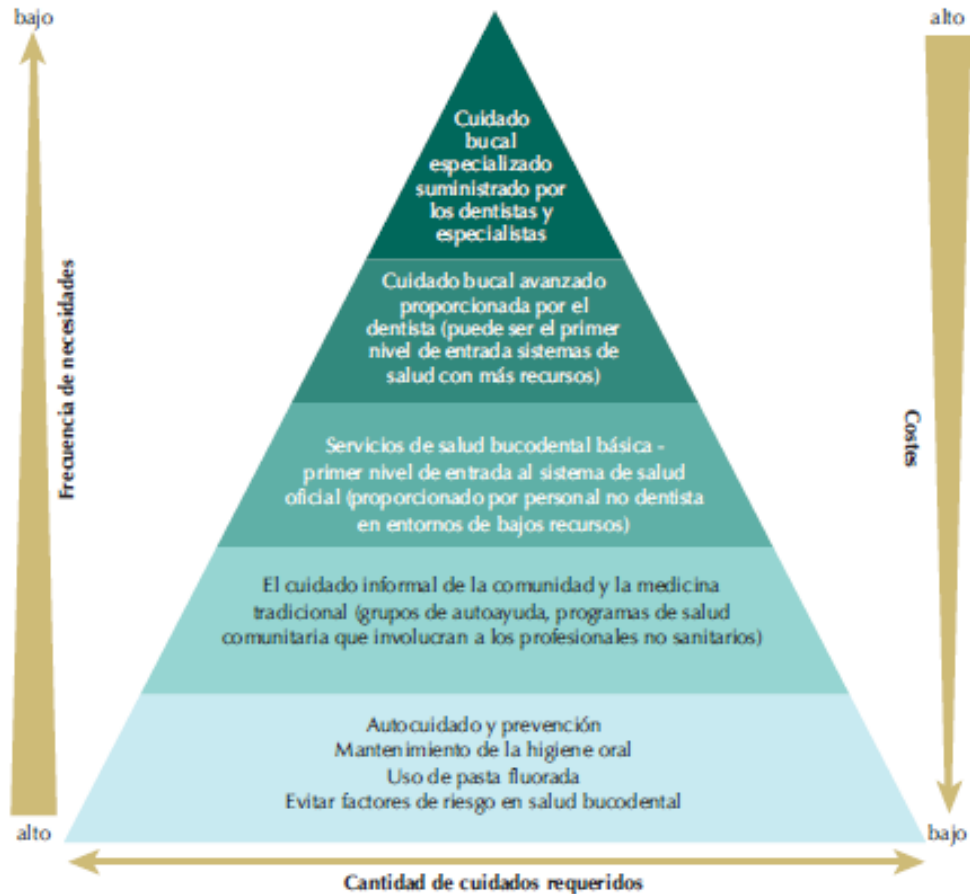


Fig.12. El espectro de los cuidados bucodentales.¹¹

5.7 DESAFÍOS DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES

En 2012, el documento Visión 2020 de la FDI, Moldeando el Futuro de la Salud Bucodental, identificó una amplia gama de desafíos y oportunidades para la salud bucodental. La persistencia de las desigualdades en salud bucodental, la ausencia de acceso a la salud bucal, la falta de accesibilidad al tratamiento dental en muchos lugares, el crecimiento y envejecimiento de la población, la migración profesional, el turismo dental, la aparición de nuevos modelos educativos, la evolución en la distribución de las tareas

entre los miembros del equipo dental, las acciones legislativas en relación a materiales peligrosos y el uso creciente de tecnologías de la información y comunicación en todos los segmentos de nuestras vidas y profesiones, figuraban entre esas oportunidades y desafíos que requieren una adecuada y oportuna acción.

La educación en odontología es un área donde las nuevas soluciones son necesarias para que el modelo educativo responda a las nuevas necesidades, creando puentes efectivos entre las brechas de la educación médica y dental, promoviendo y fortaleciendo la práctica de colaboración, e incluyendo a la salud pública, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, como actividades básicas de todos los profesionales de la salud bucodental. A menos que tales cambios se produzcan, el objetivo a largo plazo de tener un número suficiente de profesionales de la salud bucodental cualificados y motivados en todos los sistemas de salud, seguirá siendo un deseo incumplido.²⁴

En el contexto de la crisis global en el personal sanitario, la migración de los profesionales de salud ha recibido una atención creciente. La gente siempre se ha trasladado a otro país para trabajar, pero la migración acelerada desde los países pobres hacia los países más ricos, conlleva el riesgo de aumentar las presiones sobre los sistemas de salud ya de por sí debilitados de los primeros. Por otro lado, la migración puede tener muchos efectos positivos, tales como impulsar las economías locales a través del envío de remesas. Aunque el derecho humano a la libre circulación no debe ser restringido, deben establecerse estrategias efectivas para permitir que los dentistas puedan permanecer en sus países de origen, junto con adecuados códigos éticos para mitigar los efectos negativos de la contratación activa por parte de los países de renta alta, para poder garantizar que los profesionales de la salud bucodental estén disponibles donde más se necesitan.

Al mismo tiempo que la movilidad de los profesionales de la salud bucodental ha aumentado, la movilidad de los pacientes también va en aumento y el número de personas que viajan al extranjero para buscar cuidados bucodentales se ha incrementado considerablemente en la pasada década. Esto representa un nuevo reto para el cuidado de la salud bucodental al plantear interrogantes acerca del acceso y la calidad de la atención, aspectos legales y responsabilidades éticas.

Los retos en la investigación en salud bucodental son diversos y fundamentales. En el futuro el foco de la investigación no sólo estará centrado en la investigación básica y en los aspectos clínicos y técnicos de la prestación de cuidados bucodentales. Además, tendrá que haber un mayor énfasis en la investigación traslacional habida cuenta de las implicaciones que la salud bucodental tiene en la salud general y las diferentes necesidades de los países de renta baja y media.

Según lo establecido en la Visión 2020 de la Federación Dental Internacional, todos estos desafíos ponen de relieve la necesidad de dar forma a un nuevo modelo eficaz de salud bucodental, para el beneficio último de todos los pacientes en todo el mundo. La medida de nuestro éxito en la consecución de estos objetivos será el aumento de las personas que sean capaces de mantener sus dientes sanos durante toda la vida.

La educación dental contemporánea debe proporcionar a los profesionales de la salud bucodental, la mezcla requerida de habilidades y competencias para satisfacer las necesidades de sus pacientes y sus poblaciones.

La educación dental se ha desarrollado durante los últimos 150 años generalmente separada de la educación médica, con frecuencia centrada en la odontología restaurativa y clínica. El conocimiento de los vínculos entre la salud bucodental y general así como de los determinantes más

amplios que son compartidos entre ambas, ha dado lugar a nuevos modelos de educación dental que promueven la colaboración activa entre los profesionales sanitarios y las diferentes disciplinas.³⁶

El énfasis en salud pública, la promoción de la salud y prevención basada en la evidencia así como el pensamiento crítico para evaluar la nueva información de la investigación, constituyen el núcleo de las nuevas competencias, para permitir a la profesión enfocar las necesidades de las poblaciones, más allá del sillón dental.

Los programas de grado en odontología generalmente incluyen a las ciencias de la salud esenciales y las habilidades clínicas para el diagnóstico y atención bucodental, lo que requiere de cuatro a seis años de estudio, en función de la legislación nacional.

Existe también una gama de especializaciones de postgrado así como vías de educación formal para otros profesionales del equipo dental. Existen grandes disparidades regionales en la provisión de la educación dental, siendo África la que tiene el menor número de facultades de odontología de entre todas las regiones del mundo, aproximadamente de 60 a 80 facultades y por mencionar una de las más importantes la universidad de Ghana. En contraste, la educación dental se ha convertido en un negocio lucrativo en algunos países, con un rápido aumento del número de instituciones de formación dental predominantemente privadas. Esto plantea un aumento de desafíos para asegurar la calidad de la educación, el gobierno y la concesión de acreditaciones. La acreditación de los programas de educación dental y los requisitos para el ejercicio varían regionalmente y no existen estándares de competencias mundialmente reconocidos. La integración de la educación dental con la educación sanitaria en general es un elemento crucial en el modelado del ámbito de competencias y en el impacto de los profesionales de salud bucodental en todo el mundo. Son necesarias adecuadas inversiones públicas en la

educación dental y sanitaria en general, junto con reformas curriculares e institucionales, para crear una fuerza de trabajo global y eficaz en salud bucodental.¹¹ (Fig. 13).

FACULTADES POR PAÍS 2014	
0-1	MADAGASCAR, KENIA, ETIOPIA, SUDAN, LIBIA, MARRUECOS REP. DEL CONGO, SENEGAL, TÚNEZ, MALTA, MONGOLIA, UZBECK.
2-9	SUDAFRICA, NIGERIA, ARGELIA, EGIPTO, CHINA AUSTRALIA, IRAN, PAKISTAN, VENEZUELA, PERÚ, ECUADOR, ARGENTINA.
10-49	CANADÁ, MÉXICO, COLOMBIA, RUSIA, FRANCIA, ESPAÑA, REINO UNIDO, ALEMANIA, POLONIA, RUMANIA.
50 ó más	INDIA, USA, BRASIL.

Fig. 13 Escuelas y facultades dentales por país.¹¹

La reunión de la Asamblea General de la ONU en 2011 y la adopción de la Declaración Política de Alto Nivel sobre Prevención y Control de Enfermedades no transmisibles (ENT), marcaron un importante punto de inflexión en la salud mundial. La declaración y la posterior planificación y fijación de objetivos fue un proceso que reconoció el cambio desde enfermedades transmisibles hacia las ENT, hecho que va a transformar el panorama mundial de la salud en la próxima década.

El aumento de la carga social y financiera que causan es el factor clave para la priorización de las ENT.

La prevención y control de las ENT se basa en la integración del enfoque de factor de riesgos comunes con las intervenciones que abordan los determinantes sociales de la salud compartidos entre todas ellas. Debido a que las enfermedades bucodentales comparten los mismos factores de riesgo y determinantes, hay una razón convincente para la integración de las metas de salud bucal en los criterios aplicables a todas las ENT.

Además, continua acumulándose la evidencia del enorme impacto económico y social que tiene una mala salud bucodental.

Si bien la salud bucodental puede beneficiarse de las estrategias relacionadas con las ENT, en particular de la reducción del consumo de azúcar, tabaco y alcohol, las estrategias dirigidas a mejorar la salud bucodental también pueden hacer contribuciones importantes hacia la consecución de los objetivos globales de las ENT, establecidos para 2025. La Guía de la OMS sobre azúcares, publicada en 2015, es un ejemplo importante de esto. La fuerte recomendación de que los azúcares no deben superar el 10 por ciento de la ingesta energética se basó en la evidencia sobre su efecto en la caries dental. Sin embargo, se prevé que la adhesión a estas directrices, también reducirá otras ENT, especialmente la obesidad. Debido a que muchos de los factores determinantes de la salud bucodental y general se encuentran fuera de la influencia directa de los sistemas de salud, se requiere una acción intersectorial para lograr mejoras en la salud. Es imperativo que la salud bucodental se incluya en todas las estrategias dirigidas contra la epidemia de las ENT. Cada oportunidad debe aprovecharse para abogar por la inclusión de la salud bucodental en todas las políticas.³²

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2000-2015 fueron un esfuerzo internacional concertado para erradicar la pobreza extrema, promover la educación, fomentar la protección de la salud y del medio ambiente, así como acelerar el desarrollo y la cooperación en todo el mundo a través de un conjunto de ocho objetivos acordados. Estos fueron apoyados por un sistema de seguimiento integral que obligaba a los Estados miembros de la ONU a monitorear los progresos realizados e informar periódicamente.

La salud estaba directamente implicada en tres de los ocho objetivos. Las enfermedades bucodentales están vinculadas, directa o indirectamente, a

los ocho ODM; sin embargo, esta oportunidad de apoyo no ha sido utilizada sistemáticamente para mejorar la asignación de prioridades y la integración de la salud bucodental en las agendas internacionales de salud pública. Debido a la expiración de los ODM a finales de 2015, la ONU ha puesto en marcha un proceso consultivo mundial para hacer un balance de los logros de los mismos y desarrollar un conjunto de nuevos objetivos, denominados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para el período de 2015 a 2030.

Los ODS establecen nuevas prioridades mundiales para promover el desarrollo sostenible y equitativo alrededor del mundo. Incluyen algunos de los compromisos de los ODM que no se cumplieron, refuerzan aquellos en los que se ha avanzado, y también introducen un nuevo énfasis para la integración de la acción intersectorial, al objeto de facilitar el desarrollo humano mediante la optimización en el uso de los recursos planetarios, sin poner en peligro la sostenibilidad. La salud, como condición previa y resultado del desarrollo sostenible, tiene un papel central en el contexto de los ODS, en particular a través del Objetivo 3º, "Asegurar una vida sana y promover el bienestar para todos, a todas las edades", e incluye 13 de las metas de salud. De estos 13 objetivos, al menos siete son de interés directo para la salud bucodental de la comunidad. Por lo tanto, será importante relacionar a la salud bucodental de manera sistemática con las metas de los ODS, así como sus indicadores y objetivos desde el principio.

Esto proporcionará un marco para la inclusión sistemática de la salud bucodental en el fortalecimiento de los sistemas de salud, para promover la salud bucal y la prevención en el contexto de las enfermedades no transmisibles y en la cobertura universal sanitaria. También es de utilidad para exponer fuertes argumentos de defensa para una integración transversal y multisectorial de la salud bucodental en el contexto del desarrollo humano sostenible.¹¹ (Fig. 14)

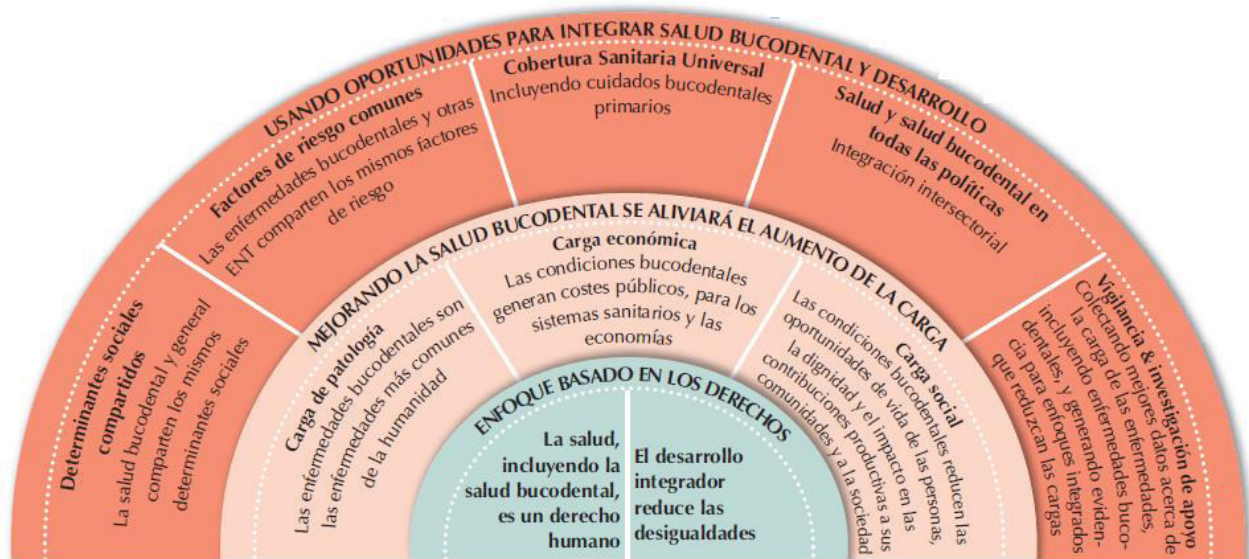


Fig. 14 La salud bucodental es fundamental para el desarrollo sostenible.¹¹

5.8 NIVEL DE COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

El concepto de la Cobertura Universal de Salud (CUS) ha ganado cada vez más atención desde la primera resolución de la OMS, en 2005. La OMS define la CUS como un sistema en el que “todos tienen acceso a los servicios sin que tengan que sufrir dificultades financieras por ello”. Los objetivos de la CUS son por lo tanto, garantizar el acceso al cuidado de la salud para todos proporcionando además protección financiera. La CUS por sí misma no elimina las desigualdades, pero es un paso importante hacia ese objetivo, especialmente cuando se combina con otras medidas como son los factores determinantes de la salud.

La verdadera cobertura “universal” sanitaria sólo se logrará cuando la promoción, prevención, curación y la rehabilitación de las enfermedades bucodentales sean totalmente integradas en el contexto del sistema de salud en general. Por otra parte, los mecanismos de financiación adecuados deben cubrir a todos los grupos de la población, incluyendo a los más desfavorecidos, como son los pobres, aquellos con discapacidad,

los inmigrantes y otros. Hasta la fecha, no existe un concepto o solución globalmente aceptado, debido a la variedad de contextos nacionales, necesidades y recursos.³⁶ (Fig. 15).

Países de todo el mundo incluyen servicios dentales con diferentes niveles de cobertura, dependiendo de sus recursos económicos y de sus prioridades políticas. La mayoría de los países de renta alta están implementando reformas para contener los costes, sobre todo aumentando el copago por servicios considerados no esenciales, tales como los ojos o el cuidado dental.

Por otra parte, muchos países de renta baja o moderada, están tratando de abordar las necesidades en salud, proporcionando servicios mínimos de atención primaria a la mayoría de las personas cubiertas por sistemas de seguros de salud y otros mecanismos de financiación. En la actualidad no está disponible una imagen global del grado de inclusión de los servicios de salud bucodental. Por ello, se requiere mayor atención a la investigación sobre la implementación de los servicios de salud al objeto de poder evaluar el grado de cobertura universal en salud bucodental existente, así como para proporcionar guías de política sanitaria basadas en la evidencia para los nuevos países que la vayan a desarrollar.³⁶

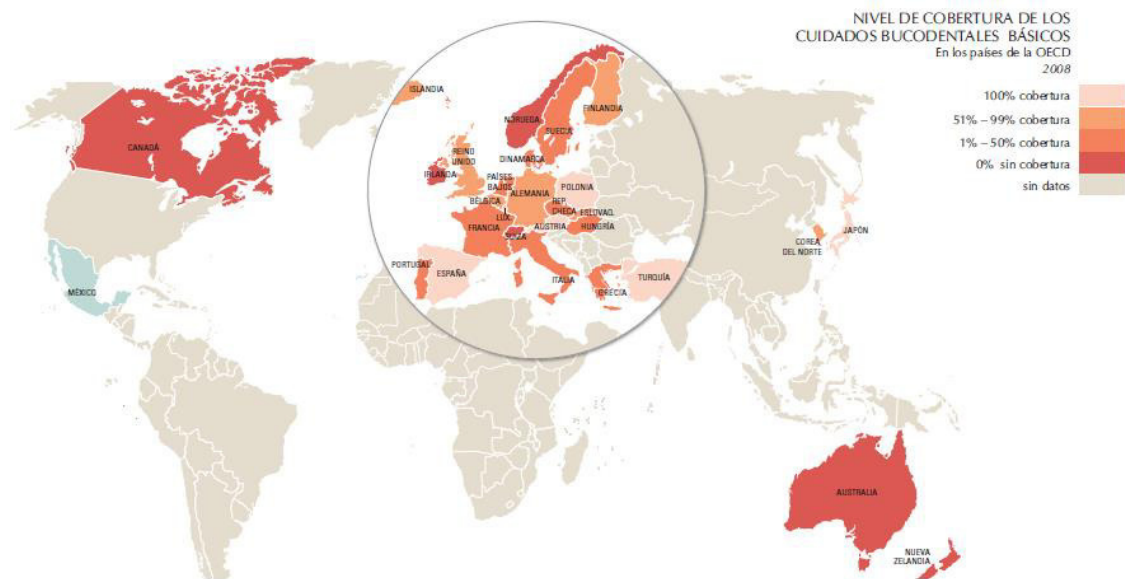


Fig. 15. Nivel de cobertura de los cuidados bucodentales.³⁶

6. CONCLUSIONES

En este trabajo se puede observar que las enfermedades orales con mayor prevalencia en el mundo son caries dental, enfermedad periodontal, cáncer oral, traumatismos dentales y las enfermedades congénitas, estas enfermedades tienen un gran impacto sobre las personas, comunidades, la sociedad, la economía y los sistemas de salud.

Mundialmente existen diferentes programas enfocados a la salud oral, países de todo el mundo incluyen servicios dentales con diferentes niveles de cobertura, dependiendo de sus recursos económicos y de sus prioridades políticas. Sin embargo la atención clínica en salud bucodental es generalmente costosa y por lo tanto fuera del alcance de los sistemas de salud más débiles.

Hay un gran desafío en el tratamiento de las enfermedades bucodentales, más aun en poblaciones que tienen escasos recursos económicos por lo tanto, en la promoción de la salud bucodental requerirá el adecuado equilibrio y un mayor énfasis en la prevención a nivel poblacional, el fortalecimiento del personal de salud bucodental, y también cambiar y adaptar las capacidades y habilidades de los proveedores de salud bucodental, todo esto en el contexto de una mejor integración entre disciplinas y sectores.

A escala mundial, la carga de morbilidad bucodental es especialmente elevada entre las personas de más edad, cuya calidad de vida se deteriora por esa causa. En la mayoría de los países de ingresos medios y bajos la población no recibe atención bucodental sistemática, y los programas de prevención se encuentran ausentes.

Con el paso de los años las perspectivas de salud oral han evolucionado de manera distinta en todo el mundo, durante los últimos 150 años. Los cuidados bucodentales a menudo sólo están parcialmente integrados en los sistemas públicos de salud o se encuentran totalmente ausentes.

Las diferencias en la carga de enfermedad, las desigualdades en el acceso a la atención, y la desigual distribución de odontólogos en los países, representan un gran desafío para los sistemas de salud a nivel mundial, ya que requieren de una gestión costo efectiva de la carga de morbilidad existente, y una eficaz prevención para lograr una mejora sostenible en la salud bucodental.

Los cambios de las tendencias mundiales, la exposición a factores de riesgo y los desarrollos demográficos han dado lugar a nuevos patrones de enfermedad que requieren una innovación multisectorial y colaboración interprofesional.

La accesibilidad y disponibilidad es una de las principales barreras para acceder a la atención. Los servicios privados son inasequibles para muchos y el cuidado de la salud bucodental no se encuentra integrado en los sistemas de atención primaria, por lo tanto la planificación estratégica del personal dental debe ser incorporada en la planificación general de los recursos humanos sanitarios.

La odontología es un área donde las nuevas soluciones son necesarias para poder responder a las nuevas necesidades, creando puentes efectivos entre las brechas de la educación médica y dental, promoviendo y fortaleciendo la práctica de colaboración, e incluyendo a la salud pública, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, como actividades básicas de todos los profesionales de la salud bucodental.

7. REFERENCIAS

1. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm. 1, junio, 2008.
2. Organización Mundial de la Salud, Constitución de la OMS: Principios. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> consultada en septiembre 2017.
3. Organización Mundial de la Salud, Constitución de la OMS: Preguntas más frecuentes. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> consultada en septiembre 2017.
4. Salud Oral, Guía de diagnóstico y manejo organización panamericana de la salud Oficina Regional de la organización mundial de la salud, disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia27.pdf> consultada en septiembre 2017.
5. Organización Mundial de la Salud, Salud bucodental. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/saludbucodental> consultada septiembre 2017.
6. Prevalencia, comorbilidad e incidencia de una enfermedad. 25/04/2016. Disponible en: <https://www.rarecommons.org/es/actualidad/prevalencia-comorbilidad-incidencia-enfermedad> consultada en octubre 2017.
7. Glosario de promoción de la salud, Cátedra de atención primaria de la salud epidemiología e informática II. agosto 2010 Disponible en: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/> consultada en octubre 2017.
8. Cueto V, Diagnóstico y tratamiento de lesiones cariosas incipientes en caras oclusales, Odontología vol.11 no.13 Montevideo nov. 2009.

9. Pérez J. Asociación del Estreptococos mutans y lactobacilos con la caries dental en niños, Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas. CUBA, 2007
10. Atlas de salud bucodental Ed. II, Determinantes de la caries dental, disponible en:
https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf consultado en octubre 2017.
11. El desafío de las enfermedades bucales, una llamada a la acción global. Atlas de salud bucal 2da Ed. FDI, 2015 pp.20-80.
12. Palomer L. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa, Rev. Chil. pediatr. v.77 n.1 Santiago feb. 2006.
13. Bascones A. Figuero E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Av Periodon Implantol. 2005; 17, 3: 147-156.
14. Anguiano L, Zerón A. Las enfermedades periodontales y su relación con enfermedades sistémicas, Vol. VI, Núm. 2, 2015. pp 77-87.
15. Peña M. Y Ortiz C. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para partos pretérmino y nacimiento de niños con bajo peso, MEDISAN 2006;10.
16. Pulido M., González F. y Rivas F., Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena, Colombia, Septiembre 2011.
17. Riera P., Martínez B. Morbidity and mortality for oral and pharyngeal cancer in Chile, Facultad de Odontología, Universidad Mayor. Santiago de Chile, 2005.
18. Yereska M., Patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años en las parroquias Colón y 18 de octubre del cantón Portoviejo, República del Ecuador. 2014.
19. Sana A., Lopes G. Cáncer oral y orofaríngeo Ed. Board, 2015 disponible en <https://www.cancer.net/blog/2017-10/preventing-and-treating-cancer-developing-world> consultado octubre 2017.

20. Rivas R., Traumatología en endodoncia, tipos de lesiones dentarias, 2012, Generalidades, disponible en <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas9Trauma/genclasificacion.html>. consultado en octubre 2017.
21. Arrendondo M., Almeida G., Defectos al nacimiento, labio paladar hendido. Agosto 2013 disponible en: <http://infogen.org.mx/labio-paladar-hendido-labio-leporino/> consultado en octubre 2017.
22. De la Caridad M. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. Escuela Nacional de salud Publica Cuba, disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf> consultado en octubre 2017.
23. Delgado M., Díaz N., La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones 2da Ed. Gobierno y administración pública. SSA. Programa Editorial del Gobierno de la República: BMC-SSA-005-GAP/DD-196 ISBN: 978-607-460-4887 2015.
24. Medina C., Maupomé G. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed 2006; 17:269-286.
25. De la Fuente J., Sifuentes M. y Nieto M. Promoción y educación para la salud en odontología, Ed. Manual Moderno. 2014.
26. Alliance for a Cavity - Free future. Disponible en: <http://www.allianceforacavityfreefuture.org/> consultado en octubre 2017.
27. Atención a la salud bucodental. Sistema de Información de Atención Primaria – Sistema Nacional de Salud. M.S.C. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS 2005.
28. M.S.C. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS, Sistema de Información de Atención Primaria – Sistema Nacional de Salud Año 2007.

29. Dirección Nacional de Salud Bucodental en Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/bucodental> consultado en octubre 2017.
30. Ministerio de Salud, presidencia de la nación, republica de Argentina, disponible en <http://msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/592-direccion-nacional-de-salud-bucodental> consultado octubre 2017.
31. Department of Human Services, Australian Government. Child Dental Benefits Schedule available: www.humanservices.gov.au/individuals/services/medicare/child-dental-benefits-schedule consultado en octubre 2017.
32. OMS. Consejo ejecutivo 120a reunión. Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. 2006: 1-4. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/25842>. consultado en octubre 2017.
33. Organización de las Naciones Unidas. Prevención y control de enfermedades no transmisibles 2011. Disponible en <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/>. Consultado octubre 2017.
34. Visión 2020 de la FDI, Delinear el futuro de la salud bucodental disponible en: http://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/vision_2020_spanish.pdf. consultado en octubre 2017.
35. National Institute of Dental and Craniofacial Research. La salud oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General. disponible en <https://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/Report/ExecSummSpanish.htm> consultado en octubre 2017.
36. Torres C. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas, MEDISAN 2009.

37. Organización Mundial de la Salud, Cobertura Sanitaria Universal, disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/ consultado en octubre 2017.