

Puia, Sebastián; Rodríguez, Pablo; Squassi, Aldo. (mayo de 2011). *Prácticas odontológicas solidarias en poblaciones vulnerable*. En: Encrucijadas, no. 51. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubu.sisbi.uba.ar>>

ATENCIÓN SANITARIA BUCODENTAL

## Prácticas odontológicas solidarias en poblaciones vulnerables

Por:

[1] Sebastián Puia,

[2] Pablo Rodríguez,

[3] Aldo Squassi

[1] Subsecretario de Acción Comunitaria y Voluntariado. Secretaria de Extensión UBA.

[2] Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial UBA.

[3] Docente Catedra de Cirugía y Traumatología B. M. F. II. Facultad de Odontología UBA.

En muchos países en desarrollo, el acceso a la atención sanitaria bucodental es limitado. El Programa Integral de Acción Comunitaria en Barrios Vulnerables del que participa la Facultad de Odontología de la UBA fue diseñado especialmente para atender a las poblaciones en situación de vulnerabilidad del área metropolitana. En las Prácticas Odontológicas Solidarias se aplica un modelo de abordaje integral de la odontología con atención en la prevención y el tratamiento de patologías bucales prevalentes en poblaciones con carencias materiales.

La pobreza es un concepto multidimensional. Se focaliza sobre varios aspectos de la privación que exceden lo económico, tales como la imposibilidad de empoderamiento para ejercicio de sus derechos, la inseguridad frente a los problemas, la pérdida de oportunidades, la reducción de aportes alimenticios, el pobre acceso a la educación, el deficiente estado de salud y el escaso acceso a los cuidados sanitarios.

La pobreza es una construcción social que no puede reducirse únicamente a aspectos cuantitativos. El índice de pobreza humana (Human Poverty Index) fue propuesto inicialmente por Anand and Sen (1996), y puede ser visto como una expresión sintética de las dimensiones no económicas de la pobreza. Se han empleado diferentes perspectivas para medirla, tales como una aproximación biológica (Rein, 1971), la inequidad (Sen, 1992) y la perspectiva absoluta o relativa de la deprivación (Wedderburn, 1974, Townsend, 1971; Orshansky, 1969).

Para su vinculación con la salud existen problemas de identificación (.quien es pobre?) y problema de agregación (.cual es el grado de pobreza?) que dificultan la separación entre pobres y no pobres. Su arbitrariedad se refleja en la enorme variabilidad registrada entre países e, inclusive, en la dificultad para medir las heterogeneidades existentes entre grupos identificados como pobres. (Sen, 1992, Gasparini et al 2009).

### Pobreza y componente bucodental de la salud

No se intenta ni es el objetivo de este análisis la derivación de indicadores únicos capaces de sintetizar la información específica. Se interrogara a la practica odontológica acerca

de la magnitud de los problemas prevalentes y de las intervenciones que dan cuenta del papel social y cívico de la Universidad de Buenos Aires para encarar las desigualdades que se evidencian en el estado de salud bucodental entre los grupos con diferente nivel de vulnerabilidad.

### **La caries dental como enfermedad trazadora**

Squassi et al analizaron variables vinculadas con la pobreza y su relación con la salud bucodental de niños preescolares y escolares residentes en áreas suburbanas de Buenos Aires.

Allí hallaron problemas significativamente mayores en el grupo vulnerable, y que el mayor número de niños con alto riesgo y actividad cariogénica se registro en los vecindarios con mas alto riesgo social. Esta relación fue demostrada en países subdesarrollados así como en grupos vulnerables de países desarrollados y con diferentes sistemas de salud (Jones et al. ,1997; Vargas et al. ,1998, Naimar, 1998; Sweeney and Gelbier, 1999; Tickle, 1999; Kuriakose and Joseph, 1999, Prendergast et al. (1997).

### **Las enfermedades gingivoperiodontales**

Un estudio epidemiológico nacional para el diagnóstico de la necesidad de tratamiento periodontal en adultos de la República Argentina analizo una muestra de 3.694 pacientes empleando un índice de necesidad de tratamiento periodontal (OMS, 1997). Los resultados revelaron que un 14,3 % presentaban por lo menos un sextante con bolsas periodontales de 5,5 mm o mas (Valor 4), y solo un 3.2% en estado de salud. Los resultados observados en las investigaciones a nivel mundial indican una relación próxima entre la enfermedad periodontal y el nivel socioeconómico. Así, los individuos con condiciones socioeconómicas mas difíciles presentan la enfermedad periodontal mas grave (Ortiz, 2000; Menezes et al, 2001; Susin et al, 2004 Borges-Yanes et al, 2006; Lopez et al, 2006). Es probable que, cuanto peor sea la condición socioeconómica y mas difícil el acceso a los servicios de la salud general y odontológica, peor sera la condición periodontal.

### **Acerca de intervenciones para abordar los problemas bucodentales vinculados con la pobreza**

En muchos países en desarrollo, el acceso a la atención sanitaria bucodental es limitado, y a menudo las piezas dentarias no se tratan o son extraídas. El Programa Mundial de Salud Bucodental de la OMS, además de abordar factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo, entre otros, se ocupa también de los principales determinantes socioculturales como los múltiples ejes de la pobreza.

### **Construyendo la visión de la FOU BA en la investigación, la docencia y la extensión**

La FOUBA define su visión encarando actividades tendientes a la construcción de un escenario tendiente a la equidad, y lo hace con estas propuestas.

**1.** La fluorización de las aguas de consumo o de la sal común y el empleo de pastas dentales fluoradas en concentraciones adecuadas administradas a partir de los dos años son las medidas mas equitativas y eficientes para el control de la caries dental para todas los grupos priorizados. La FOUBA ha emitido posición al respecto en su publicación oficial (Piovano y col, 2009).

**2.** En el grupo de embarazadas, la evidencia informa (Bordoni 2010) la necesidad de instalar un proceso deliberativo mediante la ejecución de reuniones de consenso para abogar por la incorporación en el examen prenatal del diagnóstico y control de resolución

de problemas asociados con el biofilm de placa, como requisito a la internación, por la incorporación del algoritmo consensuado en los currículos académicos de grado y posgrado, en los programas de atención prenatal y en los nomencladores que regulan la prestación de servicios.

**3.** En el grupo de infantes propone el desarrollo de reuniones de consenso entre universidades autoridades políticas, ONGs, medios de comunicación, agencias internacionales (UNICEF, OPS/OMS), instituciones profesionales, obras sociales, organizaciones de prepago para: (a) la incorporación de exámenes para el diagnóstico y control de resolución de problemas precoces vinculados con hábitos y distribución de guías de buenas practicas hogareñas, (b) la incorporación de los algoritmos/ protocolos consensuados en los currículos académicos, en los programas materno-infantiles y en los nomencladores que regulan la prestación de servicios.

**4.** Con referencia a los niños/as preescolares aconseja el desarrollo de reuniones de consenso entre universidades, la comunidad educativa, las autoridades políticas, obras sociales, organizaciones de prepago e instituciones profesionales para: (a) la incorporación de exámenes para el diagnóstico y control de la resolución de problemas precoces vinculados con hábitos, la distribución de guías de buenas practicas escolares, el diseño, la ejecución y la evaluación de programas en preescolares, (b) la incorporación de los algoritmos protocolos preventivos consensuados en los currículos académicos, en los programas que desarrollan las organizaciones educativas y de salud, y en los nomencladores que regulan la prestación de servicios.

**5.** La institución escolar, en tanto actor relevante, debería convocar para universalizar acciones tendientes a mejorar el estado bucodental de los/as escolares mediante el desarrollo de reuniones de consenso con las universidades, las autoridades políticas, las obras sociales, las organizaciones de prepago y las instituciones profesionales con el propósito de concretar: (a) la incorporación de exámenes para el diagnóstico y el control de la resolución de problemas precoces vinculados con hábitos, difundir guías de buenas practicas escolares, y diseñar, ejecutar y evaluar programas preventivos escolares, así como la incorporación de los algoritmos protocolos preventivos consensuados en los currículos académicos, en los programas que desarrollan las organizaciones educativas y de salud y en los nomencladores que regulan la prestación de servicios.

**6.** La evidencia informa acerca de las normas para mejorar el estado bucodental de los/as adolescentes mediante el desarrollo de reuniones de consenso a efectos de: (a) la incorporación de exámenes de diagnóstico y control de la resolución de problemas vinculados con hábitos, traumatismos, ETS y otros. Y (b) la incorporación de los algoritmos protocolos pertinentes en los currículos académicos, en los programas que desarrollan las organizaciones educativas y de salud, y en los nomencladores que regulan la prestación de servicios.

**7.** La evidencia informa acerca de las normas para mejorar el estado bucodental de los/as adultos y ancianos estableciendo la necesidad de recuperar las oportunidades perdidas para(a) la incorporación de exámenes de diagnóstico y control de la resolución de problemas vinculados con hábitos, traumatismos, ETS y lesiones premalignas y malignas de la mucosa, y (b) la incorporación de los algoritmos protocolos consensuados en los currículos académicos, en los programas que desarrollan las organizaciones de salud y en los nomencladores que regulan la prestación de servicios.

**8.** Para mejorar el estado bucodental de personas con compromiso medico, la evidencia

recomienda el desarrollo de reuniones de consenso a efectos de lograr: (a) la incorporación de exámenes para el diagnóstico y control de la resolución de problemas bucales prevalentes y específicos, (b) la incorporación sistemática de la atención preventiva en pacientes hospitalizados y (c) la incorporación de los algoritmos/ protocolos preventivos consensuados en los currículos académicos, en los programas que desarrollan las organizaciones educativas y de salud y en los nomencladores que regulan la prestación de servicios.

La FOUBA optimiza paulatinamente en cantidad y calidad las intervenciones mediante: (a) la optimización en recursos físicos ambulatorios donde se aplican planes de tratamiento de 1 y 2o. Nivel de atención con calidad similar a las intramurales, y (b) la ampliación de nuevas sedes y el mejoramiento de las tradicionales para profundizar la práctica social curricular iniciada en 1985. Esta activa la atención en el Centro de Madres de Cildanez, la Asociación Civil Nuestra Señora de Fátima, escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ("Fray Mamerto Esquiú", "Miguel de Azcuénaga", etc), centros de salud y hospitales públicos dependientes de GCABA, y de las Municipalidades de Avellaneda, San Fernando y Tigre, integrando la red universidad-servicios del sistema de salud donde se triangula la propuesta de articulación entre investigación, docencia y extensión.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires ha definido como misión la formación de profesionales capaces de adaptarse a los cambios rápidos de los tiempos, con competencia para aplicar al máximo sus posibilidades en la generación y transferencia de conocimientos, generando nuevos tipos de vínculos con la sociedad.

En tal sentido se interroga acerca de las formas de interpretación de los problemas de la salud y de la práctica odontológica para poder sustentar las tomas de decisiones adecuadas en los procesos de gestión de la salud bucal de tal manera que se garantice la coherencia teórica, metodológica y técnica, y se generen modos de acción más eficaces con impacto sobre la calidad de vida de la gente.

Esta propuesta pretende que los protocolos diseñados y validados destinados a la atención individual centrados en personas sanas o con alta vulnerabilidad, así como los programas escolares, materno-infantiles, programas para pacientes con discapacidad, con riesgo médico, prevención del cáncer bucal, programas de atención familiar, rurales, para grupos con vulnerabilidad sean puestos en común con otros actores y alcancen impacto social.