

OBSERVATÓRIO IBEROAMERICANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD BUCAL

RESUMEN CONGRESO ONLINE

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL EN AMÉRICA: PRESENTE Y FUTURO

COMISSION EJECUTIVA

Gilberto Alfredo Pucca Junior – Brasil
Fernanda Campos de Almeida Carrer – Brasil
Mariana Lopes Galante – Brasil
Amanda Iida Giraldes – Brasil
Nicole Pischel – Brasil
Carolina Morales – Colômbia
Juan Herrera – Guatemala
Ernesto Villagran – Guatemala
Natalia Odeth – Mexico
Andrea Muñoz – Chile
Melania Gonzales y Rivas – Argentina
Yolanda Colombo – Argentina
Roxana Lopez – Argentina
Maria de Los Angeles - Argentina

TRADUCCIÓN

Amanda Iida Giraldes
Nicole Pischel
Duber Ignacio Osorio Bustamante

DISEÑO GRAFICO

Mariana Lopes Galante

Sumario

Introducción - 06.11.2020	4
Gerhard Konrad Seeberger - Presidente FDI	
Argentina	
Marcelo Emilio Laserna	5
Chile	
Marco Antonio Cornejo	6
Guatemala	
Maira Hayde Ruano Estrada	7
Uruguay	
Liliana Queijo	8
Bolivia	
Pablo Omar Peñaranda Davalos	9
Introducción 13.11.2020	10
Mariana Gabriel	
Peru	
Carlos Francisco García Zavaleta	12
Brasil	
Fernanda Campos Carrer	13
Paraguay	
Nohelia Maria Pérez Bejarano	14
Haiti	
J R Ernst Joseph	15
Nicaragua	
Gonzalo Navarro Murillo	16
Introducción 20.11.2020	17
Dirigentes Comunitarios María Elena González y Juan Droguett Rojas-Chile:	
Educadora Paulina Villarroel, de Fundación Tricahue, directora de JJI Tricahue, de Cerro Navia, Región Metropolitana-Chile	
El Salvador	
Silvia Beatriz Fuentes Navas	19
Costa Rica	
Cristina Barboza-Solís	20
México	
Natalia Odeth Santos Madrigal	21
Colombia	
Rafael Antonio Malagón Oviedo	22

PREFACIO

El Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, tiene como objetivo reunir a investigadores de América Latina, Centroamérica y España, que se dedican al estudio de las políticas públicas en salud bucal en sus países y en el exterior. Promoviendo la investigación en el área y aumentando la colaboración entre los países miembros, de manera que la investigación en el área de salud pública y salud bucal pública pueda ganar calidad y cantidad de publicaciones y cooperación. Nuestro grupo cree que la información es una herramienta de formación estratégica para la sociedad y que es un catalizador de la voluntad política y el interés de los responsables de las políticas públicas para buscar asegurar una salud eficaz para todos.

Nuestro grupo trabaja en colaboración con universidades e instituciones de 16 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, Guatemala, Haití, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Ante la importancia de valorar la salud bucodental y asegurar su inclusión en los sistemas de salud de América Latina, y ante el nuevo escenario que trajo la pandemia Sars-Cov2, nuestro grupo cree que es fundamental difundir y discutir nuevas propuestas de salud. oral en este contexto.

Por ello, realizamos nuestro primer congreso online, los encuentros se retransmitieron en Youtube y Facebook, y se llevaron a cabo los días 6, 13 y 20 de noviembre de 2020. Cada día se realizaron debates temáticos: políticas de salud, recursos humanos e investigación científica. El contenido fue visto por personas de diferentes países de América Latina y planteó debates necesarios para la población, gestores y políticos que se involucran en el proceso de toma de decisiones en salud bucal.

En este documento, tendrá un breve resumen de los temas discutidos durante el evento. ¡Esperamos que disfrute de la lectura y se inspire con las experiencias reportadas!

Equipe Observatório Iberoamericano

<https://sites.usp.br/iberoamericanoralhealth/>

06 de Noviembre de 2020

En este primer día del evento se discutió el eje de las políticas de salud pública y la gestión de los servicios públicos y privados.



https://www.youtube.com/watch?v=Ow_58HAEUTA

Introducción

Gerhard Konrad Seeberger - Presidente FDI

Se pueden encontrar declaraciones de falta de políticas relevantes centradas en la salud pública, la falta de vigilancia de la salud bucal, la fragilidad de los servicios públicos de salud bucal y el acceso limitado a la atención para grandes grupos de población, concluyendo así que la salud bucal no es una prioridad política. Y durante este período de pandemia y crisis mundial, se puede observar la importancia del cirujano dentista, no solo en la salud bucal directamente, sino incluso en lo que respecta a la salud general y mental, por la cuestión de ser especialistas en el manejo del miedo y incertidumbre durante mucho tiempo.

Tenemos que apoyar el concepto de salud única e integrada, porque el paciente es un individuo único. No estás sano si no tienes salud bucal.



Argentina

Marcelo Emilio Laserna

Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (Universidad Nacional de Lanus) Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires), y Escuela Superior de Medicina (Universidad Nacional de Mar del Plata)

Resumen

“De la disciplina odontológica a la salud bucal colectiva” es una propuesta de reflexión sobre nuestras praxis dentro del campo de la odontología en cuanto a tal como disciplina, de sus alcances y de sus limitaciones, para abordar las cuestiones de salud-enfermedad bucal en las personas. Como base para este análisis y reflexión es vital recurrir a la pedagogía de la pregunta, que nos permita reflexionar sobre nuestro hacer, que es lo que en mi entender determina lo que somos, y no al revés.

En ese sentido y transitando la idea del pensamiento crítico y autocrítico, es útil desde mi particular punto de vista situarnos con respecto a los conceptos de salud y de salud bucal, pues desde donde los interpretemos, determinará “nuestro hacer”.

Esto nos obliga a revisar nuestro rol, que implica revisar nuestras prácticas, reflexionar sobre nuestro “Hacer” y en definitiva repensar nuestros trayectos pedagógicos de formación de los profesionales (De grado y posgrado) que configuran un campo de saberes y un discurso, que bien sabemos que en general se constituyen en prácticas en las cuales el modelo medico hegemónico se constituye con un verdadero modelo epistémico, en una manera de pensamiento y en una cultura instalada.

Para ello, existen muchas propuestas para la transformación de estas realidades desde las políticas de Estado en salud bucal y es imprescindible en mi entender, traer salud colectiva a la odontología, incorporar la idea de la salud integral en la integralidad (Conceptual, de formación curricular y en la praxis), la creación de espacios colectivos inter/transdisciplinarios/ Intersaberes e intersectoriales con participación comunitaria, la formación en competencias en Salud Bucal Colectiva y Odontología con una mirada Crítica (Actitud/Aptitud crítica), la Salud Bucal Colectiva como praxis de cuidado/empatía, necesariamente implica la formación de cuadros tecno-políticos (Dimensión política) en los diferentes espacios de lucha (Espacios macro – micro y meso, de gestión-académicos- movimientos sociales y de terreno, que hagan viable que la idea conceptual de la salud bucal colectiva se pueda transformar en Políticas de Salud Bucal, que deconstruya y forje sujetos de transformación, para lograr un profesional de la salud bucal con un perfil generalista, que además de ocuparse de las cuestiones que son necesarias e imprescindibles en nuestra tarea, también pueda ser parte activa de construcciones colectivas en salud, intersaberes e interdisciplinares.

Diálogos intersaberes e interseccionales, que serán posibles a mi entender mediante esa llave que nos brinda la interculturalidad política, concepto que subsume los alcances propios de la interculturalidad, pero que los amplía, reduciendo las asimetrías permitiendo practicas con enfoque intercultural, pero que también será el vehículo para hacer posible el enlace entre las personas, permitiendo la creación de espacios relacionales dentro de los equipos interdisciplinares.



*Chile***Marco Antonio Cornejo**

Universidad de Chile

Resumen

Teniendo el marco teórico de los determinantes sociales de la salud-DSS- y las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008) donde se busca mejorar la condiciones de vida de las personas, la lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y la medición de la magnitud de los problemas de salud, sus análisis y evaluación de los efectos de las intervenciones se hace la presentación de las respuestas políticas a los problemas de salud bucal en Chile.

En este país hay diferencias marcadas entre niveles socioeconómicos y prevalencia de caries, algunas propuestas frente a estas situaciones están en las Garantías Explícitas en Salud (GES), definidas en 2005, las cuales ha recibido críticas por estar dirigidas a unas poblaciones y condiciones de salud específicas. Las GES también incluyen garantías de acceso, de calidad (en términos de seguridad en la atención, también incluye un sistema de información con datos de profesionales de la salud habilitados para prestar servicios a nivel individual, así como la acreditación de los establecimientos donde los prestan), garantías financieras en salud y en atención oportuna, sin embargo, en la práctica se prestan situaciones complejas como largas esperas para el acceso a los servicios de salud. Del mismo modo, hay respuestas estructurales y articuladas como la ley de etiquetado nutricional, que ayuda a las personas a comprender cuando un alimento puede contener sustancias perjudiciales tanto para la salud bucal como para la salud general.

Igualmente, con relación a los programas de atención odontológica desarrollados en la atención primaria, está el programa comunitario llamado "Sembrando sonrisas" que realiza actividades de promoción y educación en salud bucal dirigida a escolares; además hay distintos programas ofertados según la edad de la población como el CERO -Control con Enfoque de Riesgo Odontológico-, para población de 0-6 meses hasta 6 años, el cual ha sido adaptado al contexto actual a partir de un programa llamado "TeleCERO", con un sistema en el que los padres envían fotos de las bocas de sus hijos para que puedan ser revisados por profesionales de la odontología.

La edad de 12 años esta marcada como una meta sanitaria, es decir, para cumplir con el 70 % de niños de 12 años asignados a un centro de atención primaria con recuperación de la salud bucal. Al lograr esta meta, los profesionales en odontología alcanzaban hasta 3 sueldos adicionales al año, todo esto incentivó una práctica focalizada en la atención de este grupo poblacional y sobre todo en el dinero. Se han hecho propuestas que buscan repensar este modelo, por ejemplo, dando bonificaciones económicas a los equipos de profesionales que logren mantener la población sana.

Otra propuesta, aunque no completamente elaborada, fue formulada durante el periodo de presidencia de Bachelet, es el plan nacional de salud bucal, el cual también fue construido de manera ciudadana. También se tienen establecidas metas que miden a los equipos en salud bucal, estas metas se relacionan con mantener la línea base de niños de 6 años libres de caries en cada jurisdicción (comuna), reconociendo el contexto y los DSS.

El contexto político actual de Chile demanda pensar un nuevo país, ese es un desafío que se tiene en este momento.



*Guatemala***Maira Hayde Ruano Estrada**

Ph.D. en Administración Pública y Políticas Públicas, Maestría en Productividad en Ciencias de la Salud, Posgrado en Gerencia de Clínicas y Hospitales, Especialista en Monitoreo y Evaluación de Políticas Públicas y Licenciatura en Nutrición

Universidad Galileo de Guatemala, Nutricionista

Resumen

Gestión en los Servicios de Salud Urbano y Rural

Con una extensión de 108 889 km² dividida en 22 departamentos, Guatemala es el país más poblado de América Central. Según Estimaciones hechas a partir del conteo del Censo de Población 2018, Guatemala tiene 14,901,286 de habitantes, una tasa de crecimiento intercensal entre el 2002 al 2019 de: 1.8%. La pobreza total aumentó de 51.2% en 2006 a 59.3% en 2014; mientras que la pobreza extrema, aumentó de 15.3% a 23.4% en el mismo período según datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) de 2014. Los datos de la encuesta nacional de Salud Materno Infantil 2014/15 muestran una acumulación epidemiológica debido a la creciente incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, identificadas tanto en áreas urbanas como rurales.

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público comprende, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el cual formalmente brinda atención alrededor del 70% de la población. El Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a menos de 17.45% de la población vinculada con el empleo formal. Finalmente, la Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos de 0.5% de la población. El 12% de los guatemaltecos recurre al sector privado en busca de atención a su salud. En este sector participan organizaciones de la sociedad civil (OSC) y/o religiosas que operan sin fines de lucro. También existe un poco significativo sector de seguros privados de salud. De acuerdo con estimaciones del MSPAS, las organizaciones no gubernamentales ofrecen cobertura a cerca de 18% de la población. Los seguros privados cubren a menos de 8% de la población, principalmente perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos.

Los recursos del MSPAS provienen de ingresos fiscales del Estado, de recursos externos en forma de asistencia, préstamos y donaciones internacionales. En 2008 el gobierno impulsó la gratuidad de los servicios en un escenario caracterizado por el déficit de insumos en los servicios hospitalarios y falta de presupuesto para el pago del recurso humano. El IGSS obtiene recursos de las cotizaciones de los asalariados afiliados, de los empleadores y del Estado. El sector privado, subdividido en lucrativo y no lucrativo, se financia en 86% con pagos de bolsillo. Sólo 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud a empresas de seguros. El Ministerio de Salud Pública en el año 2017 por medio de la publicación del Acuerdo Ministerial No. 152-2017: Define la Estrategia para el fortalecimiento de la gestión institucional y la atención en salud en el marco de redes integradas, para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades e incidir en los determinantes sociales de la salud, con enfoque de género e interculturalidad.



*Uruguay***Liliana Queijo**

Docente universitaria. Dipmomas ec. de la salud y diploma en sociodemografía

Resumen

Políticas públicas en salud bucal en Uruguay. La necesaria inclusión de la atención a la salud bucal en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

En la década de 1950 Uruguay pasó por gobiernos progresistas y con fuerte participación del estado; por esa misma época también se dieron importantes procesos de inmigración, principalmente de población europea, lo cual influyó en la instalación de formas de atención a la salud para resolver contingencias de las que no podía hacerse cargo la incipiente seguridad social, surgiendo así las asociaciones mutuales (conformadas principalmente por inmigrantes).

Posteriormente, el país pasó por gobiernos más conservadores y en los años 70 por una dictadura que duró 12 años. Luego siguieron gobiernos de corte neoliberal con los cuales, si bien se dio un crecimiento económico, no hubo una apropiada distribución. El rol de estado se vio cada vez más diluido y se dio una retracción importante del gasto público, afectando directamente al sector de la salud.

Así se fue llegando a la crisis del año 2002, con una situación compleja y un crecimiento exponencial de la pobreza y la indigencia. Con relación a la atención en salud, la población estaba dividida: los más pobres siendo atendidos en el sector público y el resto en las mutualistas. Esto se daría en un contexto en el que las mutualistas irían perdiendo su carácter solidario, pasando de una lógica en la cual el sano pagaba por el enfermo a una en la que el enfermo paga por su enfermedad y, por su parte, un sistema público, empobrecido por décadas, que debía seguir atendiendo a la población más pobre.

Todo esto hasta 2005, cuando llega al gobierno una coalición desarrollista, que genera un crecimiento económico sostenido y mejoras en la distribución. A partir de 2008 se concreta la reforma de la salud, creando el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que absorbió tanto al sector público como al privado. También se consolidó una guía que incluye las prestaciones del sistema, el PIAS (Plan Integral de Prestaciones), que es obligatorio para todos los servicios integrales que forman parte del sistema (públicos y privados).

La odontología prácticamente no está presente en el PIAS, solamente la atención de urgencias, extracciones, restauraciones en resina y algunas intervenciones quirúrgicas cuando la vida está en riesgo. La odontología no acompañó el proceso del SNIS, quedó por fuera.

En los últimos años se lograron algunas mejoras en la gestión y en la infraestructura, así como en la inclusión de acciones preventivas y de sectores desprotegidos de la población; sin embargo, no hay cambios sustanciales, no incrementó el número de recursos humanos, tampoco hay un reclamo de la población, quien se sabe por fuera de las posibilidades de asistencia en odontología y tampoco una sensibilidad por parte de la profesión con respecto a este tema, no hay una voz organizada en la profesión reclamando por estos espacios, ni siquiera desde la academia.

En el presente contexto de un gobierno que impone fuertes restricciones al gasto público y donde la odontología está en el discurso pero no en el presupuesto, el objetivo es continuar defendiendo los derechos conseguidos hasta ahora y lograr que la odontología pase a formar parte integral del PIAS.

Bolivia

Pablo Omar Peñaranda Davalos

Magister en Salud Publica, Especialista en Gestion de Calidad en Servicios de Salud, Especialista en Evaluación de Proyectos.

Servicio Departamental de Salud- Gobierno Autonomo Departamental de Santa Cruz-Bolivia

Resumen

Gestión de fortalecimiento de la integralidad de la atención en la red de servicios. La atención de los pacientes debe lograr un equilibrio de manejo multidisciplinar que gestione un alto nivel de salud para la población, para lograr dirigir este enfoque de atención, se requiere la voluntad y actitud de parte de los profesionales de manera que contribuyan coordinadamente el manejo de los pacientes con énfasis en la Calidad de la atención centrada en la persona. Esto se conoce como un manejo interdisciplinario o integral para lograr alcanzar una salud de la población, definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. El manejo odontológico de los pacientes con enfermedades sistémicas o crónicas suele ser complejo y requiere un abordaje integral, en la Red de Servicios, tiene que fortalecerse la relación entre la odontología y otras especialidades médicas y la disponibilidad de recursos que favorecen el diagnóstico y tratamiento, generando simbiosis en la atención. La solución a esta problemática se basa en el manejo específico e integral con personal especializado en cada una de sus condiciones, apoyándose en la historia clínica unificada y el uso apropiado de las interconsultas con especialistas.

Un ejemplo es la política implementada en muchas regiones como: “La valoración odontológica prequirúrgica en los hospitales permite prevenir complicaciones intraoperatorias y mejorar la calidad de vida de los pacientes”. En la práctica los modelos de atención no están centrados en los usuarios de los sistemas y en sus demandas, sino que se enfocan en la recuperación de la enfermedad, desde una mirada excesivamente medicalizada. En los sistemas de salud el poder reside al interior de los hospitales y los procesos de atención médica que están fragmentados al interior de los propios establecimientos y no integrados con otros niveles de atención, generando pérdida de continuidad y de calidad.

En Bolivia el ministerio de Salud, implementa acciones en el ámbito de la red de servicios, con la finalidad de fortalecer el sistema de salud, con la aplicación de los componentes de Atención Integral y continuidad de atención que facilitan el acceso a la atención, sin embargo, las acciones de continuidad e integralidad de atención no son suficientes, sobre todo cuando debe haber una interrelación entre los Servicios Odontológicos y Médicos, por lo cual el Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz-Bolivia, en el contexto de la situación de la atención, identificó las principales deficiencias en relación a la oferta integral de servicios de salud en el ámbito de la red. Se implementará un Plan de Acción, en coordinación con autoridades correspondientes, con el fin de mejorar la integralidad y continuidad de la atención, basado en la calidad de los servicios con énfasis en actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación como parte de una estrategia de fortalecimiento en la gestión de la atención.



13 de Noviembre de 2020

En este día del evento se discutió el eje de recursos humanos y formación en odontología.



<https://www.youtube.com/watch?v=PK5FJihr5LM>

Introducción

Mariana Gabriel

Vice Coordinadora Núcleo de Evidência Científica em Saúde Bucal- FOUSP

La educación, la formación profesional y el proceso de trabajo en salud bucodental sigue siendo un tema que requiere muchos estudios y discusiones.

EVIPnet: es una iniciativa reciente en 2005, cuando la OMS se dio cuenta de que las políticas están muy lejos de lo que sucedió en la academia y en la realidad. En los servicios diarios, se utilizó muy poca investigación. Y cuando se usa, no para dar forma a políticas, sino para justificar la toma de decisiones. Al darse cuenta de esto, la OMS implementó EVIPNet para disminuir esta brecha.



EVIP-Base de evidencia de salud oral

Recursos humanos: No hay salud sin HRH. Los objetivos relacionados con los RHS no son independientes, sino subordinados a las políticas de salud y servicios del país. Existe una infrautilización de estrategias eficaces de RHS.

En Brasil, todavía vemos un problema de diferencias salariales, incluso dentro del sistema de salud pública. A menudo, al no ser atractivos para los CD, trabajaban en el sistema público.

Esto tiene consecuencias, como problemas en la salud bucal, un alto índice de CPOD y la ineficiencia de los sistemas de salud. El más importante es la colaboración de varios actores. Cuando hay comunicación, hay una forma de tener esa comunicación y una mejor gestión.

Visite el sitio web del núcleo de evidências en salud bucal: <https://sites.usp.br/eviporalhealth/>



Peru

Carlos Francisco García Zavaleta

Universidad Peruana Cayetano Heredia / Odontólogo

Resumen

Reflexiones para el desarrollo de una Carrera Pública del Talento Humano por la Salud Bucal

Las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 aprobadas en la 27.a conferencia sanitaria panamericana, 59a sesión del comité regional desarrolladas en octubre del 2007, en consecuencia con el llamado a la Acción de Toronto, incluye como una de las metas, la creación de condiciones de trabajo dignas, saludables y estimulantes para los trabajadores sanitarios. En este sentido, una herramienta de política y gestión que puede contribuir a viabilizar dicha meta es la “Carrera Sanitaria”.

La Carrera Sanitaria constituye un medio para ordenar el accionar y la labor del talento humano en salud acorde a los requerimientos de los sistemas de salud e incorpora tres perspectivas: a) de los derechos de los trabajadores, b) las necesidades del usuario de los servicios de salud y c) los requerimientos institucionales de los entes prestadores de servicios de salud.

El desarrollo normativo legal, administrativo y la implementación de la Carrera Sanitaria en el sector público de los países de América Latina es diverso y heterogéneo. Estos procesos presentan dificultades de diversa índole que obedecen a los modelos de desarrollo que opta cada país, a las características de sus sistemas de salud e incluso al rol de los sistemas educativos formativos del talento humano en salud.

Es este marco de referencia resulta importante identificar y analizar las oportunidades, retos y desafíos que se presentan para los diversos grupos ocupacionales que participan del cuidado y la atención de las necesidades de salud bucal de la población (asistentes dentales, técnicos dentales, odontólogos) para su incorporación planificada en la carrera sanitaria pública del talento humano por la salud bucal en el Perú.



Brasil

Fernanda Campos Carrer

Faculdade de Odontologia USP – pós doutorado em Saúde Coletiva FOU SP

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar y analizar la distribución geográfica de los odontólogos, en el contexto global, a través de la evidencia científica disponible, destacando los siguientes aspectos: 1) los determinantes de la distribución geográfica de los odontólogos, 2) la intervención correctiva implementada, y 3) su seguimiento y evaluación. Se llevó a cabo una revisión del alcance de la literatura gris y publicada en bases de datos científicas y en sitios web relevantes. Utilizamos una adaptación de un marco de la Organización Mundial de la Salud para estudiar la distribución de los recursos humanos en salud para analizar las publicaciones seleccionadas.

Después de aplicar los criterios de elegibilidad, se incluyeron 53 publicaciones en la revisión; 10 relacionados con los determinantes de la distribución geográfica, 5 con las intervenciones implementadas y 38 con el proceso de seguimiento y evaluación. Se necesitan más estudios para identificar los determinantes locales de la distribución geográfica de los dentistas y definir estrategias de intervención adaptadas para hacerla más equitativa.



Resumen

Emergencia Educativa En La Formación/Educación En El Área De Salud Bucal

La pandemia de la enfermedad del coronavirus de 2019 (COVID-19) que actualmente afecta a más de 50 millones de personas en el mundo, ha planteado desafíos extremos a los sistemas de salud, la economía mundial y las instituciones educativas en todos los niveles. Como parte de las estrategias propuestas para contener la propagación incluyeron la necesidad de aplicar en un 100% la modalidad de educación virtual, hecho que hizo que se minimice el contagio, pero se agudicen las falencias educacionales. El traslado al entorno virtual de carreras que tienen una exigencia práctica como lo es la Odontología es un desafío que vienen atravesando distintas escuelas de formación en la región y en todo el mundo.

Si bien en un principio, la atención odontología se puso como una de las que envuelve mayor riesgo en esta pandemia, a hoy se sabe que con la aplicación de los protocolos recomendados por los organismos internacionales ha disminuido las posibilidades, en el contexto de la práctica privada. La enseñanza de esta carrera aún supone un esfuerzo superlativo, ya que la mayoría de las escuelas se han visto obligadas a analizar los cambios que supone la disminución de riesgos, cambios que incluyen la disminución de personas en una instancia que necesita estar muy bien ventilada, con el uso de equipamiento de protección individual exigido, acompañadas ambas aristas de la limpieza y desinfección aumentada en términos de frecuencia.

Las variables citadas no incluyen solo un entrenamiento de la comunidad educativa, sino también gastos considerables que no estaban presupuestados en las Universidades sin mencionar que la paralización de las actividades ha afectado el presupuesto de estas. Por otra parte, el llamado a la suspensión de tratamientos electivos ha supuesto un problema con el desarrollo de los cuadros de trabajos prácticos impartidos en la academia. Las consecuencias en la formación de odontólogos en grado y post grado serán evaluadas con el tiempo, y la emergencia educativa que supuso esta pandemia, de todas formas, están siendo resueltas con mucho esfuerzo. No sólo desde el punto de vista de la dificultad de desarrollar la atención clínica, sino de adecuar las estrategias de enseñanza en modo virtual y sobre este punto, también supuso la necesidad de un entrenamiento intensivo para el aprendizaje en ese entorno además del acceso a las herramientas necesarias como la conexión a internet, que de un día para otro significó la obligatoriedad tanto para docentes como estudiantes.

Por todo lo expuesto, se entiende que la pandemia ha obligado a las escuelas dentales en el mundo a reconsiderar todos los cambios e incorporarlos en el desarrollo de las competencias, implicó un retraso del año académico, pero el reordenamiento se está realizando para permitir la enseñanza de una Odontología actual y necesaria, pues también el retraso de las atenciones dentales hace que los casos se vuelvan más complejos y la salud bucodental es tan necesaria en su restablecimiento para la población.



*Haití***J R Ernst Joseph**

Facultad de Odontología de la Universidad Estatal de Haiti

Resumen

La necesidad de reforzar la enseñanza de la salud bucal en Haiti

La FO de la UEH existe desde hace 122 años. En su preocupación de modernización, la facultad de Odontología estatal se ha fijado ciertos objetivos. Uno de esos es contribuir al desarrollo de capacidades del personal docente, y de los futuros profesionales, con el fin de promover y reforzar la odontología comunitaria y brindar servicios de salud adecuados a la población. El curso de Odontología comunitaria teórico y práctico (promoción, educación, prevención). Los estudiantes hacen actividades extracurriculares compatibles con las encuestas de campo, y los diagnósticos comunitarios en zonas diferentes, según sus accesibilidades.

Cada área se ve afectar un grupo el cuál tiene como misión de preparar un proyecto relacionado con un problema identificado en el área. Otro impacto directo e interesante es el aspecto del trabajo en equipo, que hace que cada vez más jóvenes egresados se reúnan para poner en marcha proyectos de clínica de grupo, o para realizar actividades sociales (educación, clínica móvil) para apoyar a la comunidad. Al final de su ciclo de estudios, los nuevos egresados pasarán un año en trabajo social.

Durante éste período, se les permite un día, fuera del espacio clínico, para acercarse a la comunidad y promover la salud bucal. Siempre ha existido, y todavía existe, aquí en Haiti, un problema de integración de los odontólogos y servicios de odontología dentro del sistema de salud. Un enfoque que proponemos actualmente es que nuestros estudiantes se unan en proyectos comunes, con estudiantes de medicina en una capacitación en salud comunitaria que incluya conceptos de salud pública oral. De ésta manera, las nociones de equipos de salud multidisciplinarios podrían aplicarse en beneficio de la población. Por parte de las autoridades, un buen cabildeo sin duda podría mejorar su percepción de la salud bucal pública.

Por lo tanto, el dentista que estamos capacitando hoy, además de las habilidades fundamentales, tendrá que ser un líder real para influenciar, para participar en la dinámica de la comunidad con el fin de promover la SBD, influir la formulación de políticas, las organizaciones nacionales, los líderes locales y el público.



Nicaragua

Gonzalo Navarro Murillo

Maestría en Salud Pública, Fellowship en gestión de proyectos en innovación en salud, Maestría en Implantología Oral

Resumen

Retos y nuevos protocolos en la salud pública dental de Nicaragua tras el COVID-19

Actualmente Nicaragua es un país pequeño a nivel de Centro América con a penas 6.5 millones de habitantes. Contexto del país: Después de la llegada del Covid 19 la economía del país ha sufrido estragos increíbles, aumentaron la tasa del desempleo, dejando al país y al gremio más vulnerable.

Datos: Los datos estadísticos respecto a los casos reales del Covid son muy bajos en comparación a los que reflejan el observatorio de médicos de Nicaragua.

Consideraciones Finales: Se estima que con las nuevas medidas de seguridad y protocolos los dentistas puedan ejercer su profesión a un costo mayor del que se hacía antes por las nuevas reglas del Ministerio de Salud de nuestro país



20 de Noviembre de 2020

En este día se discutió las investigaciones científicas y la participación ciudadana en las políticas de salud bucal



<https://www.youtube.com/watch?v=r8ISDkBAWWE>

Introducción

Invitados Ciudadanos y Agentes Comunitarios

Dirigentes Comunitarios María Elena González y Juan Droguett Rojas-Chile:

Pertencen a un grupo de apoyo a adultos mayores, este grupo se llama Centro de Adulto Mayor y Autoayuda Estamos Contigo. Su propósito es ayudar a otros adultos mayores en situación de discapacidad, en soledad o que simplemente no tienen con quien conversar. Ofrecen ayuda con elementos como sillas de ruedas y bastones, entre otros. Adicionalmente, establecen articulaciones con otras organizaciones y programas como “Chile Cuida”, desde donde realizan visitas con enfermeras a las personas que lo necesitan.

En cuanto a salud bucal, la experiencia en esta organización ha mostrado que hay diversos problemas. Uno de ellos es que en la población general aún se tiene la idea de que es normal que un adulto mayor pierda sus dientes o descuide su boca. Así mismo, muchas veces se nota que algunas personas no saben cómo acceder a los servicios de salud a los cuales tienen derecho. Poco a poco se ha ido reconociendo y concientizando a la población sobre el hecho de que estos problemas están asociados con la higiene, con aspectos sociales como la interacción con otras personas (al momento de sonreír) y también con la dieta. Esto se ha estado fomentando desde la organización, reconociendo también la importancia de fomentar la salud bucal en la población joven. También se resaltan aspectos relacionados con la prevención de enfermedades y el autocuidado, incluyendo acciones enfocadas a conocer la boca, a identificar posibles heridas y procurar atención odontológica cuando corresponda.

Del mismo modo, se han utilizado herramientas digitales y articulaciones con universidades para apoyar a la comunidad que lo necesita. Ello incluye procesos de asesorías y capacitación en temas de higiene y salud bucal, cuyos conocimientos y aprendizajes son transmitidos a las demás personas, quienes han manifestado estar muy agradecidas con los beneficios recibidos. Visite el sitio web para conocer más: <https://sites.google.com/ug.uchile.cl/noscuidamosenfamiliafouch/personas-mayores>

Educadora Paulina Villarroel, de Fundación Tricahue, directora de JJI Tricahue, de Cerro Navia, Región Metropolitana-Chile

Esta es una organización sin fines de lucro, cuyas acciones se enmarcan en el programa “Chile Crece Contigo”, la cual es una coordinación intersectorial para la protección de la primera infancia. Las actividades de esta fundación se encuentran articuladas con el sector público y con las políticas públicas en salud, incluyendo las políticas en salud bucal.

¿Es posible hablar de niños/as y jóvenes, de su salud y de su educación, sin considerar dónde viven, con quienes viven, qué hacen, sus costumbres, su barrio, su ciudad y la vida que les rodea? ¿Es posible la salud como un estado que se mantenga en el tiempo sin la educación para la vida? La respuesta es no. Es necesario considerar todos estos aspectos desde la infancia, en los centros de educación inicial, entendiéndolos como lugares de encuentro, de participación entre adultos y niños en un entorno social y político.

Al momento de considerar al niño/a es necesario reconocer a su familia, a su comunidad y promover articulaciones entre estos. No obstante, se pueden presentar dificultades como la poca motivación de las familias en participar de los procesos de los niños/as, familias laboralmente exigidas (con tiempos escasos) y familias que no consideran necesario vincularse a dichos procesos. Frente a ello, la idea es buscar sensibilizar a estas familias sobre el hecho de que la educación es un asunto de todos y todas.

En este sentido, comunidad es vivir en integración, en el amor, en el apego, en redes comunales, en familias, entre vecinos, educadores, políticas públicas, leyes, ministerios y comunidad en general. Cuando se vive en comunidad se vive en integración, con la conciencia sistémica de que todos nos influimos entre sí y ello nos compromete entre nosotros; cuando se logra pertenecer a un lugar, esto nos lleva a hacer parte de una participación colaborativa. De esa forma, en la comunidad cada persona aportará algo y habrá una creación colectiva.

El proyecto Tricahue surge desde una dimensión comunitaria, se sueña con la comunidad, se construye, se sustenta y se proyecta con ella. La clave ha sido abrirse a la experiencia y confiar en que el trabajo comunitario es importante, confiar en que los talleres en familias hacen que la comunidad crezca junta, confiar en que las redes que permiten compartir saberes nos van haciendo mejores seres humanos.

La experiencia con la comisión mixta conformada por centros de educación y el CESFAM-centro de salud, en específico el Steeger- ha sido una alianza clave para avanzar en salud. Después de aproximadamente 30 años ha sido muy bonito ver como este trabajo articulado ha ido cambiando la historia de la salud oral de nuestros niños, mediante actividades como exámenes bucales, atención clínica de caries con tratamientos no invasivos, topicación de flúor, todas realizadas por odontólogos que van a los centros de educación inicial, dentro del programa Sembrado Sonrisas. Adicionalmente se cuenta con actividades de formación que hacen los odontólogos para prevención de caries, usando títeres, entrega de kits de higiene bucal (con crema y cepillos dentales). También se hacen talleres grupales sobre higiene bucal por parte de estudiantes de la Universidad de Chile, son espacios de aprendizaje con las familias y de crecimiento para todos.

Es tiempo de abrirse a la experiencia y confiar y trabajar juntos y juntas por los niños y niñas.



Silvia Beatriz Fuentes Navas

Dra en cirugía dental, Ministerio de Salud El Salvador MINSAL - Maestría en salud pública

Resumen

La situación de salud bucal en El Salvador se caracteriza por una alta prevalencia de patologías, siendo las más frecuentes, según los datos epidemiológicos registrados, la caries y la enfermedad periodontal.

En 2009 hubo un cambio de gobierno, lo cual trajo mudanzas en la ideología política del país después de 20 años. A partir de esto se dieron una serie de reformas en diferentes sectores, incluyendo una reforma al sistema de salud, que acogió como base la APS. Dicha reforma llegó a regular y a normalizar una gran cantidad de programas con los que ya contaba el ministerio de salud y la salud bucal no se quedó sin normativa. En este orden de ideas, se formuló una política de salud y dentro de ella, la estrategia 16 hace referencia a las acciones de promoción de la salud bucal, la prevención y atención de morbilidad estomatológica a nivel nacional, dentro del marco de APS. Actualmente se cuenta con normas y lineamientos para llevar a cabo y ejecutar las actividades en salud bucal.

La Política Nacional de Salud Bucal es una ley de la república, publicada en el diario oficial 69, tomo 396, del año 2012. Ésta regula la prestación y la provisión de servicios y atenciones odontológicas. Dentro de esta política hay un objetivo enfocado en la promoción de la salud, con el que se busca posicionar la salud del sistema estomatognático como componente fundamental de la salud integral de la persona a lo largo de todo el ciclo de vida. A su vez, la estrategia para desarrollar este objetivo es la IEC- Información, Educación y Comunicación- en salud bucal y la línea de acción de esta estrategia es la formulación de un plan IEC en salud bucal con participación intersectorial, estableciendo alianzas con apoyo financiero. La estrategia IEC es fundamental para la información y transmisión de conocimiento, promoviendo la sensibilización y movilización hacia el cambio de comportamiento, procurando estilos de vida más saludables. Todas estas acciones son monitoreadas y evaluadas.

Dentro de las técnicas educativas desarrollados en lo servicios odontológicos están: 1) Las Técnicas educativas participativas individuales: Entrevista, consejería, demostración, telefonema educativo y observación, todas normadas y reguladas, con lineamientos que dicen cómo deben desarrollarse, en qué ambientes y cómo deben reportarse; y 2) Las Técnicas educativas participativas grupales: Talleres, sesiones educativas, charlas, discusiones grupales, cinefórum, estudios de casos, teatro, visitas domiciliarias y demostraciones.

En septiembre se celebró el mes de la salud bucal y las acciones desarrolladas debieron ser ajustadas por causa de la actual pandemia por COVID-19. Se usaron herramientas tecnológicas para promoción de la salud como Whats App, compartiendo información en salud bucal por medio de los promotores de salud; Slidego, Iconfinder y Freepik, entre otros. En El Salvador se cuenta con apoyo del consejo nacional de ciencia y tecnología y algunos odontólogos en iniciativas para capacitarse en el uso de estas tecnologías.



Resumen

Incidencia y mortalidad de cáncer oral y orofaríngeo: Costa Rica es una paradoja internacional? La posición socioeconómica baja (SEP) se ha asociado con una mayor incidencia y mortalidad de cáncer oral y orofaríngeo (COO) en la gran mayoría de países con datos disponibles. Los orígenes de las inequidades en salud del cáncer son socioeconómicos, aunque pueden variar según el tiempo y los países.

Sin embargo, la evidencia de los países de ingresos bajos y medios, sigue siendo escasa. Para estudiar la incidencia, se utilizó el Registro Nacional de Tumores de Costa Rica, completo al 100%. Se incluyeron todos los casos diagnosticados entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2015, teniendo una muestra final de 2,798,517 individuos y 601 casos de COO. La mortalidad se extrajo del Registro Nacional de Defunciones del 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2018, incluidas 2,739,733 personas para 586 muertes por COO. El Censo de 2011 (que incluye al 94% de los habitantes de Costa Rica) se utilizó para caracterizar la urbanidad y la riqueza de los 477 distritos del país. El objetivo de este estudio fue identificar y describir las inequidades socioeconómicas en la incidencia y mortalidad de COO en Costa Rica. La hipótesis fue que el COO mostraría un gradiente social negativo, donde las personas de los distritos más desfavorecidos presentarían una mayor incidencia y mortalidad de COO en comparación con los que viven en los distritos más favorecidos. El estudio encontró que las personas que viven en las áreas más desfavorecidas socioeconómicamente tienen menos probabilidades de desarrollar COO en comparación con los distritos más ricos. Se encontró el mismo patrón para la mortalidad, sin embargo, no fue significativo.

Además, vivir en áreas urbanas o rurales (más aisladas) no cambia la incidencia ni la mortalidad de COO. Estos hallazgos están en contradicción de la literatura internacional existente, sin embargo, confirma los hallazgos de estudios nacionales previos.



Natalia Odeth Santos Madrigal

Cirujana Dentista. Universidad Nacional Autónoma de México. facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Investigadora. - Maestra en Medicina Social. Candidata a doctora en Ciencias en Salud Colectiva.

Resumen

México es un país con duras y marcadas desigualdades en las condiciones de vida y salud de su población. Como formación social contiene una cantidad importante de capas, grupos y colectivos que viven desigualdades e inequidades frente a los grupos minoritarios que viven en opulencia. Con 127 millones de mexicanos (INEGI 2020), el adueñamiento del país está representado por la alta concentración de ingresos y bienes nacionales en el 1% de la población. México se mantiene en un capitalismo dependiente, con un patrón de acumulación neoliberal, un nuevo gobierno que intenta redistribuir los ingresos a través del asistencialismo, una estructura plagada de corrupción y una complicada configuración de intereses partidarios y fuerzas político-económicas. Todo esto, dentro de una crisis política, social, económica y sanitaria permanente, que sin duda se recrudece en la pandemia de la Covid-19.

Sistema de salud en México

El sector público desarrolla una heterogénea red nacional de servicios, los cuales incorporan gradualmente a la población a la atención médica. Sin embargo, desde 1982 la primacía de la ruta de subordinación global neoliberal a la que se adscriben los sucesivos gobiernos, impulsa el desmantelamiento de las instituciones públicas y fortalece una visión minimalista de derecho a la protección de la salud, mientras promueve activamente la conformación de mercados de servicios médicos. (López-Arellano & Blanco-Gil 2001). El sistema de salud mexicano, como también se ha evidenciado incluso por el análisis del actual gobierno, es un sistema “descentralizado, fragmentado, segmentado, insuficiente, ineficiente y depauperado”, donde 20 millones de mexicanos carecen de cobertura (Bellamy, 2020).

Políticas Públicas en Salud Bucal.

En este contexto desigual se presenta la problemática de la salud bucal, que se intensifica con las políticas públicas ineficientes. A pesar de las evidencias importantes que deja la investigación social en salud, las políticas públicas siguen basándose en el estudio de factores de riesgo y prevención individual, haciendo evidente la ausencia de conocimiento sobre las condiciones de vida de los colectivos, y particularmente de la salud bucal. Como consecuencia de esta falta de rigurosidad en el análisis, se ignora el papel tan importante que juegan las determinaciones sociales en la formulación, implementación y evaluación de la Política Nacional en Salud Bucal. Las falencias en el conocimiento de las necesidades en salud bucal de las poblaciones. La focalización que se implementó para el Sistema Nacional de Salud hacia la atención de la pandemia desplazó a las otras necesidades de salud y con ello a las odontológicas. La práctica odontológica pública y privada no fue considerada como un servicio esencial para la atención de la pandemia. Lo mismo pasó con el Programa Nacional de Salud Bucal, de perfil preventivo, por lo que la atención odontológica quedó restringida exclusivamente a urgencias y tele-llamadas. La imposibilidad del sistema público de incluir las medidas de protección para el personal de salud están retrasando la apertura de la atención odontológica. Los elevados costos para cumplir con las medidas de bioseguridad se reflejan en los costos de atención para los pacientes y existe un miedo subrepticio al contagio que, en el imaginario social, significa la muerte. Al cerrarse la única vía resolutoria que es la clínica, se postergan los múltiples problemas de atención, quedando insatisfechas las necesidades de salud bucal, lo cual produce todavía más desigualdades.

Rafael Antonio Malagón Oviedo

Universidad Nacional de Colombia/ Odontólogo - Doctor en Salud Pública

Resumen

Políticas públicas en salud bucal, inequidades, crisis de los servicios y de la práctica profesional en Colombia

La difícil situación sanitaria, social, económica, cultural y ambiental que afronta la sociedad colombiana con motivo de la pandemia por la COVID 19, ha mostrado con mayor rigor la crisis sistémica que desde hace casi tres décadas viene experimentando el campo social de la odontología en el país.

Miles de colombianos y colombianas de todas las edades, pero especialmente quienes no tienen capacidad de pago han visto limitado o postergado indefinidamente el goce pleno del derecho a la salud consagrado como derecho fundamental en la Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud. El Sistema de Salud Colombiano inició en el año 93, con la Ley 100, la consolidación de un diseño institucional organizado bajo la lógica de un mercado regulado de seguros. Profundos procesos de fragmentación al interior del sistema han sido evidenciados y crecientes inequidades se han documentado durante este periodo. Se registra también un continuo deterioro de las condiciones de trabajo, del empleo y de la calidad de vida de cientos de trabajadores/as del sector salud.

En este contexto político e institucional la situación de la salud bucal presenta graves retrocesos y una polarización epidemiológica preocupante que afecta principalmente a sectores históricamente excluidos en las áreas rurales, desempleados y personas en condiciones laborales precarias que, para el caso, constituyen las mayorías en el país. Estudios han señalado, además, que pese a extenderse ampliamente el aseguramiento, el acceso efectivo a los servicios de salud se ha visto deteriorado por las crecientes barreras que impone la lógica del aseguramiento (barreras administrativas, geográficas, sociales, etc).

Un estudio sobre equidad en el acceso a servicios de salud oral en el país realizado en 2011 en Bogotá mostraba ya grandes inequidades que afectaban a los niños/niñas de familias con peores capacidades económicas, sociales y culturales y a los niños/niñas de más edad, pero además, datos del observatorio de salud del Distrito Capital señalan que entre el 2013 y el 2019, la cobertura de consulta odontológica de primera vez en la ciudad era baja y fluctuaba entre 8,9% en el año 2013 y 10,0% en el año 2019, entre tanto, actividades como la aplicación de sellantes en niños y niñas se ha mantenido igualmente en niveles preocupantes durante el periodo oscilando entre el 1,7% en el 2013 y el 2,8% en 2019 (Saludata, 2020).

El IV Estudio Nacional de Salud Bucal (2014) también dio muestras de la grave situación de deterioro del derecho a la salud oral, grandes brechas entre las áreas urbanas y rurales, en términos de carga de enfermedad oral y atención de la enfermedad fueron también documentadas en todas las regiones del país.

El deterioro creciente de salud bucal de la población, la negación del derecho a la salud y la precarización de las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud oral señalan una crisis sistémica que debe ser respondida desde las agencias colectivas de la sociedad civil y la academia.



OBSERVATÓRIO IBEROAMERICANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD BUCAL

