

**REPÚBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
ÁREA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN  
ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL  
A LA POBLACIÓN**

**Ciudad de la Habana, CUBA  
febrero de 2002**

## **AUTORES**

Dra. Maritza de la Caridad Sosa Rosales. MsC  
Dra. Rosa María González Ramos. MsC  
Dra. Emma Gil Ojeda

## **COLABORADORES:**

Dr. Armando Mojáiber de la Peña  
Dra. Geisa María Choi Martínez  
Dr. Francisco Villar Sánchez  
Dra. Mayra Romaguera  
Dr. Angel Rodríguez  
Dr. Diego Serpa  
Dr. Mario García Córdova  
Dr. Sergio Eduardo Sardiñas Alayón  
Dr. José Rolando Alcolea  
Dr. Arnaldo Alonso  
Dra. Estrella Rivacoba  
Dra. Ana María Pérez  
Dr. Raudel Vargas  
Dr. José Enrique Gómez  
Dra. Gladys Urizarri  
Dr. Edgardo Tamayo  
Dr. Iván Colas  
Dr. Rainier Benito Fernández de Lara  
Dra. Mirka Duque  
Dr. Luis Frometa  
Dra. Miriam Machado  
Dr. Lázaro Fonseca  
Dr. Oriol Morales

## **INTRODUCCION**

El estado y gobierno cubano a través de la Constitución de la República, en su Capítulo VII, Artículo 50, y su Ley 41, garantiza la Salud a toda la población, teniendo como premisa que la "salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del estado", siendo el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el responsable de ejecutarla en su red de servicios organizados en un Sistema de Salud, que tiene como características el ser único, integral y regionalizado. (1)

Se define entonces como la Misión del MINSAP: "es el Organismo Rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la Política del Estado y del Gobierno en cuanto a la Salud Pública y el desarrollo de las Ciencias Médicas.

La atención se garantiza en una red de Servicios integrada por Hospitales, Policlínicos, Clínicas y Servicios de Estomatología, Hogares Maternos, Hogares de Ancianos y Bancos de Sangre. Además dispone de una red de Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología; Institutos de Ciencias Médicas y Facultades y otras unidades.

Es en esta red donde se integran las funciones básicas del SNS: la asistencia, la docencia y la investigación, a través de Programas y Estrategias, siendo una de ellas la Estomatología, y organizados en una Carpeta Metodológica desde el año 1996, la que se analiza, actualiza y aplica cada año con la participación de los principales dirigentes de todo el Sistema, especialmente de su nivel municipal, por ser su objetivo fundamental el Fortalecimiento del Municipio.

### ***Estrategia Estomatología:***

Como parte indisoluble del SNS y de su visión se encuentra la Estrategia Estomatología la cual ha alcanzado metas de salud bucal comparables a los países más desarrollados y recursos humanos con una alta preparación científica, la que es reconocida internacionalmente.

La Salud Bucal de la población es garantizada por una red de unidades que conforman el subsistema de atención estomatológica, las cuales son: Clínicas Estomatológicas, Departamentos en Policlínicos y Hospitales (Clínico Quirúrgicos, Pediátricos, Generales) y Servicios en Centros Escolares, Laborales y otros.

Con la introducción del Modelo de Atención Primaria del "Médico y Enfermera de la Familia" en el SNS, se desarrolla la Atención Estomatológica Integral y se vincula el Estomatólogo y el Médico de Familia en un equipo de salud responsabilizado con la atención de una población delimitada en un área geográfica, ejecutando acciones de Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación. Estas acciones se integran en un Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral.

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral tiene como finalidad, agrupar las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos, dirigidas a mantener al hombre sano. Este programa garantiza la sistematicidad, uniformidad e integralidad en la ejecución de las acciones de salud bucal y tiene como propósito incrementar y perfeccionar la atención estomatológica, interrelacionando todos los elementos del sistema y la comunidad, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal, calidad y satisfacción de población y prestadores, en correspondencia con las necesidades de salud de la población.

## **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION**

El primer programa básico de atención estomatológica se elaboró en 1973, al confeccionarse el documento denominado "Los Programas Básicos del Área de Salud" (Libro Rojo). En el año 1979 se instituyó el modelo de atención de la "Estomatología en la Comunidad", que establecía un cambio conceptual en la prestación de los servicios, pero manteniendo vigente el programa básico antes citado. En agosto de 1984 es aprobado el Programa de Atención Estomatológica a la Población Menor de 15 años y en septiembre de ese propio año, el Programa de Atención

Estomatológica a la Población con Retraso Mental, en tanto que en el año 1986 se aprueban los Programas de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal y el de Atención Estomatológica al Adulto.

Con la introducción del modelo de atención primaria del "Médico de la Familia" en el Sistema Nacional de Salud, se hace necesario desarrollar la atención estomatológica general integral como método y la vinculación del estomatólogo con el médico de la familia, como forma, lo que determina una nueva actualización e integración de los programas de atención estomatológica, de manera que sirva de instrumento de trabajo para lograr los objetivos del modelo de atención primaria, incluidos en el Programa Unico Nacional de Atención Primaria de Salud, por lo que se comienza a aplicar en el año 1992 el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población.

Pasados 10 años de aplicado el Programa se hace necesaria su revisión y reformulación de manera tal que se de respuesta a los requerimientos actuales de la organización del Sistema Nacional de Salud, sustentado en la aplicación de la Carpeta Metodológica y teniendo como premisa el Fortalecimiento del Municipio y la Proyección Comunitaria de la Atención, así como el desarrollo de la especialidad de Estomatología General Integral.

Para garantizar una integralidad en el Sector Salud en lo referente a la atención estomatológica se necesita de un Programa con un enfoque clínico – epidemiológico y social, que de respuesta a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad, identificados en el Análisis de la Situación de Salud Bucal, con énfasis en la atención primaria, por lo cual resulta importante que las acciones queden incluidas en el PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL.

## **PROPÓSITO**

Incrementar y perfeccionar la atención estomatológica a través de acciones integrales de Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación, sobre los individuos, la familia, la comunidad y el ambiente; sustentada en una participación comunitaria y en la intersectorialidad, así como vinculados con todos los elementos del sistema, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal, elevar la calidad de la atención y la satisfacción de población y prestadores, en correspondencia con las necesidades de salud bucal identificadas en el Análisis de la Situación de Salud.

## **OBJETIVOS.**

1. Vincular al estomatólogo con el equipo básico de salud para garantizar la atención estomatológica primaria en la comunidad.
2. Incrementar la población sana mediante acciones de Promoción de la Salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención.
3. Disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención.
4. Realizar acciones de Curación en todos los niveles de atención.
5. Desarrollar acciones de Rehabilitación en todos los niveles de atención.
6. Garantizar la calidad de la atención estomatológica integral que se brinda en los servicios estomatológicos.
7. Disminuir la morbimortalidad por cáncer bucal.
8. Brindar atención estomatológica integral a la población con discapacidad y retraso mental.
9. Brindar los servicios de urgencia en estomatología.
10. Desarrollar investigaciones que respondan a problemas principales de la Estrategia Estomatología relacionados con el Programa Ramal de Calidad de Vida.
11. Ampliar el perfil y promover el perfeccionamiento de los estomatólogos, técnicos y personal que labora en las instituciones del Sistema Nacional de Salud relacionadas con el programa.

## LIMITES

### De espacio

Este programa será aplicado en todas las instituciones del Sistema Unico Nacional de Salud con atención estomatológica.

### De tiempo

El programa comenzará a aplicarse a partir del año 2002.

## UNIVERSO

### Edades

- 0 - 4 años
- 5 - 11 años
- 12 - 18 años
- 19 - 34 años
- 35 - 59 años
- 60 y + años

### Grupos de población

- Niños y adolescentes de 0 - 18 años
- Mujeres embarazadas
- Madres con niños menores de 1 año
- Adulto joven
- Retrasados mentales
- Población geriátrica
- Enfermos crónicos

## INSTITUCIONES

- Clínicas Estomatológicas
- Policlínicos
- Hospitales (clínico- quirúrgicos, Pediátricos generales, municipales y rurales)
- Servicios en centros escolares
- Servicios en centros laborales
- Servicios en Hogares de Ancianos e Impedidos
- Servicios en instituciones sociales
- Otros servicios.

## ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

### **A Nivel Nacional:**

- El Ministro de Salud Pública será el máximo responsable de la implementación y desarrollo de este Programa.
- La Viceministra a cargo de la Asistencia Médica y Social por intermedio de la Dirección Nacional de Estomatología, será el responsable de este Programa y establecerá las coordinaciones necesarias con otras direcciones y organismos participantes para su integración programática.
- La Viceministra a cargo de la Docencia e Investigaciones, a través de la Escuela Nacional de Salud Pública, será la responsable de la capacitación de los decisores y actores que participen en el proceso de implementación del Programa y de las investigaciones de sistemas y servicios de salud que se determine.
- La Dirección Nacional de Estomatología establecerá los controles y evaluaciones de los objetivos y actividades del Programa, según se expone más adelante.

### **A Nivel provincial:**

- Los Directores Provinciales de Salud de cada territorio, a través de los Jefes de los Departamentos de Estomatología, serán los máximos responsables de la implementación, control y evaluación del presente Programa; disponiendo de forma organizada los recursos humanos y materiales necesarios para ello.
- Los Vicedirectores de Asistencia Médica realizarán todas las coordinaciones sectoriales y extrasectoriales requeridas para la aplicación del Programa.
- Los Decanos de las Facultades de Medicina y Estomatología, a través de sus Departamentos de Salud, y bajo la rectoría metodológica de la Cátedra de Estomatología de la ENSP, serán los responsables de la capacitación de los actores en cada uno de los territorios para garantizar la implementación del Programa.

#### **A Nivel Municipal:**

- El Director Municipal será el máximo responsable de la implementación del Programa, a través de su Asesor Municipal, el que controlará y evaluará la actividad.
- El Vicedirector de Asistencia Médica, realizará todas las coordinaciones sectoriales y extrasectoriales requeridas para la implementación del Programa.

#### **A Nivel de Unidad:**

- Los Directores de las Unidades ejecutoras serán los responsables, junto a su Consejo de Dirección, ejecutar y evaluar la implementación y desarrollo del Programa, lo que plasmará en su Plan Director.

### **ACTIVIDADES**

**Objetivo No.1** Vincular al estomatólogo con el equipo básico de salud para garantizar la Atención Estomatológica Primaria en la Comunidad.

- 1.1- Coordinar y concertar con los médicos y las enfermeras de la familia y el grupo básico de trabajo las acciones a realizar sobre los individuos, la familia, la comunidad y el ambiente, a partir de los resultados del Análisis de la Situación de Salud ejecutado por ambos y teniendo como premisa lo establecido en la Carpeta Metodológica.
- 1.2- Realizar el Análisis de la Situación de Salud de conjunto con los Médicos de Familia.
- 1.3- Aplicar el Sistema de Vigilancia de Salud Bucal

**Objetivo No.2.** Incrementar la población sana mediante acciones de promoción de la salud sobre el individuo, la familia y la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención.

- 2.1- Brindar educación para la salud de forma individual a las personas, durante cada una de sus visitas al estomatólogo general y especialista.
- 2.2- Brindar educación para la salud a las personas y a las familias durante las visitas a los hogares, de acuerdo a las características de los individuos, la familia y su entorno.
- 2.3- Brindar educación para la salud a las personas y a los colectivos durante las visitas a los centros escolares, laborales y sociales, de acuerdo a las características de los individuos, el colectivo y su entorno.
- 2.4- Realizar Proyección Comunitaria en el proceso de promoción de salud por parte de los estomatólogos generales y especialistas y técnicos de atención estomatológica, con una amplia participación comunitaria y multidisciplinaria.
- 2.5- Desarrollar las Consejerías de Salud Bucal como concepto para la ejecución de Promoción de Salud dentro y fuera de las instituciones, con participación de todos los trabajadores de las mismas y la propia comunidad.
- 2.6- Desarrollar JUVEDENTI para la atención de los adolescentes, apropiándose de las posibilidades y potencialidades de las comunidades y dando respuesta a las necesidades de estos grupos.
- 2.7- Aplicar lo establecido en los Programas de Promoción de Salud Bucal de niños de 5 a 11 años, Adolescentes y Adulto Mayor respectivamente.
- 2.8- Participar y desarrollar los movimientos de Municipios Saludables y sus modalidades.
- 2.9- Utilizar las técnicas afectivo participativas, la creatividad y otros medios de educación, comunicación e información, en el proceso de promoción de salud, sustentado en la participación comunitaria, la intersectorialidad y el Análisis de la Situación de Salud.
- 2.10- Cumplir lo establecido en las guías prácticas clínicas.
- 2.11- Aplicación de la Carpeta de Salud Escolar para la atención de los escolares.
- 2.12- Orientar las acciones educativas en los territorios: consultorios, áreas de salud, municipios y provincias, a los problemas de salud identificados en cada uno de ellos durante la realización del análisis de la situación de salud.

**Objetivo No.3** Disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención.

- 3.1- Trabajar sobre los factores de riesgo identificados en el Análisis de la Situación de Salud, tanto en los individuos, como en la familia, la comunidad y el entorno.
- 3.2- Cumplir lo establecido en las guías prácticas clínicas.

- 3.3- Aplicar laca - flúor, según las orientaciones metodológicas que se indican en el Anexo
- 3.4- Aplicar enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0,2%, según las orientaciones metodológicas establecidas en el Anexo
- 3.5- Clasificar las personas en riesgo de acuerdo a la tabla de riesgo que se anexa al programa.
- 3.6- Aplicar sellantes de fosas y fisuras en bicúspides y molares permanentes a escolares de pre-escolar a sexto grado en escuelas primarias y de séptimo a noveno grado en escuelas secundarias básicas.
- 3.7- Realizar diagnóstico y control de placa dento - bacteriana al 100% de la población que asiste a los servicios estomatológicos.
- 3.8- Desarrollar actividades de prevención de hábitos deformantes, higiénicos y nutricionales incorrectos en la población, tanto en los servicios estomatológicos, instituciones infantiles, centros sociales y laborales y la propia comunidad.
- 3.9- Detectar tempranamente las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas y establecer la coordinación correspondiente con el médico de la familia.
- 3.10- Ejecutar con la calidad requerida el examen del aparato masticatorio, para la detección de las lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas, a toda persona que acuda a recibir atención estomatológica.
- 3.11- Enseñar a la población adulta el método del autoexamen bucal para la detección de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas del complejo bucal y otras afecciones estomatológicas, teniendo en cuenta lo establecido en el SubPrograma de Detección Precoz del Cáncer Bucal.
- 3.12- Aplicación de la Carpeta de Salud Escolar para la atención de los escolares.

**Objetivo No.4** Realizar acciones de curación en todos los niveles de atención.

- 4.1- Organizar los servicios estomatológicos para garantizar la cobertura al 100% de la población que demande y requiera atención, posibilitando la calidad del proceso y la satisfacción de la población y los prestadores.
- 4.2- Aplicar la Resolución 232 que permita la continuidad de la atención estomatológica del paciente hasta su total curación.
- 4.3- Aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y el Manual de Organización y Procedimientos establecido en la unidad para garantizar la atención curativa al paciente.
- 4.4- Ejecución de interconsultas con especialistas estomatológicos, médicos de familia, psicólogos y otros especialistas médicos que posibiliten un mejor proceso de atención al paciente, cuando este lo requiera.
- 4.5- Crear equipos multidisciplinarios del segundo nivel de atención, integrado por todas o algunas de las especialidades de: Ortodoncia, Periodoncia, Prótesis, Cirugía Maxilo Facial, Estomatólogos Generales Básicos o Integrales, Médicos de Familia, de acuerdo a los requerimientos de los pacientes.
- 4.6- Crear equipos multidisciplinarios del tercer nivel de atención en Hospitales Clínico Quirúrgicos, Generales y Pediátricos, del nivel Provincial o Nacional, así como en Facultades de Estomatología e Instituciones de la Red de Prótesis Buco Maxilo Facial. (Ver anexo)
- 4.7- Realizar interconsultas o remitir a los equipos multidisciplinarios del segundo y tercer nivel de atención cuando fuese necesario para garantizar la continuidad de la atención curativa del paciente.
- 4.8- Mantener una actitud conservadora, analizándose las indicaciones de extracciones dentarias tanto por estomatólogos como por especialistas.
- 4.9- Aplicación de la Carpeta de Salud Escolar para la atención de los escolares.

**Objetivo No.5** Desarrollar acciones de rehabilitación estomatológica en todos los niveles de atención.

- 5.1- Organizar los servicios estomatológicos para garantizar la cobertura al mayor porcentaje de la población que requiera ser rehabilitado o a grupos priorizados, cuando los recursos resulten insuficientes, posibilitando la calidad del proceso y la satisfacción de la población y los prestadores.
- 5.2- Aplicar la Resolución 232 que permita la continuidad de la atención estomatológica del paciente hasta su total rehabilitación.

- 5.3- Aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y el Manual de Organización y Procedimientos establecido en la unidad para garantizar la atención rehabilitadora al paciente.
- 5.4- Aplicar el SubPrograma de Prótesis Buco Maxilo Facial.
- 5.5- La rehabilitación protésica de los pacientes con solución en el nivel primario de atención, según las Guías Prácticas Clínicas será realizada por el Especialista de Estomatología General Integral.
- 5.6- Priorizar la rehabilitación de los pacientes atendidos por periodoncia, oncología, cirugía maxilo facial y los equipos multidisciplinarios de Disfunción Oclusal (ATM), para garantizar su total curación, según criterio de remisión de estas especialidades al nivel primario, ya sea en el segundo o tercer nivel de atención.
- 5.7 - Realizar rehabilitación periodontal a los pacientes que lo requieran.
- 5.8- Realizar actividades de rehabilitación a pacientes con disfunción de las articulaciones temporomandibulares.
- 5.9- Realizar rehabilitación ortodóncica, fundamentalmente a la población menor de 19 años.
- 5.10- Realizar actividades de rehabilitación mediante cirugía ortognática a pacientes que presenten anomalías dentomaxilofaciales tributarias de tratamiento quirúrgico.
- 5.11- Garantizar el seguimiento y control de pacientes que recibieron tratamiento de rehabilitación, según las indicaciones del especialista.
- 5.12- Participar en la rehabilitación psíquica del paciente tratado durante su etapa de adaptación.

**Objetivo No.6.** Garantizar la calidad de la atención estomatológica integral que se brinda en los servicios estomatológicos.

- 6.1- Aplicar lo establecido en el Programa de Calidad, en las Guías Prácticas y en los Manuales de Organización y Procedimientos.
- 6.2- Evaluar los resultados del trabajo mediante:
- incremento del nivel de servicios prestados y cobertura alcanzada
  - modificación positiva del estado de salud observado en la transición de los grupos epidemiológicos hacia las categorías superiores.
  - mayor grado de satisfacción de la población y los prestadores.
- 6.3- Desarrollar de manera sistemática la interconsulta de los especialistas con el estomatólogo del nivel primario y entre ellos, cumplimentando todos los aspectos establecidos para esta actividad.
- 6.4- Establecer como procedimiento habitual en todos los servicios estomatológicos, tanto generales como especializados, docentes y no docentes, la discusión de casos y pases de visitas periódicas por parte de equipos multidisciplinario.
- 6.5- Garantizar el correcto funcionamiento del Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE)
- 6.6- Garantizar el cumplimiento de los principios bioéticos por parte de todo el personal que labora en los servicios estomatológicos.
- 6.7- Adoptar las medidas requeridas para alcanzar una real disminución del costo en la prestación de los servicios estomatológicos, garantizando su más alta calidad.
- 6.8- Evaluar periódicamente el grado de satisfacción de la población con los servicios estomatológicos recibidos, utilizando para ello todos los mecanismos y vías posibles (encuestas, entrevistas, opinión del pueblo, despachos con dirigentes y líderes de la comunidad, médicos de familia, entre otros).
- 6.9- Ejecutar programas de superación y capacitación para el personal profesional y técnico de los servicios estomatológicos, ya sean orientados por los niveles superiores o elaborados en cada una de las unidades, según sus propias necesidades.

**Objetivo No.7** Disminuir la morbimortalidad por Cáncer Bucal.

- 7.1- Aplicar lo establecido en el SubPrograma de Detección Precoz del Cáncer Bucal y en la Carpeta Metodológica.
- 7.2- Realizar anualmente el examen del aparato masticatorio, según la metodología establecida para el diagnóstico precoz de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas, a la totalidad de la población.
- 7.3- Detectar y eliminar hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal, como el tabaquismo, alcoholismo, la ingestión de alimentos excesivamente calientes y otros.



7.4- Detectar y eliminar todo elemento que pueda causar alteración de la mucosa bucal, como prótesis mal ajustadas, obturaciones defectuosas, bordes filosos, entre otros.

7.5- Remitir al servicio de cirugía máxilo - facial correspondiente, a la totalidad de la población que en el examen clínico se le detecte alguna lesión maligna, premaligna o potencialmente maligna, según la metodología establecida.

7.6- Dispensarizar y dar seguimiento por el estomatólogo y el médico de familia, a todos los pacientes remitidos por el SubPrograma de Cáncer Bucal hasta su total recuperación o fallecimiento.

7.7- Brindar tratamiento estomatológico integral y seguimiento evolutivo a los pacientes tratados en las diferentes etapas clínicas del cáncer bucal.

7.8- Brindar atención estomatológica priorizada a todo paciente que vaya a recibir tratamiento quirúrgico, quimioterapéutico o radionizante por una lesión maligna.

7.9- Brindar seguimiento estomatológico a la totalidad de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico, quimioterapéutico radionizante por una lesión maligna.

7.10- Realizar la discusión de los fallecidos por Cáncer Bucal según se establece en el SubPrograma.

**Objetivo No.8** Brindar atención integral a la población con discapacidad física y mental.

8.1- Participar en las actividades del equipo multidisciplinario del área de salud responsabilizado con la atención integral a la población con discapacidad física y mental.

8.2- Realizar examen estomatológico anual a la población con discapacidad física y mental, en instituciones del Ministerio de Educación, instituciones sociales y en sus propios hogares, dispensarizando a estos últimos de conjunto con el médico de familia.

8.3- Adoptar la clasificación de la población con retraso mental realizada por el médico de familia, identificando a partir de ella y de acuerdo a los criterios de diagnóstico y a sus posibilidades de atención estomatológica el método de atención a seguir para su curación y rehabilitación: convencional o no convencional, estableciendo en todos los casos el seguimiento de los pacientes.

8.4- Brindar atención estomatológica integral a la totalidad de los pacientes tributarios de atención por métodos convencionales.

8.5- Remitir al servicio hospitalario que corresponda, y de acuerdo a la Resolución 232, a la población con retraso mental que requiere de atención estomatológica por métodos no convencionales.

8.6- Seleccionar al personal con condiciones técnicas y humanas, capaz de enfrentar la atención estomatológica integral a esta población de difícil manejo, en los servicios hospitalarios.

8.7- Brindar seguimiento y control por el área de salud a la totalidad de los pacientes con retraso mental atendidos en los servicios hospitalarios.

8.8- Brindar atención estomatológica curativa y rehabilitadora a los pacientes con discapacidad física en los servicios estomatológicos, garantizando su seguimiento.

8.9- Aplicar las Guías Prácticas Clínicas en el proceso de atención de este grupo de población.

8.10- Ejecutar acciones de promoción y curación a todos los pacientes con discapacidad física y mental en los diferentes espacios del territorio.

**Objetivo No. 9** Brindar los servicios de urgencia en Estomatología.

9.1- Garantizar la prestación ininterrumpida del servicio de urgencia estomatológica a la población, mediante guardia física o localizada del personal que labora en el subsistema de atención estomatológica.

9.2- Todos los estomatólogos, tanto generales como especializados, participarán en la prestación de los servicios de urgencia estomatológica.

9.3- Desarrollar preferiblemente los servicios de urgencia estomatológica en los Policlínicos Principales de Urgencia (Ver Anexo).

9.4- Brindar atención calificada e inmediata a todo paciente que acuda al servicio de urgencia estomatológica.

9.5- Orientar a todo paciente que acuda al servicio de urgencia estomatológica acerca de la continuidad de la atención con el estomatólogo general integral correspondiente a su lugar de residencia.

- 9.6- Realizar la remisión al segundo nivel de atención de los casos en que se considere necesario, orientando adecuadamente al paciente y/o sus familiares.
- 9.7- Expedir y controlar la expedición de los certificados médicos en los servicios de urgencia estomatológica, según las reglamentaciones legales vigentes.
- 9.8- Realizar la entrega diaria de la guardia estomatológica, informándose acerca de las incidencias ocurridas, de forma breve y concreta, por el profesional saliente.
- 9.9- Realizar las anotaciones diagnósticas y otras en los documentos de registro establecidos, durante la guardia estomatológica, con vistas a su procesamiento a través del Sistema Nacional de Información Estadística en Estomatología.

**Objetivo No. 10** Desarrollar investigaciones que respondan a problemas principales de la Estrategia Estomatología relacionados con el Programa Ramal de Calidad de Vida.

- 10.1- Evaluar e introducir nuevas técnicas y procedimientos relacionados con la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales.
- 10.2- Realizar investigaciones que propicien la disminución de la morbilidad de las enfermedades bucales, y que respondan a los problemas de salud y de la organización identificados en el análisis de la situación de salud en el ámbito de los territorios: consultorio, área de salud, municipio, provincia, produciendo impactos en la población.
- 10.3- Desarrollar nacionalmente nuevos materiales y medicamentos de uso estomatológico, que posibiliten la sustitución de importaciones y al propio tiempo, puedan significar, en algunos casos, la introducción de nuevas técnicas o métodos de tratamiento, tanto en la esfera preventiva, como en la curativa.
- 10.4- Realizar ensayos clínicos de equipos, instrumental, medicamentos y materiales de uso estomatológico, orientados por las autoridades correspondientes, a fin de validar su efectividad.
- 10.5- Desarrollar e introducir métodos de gestión estomatológica con el propósito de evaluar y mejorar la calidad y la satisfacción con la atención estomatológica.
- 10.6- Realizar estudios epidemiológicos de las enfermedades bucales, con énfasis en los aspectos orientados por la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a tipos de afección y grupos de población.
- 10.7- Realizar investigaciones acerca de las principales causas de la mortalidad dentaria y aplicar los resultados en la práctica social.
- 10.8- Desarrollar actividades de investigación estrechamente vinculadas con el estado de salud bucal de la población y las necesidades y problemas concretos de cada clínica o servicio estomatológico, con independencia de las orientadas y controladas por los niveles superiores.

**Objetivo No. 11** Ampliar el perfil y promover el perfeccionamiento de los estomatólogos, técnicos y personal que labora en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, relacionados con el Programa.

- 11.1- Organizar periódicamente conferencias, seminarios, talleres, cursos, entre otros, sobre aspectos específicos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades estomatológicas, en unidades docentes y asistenciales.
- 11.2- Realizar mensualmente reuniones científicas clínico radiológicas, patológicas y epidemiológicas con participación de todo el personal profesional y técnico de la institución.
- 11.3- Coordinar cursos de postgrado para los especialistas en las instituciones de mayor desarrollo docente e investigativo del país.
- 11.4- Actualizar y superar a los técnicos de atención estomatológica, prótesis y ortodoncia en instituciones docentes a todos los niveles de la organización de salud.
- 11.5- Participar en eventos nacionales e internacionales relacionados con la estomatología general integral y las especialidades.
- 11.6- Invitar a personalidades científicas nacionales y extranjeras destacadas en aspectos de interés para el desarrollo de la estomatología, a impartir conferencias y cursos, lo que propiciará la actualización científico - técnica de los profesionales y técnicos.

## **ORGANIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**

### **Del Servicio:**

El éxito del programa consiste en alcanzar el 100% de los objetivos propuestos, lo cual será controlado y evaluado por los especialistas e integrantes de grupos y comisiones a los diferentes niveles con la periodicidad que más adelante se enuncia.

*UNIDAD:* Las Direcciones de las instituciones del Sistema Nacional de Salud con atención estomatológica, supervisarán el comportamiento del programa, en cada uno de los servicios, de forma permanente.

*MUNICIPIO:* Las Direcciones Municipales de Salud supervisarán la ejecución del programa en las instituciones con atención estomatológica radicadas en su territorio, trimestralmente.

*PROVINCIA:* Las Direcciones Provinciales de Salud realizarán la evaluación con carácter semestral.

*NACIÓN:* El Nivel Central del Ministerio de Salud Pública realizará anualmente, la supervisión del comportamiento del programa en las instituciones del Sistema Nacional de Salud con atención estomatológica en diferentes regiones del territorio nacional.

Anualmente se realizarán evaluaciones finales a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, tomando en cuenta las metas y objetivos propuestos, lo cual permitirá realizar los ajustes correspondientes para la siguiente etapa.

Las evaluaciones se efectuarán a través de los informes estadísticos de las actividades realizadas, los resultados de los Análisis de la Situación de Salud, la aplicación de los Programas de Calidad, así como por las consideraciones de las visitas recibidas en el período y otras evaluaciones sectoriales y extrasectoriales.

Las evaluaciones pueden ser Internas y Externas, entendiéndose por esta última aquella realizada por personal ajeno a la unidad objeto de evaluación; Retrospectivas (análisis del proceso después de ocurrido) y Concurrentes (análisis del proceso en el momento que está ocurriendo). Los métodos utilizados para la realización de la evaluación son diversos y entre ellos se encuentra la observación, el análisis, la entrevista, la comparación, la revisión documental, la discusión.

### **De la Evaluación de los Estomatólogos:**

Se realizará teniendo en cuenta:

- Los cambios observados en el estado de salud bucal de su población, conocidos a través del análisis de la situación de salud.
- La satisfacción de la población: conocidos a través de encuestas, opiniones de las organizaciones de masa y miembros de la comunidad.
- La vinculación con el médico de familia y resto de los especialistas
- Cumplimiento de la disciplina laboral

## **ANEXO 1: Carpeta Metodológica de la Estrategia Estomatología**

### **Situación Actual:**

La Carpeta Metodológica cuya implementación comenzó en el año 1996 posibilitó una reorganización de los recursos humanos y materiales y una recuperación paulatina del nivel de servicios ofrecidos a la población, que ya en el año 2001 alcanzó cifras similares a las logradas en el año 1989, excepto en la actividad de Prótesis en que aún por las limitaciones materiales existentes, continúa en valores inferiores a los propósitos.

Durante estos años también se incrementó el financiamiento asignado que permitió la adquisición de equipamiento e instrumental, materiales y medicamentos dentales, la rehabilitación de 167 instituciones estomatológicas y el incremento de las matrículas de pre y postgrado, sin alcanzar aún los volúmenes deseados. Igualmente se introdujeron y desarrollaron tecnologías y tratamientos de avanzada como Laserterapia, Implantología y Biomateriales, y se creó la Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial.

Referente al Estado de Salud Bucal de la Población se observa una disminución de la prevalencia de Caries Dental en la población infantil y adolescente, y del número de dientes perdidos en la población total, mientras que en las enfermedades periodontales se registra un incremento de la prevalencia en todas las edades, aunque su severidad es menor.

Para modificar estos hallazgos epidemiológicos se han establecido programas de promoción de salud orientado hacia los adolescentes y adultos mayores y otros grupos priorizados, entre otras acciones que promuevan más salud con participación de la comunidad y otros sectores. Además se iniciaron los estudios de factibilidad para la implementación de la fluoruración de la sal de consumo humano como método preventivo que abarcará a toda la población.

Se ha iniciado un proceso para incrementar la calidad de la atención y la satisfacción de la población y los propios trabajadores, que implicará en los próximos años la implementación de la Acreditación de los Servicios, los manuales de Guías Prácticas Clínicas, Programas de Evaluación de la Calidad, y el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población.

Todas las Áreas de Salud están vinculadas a un Servicio Estomatológico para garantizar la salud bucal a la población del territorio. Las acciones de atención estomatológica a la población se ejecutan en estos servicios a través del Modelo de Estomatología General Integral y mediante la vinculación con el médico de familia y otras áreas implicadas en el proceso.

### **Conceptualización:**

La atención estomatológica es una de las Estrategias Priorizadas del MINSAP, con una alta implicación en el Estado de Salud de la Población y en el orden político y social.

Constituye el conjunto de actividades de organización, funcionamiento y control a seguir por los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud en su red de instituciones estomatológicas encaminadas a mejorar la salud bucal y general de la población y su satisfacción. Se corresponden estas acciones con el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población y tienen como fundamento el Modelo de Estomatología General Integral enfatizando aquellas acciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

En el Modelo de Estomatología General Integral el Estomatólogo atiende a un sector poblacional de 1 200 a 1 300 habitantes que se corresponden con dos consultorios, trabajando de conjunto con el Médico y Enfermera de la Familia y con la participación de la comunidad. Aunque la relación estomatólogo habitante sea superior a los valores deseados, se aplica el modelo con acciones orientadas hacia los grupos priorizados.

### **Propósitos:**

- Mejorar el Estado de Salud Bucal de la población.
- Incrementar la calidad de la atención y la satisfacción de la población y los trabajadores.
- Continuar elevando el nivel de servicios brindados en las instituciones.

### **Acciones y Metodología para su instrumentación:**

#### **✓ Para el Nivel Nacional:**

1. Profundizar en el trabajo político ideológico con todos los trabajadores de las instituciones estomatológicas.

2. Realizar Talleres Metodológicos semestrales con participación de los Jefes de los Departamentos Provinciales de Estomatología, Decanos y Jefes de los Departamentos de Estomatología de las Facultades, Jefes de Grupos y otros que se consideren.
3. Participar en la Reunión de Evaluación de Estrategia del Organismo.
4. Supervisar, asesorar e inspeccionar las provincias y sus servicios.
5. Controlar el cumplimiento de los planes de lucha contra el delito y la corrupción.
6. Estimular el proceso de acreditación de los servicios y ejecutar su evaluación.
7. Controlar la implementación del Programa de Mejora Continua de la Calidad y la satisfacción de la población y los trabajadores en las instituciones.
8. Incrementar la participación de los grupos asesores y comisiones nacionales de las especialidades estomatológicas en el trabajo de la dirección y en las visitas a los territorios.
9. Perfeccionar el proceso de capacitación de los recursos humanos, tanto en los aspectos gerenciales como clínicos y la ejecución de investigaciones que den soluciones a los problemas identificados, garantizando la introducción y generalización de sus resultados, así como la evaluación de las tecnologías sanitarias existentes.
10. Garantizar que el proceso de fluoruración de la sal de consumo humano se concluya y beneficie a toda la población que lo requiere.
11. Perfeccionar el sistema para la ejecución del Análisis de la Situación de Salud en todos los niveles como método de gestión, mejorando el proceso de dispensarización.
12. Extender el Sistema de Vigilancia Epidemiológica a todo el país, controlando su ejecución y utilización en todos los niveles del sistema de salud de conjunto con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud que le correspondan.
13. Promover el desarrollo del Movimiento de Municipios por la Salud y sus modalidades.
14. Incrementar la proyección comunitaria de las especialidades estomatológicas en las unidades acercando la atención curativa a la población.
15. Perfeccionar las acciones de la Estrategia Estomatología en el resto de los Programas Priorizados y Estrategias del Ministerio, tales como Materno Infantil, Atención Primaria, Adulto Mayor, Asistencia Social, Crónicas no Transmisibles.
16. Continuar desarrollando la vinculación de la Estrategia Estomatología al resto de las Direcciones e Instituciones del Ministerio con énfasis en la Dirección de Docencia, Dirección de Ciencia y Técnica, Direcciones del área de Higiene y Epidemiología, Escuela de Salud Pública.
17. Continuar el proceso de descentralización que garantice el fortalecimiento de las estructuras municipales.
18. Lograr que la Cátedra de Estomatología se consolide como un espacio de reflexión y análisis de la Dirección, extendiéndose a otros territorios y vinculándose al resto de las Cátedras de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP).
19. Controlar permanentemente todo lo relacionado con el abastecimiento técnico material, participando en todo el proceso desde la contratación y distribución, hasta la llegada de los recursos a los servicios, así como el control y uso racional de los mismos.
20. Evaluar trimestralmente el comportamiento de las normas de consumo a través de la correspondencia con el nivel de servicios propuesto, el realizado y el cumplimiento del plan de abastecimiento.
21. Garantizar la introducción continua de nuevas tecnologías y tratamientos de avanzada en los servicios, extendiendo las existentes.
22. Continuar fortaleciendo la Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial.
23. Controlar la ejecución del Plan Director en las instituciones y su correspondencia con el Análisis de la Situación de Salud y las necesidades de los servicios.
24. Estimular la movilización de recursos externos e internos hacia los servicios, enriqueciendo la Carpeta de Proyectos.
25. Controlar el cumplimiento de las indicaciones del Programa de Atención Estomatológica Integral a la población y la aplicación del Modelo de Estomatología General Integral.
26. Continuar el proceso de rehabilitación de las instituciones de conjunto con el gobierno de los territorios.
27. Controlar y estimular el incremento continuo de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación realizadas en los servicios.

28. Controlar el cumplimiento de la Resolución Ministerial 232 referente a la regionalización de los servicios.
29. Estimular y participar en el proceso de perfeccionamiento de los Planes de Estudio de las Especialidades.
30. Participar en la planificación de los Recursos Humanos, del pre y postgrado y personal técnico.
31. Participar en el proceso de evaluación de la competencia y el desempeño de los profesionales y técnicos y estimular su categorización.
32. Continuar desarrollando la informatización de los servicios estomatológicos y estimular la aplicación de la informática en los procesos de gestión, atención, docencia e investigación.
33. Continuar el proceso de revitalización de las Facultades de Estomatología y la priorización de los recursos para las Clínicas Docentes.
34. Estimular el desarrollo de Clínicas y Servicios incorporados al Turismo de Salud.
35. Priorizar el desarrollo de la Atención Estomatológica en las Provincias Orientales y en las zonas del Plan Turquino Manatí.
36. Brindar especial atención, jerarquización y control a los recursos provenientes del financiamiento de la Reserva Estatal.
37. Estrechar las relaciones de coordinación y trabajo con los principales aseguradores: ENSUME, MEDICUBA, Servicios, Electromedicina y la Producción Nacional.

✓ **Para el Nivel Provincial:**

1. Realizar Talleres Metodológicos mensuales con la participación de los Asesores Municipales, Directores de las instituciones más importantes, electromedicina, empresa de medicamentos, Decanos y Jefes de los Departamentos de Estomatología de las Facultades según corresponda, Jefes de Grupos y otros que se consideren, con énfasis en el sector educacional, organizaciones de masas y otros representantes de los departamentos de salud.
2. Participar en la Reunión de Evaluación de Estrategia de la Dirección Provincial.
3. Supervisar, asesorar e inspeccionar los municipios y sus servicios, teniendo en cuenta las inspecciones de los niveles superiores y de otros sectores y organismos.
4. Continuar profundizando y reforzando el trabajo político ideológico con todos los trabajadores de las instituciones estomatológicas.
5. Controlar el cumplimiento de los planes de lucha contra el delito y la corrupción.
6. Ejecutar y controlar el proceso de acreditación de los servicios en su territorio.
7. Controlar la implementación del Programa de Mejora Continua de la Calidad y la satisfacción de la población y los trabajadores en las instituciones.
8. Incrementar la participación de los grupos asesores y comisiones provinciales en el trabajo de los departamentos y en las supervisiones y asesorías a los territorios.
9. Capacitar los recursos humanos, tanto en los aspectos gerenciales como clínicos.
10. Controlar la ejecución de investigaciones que den soluciones a los problemas identificados en el territorio y en las instituciones, garantizando la introducción y generalización de sus resultados, así como la evaluación de las tecnologías sanitarias existentes.
11. Monitorear y controlar el cumplimiento de las indicaciones del Programa de Fluoruración de la Sal de consumo humano.
12. Evaluar la ejecución del Análisis de la Situación de Salud en todos los municipios e instituciones y el proceso de dispensarización.
13. Controlar la extensión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a toda la provincia, evaluando su ejecución y utilización en el nivel municipal de conjunto con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud.
14. Controlar la ejecución de las Reuniones de Discusión de Fallecidos y por Cáncer Bucal y el Registro de Mortalidad.
15. Trabajar en el desarrollo del Movimiento de Municipios por la Salud y sus modalidades.
16. Lograr la proyección comunitaria de las especialidades estomatológicas acercando la atención curativa a la población.

17. Garantizar la introducción de las acciones de la Estrategia Estomatología en el resto de los Programas Priorizados y Estrategias del Ministerio, tales como Materno Infantil, Atención Primaria, Adulto Mayor, Asistencia Social, Crónicas no Transmisibles.
18. Continuar el proceso de descentralización que garantice el fortalecimiento de las estructuras municipales.
19. Vincular la Estrategia Estomatología al resto de los departamentos e instituciones de la provincia.
20. Controlar permanentemente todo lo relacionado con el abastecimiento técnico material, participando en todo el proceso de distribución hasta su llegada a los servicios.
21. Evaluar mensualmente el comportamiento de las normas de consumo a través de la correspondencia con el nivel de servicios propuesto, el realizado y el plan de abastecimiento.
22. Controlar la introducción continua de nuevas tecnologías y tratamientos de avanzada en los servicios, extendiendo las existentes.
23. Controlar el cumplimiento de las indicaciones para el funcionamiento de la Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial.
24. Estimular la movilización de recursos externos e internos hacia los servicios a través de acciones de proyectos.
25. Controlar el cumplimiento de las indicaciones del Programa de Atención Estomatológica Integral a la población y la aplicación del Modelo de Estomatología General Integral.
26. Controlar la ejecución del Plan Director en las instituciones y su correspondencia con el Análisis de la Situación de Salud y las necesidades de la unidad.
27. Continuar el proceso de rehabilitación de las instituciones de conjunto con el gobierno del territorio, con énfasis en las unidades docentes.
28. Controlar y estimular el incremento continuo de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación realizadas en los servicios
29. Controlar la organización y ejecución de la atención de urgencia brindada en las instituciones del territorio.
30. Garantizar el cumplimiento de la Resolución Ministerial 232 referente a la regionalización de los servicios.
31. Promover el desarrollo de Clínicas y Servicios incorporados al Turismo de Salud.
32. Priorizar y controlar el desarrollo de la Atención Estomatológica en las zonas del Plan Turquino Manatí.
33. Brindar especial atención, jerarquización y control a los recursos provenientes del financiamiento de la Reserva Estatal, según corresponda.
34. Estrechar las relaciones de coordinación y trabajo con los principales aseguradores: ENSUME, Complejos de Servicios, Electromedicina y Empresas de Medicamentos.

✓ **Para el Nivel Municipal:**

1. Realizar Talleres Metodológicos mensuales con la participación de los Directores de las Clínicas y Jefes de Departamentos, electromedicina, Jefe de Medicamentos, Vicedirectores de Asistencia Médica y Docencia, Jefes de Grupos y otros que se consideren, con énfasis en el sector educacional, organizaciones de masas y otros representantes de los departamentos de la Dirección Municipal de Salud.
2. Participar en la Reunión de Evaluación de Estrategia de la Dirección Municipal.
3. Supervisar, asesorar e inspeccionar los servicios, teniendo en cuenta el resultado de las inspecciones de los niveles superiores y otros.
4. Continuar profundizando y reforzando el trabajo político ideológico con todos los trabajadores de las instituciones estomatológicas.
5. Controlar el cumplimiento de los planes de lucha contra el delito y la corrupción.
6. Ejecutar el proceso de acreditación de los servicios en su territorio.
7. Controlar la implementación del Programa de Mejora Continua de la Calidad y la satisfacción de la población y los trabajadores en las instituciones.
8. Incrementar la participación a los grupos asesores y comisiones municipales en el desarrollo de la Estrategia y en las supervisiones y visitas a las instituciones.
9. Capacitar los recursos humanos, tanto en los aspectos gerenciales como clínicos.

10. Controlar las Reuniones de Discusión de Fallecidos por Cáncer Bucal y analizar el comportamiento de la morbilidad de otras enfermedades bucales, así como la mortalidad dentaria.
11. Controlar la ejecución de investigaciones que den soluciones a los problemas identificados en el territorio y en las instituciones, garantizando la introducción y generalización de sus resultados, así como la evaluación de las tecnologías sanitarias existentes y el cumplimiento de la programación de actividades científicas de las unidades.
12. Controlar la introducción continua de nuevas tecnologías y tratamientos de avanzada en los servicios, extendiendo las existentes siempre que se disponga de ella.
13. Evaluar la ejecución del Análisis de la Situación de Salud en todas las instituciones y el proceso de dispensarización.
14. Controlar la extensión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a todas las áreas de salud, evaluando su ejecución y utilización de conjunto con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud.
15. Trabajar en el desarrollo del Movimiento de Municipios por la Salud y sus modalidades.
16. Lograr la proyección comunitaria de las especialidades estomatológicas acercando la atención curativa a la población.
17. Garantizar la introducción de las acciones de la Estrategia Estomatología en el resto de los Programas Priorizados y Estrategias del Ministerio, tales como Materno Infantil, Atención Primaria, Adulto Mayor, Asistencia Social, Crónicas no Transmisibles.
18. Vincular la Estrategia Estomatología al resto de los departamentos e instituciones del municipio trabajando en el fortalecimiento de las estructuras municipales.
19. Controlar permanentemente todo lo relacionado con el abastecimiento técnico material, participando en todo el proceso de distribución hasta que los recursos se encuentren en las unidades.
20. Evaluar semanalmente el comportamiento de las normas de consumo a través de la correspondencia con el nivel de servicios propuesto, el realizado y el plan de abastecimiento.
21. Estimular la movilización de recursos externos e internos hacia los servicios a través de acciones de Proyectos.
22. Controlar el cumplimiento de las indicaciones del Programa de Atención Estomatológica Integral a la población y la aplicación del Modelo de Estomatología General Integral.
23. Controlar la ejecución del Plan Director en las instituciones y su correspondencia con el Análisis de la Situación de Salud y las necesidades de los servicios.
24. Continuar el proceso de rehabilitación de las instituciones de conjunto con los gobiernos de los territorios, con énfasis en las unidades docentes.
25. Controlar y estimular el incremento continuo de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación realizadas en los servicios.
26. Controlar la organización y ejecución de la atención de urgencia brindada en las instituciones del territorio.
27. Ejecutar y controlar el cumplimiento de las coordinaciones efectuadas con otras instituciones a través de la Resolución Ministerial 232 referente a la regionalización de los servicios.
28. Promover el desarrollo de Clínicas y Servicios incorporados al Turismo de Salud.
29. Priorizar y controlar el desarrollo de la Atención Estomatológica en las zonas del Plan Turquino Manatí.
30. Brindar especial atención, jerarquización y control a los recursos provenientes del financiamiento de la Reserva Estatal, según corresponda.
31. Estrechar las relaciones de coordinación y trabajo con los principales aseguradores: ENSUME, Complejos de Servicios, Electromedicina y Empresas de Medicamentos.

✓ **Para el Área de Salud:**

1. Realizar los Consejos de Dirección o Reuniones Departamentales según corresponda mensuales con la participación de los responsables de los servicios, Vicedirectores de Asistencia Médica y Docencia del Área de Salud, y otros que se consideren, con énfasis en



- el sector educacional, organizaciones de masas y otros representantes de los departamentos de la Dirección de Salud del área.
2. Analizar los problemas de la atención estomatológica participando en la Reunión de Estrategias de la Dirección del Área y otros espacios de análisis de la Atención Primaria de Salud.
  3. Supervisar e inspeccionar los servicios o departamentos de la institución y recibir los de los niveles superiores y tenerlos en cuenta.
  4. Establecer de conjunto con el Director del Área de Salud la vinculación de los estomatólogos a los Consultorios y realizar la presentación de los mismos.
  5. Informar de conjunto con el Director del Área a médicos y estomatólogos sus respectivos horarios de trabajo y los lugares de atención de urgencia.
  6. Continuar profundizando y reforzando el trabajo político ideológico con todos los trabajadores de las instituciones estomatológicas.
  7. Cumplir los planes de lucha contra el delito y la corrupción.
  8. Ejecutar y controlar el proceso de acreditación de los servicios de su área.
  9. Implementar el Programa de Mejora Continua de la Calidad y la satisfacción de la población y los trabajadores en la institución.
  10. Garantizar la capacitación de los recursos humanos, tanto en los aspectos gerenciales como clínicos.
  11. Realizar mensualmente actividades científicas en las instituciones (Clínica Epidemiológicas y Radiológicas) y el resto de las actividades científicas programadas, así como participar en otras organizadas por otras entidades.
  12. Realizar las Reuniones de Discusión de Fallecidos por Cáncer Bucal y analizar el comportamiento de la morbilidad de otras enfermedades bucales, así como la mortalidad dentaria.
  13. Garantizar y controlar la ejecución de investigaciones que den soluciones a los problemas identificados en su área, garantizando la introducción y generalización de sus resultados, así como la evaluación de las tecnologías sanitarias existentes.
  14. Ejecutar y evaluar el Análisis de la Situación de Salud del área y sus consultorios, así como el proceso de dispensarización.
  15. Controlar la aplicación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica por todos los estomatólogos, evaluando su ejecución y utilización de conjunto con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud.
  16. Trabajar por lograr que en su área la Estrategia sea incluida en el Movimiento de Municipios por la Salud y sus modalidades.
  17. Garantizar que se cumpla con la proyección comunitaria de las especialidades estomatológicas acercando la atención curativa a la población.
  18. Ejecutar las acciones de la Estrategia Estomatología incluidas en el resto de los Programas Priorizados y Estrategias del Ministerio, tales como Materno Infantil, Atención Primaria, Adulto Mayor, Asistencia Social, Crónicas no Transmisibles.
  19. Vincular la Estrategia Estomatología al resto de los departamentos e instituciones del área de salud.
  20. Controlar permanentemente todo lo relacionado con el abastecimiento técnico material, participando en todo el proceso de distribución hasta que el recurso este siendo utilizado por los estomatólogos; controlando la utilización de equipos, instrumental y materiales, teniendo en cuenta las indicaciones de electromedicina y las normas de consumo.
  21. Evaluar diariamente el comportamiento de las normas de consumo a través de la correspondencia con el nivel de servicios propuesto, el realizado y el plan de abastecimiento.
  22. Controlar los activos fijos tangibles y los fondos fijos de la institución
  23. Estimular la movilización de recursos externos e internos hacia su institución.
  24. Cumplir y controlar las indicaciones del Programa de Atención Estomatológica Integral a la población y la aplicación del Modelo de Estomatología General Integral.
  25. Controlar la ejecución del Plan Director en la institución y su correspondencia con el Análisis de la Situación de Salud y las necesidades de la unidad.

26. Continuar el proceso de rehabilitación de las instituciones de conjunto con el gobierno del territorio.
27. Ejecutar y controlar las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación realizadas en los servicios.
28. Controla el cumplimiento de las indicaciones de los Comité Fármaco Terapéuticos en la prescripción de medicamentos.
29. Garantizar la atención de urgencia de forma continua en su institución y en los PPU establecidos, cumplimentando lo establecido para la misma en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población.
30. Ejecutar y controlar el cumplimiento de las coordinaciones efectuadas con otras instituciones a través de la Resolución Ministerial 232 referente a la regionalización de los servicios.
31. Ejecutar y controlar el cumplimiento del Reglamento Interno de la institución.

✓ **Por el Equipo Básico de Salud: Médico y Enfermera de la Familia** (*según aparecen descritas en Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar*)

1. Identificar los factores de riesgo asociados a las enfermedades bucodentales para confeccionar las Historias Clínicas Individuales y Familiares.
2. Examen bucal a toda la población como parte del examen físico general, remitiendo al estomatólogo vinculado, cualquier alteración o sospecha de enfermedad que detecte en el paciente, y dispensarizar a aquellos en que se diagnostiquen lesiones premalignas o malignas de la cavidad bucal.
3. Indicación a todos los pacientes mayores de 15 años del autoexamen bucal para la detección precoz de lesiones pre o cancerosas.
4. Referir al estomatólogo todas las personas portadoras de prótesis desajustadas o edentes totales.
5. Remitir al estomatólogo todas las mujeres captadas como embarazadas y madres con niños menores de un año, seguimiento de su atención insistiendo en la Higiene Bucal y Hábitos nocivos hasta lograr modificación positiva.
6. Informar al estomatólogo de todas las personas con Retraso Mental y Discapacidad, y velar por el seguimiento de su atención estomatológica y brindar Educación para la Salud con énfasis en la Higiene Bucal.
7. Remisión al Estomatólogo de todos los niños y adolescentes y seguimiento de su atención estomatológica y brindar Educación para la Salud con énfasis en la Higiene Bucal.
8. Informar a los Estomatólogos los pacientes que están dispensarizados por determinadas enfermedades y que por esta condición requieren una atención priorizada.
9. Realizar el Análisis de la Situación de Salud de conjunto con el Estomatólogo y la TAE asignados a su Consultorio.
10. Análisis de conjunto con el Estomatólogo y con participación comunitaria de los resultados de las intervenciones realizadas en la población.

✓ **Por el Estomatólogo y su Técnico de Atención Estomatológica en la Atención Primaria:** (incluye al Estomatólogo General Básico y al Especialista en Estomatología General Integral)

1. Atender todas las necesidades de la población asignada, responsabilizándose con su salud bucal y salud general de conjunto con el equipo de salud y como parte del mismo, con un enfoque integrador y mediante la utilización de las tecnologías de avanzada a su disposición y la medicina natural y tradicional.
2. Garantizar la mejora continua del estado de salud bucal de su población y su grado de satisfacción con calidad y eficiencia, de acuerdo a las Guías Prácticas Clínicas y las Normas de Consumo establecidas.
3. Planificar con efectividad y eficiencia sus acciones para satisfacer las necesidades de su población, a partir del Análisis de la Situación de Salud realizado de conjunto con el Médico de Familia
4. Organizar su horario de trabajo y sus recursos en función de la atención de la población y la satisfacción de sus necesidades.

5. Reportar según la metodología establecida las actividades realizadas en la Hoja de Cargo, informando además aquellos casos comprendidos en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
6. Cumplir todos los requisitos en el llenado de los Certificados Médicos.
7. Confeccionar a todos los pacientes asignados en su territorio la Historia Clínica, cumpliendo lo establecido para ello, así como la Historia Clínica Familiar.
8. Utilizar siempre que se atienda un paciente la Historia Clínica Individual, incluso durante la atención de urgencia.
9. Participar en las Reuniones departamentales, científicas y otras realizadas en la institución.
10. Participar en las Reuniones de los Grupos Básicos de Trabajo con fines docentes y de análisis de los resultados del trabajo conjunto con el Médico de Familia, del Análisis de la Situación de Salud, entre otros.
11. Analizar de conjunto con el Médico de Familia y con participación comunitaria los resultados de las intervenciones realizadas en la población.
12. Cumplir lo establecido en cuanto a la referencia y contrareferencia, realizando interconsultas docentes o remitiendo a los especialistas de Ortodoncia, Prótesis, Cirugía y Periodoncia, y otras especialidades médicas, para garantizar la atención continua de los pacientes que lo requieran.
13. Trabajar sobre las personas, la comunidad y el ambiente para disminuir y/o eliminar factores de riesgo presentes en el entorno, creando escenarios saludables, a través de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.
14. Cumplir las normas de bioseguridad establecidas y los principios de la bioética.
15. Cumplir las indicaciones de Electromedicina en el cuidado y mantenimiento de sus equipos, responsabilizándose con los activos fijos tangibles, fondos fijos a él asignados.
16. Tener en cuenta las indicaciones de los Comité Fármaco Terapéuticos en la prescripción de medicamentos.
17. Dispensarizar a la población según clasificación establecida en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población, con énfasis en las embarazadas, madres con niños menores de un año, población infantil y adolescente hasta los 18 años, población geriátrica, población con discapacidad física y retraso mental, pacientes con lesiones pre o malignas en la cavidad bucal y con enfermedades crónicas que lo requieran.
18. Participar en la discusión de los fallecidos por Cáncer Bucal y otras enfermedades bucales, así como el comportamiento de la morbilidad por Cáncer Bucal y otras.
19. Ejecutar investigaciones epidemiológicas, de evaluación de tecnologías, de impacto, sociales, que trascienda e incremente el conocimiento y mejore la atención de la población.
20. Brindar la atención de urgencia de forma continua en su institución y en los PPU establecidos, de acuerdo a la organización implantada y cumplir lo establecido para la misma en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población.
21. Cumplir lo establecido en el Reglamento Disciplinario de la Unidad.

✓ **Por el Estomatólogo Especialista y su Técnico de Atención Estomatológica en la Atención Secundaria:** (excepto el especialista de Estomatología General Integral, el cual pertenece a la atención primaria)

1. Atender todas las necesidades de la población asignada, responsabilizándose con su salud bucal y salud general de conjunto con el Estomatólogo General, con un enfoque integrador y mediante la utilización de las tecnologías de avanzada a su disposición y la medicina natural y tradicional.
2. Garantizar la mejora continua del estado de salud bucal de su población y su grado de satisfacción con calidad y eficiencia, de acuerdo a las Guías Prácticas Clínicas y las Normas de Consumo establecidas.
3. Planificar con efectividad y eficiencia sus acciones para satisfacer las necesidades de su población, a partir del Análisis de la Situación de Salud realizado por el Estomatólogo y con su participación como asesor y receptor de información.
4. Organizar su horario de trabajo y sus recursos en función de la atención de la población y la satisfacción de sus necesidades.

5. Reportar según la metodología establecida las actividades realizadas en la Hoja de Cargo, informando además aquellos casos comprendidos en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
6. Cumplir todos los requisitos en el llenado de los Certificados Médicos.
7. Utilizar en todos los pacientes atendidos la Historia Clínica, cumpliendo lo establecido para ello, incluso durante la atención de urgencia.
8. Participar en las Reuniones departamentales, científicas y otras realizadas en la institución.
9. Cumplir lo establecido en cuanto a la referencia y contrareferencia, realizando interconsultas docentes o remitiendo a otras especialidades estomatológicas del mismo u otro nivel (primario y terciario) y el médico de familia, para garantizar la atención continua de los pacientes que lo requieran.
10. Integrar durante el proceso de interconsultas los equipos multidisciplinarios del segundo nivel de atención, con las especialidades que se requieran para la atención del paciente.
11. Trabajar sobre las personas para disminuir y/o eliminar factores de riesgo presentes, a través de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades realizadas durante el proceso de atención a sus pacientes y durante las interconsultas con los Estomatólogos de la atención primaria.
12. Cumplir las normas de bioseguridad establecidas y los principios de la bioética.
13. Cumplir las indicaciones de Electromedicina en el cuidado y mantenimiento de sus equipos, responsabilizándose con los activos fijos tangibles, fondos fijos a él asignados.
14. Tener en cuenta las indicaciones de los Comité Fármaco Terapéuticos en la prescripción de medicamentos.
15. Participar en la discusión de los fallecidos por Cáncer Bucal y otras enfermedades bucales, así como el comportamiento de la morbilidad por Cáncer Bucal y otras.
16. Ejecutar investigaciones epidemiológicas, de evaluación de tecnologías, de impacto, sociales, que trascienda e incremente el conocimiento y mejore la atención de la población.
17. Brindar la atención de urgencia de forma continua en su institución y en los PPU establecidos, de acuerdo a la organización implantada y cumplir lo establecido para la misma en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población.
18. Cumplir lo establecido en el Reglamento Disciplinario de la Unidad.

✓ **Por el Estomatólogo Especialista en la Atención Terciaria:** *es aquella que se brinda por los equipos multidisciplinarios creados y acreditados para realizar esta atención en los Hospitales Clínico Quirúrgicos, Generales y Pediátricos, Provinciales y Nacionales; Instituto de Oncología, Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco Maxilo Facial y Facultades de Estomatología.*

1. Atender todas las necesidades de la población asignada, responsabilizándose con su salud bucal, con un enfoque integrador y mediante la utilización de las tecnologías de avanzada a su disposición y la medicina natural y tradicional.
2. Garantizar la mejora continua del estado de salud bucal de su población y su grado de satisfacción con calidad y eficiencia, de acuerdo a las Guías Prácticas Clínicas y las Normas de Consumo establecidas.
3. Planificar con efectividad y eficiencia sus acciones para satisfacer las necesidades de la población.
4. Organizar su horario de trabajo y sus recursos en función de la atención de la población y la satisfacción de sus necesidades.
5. Reportar según la metodología establecida las actividades realizadas en la Hoja de Cargo, informando además aquellos casos comprendidos en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
6. Cumplir todos los requisitos en el llenado de los Certificados Médicos.
7. Utilizar en todos los pacientes atendidos la Historia Clínica, cumpliendo lo establecido para ello.
8. Participar en las Reuniones departamentales, científicas y otras realizadas en la institución.
9. Cumplir lo establecido en cuanto a la referencia y contrareferencia, realizando interconsultas docentes o remitiendo a otras especialidades estomatológicas del mismo u

otro nivel (primario y secundario) y/o especialidades médicas, para garantizar la atención continua de los pacientes que lo requieran.

10. Realizar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.
11. Cumplir las normas de bioseguridad establecidas y los principios de la bioética.
12. Cumplir las indicaciones de Electromedicina en el cuidado y mantenimiento de sus equipos, responsabilizándose con los activos fijos tangibles, fondos fijos a él asignados.
13. Tener en cuenta las indicaciones de los Comité Fármaco Terapéuticos en la prescripción de medicamentos.
14. Ejecutar investigaciones epidemiológicas, de evaluación de tecnologías, de impacto, sociales, que trascienda e incremente el conocimiento y mejore la atención de la población.
15. Brindar la atención de urgencia de forma continua en su institución.
16. Cumplir lo establecido en el Reglamento Disciplinario de la Unidad.

## Control y Evaluación

**NACIÓN:** La Dirección Nacional de Estomatología del Nivel Central ejecutará inspecciones territoriales con periodicidad anual, donde se evaluará el cumplimiento de las acciones y actividades contenidas en la presente Carpeta en todo el territorio nacional. Semestralmente se evaluarán las provincias atendiendo a los indicadores contenidos en la Emulación por la Sede del 26 de Julio. Mensualmente se evaluarán indicadores seleccionados elaborados con la información recibida por el parte telefónico.

Las evaluaciones se efectuarán a través de los informes estadísticos de las actividades realizadas, los resultados de los Análisis de la Situación de Salud, la aplicación de los Programas de Atención Estomatológica Integral a la Población y el de Calidad y Satisfacción, así como por las consideraciones de las visitas efectuadas por la Dirección y los Grupos y Comisiones Asesoras y otras evaluaciones sectoriales y extrasectoriales.

### **Indicadores:**

#### **De estructura:**

##### ◆ De recursos:

- Habitantes por estomatólogo general	1 800
- Habitantes por especialista de prótesis	25 000
- Habitantes por especialista de periodoncia	35 000
- Habitantes por especialista de ortodoncia	25 000
- Téc. atención estomat. por estomatólogo	1,2
- Téc. de prótesis por protesista	3,5
- Personal adm. y archivo por sillones a 8 horas	1 por 5 sillones
- Habitantes por sillón	2 400
- Estomatólogos aplicando el modelo de EGI	60%
- Ejecución del Plan financiero	100%
- Cumplimiento del Plan de Abastecimiento	100%

##### ◆ Instalación Física:

- 100% Porcentaje de Servicios Rehabilitados del total propuesto para el período.

#### **De proceso:**

- ◇ 100% de los Servicios integrados al proceso de acreditación y 80% evaluados por la Comisión Nacional.
- ◇ 100% de los Servicios con el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Estomatológica y la Satisfacción de la Población y los Prestadores implementado.
- ◇ 95% de la población consumiendo sal fluorurada.

#### **De resultados:**

##### ◆ Del Estado de Salud Bucal: a lograr en el año 2005

- ◇ Porcentaje de niños sanos a los 5-6 años de edad igual o superior a 65
- ◇ Índice CPO-D a los 12 años de edad igual o inferior a 1.2

- ◇ Por ciento de adolescentes que conservan todos sus dientes a los 18 años de edad igual o superior a 85
- ◇ Promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años de edad, igual o inferior a 5.0
- ◇ Promedio de dientes perdidos en la población de 60 a 74 años de edad, igual o inferior a 18.0
- ◇ Por ciento de población afectada por enfermedad gingival y periodontal, igual a o inferior a 42
- ◇ Por ciento de población infantil afectada por maloclusiones, igual o inferior a 20%
- ◆ Del nivel de servicios: a alcanzar en el año 2005
 

◇ Consulta/100 hab.	265
◇ Por ciento de Consultas con MNT	30
◇ Obturaciones/100 hab.	65.2
◇ Extracciones/100 hab.	8.8
◇ Ttos Endodoncia/1000 hab.	35.3
◇ Ttos Concluidos de Prótesis/1000 hab.	13.2
◇ Extracciones/Ttos de endodoncia	2.5
◇ Obturación/Extracción	7.4
◇ Por ciento de TPR del total de endodoncia	70

Los indicadores referentes al Estado de Salud se evaluarán a este nivel cada 5 años, conociendo que su variación en períodos inferiores es poca.

**PROVINCIA:** Las Direcciones Provinciales de Salud realizarán la evaluación con carácter mensual y trimestral teniendo en cuenta los aspectos antes señalados y los resultados de su estado de salud y las proyecciones establecidas en cada caso.

Los indicadores referentes al Estado de Salud se evaluarán a este nivel cada 3 años, conociendo que su variación en períodos inferiores es poca.

**MUNICIPIO:** Las Direcciones Municipales de Salud, a través de sus Asesores de Estomatología, supervisarán el cumplimiento de las indicaciones de la Carpeta, en cada uno de los servicios, de forma mensual, teniendo en cuenta los indicadores expuestos para los niveles superiores, los que aparecen en el Programa de Estomatología y los que exponemos a continuación. Los indicadores referentes al Estado de Salud se evaluarán a este nivel cada 2 años, conociendo que su variación en períodos inferiores es mínima.

**De estructura:**

- ◆ Accesibilidad: cada área de salud debe contar:
  - Con al menos un servicio estomatológico, que puede ser Clínica o Departamento en Policlínico u Hospital.
  - Con un laboratorio de Prótesis para la confección de las prótesis de acrílico y los aparatos de ortodoncia removibles.
  - Con un servicio de Rayos X.
  - Con al menos un especialista de cada tipo, y en el caso de que esto no fuera posible se garantizará las interconsultas de todas.
- ◆ Instalación Física:
  - 100% de los locales de consulta con condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, abasto de agua, electricidad y espacio.
  - 100% de los Servicios con un Área de Esterilización que garantice el flujograma, según normas y procedimientos establecidos en las normas técnicas e indicaciones de las Direcciones Nacionales de Enfermería y Estomatología, incluyendo el equipamiento adecuado.
  - 100% de los servicios estomatológicos con la Consejería de Salud implementada.
  - 100% Por ciento de Servicios Rehabilitados del total propuesto para el período.

**ÁREA DE SALUD:** Las Direcciones de las instituciones con atención estomatológica, supervisarán el cumplimiento de las indicaciones de la Carpeta de forma permanente, teniendo en cuenta los criterios enunciados para los niveles superiores y los que a continuación exponemos:

**De estructura:**

- ◆ Accesibilidad: cada área de salud debe contar:
  - Con al menos un servicio estomatológico, que puede ser Clínica o Departamento en Policlínico u Hospital.
  - Con un laboratorio de Prótesis para la confección de las prótesis de acrílico y los aparatos de ortodoncia removibles.
  - Con un servicio de Rayos X.
  - Con al menos un especialista de cada tipo, y en el caso de que esto no fuera posible se garantizará las interconsultas de todas.
- ◆ Instalación Física:
  - 100% de los locales de consulta con condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, abasto de agua, electricidad y espacio.
  - 100% de los Servicios con un Área de Esterilización que garantice el flujograma, según normas y procedimientos establecidos en las normas técnicas e indicaciones de las Direcciones Nacionales de Enfermería y Estomatología, incluyendo el equipamiento adecuado.
  - 100% de los servicios estomatológicos con la Consejería de Salud implementada.
  - 100% Por ciento de Servicios Rehabilitados del total propuesto para el período.

**De proceso:**

- ◇ Proceso de atención y dispensarización de los grupos priorizados. Periodicidad: Mensual.
- ◇ Cumplimiento de las indicaciones para la atención de urgencia. Periodicidad: Mensual.
- ◇ Atención de grupos dispensarizados por el Médico de la Familia, tales como diabéticos, portadores de VIH/SIDA, entre otros. Periodicidad: Mensual.
- ◇ Ejecución y cumplimiento de la proyección comunitaria del nivel secundario de atención al primario. Periodicidad: Mensual.
- ◇ Ejecución y cumplimiento de la proyección comunitaria de los servicios hacia la Comunidad. Periodicidad: Mensual.
- ◇ Capacitación del personal de acuerdo a las necesidades de aprendizaje identificadas en las inspecciones realizadas y durante la aplicación de los indicadores del Programa de Calidad. Periodicidad: Trimestral.
- ◇ Ejecución de actividades científicas de acuerdo a las necesidades de los trabajadores y desarrollo propuesto. Periodicidad: Mensual.
- ◇ Ejecución de investigaciones, y de ellas de conjunto con el EBS. Periodicidad: Semestral.
- ◇ Desarrollo del Movimiento de Municipios por la Salud y sus Modalidades. Periodicidad: Semestral.

**De resultados:**

- ◇ Incremento de la Satisfacción de la población: disminución con respecto a igual período del año anterior, de los planteamientos y quejas de la población referente a la Salud, y de acuerdo a los resultados de las encuestas sobre el tema realizadas. Periodicidad: Mensual.
- ◇ Mejora constante de los indicadores del Estado de Salud Bucal expuestos anteriormente. Periodicidad: cada dos años
- ◇ Aumento del nivel de servicios o actividad sustentada en la calidad de los procedimientos, teniendo en cuenta los resultados de las visitas, asesorías e inspecciones a la unidad y el nivel propuesto a alcanzar. Periodicidad: Mensual.
- ◇ Incremento de Indicadores de Eficiencia, expresados fundamentalmente en correspondencia entre el nivel de servicios y el abastecimiento recibido y utilizado de acuerdo a las Normas de Consumo determinadas por la Dirección Nacional de Estomatología. Periodicidad: Mensual.

**DE LOS ESTOMATÓLOGOS:** Se realizará teniendo en cuenta:

- Los cambios observados en el estado de salud bucal de su población, conocidos a través del análisis de la situación de salud y las modificaciones que se realicen en la clasificación epidemiológica de su población. Periodicidad: Cada dos años.
  - ◆ % de Sanos
  - ◆ % de Sanos con Riesgo
  - ◆ % de Enfermos
  - ◆ % de Enfermos con discapacidad
  - ◆ % de niños de 5-6 años de edad con CPO-D=0
  - ◆ Índice CPO-D a los 12 años de edad
  - ◆ % personas de 18 años de edad que conservan todos sus dientes
  - ◆ % población de 35-44 años de edad que conserven 20 ó más dientes funcionales
  - ◆ % población de más de 60 años de edad que conserven 20 ó más dientes funcionales.
  - ◆ % población no afectada por periodontopatías.
  - ◆ Disminución de los fallecidos por Cáncer Bucal.
- La satisfacción de la población: conocidos a través de encuestas, opiniones de las organizaciones de masa y miembros de la comunidad. Periodicidad: Mensual.
- Cumplimiento de las indicaciones de los Programas de Atención Estomatológica Integral a la Población y el de Calidad. Periodicidad: Mensual.
- La vinculación con el médico de familia y resto de los especialistas. Periodicidad: Mensual.
- Cumplimiento de la disciplina laboral. Periodicidad: Mensual.



## **ANEXO 2: Análisis de la Situación de Salud en las Comunidades. "Componente Bucal". Una Guía para su ejecución.**

DRA. MARITZA SOSA ROSALES  
DR. ARMANDO MOJÁIBER DE LA PEÑA

### **INTRODUCCIÓN:**

En nuestro país se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud y constituye un reto consolidar avances, vencer amenazas, superar debilidades e innovar estrategias para alcanzar un desarrollo integral que fomente una vida saludable.

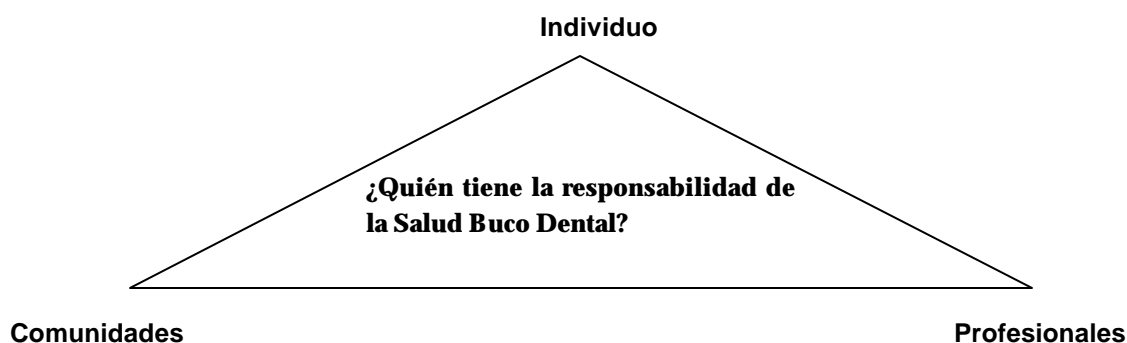
El fomento de la salud es visto como el proceso social que se orienta hacia una mejoría de la calidad de vida y consecuentemente de la salud, que conlleva elevar el bienestar, la autosuficiencia de los individuos, familias, organizaciones y comunidades, a reducir los riesgos y tratar enfermedades.

En nuestra conceptualización el fomento de la salud ha estado dirigido hacia dos dimensiones importantes: una dirigida a controlar los factores determinantes y otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerles protección individual.

Desde hace más de tres décadas en el país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad, el incremento del nivel educacional las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyéndose en un reto de la Estomatología su extensión y logro.

Para ello se hace necesario que en primer lugar los Estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar los enfermos sino fomentar la salud de las personas, lo que aunque está dentro de los programas curriculares no es comprendido ni ejecutado a cabalidad; que los individuos se sientan responsables de su salud y por último que se creen en las comunidades ambientes saludables que promuevan la Salud Buco Dental.



*“La Salud Buco Dental es imprescindible para la Salud Total”*

Es nuestro objetivo exponer de forma resumida en este documento los aspectos más importantes que debe conocer y ejecutar los decisores y Estomatólogos en toda la Red de Servicios Estomatológicos, para lograr identificar el Estado de Salud de las poblaciones e intervenir sobre ellas y obtener incremento en sus niveles y grado de satisfacción.

### **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD:**

El Estado de Salud de las Poblaciones y los factores que lo condicionan y determinan son factibles de conocer a través de los sistemas estadísticos establecidos, de las encuestas realizadas en las poblaciones, de investigaciones y por monitoreo del comportamiento de enfermedades, factores de

riesgo o manifestaciones. Todo lo cual, en su conjunto constituye el Sistema de Vigilancia de la Salud Oral, incluyendo el mismo, los planes de acción para su fomento y mejoramiento sobre la base de la participación popular.

El Estado de Salud de la Población es una categoría multicausal, multisectorial e interdisciplinaria que abarca una serie de situaciones afines al proceso histórico que vive el país.

Para mejorar la calidad de vida y la salud de la comunidad se requiere fomentar en las personas la capacidad de actuar por su propia salud y lograr la concertación de todas las voluntades y recursos, políticos, institucionales, comunitarios y personales en el proceso.

Los gobiernos locales como representantes de la comunidad están en la mejor posición para involucrar a políticos y administradores de otros sectores, de la misma comunidad y liderar proyectos conjuntos con el municipio de salud, partiendo de que la salud es un producto social determinado por la Formación Económico Social en que se desarrolla y es resultado de la gestión colectiva de la sociedad.

El análisis de la situación de salud centra su objetivo en el estudio de la comunidad, teniendo en cuenta los 3 niveles de acción:

- El individuo
- La población
- El ambiente

Este análisis se realiza en el ambiente de los servicios, la escuela, trabajo, hogar y comunidad y comprende la naturaleza legal, reguladora, educativa y asistencial así como el estudio de la intensidad y periodicidad de la ejecución.

El análisis de la situación de salud de la comunidad identifica los problemas de salud, establece prioridades para adoptar un plan de intervención con medidas específicas y a plazos determinados que permitan mejorar el estado de salud de la comunidad.

Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar de Canadá en 1974 hizo un diagnóstico de la situación de salud de su país, valorando que la principal deficiencia se encontraba en la prevención, haciendo público el documento “Una Nueva Perspectiva de Salud de los Canadienses”, con lo cual inició una nueva fase en la evolución de la salud pública en su nación.

Este informe recoge el concepto campo de salud, subdividiendo la salud en cuatro determinantes generales para su análisis:

- Biología Humana
- Medio Ambiente
- Estilo de Vida
- Organización de los Servicios de Salud

En Cuba, el análisis de la situación de salud ha tenido una secuencia histórica desde las Actas Capitulares (1520), El Diagnóstico de Salud del Sector (1974) en la medicina comunitaria hasta el diagnóstico de salud con la implantación del Médico de la Familia. En estos momentos se utiliza el término de Análisis de la Situación de Salud, ya que no solo identifica los problemas de salud si no que va más allá, al establecimiento de prioridades y la adopción del Plan de Intervención.

Esta secuencia histórica está dada por la evolución de la definición de salud y su nivel de análisis.

Solo a través del “Análisis de la Situación de Salud” es que logramos lo anterior, entendiéndose este como “un proceso mediante el cual los servicios de salud junto con la comunidad realiza una descripción y la explicación del perfil socio epidemiológico de un área determinada, del comportamiento del proceso salud – enfermedad y las interrelaciones con el ambiente y entre ellos. Es un diálogo comunidad – sector salud que permite una correcta visión integral de la situación de salud, estableciendo a partir de ella y de forma conjunta planes de acción para su modificación positiva”.

### **Momentos para la ejecución del Análisis de la Situación de Salud:**

Como momentos importantes en esta definición y que regularizan las etapas a seguir en la ejecución del “Análisis de la Situación de Salud”, tenemos:

- I. Asignación de la Población.
- II. Identificación de las necesidades y problemas de la población.
- III. Determinación de prioridades.
- IV. Elaboración del Plan de Acción.
- V. Ejecución del Plan.

## VI. Evaluación de los procesos e impactos.

A continuación explicaremos cada uno de estos momentos para su comprensión:

- I. **Asignación de la Población:** es en este momento en el cual se define la población con la que se trabajará y de la que realizaremos el análisis de la situación de salud. Puede ser:
  - a) Población perteneciente a 2 o menos Consultorios del Médico de la Familia atendida por un Estomatólogo. Se incluye también a aquellos vinculados a un Centro de Trabajo, Círculo Infantil, Escuela, Hogar de Ancianos. Se caracteriza por atender alrededor de 1 200 habitantes o menos.
  - b) Población perteneciente a más de 2 Consultorios del Médico de la Familia atendida por un Estomatólogo. En este caso la asignación logra una proporción desfavorable Habitante/Estomatólogo.
  - c) Población perteneciente a un Área de Salud, Consejo Popular, Municipio, Provincia y Nación.
- II. **Identificación de las necesidades y problemas de la población:** es un momento muy importante en la ejecución del “Análisis de la Situación de Salud” y la forma en que se abordará está estrechamente vinculada al momento anterior pues el mismo condicionará las vías para la obtención de la información necesaria. Es lo que se conoce como “Diagnóstico de Salud”, pues al buscar y organizar información que nos permita una definición detallada y completa de los problemas y condiciones de salud de una comunidad, estamos realizando una evaluación de tipo diagnóstico. Esto debe abarcar además los aspectos educativos (nivel de conocimientos) y de comportamiento (actitudes, hábitos) y creencias de la población.

A partir del análisis de esta situación, se deben extraer los problemas de salud sobre los cuales se deberá intervenir.

Por problemas de salud, entenderemos la brecha existente entre lo que un determinado actor social espera encontrar y lo que en realidad existe.

### *Algunas clasificaciones de problemas son:*

- Problemas actuales y potenciales: un problema se considera actual cuando la discrepancia entre lo que desea el actor y lo que existe se manifiesta en el momento del análisis (ES vs DEBE – SER). Cuando la discrepancia surge al evaluar la evolución de determinado hecho en el tiempo, entonces nos encontraremos ante un problema potencial (ES vs PUEDE SER). Un problema actual pudiera ser el deterioro de las condiciones higiénicas (por falta de Cepillos Dentales) en un momento dado, y el incremento de caries y gingivitis que se puede producir en el futuro, un problema potencial. Resulta de suma utilidad la evaluación de los problemas potenciales, si queremos que nuestras intervenciones cubran también las necesidades de la Promoción y la Prevención de los problemas de salud, además de permitirnos una mejor preparación para situaciones que tienen una probabilidad de ocurrencia en el futuro.
  - Problemas terminales e intermedios: el problema terminal es aquel que se pone de manifiesto al actor que analiza la situación. El problema intermedio, es aquel que se encuentra inmerso en la cadena explicativa de un problema terminal. Un mismo problema puede ser terminal y a la vez intermedio para otro problema. La enfermedad periodontal, es un problema terminal que puede tener varias causas y explicaciones y, a la vez, un problema intermedio para la mortalidad dentaria.
- a) Para el caso de 1 Estomatólogo/2 Consultorios o menos y cualquiera de las modalidades descritas en la etapa anterior la información se obtendrá del diálogo con la comunidad (informantes claves, líderes formales), de las Historias Clínicas de Salud Bucal Familiar (Anexo 8), de los registros estadísticos y de otras fuentes del sector y de otros sectores de acuerdo a las características de cada lugar. Una característica importante de esta modalidad es que se conoce el 100% del Universo, teniendo en todos los casos identificados los factores de riesgo que inciden sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente; además de la morbilidad, las características socio – económicas, culturales; todo lo que permita realizar un verdadero

análisis de la situación de salud. Además posibilita una estrecha relación entre el equipo de salud y la comunidad. En el caso de los Centro de Trabajo es importante tipificar la actividad que realiza cada trabajador, agrupándolo por esta, para facilitar la identificación de los riesgos a los que están expuestos en su labor.

En este momento, es importante el rol de liderazgo que debe ejercer el Estomatólogo y la TAE, los que deben inducir a las poblaciones a sentir como sus necesidades los aspectos relacionados con su Estado de Salud Bucal, lo cual en muchas ocasiones no sucede por desconocer la misma su propia situación, ejemplo: una comunidad que tiene un índice CPO – D a los 12 años de 3.5, puede pensar que está bien y por tanto no identificarlo como problema y entonces no buscar vías para su disminución. Pero si le explican lo que representa, el índice que tiene el país, la Provincia y tal vez otros lugares cercanos, sientan entonces la necesidad y cooperen en la solución.

- b) Para el caso de 1 estomatólogo con más de 2 Consultorios, donde la relación Estomatólogo/Habitante es desfavorable se hace más difícil la obtención de la información por lo que se deben utilizar vías diferentes a la anterior, pero siempre se debe partir de qué se obtendrá del diálogo con la comunidad o sus representantes (informantes claves, líderes formales). En esta caso no se dispone de la información de las Historias Clínicas Familiares, sino solo de las individuales que se tienen en los Registros de las Unidades, las que además no recogen todos los aspectos requeridos para el análisis real, siendo por ello que se recomienda y orienta aplicar una encuesta a una muestra de la población que permita conocer estos elementos, según los procedimientos referidos en el Anexo 2. Además se dispone de información estadística y otras disponibles en el sector u otros sectores de la región en estudio. Es importante recordar que siempre se debe oír los criterios de la población acerca de cuales son sus necesidades por lo cual es valido lo expresado sobre el liderazgo en el punto anterior.
- c) El Análisis de la situación de Salud en las Áreas, Consejos Populares y Municipios seguirá la Metodología antes expuesta, siendo en cada caso diferente la fuente de información. Para las provincias y nación ya existe una Metodología implementada, similar a las expuestas en este Documento.

En todas las modalidades y niveles se pueden complementar las informaciones disponibles con los resultados de investigaciones realizadas en estos lugares o en otros similares ya sean de tipo descriptivo, observacional o de intervención; por los mismos actores u otros; así como por sistemas de monitoreos establecidos sobre algunas enfermedades, factores de riesgo o manifestaciones de ellos.

Para la identificación de las necesidades y problemas se pueden utilizar las técnicas y métodos que se describen a continuación.


#### **ALGUNAS TÉCNICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS SON:**

1. Indicadores: generalmente en el sector salud, el método de identificación de problemas más usado en el análisis de la situación de salud, es el de indicadores.  
Este método, permite que se detecten problemas al comparar estándares, definidos previamente para cada indicador, con los que en realidad se encuentran al realizar el análisis. Pueden ser de diferentes tipos; entre otros de morbilidad, de mortalidad, de servicios, de recursos y usos de recursos.  
Este método resulta muy importante, pero no puede ser en modo alguno el único que se utilice, ya que no permite la identificación de los problemas que perciben “otros” que, aunque no pertenezcan al sector salud, son parte de la realidad que se analiza.  
Por ello, se han incorporado otros métodos que permiten la participación del resto de los sectores sociales y de la comunidad en el proceso de identificación de problemas.
2. Lluvia de Ideas (Tormenta de Ideas): para la aplicación de esta técnica se seleccionan entre 7 y 10 personas, los que pueden ser integrantes del equipo de salud, líderes formales e informales, entre otros. Seguidamente se selecciona un facilitador y un registrador. El

facilitador es encargado de mantener el orden en el uso de la palabra y de lograr que se cumplan las reglas de la técnica las cuales son: todas las ideas son válidas, no se permite la discrepancia, y no se dan explicaciones a las ideas expuestas.

El registrador, es el responsable de llevar la memoria gráfica del ejercicio, lo que se debe realizar en un lugar visible para todos los participantes, como pizarra o papelógrafo. El ejercicio no debe durar más de 45 minutos pues disminuye la creatividad del grupo.

Al final, se toman las ideas y se procede a la reducción del listado al unificar aquellas que posean un sentido similar; con lo cual queda conformado un listado de los principales problemas y necesidades que identifica el grupo.

3. Grupo Nominal: para esta técnica se deben seleccionar también entre 7 y 10 personas y de ellas un facilitador y un registrador.  
Posteriormente, se procede a repartir tarjetas entre los miembros del grupo, con la solicitud de que, después de un tiempo de reflexión en silencio, procedan a reflejar en ellas los principales problemas que perciben en la comunidad. Una vez concluida esta fase, se pasa a la siguiente, conocida como de “disparo de ideas”, cuya dinámica es similar a la de Lluvia de Ideas.
4. Grupo Focal: es una modalidad de entrevista cualitativa que consiste en entrevistar a varias personas a la vez. Para su ejecución se deben buscar entre 6 y 12 participantes, y se recomienda que ellos deben poseer características homogéneas de edad, sexo, condiciones socio – económicas y nivel educacional. Las personas deben pertenecer a la Comunidad que se analiza y tener bien claro el objetivo del ejercicio.  
La preparación de una sesión del grupo focal, requiere una información anticipada a los participantes sobre los asuntos que se abordarán. El hecho de que los integrantes del grupo focal no se conozcan entre sí, favorece el trabajo, pues evita que se intercambien información previamente, y se modifiquen algunos criterios.  
Además de lo anterior, se debe tener en cuenta que el lugar de la reunión debe ser accesible y adecuado para todos, así como la fecha de la misma.  
Se debe seleccionar un moderador, que preferiblemente debe ser una persona con experiencia en conducción de grupos, con habilidades para la comunicación interpersonal. Deberá guiar la discusión, no debiendo en ningún momento expresar su criterio o punto de vista. La sesión debe ser grabada, o un registrador tomar nota sobre toda la discusión y los asuntos tratados.  
Para la sesión se debe confeccionar una guía, la cual tiene como objetivo la organización de las ideas del moderador y asegurar que la discusión fluya de manera lógica. Esta guía se debe confeccionar en forma de principios generales, facilitando la tarea del moderador y permitiendo flexibilidad en la discusión.  
Al finalizar se obtiene un conjunto de criterios útiles para completar el análisis de la situación de salud existente y las posibles explicaciones a los problemas que afectan a la comunidad y sus principales necesidades.
5. Mapa de Riesgo: este método permite identificar problemas, fundamentalmente en Instituciones como Escuelas, Servicios.  
Este mapa debe ser elaborado por los actores que trabajan o residen en el espacio (alumnos, trabajadores, etc.) y requiere la confección de una simbología común para representar cada problema, ejemplo:  un bombillo representa problemas con iluminación.  
Se confecciona para cada uno de los espacios una representación gráfica del local y en el se representan los riesgos y problemas detectados con la simbología establecida.  
Posteriormente se identificarán los recursos y medidas necesarias para la solución de los problemas, y de estos se determinarán los disponibles.
6. Arbol de Problemas: Un aspecto muy importante que hay que tener en cuenta en el trabajo para la identificación de los problemas y necesidades de la comunidad al realizar el análisis de la situación de salud, es la construcción del Árbol de Problemas en el que se expondrán las causas de cada uno, transformando este, posteriormente, en el Árbol de Objetivos, los que se alcanzarán mediante proyectos, programas y planes, elaborados y ejecutados con la participación de todos los actores sociales.

### III. Determinación de Prioridades:

Una vez realizado lo anterior, se hace necesario la priorización de los problemas pues resulta imposible abordar al mismo tiempo y con igual dedicación todos los problemas o requerimientos de una comunidad.

Los criterios que pueden ser utilizados para la priorización son:

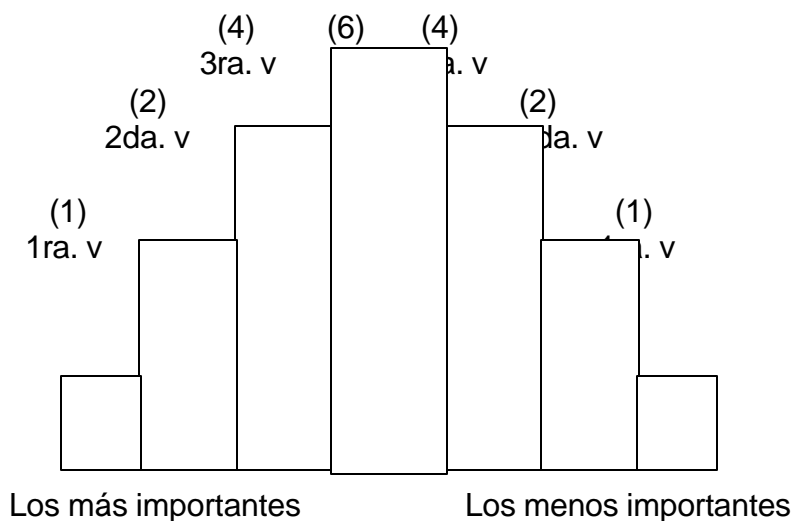
- ◆ Tendencia
- ◆ Frecuencia
- ◆ Gravedad
- ◆ Disponibilidad de recursos para la solución
- ◆ Vulnerabilidad
- ◆ Coherencia con la misión del o los que planifican

Este proceso no resulta nada fácil, al disponer en ocasiones de grandes listados como resultante del trabajo en grupo aplicado, siendo necesario entonces, eliminar los menos importantes para lo cual es útil el siguiente método

**Procedimiento de Trillaje:** se aplica cuando el número de problemas es muy grande (más de 20) por lo que resulta difícil ir directamente a la aplicación de algún método de priorización. Él contempla las siguientes fases:

- Selección de informantes claves, líderes formales o informales u otros sectores sociales que van a intervenir en el proceso.
- Lectura de todos los problemas a clasificar a los integrantes del grupo. En nuestra experiencia, resulta útil que los problemas se reflejen en pancartas, pizarra o cualquier otro lugar donde resulte visible a los participantes, de modo que les facilite la evaluación y continuación del ejercicio.
- Ubicación por consenso en 3 grupos:
  - Los más importantes
  - Los menos importantes
  - Los residuales (son los que resulta imposible clasificar en los 2 anteriores)

Al inicio de la actividad, se debe precisar el número de problemas que se ubicará en cada grupo, por ejemplo, si son 20 problemas se puede solicitar primero el más importante, después los 2 que siguen y posteriormente los 4 siguientes más importantes, haciendo lo mismo con los menos importantes, quedando el resto como residuales.



Como se aprecia en esta figura tomada de “La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias” de Pineault, R., España, 1987; 7 problemas son los más importantes, 7 los menos importantes y los 6 restantes resultan problemas residuales. Este procedimiento se repite para otros criterios como los recursos disponibles.

Una vez que hemos reducido nuestro listado a un menor número se hace necesario realizar una priorización definitiva de los mismos, para lo cual se pueden utilizar algunos de los métodos que describiremos a continuación:

1. Matriz de Priorización o Método de Ranqueo: su técnica consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle a cada uno un valor entre 0 y 2 para cada uno de los problemas analizados. Se pueden utilizar todos o algunos de los criterios referidos anteriormente (tendencia, frecuencia, etc.)

La puntuación mayor, es decir, dos puntos, se le otorga a: alta frecuencia, alta gravedad, alta repercusión en la población, recursos disponibles, tendencia ascendente, alta vulnerabilidad con las intervenciones a ese nivel, coherencia con la misión de los planificadores. Los otros valores, es decir 1 y 0, se le otorgan a los que cumplan los requisitos en parte o no lo cumplan, respectivamente.

Para la priorización o jerarquización se puede utilizar un grupo nominal integrado por diferentes actores sociales, a los que se le solicita proceda a otorgarle el valor a cada criterio con relación a cada uno de los problemas identificados. Estos valores dados por cada participante, se suman por el moderador y posteriormente se obtiene la puntuación promedio para cada criterio en cada problema, la cual se coloca en la matriz confeccionada:

Problemas	A	B	C	D	E	F	Total

**Donde:**

- (A) Tendencia
- (B) Frecuencia
- (C) Gravedad
- (D) Disponibilidad de Recursos
- (E) Vulnerabilidad
- (F) Coherencia con la misión del que planifica

Cuando concluya esta operación con todos los criterios y todos los problemas, se suman los valores obtenidos para cada criterio, con vistas a obtener la puntuación que corresponde a cada problema. Seguidamente los problemas se ubican comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el de menor, quedando organizados así por orden de prioridad.

Es muy importante tener en cuenta al aplicar esta técnica que se haya realizado un correcto análisis socio – económico, epidemiológico e higiénico – sanitario y que participen representantes de toda la comunidad.

2. Método de Hanlon: este método resulta de utilidad para la priorización de problemas de salud sobre los que exista buena disponibilidad de información estadística sobre su prevalencia, los recursos materiales y financieros necesarios y disponibles, opiniones de todos los actores involucrados, etc.

**Se basa en cuatro componentes esenciales:**

- Componente A: Magnitud del Problema

- Componente B: Severidad del problema
- Componente C: Resolutividad del Problema
- Componente D: Factibilidad de la Intervención

La priorización de los problemas se obtiene por los resultados del cálculo de la siguiente fórmula:

$$\text{Puntuación de prioridad} = (A+B) C \times D$$

Para facilitar el trabajo se recomienda utilizar la siguiente matriz:

Problema	A	B	C	D	Puntuación	Prioridad

Tendrá mayor prioridad el que mayor puntuación obtenga, debiendo ordenarse de mayor a menor al finalizar el trabajo.

Previo al procedimiento, se debe llegar a un acuerdo en el grupo sobre la importancia relativa que se le va a dar a cada elemento, con vistas a reducir al mínimo el sesgo de la subjetividad de cada integrante. *Por ello se explicará:*

- Magnitud del Problema (Componente A): número de pobladores afectados por el problema con relación a la población total. Hanlon propone su evaluación a través de una escala, la cual debe adecuarse al tamaño de la población que se analiza.

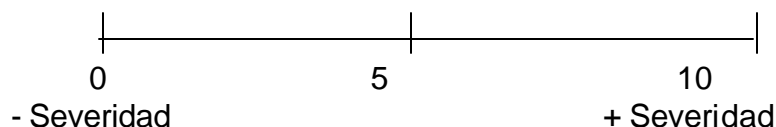
Unidades por 100 000 de población	Puntuación
50 000 o más	10
5 000 a 49 999	8
500 a 4 999	6
50 a 499	4
5 a 49	2
1.5 a 4.9	0

Para facilitar la comprensión de lo anterior se puede expresar en los siguientes términos:

Unidad (%)	Puntuación
50 % o más de la población	10
5 a 49.9 %	8
0.5 a 4.9 %	6
0.05 a 0.4 %	4
0.005 a 0.049 %	2
0.001 a 0.004 %	0

- Severidad del problema (Componente B): deben considerarse las tasas de mortalidad, morbilidad, etc. , que presente la enfermedad o problema de salud, respaldados por información estadística que se obtenga al efecto.

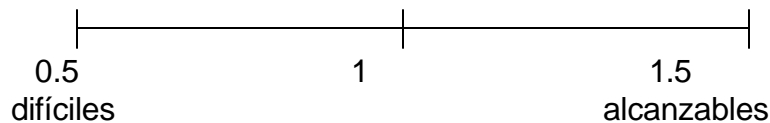
Cada uno de estos aspectos, se valora en una escala de 0 a 10, correspondiendo este último al problema más severo:





- Resolutividad del Problema (Componente C): se debe dar respuesta a la pregunta: ¿Puede este problema resolverse con los medios y conocimientos de que se dispone?. El autor propone que se otorguen puntuaciones de acuerdo a la escala siguiente:

De: 0.5 problemas difíciles de solucionar  
 A: 1.5 problemas con soluciones alcanzables



- Factibilidad de la Intervención (Componente D): para la evaluación de este componente, se debe tener en cuenta una serie de factores que se representan por las siglas PERLA, donde:

P= Pertinencia  
 E= Factibilidad Económica  
 R= Recursos Disponibles  
 L= Legalidad  
 A= Aceptabilidad

Se evalúa por una escala dicotómica de “Sí” o “NO”, otorgándole 1 punto al “Sí” y 0 puntos al “NO”:

Sí = 1      No = 0

Esta forma de evaluar, hace que si este componente se evalúa con un 0 (cero), el problema no se priorice, ya que el resultado de la aplicación de la fórmula sería 0 (cero).

Se recomienda establecer estas prioridades de forma colegiadas con todos los actores sociales (representantes de la Comunidad y otros sectores) pues de establecerlas nosotros únicamente, no contaremos con el apoyo del resto, y es sobre la base de estas prioridades que se elaborará, también de conjunto, el Plan de Acción. La priorización permite utilizar los recursos con el mayor grado de impacto, tanto en el estado de salud bucal como en el grado de satisfacción de la población y los trabajadores al ejecutarse por concertación.

IV. **Elaboración del Plan de Acción:** es uno de los momentos más importantes pues es a través del que se articulan las actividades que solucionarán o variarán los problemas y necesidades detectadas y priorizadas, identificando y asignando los recursos necesarios para ello. El resultado es un instrumento de referencia que guiará la ejecución de la acción. Entonces podemos definirlo como “una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en plazos de tiempo específicos, utilizando determinados recursos, con el fin de lograr un objetivo dado”.

Los planes elaborados por los Estomatólogos y la Comunidad para pequeñas poblaciones se caracterizan por ser muy detallados y deben responder a un objetivo previamente establecido. Hay que tener en cuenta que cada problema identificado se corresponde con un objetivo. A medida que el nivel jerárquico asciende los planes se hacen más generales.

*Una forma fácil de elaborar un Plan es ir contestando las siguientes preguntas:*

- ¿Para qué? – cual es el objetivo que se propone, que resultados espera obtener.
- ¿A quién? – cual es el destinatario o receptor de la acción. Es muy importante en Estomatología tener en cuenta esto, ya sea para una acción de promoción, como de curación.
- ¿Qué? – es importante saber que se va a realizar, es decir las diferentes tareas, y en el orden en que se van a ejecutar para alcanzar el objetivo propuesto.
- ¿Cuándo? – nos establece el tiempo límite de cada tarea y la periodicidad, en caso de existir, de la misma.
- ¿Dónde? – aquí se considera el lugar donde se realizará la actividad, pudiendo ser más de uno.
- ¿Cómo? – nos define el método más adecuado a utilizar para lograr el resultado esperado.
- ¿Con qué? – nos muestra los recursos necesarios para ejecutar la tarea.

- ¿Quién? – responde a dos aspectos, el primero será los ejecutores propios de la tarea y el segundo el responsable de la misma.

Las respuestas, o parte de ellas, a estas preguntas las puede presentar en un cuadro o diagrama con varias columnas para anotar los diversos componentes de su Plan de Acción.

#### Plan de Acción

Actividad	Fecha	Lugar	Recurso	Participante	Ejecutor	Responsable	Resultado Esperado
-----------	-------	-------	---------	--------------	----------	-------------	--------------------

Pueden incluirse otras columnas que expresen el método (¿cómo?), o el cumplimiento de las tareas. Es importante conocer que el Plan no es algo que se realiza por una única vez, sino que deberá ser constantemente revisado y reelaborado de acorde a las características y modificaciones de las poblaciones, las que variarán con la propia intervención.

*Para la determinación de las tareas que tenemos que efectuar podemos utilizar la:*

#### **MATRIZ DOFA, FODA O DAFO:**

En nuestra práctica, nos ha resultado de utilidad al realizar el análisis de la situación de salud para confeccionar un proyecto o plan de intervención que posibilite la solución de los problemas o necesidades detectadas en el mismo; analizar las fuerzas actuantes dentro y fuera del sector y que tienen influencia en el logro de la misión que nos hemos propuesto alcanzar. Para ello utilizamos la Matriz DOFA, FODA o DAFO.

Este método, permite, utilizando las técnicas de análisis de campo de fuerza, sistematizar la búsqueda de alternativas de solución a problemas que consideran todas las variantes de combinación de las fuerzas, tanto externas como internas.

A continuación expondremos algunos conceptos necesarios para su aplicación, donde:

D = Debilidades

A = Amenazas

F = Fortaleza

O = Oportunidad

- ◆ Fortaleza: condición existente en el interior del sistema de salud que favorece el logro de los objetivos trazados.
- ◆ Debilidad: condición existente en el interior del sistema de salud, que de no controlarse, pueden actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados.
- ◆ Oportunidad: condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema de salud (fuerza de él) y que de utilizarse, puede favorecer el logro de los objetivos trazados.
- ◆ Amenaza: condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema de salud y que de no enfrentarse, puede actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados.
- ◆ Alternativa “FO”: alternativa de solución a un problema determinado, que aprovecha a la vez las fuerzas positivas del sistema (fortaleza) y del medio (oportunidades).
- ◆ Alternativa “FA”: alternativa de solución a un problema determinado, que aprovecha las fuerzas positivas del sistema (fortalezas), para neutralizar las fuerzas negativas del medio (amenazas).
- ◆ Alternativa “DO”: alternativa de solución a un problema determinado, que trata de neutralizar fuerzas negativas pertenecientes al sistema (debilidades) aprovechando las fuerzas favorables del medio exterior (oportunidades).
- ◆ Alternativa “DA”: alternativa de solución a un problema determinado, que trata, con una acción determinada, neutralizar las fuerzas negativas que actúan tanto dentro como fuera del sistema.
- ◆ Alternativa “DOFA”: alternativa de solución a un problema determinado donde se combinan más de 2 fuerzas positivas o negativas, internas o externas.

#### Procedimiento para la aplicación de la técnica:

1. Determinación de las fuerzas actuantes: este paso inicia el proceso y se hace mediante la aplicación de la lluvia de ideas con un grupo que tenga conocimiento de las características, tanto del interior del sistema como del contexto donde este sistema de salud se desarrolla.

Como resultado del ejercicio se obtiene el primer listado de fuerzas actuantes con relación al problema al que se le busca solución.

2. Clasificación de las fuerzas determinadas: en este paso se procede a determinar, por el mismo grupo anterior, si las fuerzas son internas o externas, positivas o negativas; a través de la técnica de "Lluvia de Ideas".

Al concluir se obtienen cuatro grupos de fuerzas:

- Positivas – internas (Fortalezas)
- Negativas – internas (Debilidades)
- Positivas – externas (Oportunidades)
- Negativas – externas (Amenazas)

3. Construcción del Modelo: este paso consiste en la colocación de las fuerzas en el modelo conocido como matriz "DOFA", "FODA" o "DAFO", de la forma como se ilustra en la figura:

		<b>INTERNO</b>	
		<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<b>Matriz DAFO</b>			
<b>E X T E R N O</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Alternativas FO</b>	<b>Alternativas DO</b>
	<b>Amenazas</b>	<b>Alternativa FA</b>	<b>Alternativa DA</b>
		<b>Alternativa DAFO</b>	

Este modelo nos permite combinar las fuerzas actuantes, dentro o fuera del sistema, con vistas a buscar diferentes alternativas de solución al problema, que aprovechen las fuerzas positivas y traten de contrarrestar las negativas.

No es indispensable encontrar todas las propuestas de alternativas que aparecen en el modelo, por lo que es posible que algunas casillas queden vacías.

Una vez construido el modelo y seleccionadas las alternativas que tengan en consideración las fuerzas actuantes, se diseñan a partir de ellas las tareas concretas que den salida a los objetivos propuestos para la solución de los problemas durante la intervención.

- V. **Ejecución del Plan:** este momento es el que concreta todos los anteriores, pues es, en definitiva, donde se operacionaliza todo nuestro plan, ya sea a nivel de Consultorio, Área de Salud o Municipio.

- VI. **Evaluación:** es un momento necesario, pues es quien nos permite conocer si todo nuestro trabajo se está realizando de acorde a lo esperado y ascendemos en el logro de nuestro objetivo. Está implícita en todos los momentos, no es algo que solo se realiza al final en forma independiente de las demás etapas.

Será de dos tipos: de seguimiento o proceso y de resultados e impacto.

A) **Evaluación de Seguimiento o proceso:** también se le denomina de monitoreo y responde a la pregunta ¿cómo lo estamos haciendo? La evaluación de proceso indica el análisis del

desempeño real y actual, comparando con lo planeado. Un monitoreo oportuno le ayudará a detectar de forma temprana los problemas existentes o potenciales que podrían estar impidiendo el progreso de su tarea.

La evaluación del proceso contempla información diagnóstica sobre la calidad y operación de métodos, actividades o programas. El fin es vigilar y asegurar calidad en la práctica de los Servicios. Entre sus propósitos está considerar lo adecuado del Plan para cumplir con los objetivos, el avance a corto plazo del mismo, como mejorar el impacto, como aumentar la aceptación en la población beneficiaria, plantea también, establecer, consolidar y mejorar, en términos globales, la calidad del Plan.

Los mecanismos para hacer una evaluación de proceso o monitoreo incluyen:

- Reuniones del Equipo de Salud y/o Comunidad.
- Observación de las actividades.
- Informes regulares escritos.
- Estadísticas de Servicio.
- Revisión de Registro de Actividades.
- Visitas de supervisión.
- Entrevistas.
- Discusión en Grupos Focales.
- Rendiciones de cuenta.

Y por último la “Retroalimentación Rápida”, la cual es una expresión que indica el empleo de información de resultados en muy corto plazo (de días a 1 ó 2 semanas) que se utiliza para mejorar el Plan, sus componentes y ajustar la marcha del mismo.

Es importante establecer algunos indicadores de seguimiento que permitan de forma rápida conocer la ejecución del mismo, expresados de forma concreta, ejemplo: % de niños de 5 años que realizan un cepillado adecuado superior al 80% al finalizar el primer trimestre.

B) Evaluación de Resultados e Impacto: esta evaluación es la que utilizamos para medir los logros de nuestra intervención. Ella nos ayuda a responder la pregunta ¿cuan bien lo hemos hecho? Y por lo general se realiza hacia el final de la intervención o de una etapa predeterminada de la misma. La unidad de tiempo a utilizar será la que hemos definido en nuestros objetivos. La medición del éxito de nuestro Plan se realiza comparando lo que se ha hecho, con un estándar (patrón o medida) de excelencia previamente establecido y que está dado por los objetivos, así como comparando la situación al terminar la intervención con la existente antes de comenzarla. De ahí la importancia de realizar el diagnóstico inicial de la situación. Si la comparación de ambas situaciones muestra un mejoramiento, habría razón para asumir que nuestro Plan ha tenido éxito.

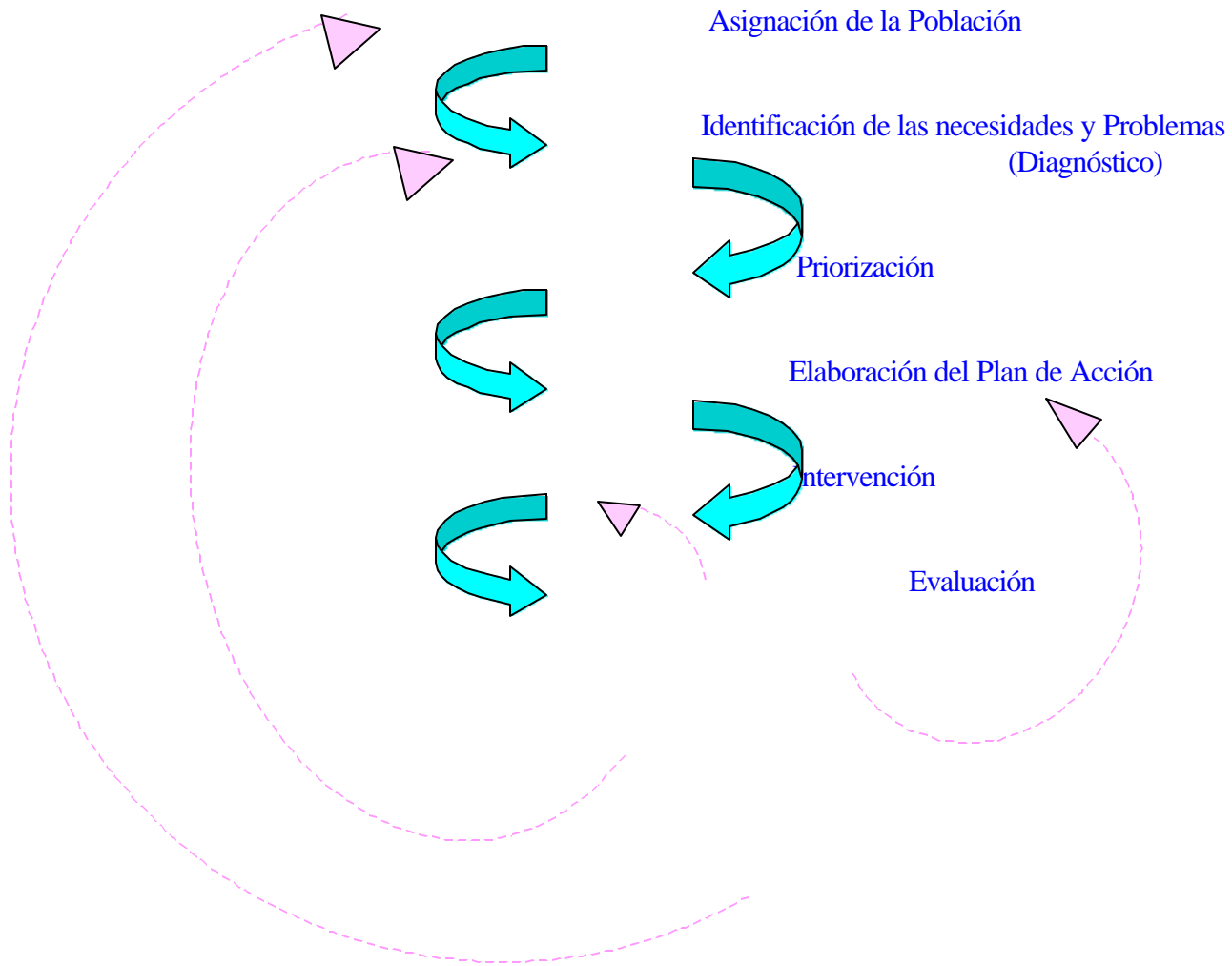
La Evaluación del impacto se realiza analizando los resultados obtenidos, no solo a largo plazo, sino durante el corto y mediano plazo; por ejemplo, analizando que está sucediendo con variables como: conocimientos, habilidades, creencias, actitudes, hábitos, prácticas y conductas de la población, así como también cuestiones en relación a las condiciones sociales, económicas y ambientales.

Algunas variables a más largo plazo serán: disminuir frecuencia de enfermedad, disminución de riesgos a la salud; mejora en general de los indicadores de morbi – mortalidad.

Tiene en cuenta también la satisfacción de la población y los trabajadores del sector como variables importantes a evaluar.

Hasta aquí hemos abordado los momentos que integran el “Análisis de la situación de Salud” de una población determinada, y que por ser un proceso se realizan de forma simultánea, pues al estar realizando una intervención se puede detectar una situación que genere un nuevo accionar o la readecuación del que estamos ejecutando y así siempre en el tiempo, como un ciclo, un gran proceso.

“ Análisis de la Situación de Salud. Momentos “



**PERIODICIDAD EN LA EJECUCIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD:**

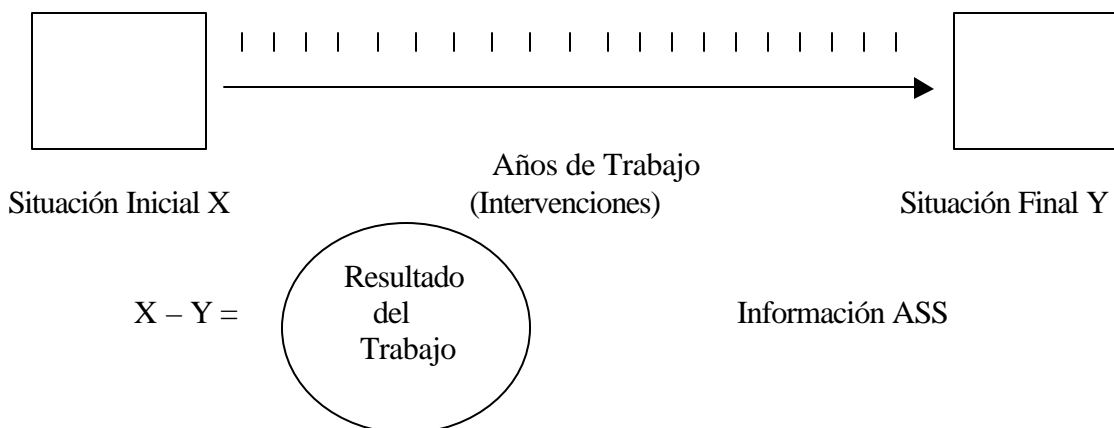
Otro aspecto fundamental a considerar en la realización del Análisis de la Situación de Salud se refiere a su periodicidad. Como decíamos anteriormente, es un proceso, en el que sus momentos se superponen continuamente, pero no obstante ello es importante establecer cada que tiempo se realizará por cada nivel para lograr sus objetivos.

Estos intervalos de tiempo van a estar condicionados por varios elementos, entre los que se destacan:

- El Objeto del Análisis: no se podrá tener la misma periodicidad de análisis, la situación de un Consultorio, que la de un Municipio o la Nación.
- La Relación Estomatólogo / Habitante: es un aspecto importante por cuanto condiciona la fuente de información y el acceso a los pacientes y su entorno.

Es por ello que se establece para cada lugar y en dependencia de la relación Estomatólogo / Habitante los siguientes intervalos para la ejecución del Análisis de la Situación de Salud.

1. Para los Estomatólogos que tengan 2 o menos Consultorios, incluye a los que atiendan Escuelas, Círculos Infantiles o a los ubicados en Centros de Trabajo, Hogares de Ancianos. En estos casos como la Fuente de Información fundamental es la Historia de Salud Bucal Familiar (HSBF), ubicada en bs Archivos de las Unidades, el análisis se podrá realizar cada 2 años, de conjunto con el Médico de la Familia. Su ejecución es fácil, pues solo requiere que de forma constante el Estomatólogo actualice en las HSBF la situación de sus familias, logrando al final del período establecido, tener la situación real lograda, es decir, al inicio del mismo se tiene una situación "X", la que está reflejada en las HSBF e Individuales, y vaciada en Tablas; y al final tengo una situación "Y" conocida por las mismas fuentes; por lo que la diferencia en ambas es el resultado positivo o negativo de mi trabajo y la información disponible para ejecutar el análisis.



Además, el resto de la información requerida para el análisis, es factible de obtener y mantener actualizada por cuanto la vinculación con el Médico de Familia, Comunidad y sus representantes formales e informales es estable y constante.

2. Para los Estomatólogos con más de 2 Consultorios, o con población mayor: la periodicidad establecida en esta situación es cada 2 años, igual que el caso anterior. Pero la obtención de la información se dificulta algo más al tener que realizar Encuestas a una muestra de su Población, según se explica en este Documento.

El método que se establece, es que una vez pasado un año y 11 meses del análisis anterior, se proceda a la ejecución del muestreo y encuesta.

El resto de la información, como ya se ha expresado, se obtiene de las fuentes de la propia Comunidad y sus representantes y por supuesto del Médico de la Familia.

Es importante comparar los hallazgos obtenidos con los anteriores para poder evaluar el trabajo realizado en los 2 años y el impacto que ha tenido en el Estado de Salud de la Población Asignada.

3. Para las Áreas de Salud y Municipios: se establece igual periodicidad que en los casos anteriores, es decir, cada 2 años, pero en períodos alternos. Es decir, si en 1999 se realizó en el ámbito del Consultorio, en el 2 000 será que se realice a 2do. Nivel.

4. Para Provincias y Nación: la periodicidad establecida es cada 5 años, no obstante se puede hacer cada 3 años, cuando se requiera.

Debemos destacar, que a pesar de los intervalos de tiempo propuestos para la ejecución del Análisis de la Situación de Salud, en cada uno de los casos, se debe tener en cuenta que el aspecto de la Salud Bucal deberá estar presente en todos los Análisis realizados por el Médico de Familia, Áreas de Salud, Municipios, en el momento que lo ejecuten, aunque la información que aportemos no sea de ese mismo momento, pues deben recordar que las variaciones en nuestro campo no se aprecian rápidamente.

Es importante que el Estomatólogo General y el especialista, comprendan la necesidad de realizar este análisis de la situación de salud, pues es en base a él que podrá orientar adecuadamente su trabajo y obtener los mejores resultados lo cual incrementará su satisfacción y la de la población a él asignada, mejorando además el estado de salud de esta población.

Otra forma de darle solución a una necesidad o problema y modificar la situación detectada es considerar dentro de nuestro Plan la ejecución de Proyectos que posibiliten el aprovechamiento de los recursos locales o de otras fuentes, como organismos, ONG (Organizaciones no Gubernamentales) etc; y se define como “una Empresa con cierto propósito que se organiza para lograr objetivos específicos que se fijan para resolver un problema o para satisfacer una necesidad, por definición está dirigido a lograr metas, es limitado en el tiempo y produce resultados específicos mediante el uso de recursos definidos”

## “METODOLOGÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN AL REALIZAR EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD”.

Un paso muy importante cuando se realiza el “Análisis de la Situación de Salud” es sistematizar la información obtenida lo que nos permite presentarla al resto del equipo, a la Comunidad y a los Jefes del Servicio y además una mejor comprensión y evaluación.

- I. Título: Análisis de la Situación de Salud de (poner aquí el lugar que se está analizando, puede ser un Consultorio, una Escuela, un Círculo Infantil, un Centro de Trabajo, un Hogar de Ancianos, un Área de Salud, un Consejo Popular, un Municipio). (Mes y Año en que se realiza el mismo).
- II. Autor (es): (todos los participantes directamente en el análisis).
- III. Unidad: (nombre del Policlínico, Clínica, a la pertenece o que hace el análisis). De ser el Municipio, no se pone.
- IV. Universo: debe especificarse en este aspecto la población o Área comprendida en nuestro análisis de forma general.
- V. Análisis de los resultados y discusión: aquí se exponen los hallazgos obtenidos en el “Análisis de la Situación de Salud”, relacionándolos entre sí, comparándolos con resultados anteriores y de otras poblaciones como Comunidades y Consultorios próximos, Municipio, Provincia y Nación. Es importante enunciar los problemas detectados, destacando las prioridades asignadas a cada uno de ellos, así como analizar en este momento los Recursos de que disponen los servicios, comprendidos en el Área estudiada, relacionándolo con otras variables en estudio que se considere. Es útil presentar tablas, gráficos y mapas que ilustren y resuman la información. En el Anexo 3 se muestran los principales elementos a tener en cuenta en este análisis.
- VI. Objetivos (Anexo 4)  
Generales: Debe expresar claramente lo que se desea obtener.  
Específicos: Se diseñan para ir logrando las soluciones al objetivo general. Recuerde que el objetivo es la expresión en términos positivos del problema y sus causas (Árbol de Problemas                      Árbol de Objetivos)                      →
- VII. Resultados Esperados: en este aspecto se debe reflejar lo que se espera obtener cuando se realice la intervención (recuerden que esto es parte del análisis), responde a la pregunta ¿qué esperamos lograr?. Se diseñan a partir de los objetivos específicos, los que a su vez se construyen a partir de los problemas identificados.  
Problema                      → Objetivo                      → Resultado  
Es a partir de ellos que se establecen los indicadores de seguimiento o proceso y los indicadores de resultados e impacto necesarios para la evaluación.
  - Indicadores de Seguimiento
  - Indicadores de Impacto
- VIII. Actividades y estrategias de intervención: una vez que se conoce la situación y se tienen identificados los problemas y jerarquizados por consenso, definidos los objetivos y determinados los resultados esperados entonces se establecen las acciones a realizar y su interrelación para alcanzar así el objetivo general. Es importante en este aspecto considerar los recursos necesarios para cada tarea y el sistema de evaluación para su control a partir de los indicadores expresados. Es aquí donde se ubica el Plan de Acción, ya elaborado, como concreción de todo lo anterior y que constituye nuestro Cronograma de trabajo e instrumento de evaluación.

## **Anexo 1**

### **Glosario de Términos**

- **Actitud:** posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación.
- **Análisis:** estudio desde diferentes ámbitos de las condiciones, situación y problemas de salud.
- **Beneficio:** logros o mejoras en la calidad de vida con un valor para la salud que evidencia su relación causal con el proceso de cuidados de la salud.
- **Bienestar Social:** que el ser humano tenga satisfecha todas sus necesidades para vivir decorosamente: alimentación, trabajo, vivienda, vestido, educación, asistencia médica.
- **Características:** apreciaciones importantes de algún fenómeno o problema. Rasgos que describen constantes de algún objeto, persona, documento, lugar, etc.
- **Capacitar:** transmitir los conocimientos necesarios para el mejor desarrollo del trabajo en forma sistemática con objetivos y actividades.
- **Comunidad:** colectivo de personas que comparten ciertos valores, intereses, condiciones, problemas y características comunes.
- **Conducta:** manera de conducirse ante una situación; una acción que tiene frecuencia, duración y propósitos específicos, ya sea consciente o inconsciente. Una forma de actuar adquirida, aprendida.
- **Costumbres:** lo que se hace comúnmente, formas de actuar, hacer, celebrar, etc. , aprendidas y transmitidas de generación en generación.
- **Comunicación:** Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es un componente importante de todos los servicios y actividades de Promoción y Educación para la Salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales.
- **Creatividad:** proceso de descubrimiento o producción de algo nuevo, valioso, original y adecuado que cumpla las exigencias de una determinada situación social en la cual se expresa el vínculo de los aspectos cognoscitivos y afectivos de la personalidad.
- **Creencia:** una posición, sentido o significado, declarada o insinuada, aceptada emocional y/o intelectualmente como verdadera por una persona o grupo.
- **Criterio:** elemento de juicio, parámetro pre – establecido ya sea numérico o subjetivo con fines de analizar comparativamente una situación dada o bien los resultados de una acción o programa.
- **Cultura:** la suma de conocimientos, destrezas y valores que se transmiten de generación en generación.
- **Destreza:** habilidad, el saber hacer un procedimiento de manera adecuada.
- **Diagnóstico Conductual:** delimitación de una acción específica que puede tener un efecto sobre la salud. Análisis de los hábitos, así como las causas que puedan modificarse, costumbres y prácticas que inciden en la salud.
- **Diagnóstico de Salud:** descripción y análisis de las condiciones sociales, económicas, culturales, demográficas y de salud de una comunidad o población en un momento determinado. El diagnóstico o evaluación implica estimar la magnitud y trascendencia de los problemas detectados, así como la factibilidad de solución.
- **Diagnóstico Educativo:** la valoración de causas de una o varias conductas o prácticas y los factores que puedan modificarla a través de una acción de enseñanza – aprendizaje.
- **Educación:** Consiste en el proceso de facilitar el aprendizaje para permitir a las audiencias tomar decisiones racionales e informadas e influir en su comportamiento. Se puede realizar mediante el sector formal, es decir, incluyendo los contenidos de salud en el curriculum de estudio de los distintos niveles de enseñanza o empleando canales no formales como organizaciones sociales y de masa, cooperativas campesinas, sindicatos, clubes de adolescentes, redes de apoyo social entre otros.



- **Efectividad:** la habilidad de una intervención para lograr el efecto deseado en términos de reducir o solucionar un problema o responder a una necesidad de la población. En general también es el resultado final o producto alcanzado con relación a los objetivos establecidos.
- **Eficacia:** la habilidad de una intervención para lograr el efecto intencionado en las personas con exposición a ello. El beneficio o impacto que se obtiene de una medida preventiva o acción educativa.
- **Eficiencia:** la calidad y cantidad de los efectos o resultados finales alcanzados con relación al esfuerzo invertido en términos de dinero, recursos y tiempo. Es una medida de los recursos consumidos con relación al número de personas beneficiadas y calidad de los resultados producidos.
- **Evaluación Educativa:** valoración de los conocimientos obtenidos a través del programa. El análisis comparativo de un conjunto de aspectos cognoscitivos, los factores que los predisponen, facilitan y/o refuerzan con relación a ciertos hábitos y prácticas, así como los objetivos, criterios y normas para modificarlos a través del proceso de enseñanza – aprendizaje. Implica pruebas objetivas, observación. Así como aspectos de la investigación evaluativa.
- **Hábitos:** es la repetición de una práctica determinada.
- **Información:** Incluye la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos y temas para concientizar a los decisores, docentes y población en general acerca de acontecimientos importantes.
- **Informante Clave:** aquella persona que vive o trabaja en una comunidad y que es reconocida como “buena conocedora” de la problemática existente en la misma, en función del contacto que tiene con los que allí residen y de la experiencia de vida o de trabajo en esa comunidad.
- **Lactancia:** período de alimentación del recién nacido con la leche materna.
- **Líder Formal:** aquella persona perteneciente a una comunidad, que tienen asignada determinada posición que le confiere poder en ello.
- **Líder Informal:** aquella persona perteneciente a una comunidad y que ejerce sobre ella una influencia reconocida por la mayoría, la que le confiere un determinado poder que no le ha sido asignado por ningún cargo.
- **Metas:** fines a que se dirigen los objetivos del programa o proyecto. Son cuantitativas.
- **Objetivo:** es el enunciado de un resultado a obtener mediante ciertas acciones. Debe expresarse en términos claros, precisos, medibles y fundamentalmente factibles conforme a los recursos que se dispongan.
- **Participación Social:** proceso participativo, dinámico, integral e intersectorial dirigido a todos los diferentes ámbitos y poblaciones de la vida social. Unir voluntad, capacidad y esfuerzo de los ciudadanos para mejorar la salud y calidad de vida en su comunidad.
- **Propósito:** fines.
- **Situación:** realidad descrita y explicada desde la óptica de un actor social que pertenece a ello.
- **Visión:** es una imagen creíble, alcanzable y atractiva, en la que se persigue transformar la realidad, y que debe construirse teniendo en cuenta los criterios, no solo del sector salud, si no de los otros actores que también pertenecen a esa realidad.

## **Anexo 2: Selección de la muestra.**

Para seleccionar la muestra en la cual se aplicará la Encuesta se hace necesario:

1. Listado de todas las personas residentes en el lugar objeto del análisis (consultorios, escuelas, etc.) pertenecientes a las edades de 5 – 6 años, 12 años, 15 años, 18 años, 35 – 44 años y 65 y más años (hasta 74). La selección de estas edades, llamadas indicadores, se realiza según “Encuesta de Salud Bucal – Dental. Métodos Básicos”. Cuarta Edición. OMS, Ginebra, 1997; por qué:
  - 5 – 6 años: esta edad interesa en relación con los niveles de caries de la dentición temporal o primaria, que pueden presentar cambios en un intervalo de tiempo más breve que la dentición permanente en otras edades indicadoras.
  - 12 años: esta edad tiene especial importancia, pues es en general la edad en que los niños salen de la escuela primaria. Es también la edad en la que todos los dientes permanentes, excepto los terceros molares, han brotado ya. Además, ya el primer molar permanente

lleva 6 años en boca y se pueden establecer comparaciones con la dentición primaria a los 6 años. Por estos motivos se ha elegido los 12 años como la edad global o índice de vigilancia de la Caries en las comparaciones internacionales y en la vigilancia de las tendencias de las enfermedades.

- 15 años: en esta edad, los dientes permanentes han estado expuestos al medio bucal durante 3-9 años. Por consiguiente, la evaluación de la prevalencia de la Caries es a menudo más significativa que a los 12 años. Es una edad también importante para evaluar los indicadores de las periodontopatías en los adolescentes.
  - 18 años: se utiliza fundamentalmente para conocer el grado de conservación de los dientes en boca y poder estimar tendencias, tanto para Caries como para Periodontopatías.
  - 35-44 años: este grupo de edad es el grupo estándar de vigilancia del estado de salud de los adultos. El empleo de los datos correspondientes a este grupo de edad permite vigilar el efecto total de la Caries Dental, el nivel de Periodontopatías graves y los efectos generales de la asistencia proporcionada.
  - 65 y más años de edad (65-74): este grupo de edad ha adquirido más importancia al producirse actualmente en todos los países cambios en la distribución demográfica e incrementos de la longevidad. Los datos de este grupo se necesitan para planificar la asistencia apropiada y para vigilar los efectos generales de los Servicios de Estomatología en una población. Al tomar la muestra es necesario considerar los adultos mayores que están en sus casas y los que se encuentran en instituciones, así como de todos los activos, pues las características entre ellos difieren.
2. Número de sujetos: en cada grupo de edad indicador que se ha de examinar, el número de sujetos varía desde un mínimo de 25 hasta 50, en función de la prevalencia y la gravedad previstas de las enfermedades orales. Sin embargo un total de 25 sujetos, en el que sea aproximadamente igual el número de mujeres que el de hombres, basta sólo en las poblaciones en donde se estime que son altos o muy altos los niveles de Caries y Periodontopatías. En las poblaciones donde se sabe que esos niveles son moderados o bajos; por Ejemplo: el porcentaje de niños de 12 años sin caries es del 5 – 10 % o menos), el tamaño estándar de cada muestra debe ser de 40 – 50 sujetos.
- Si se desconoce el nivel de la caries dental en las poblaciones, habrá que calcularlo antes de iniciar una Encuesta. Un medio rápido y eficaz de estimar la prevalencia de caries en una población consiste en clasificar a un grupo de sujetos como afectados por la caries o exentos. Por ejemplo: será posible examinar 2 ó 3 clases de niños de 12 años de edad, en 2 ó 3 escuelas, en donde pueda preverse que existan las mayores diferencias posibles de la enfermedad. Si más del 20 % de los niños están exentos de caries, la prevalencia de la caries es baja; si están exentos de caries el 5 – 20 %, la prevalencia es moderada; y si menos del 5 % están exentos de caries, la prevalencia es alta.
3. Selección de las personas para la muestra del Universo:
- a. Para 1 Estomatólogo con más de 2 Consultorios.
  - b. Para un Área de Salud.
  - c. Para un Municipio.
- a. Para la selección de las personas en estos casos se tomará el listado o las HCF de los Consultorios del Médico de la Familia y se comenzará por un número tomado al azar, por ejemplo: el 5to. de la lista que tenga 5 – 6 años de edad, el 5to. que tenga 12 años y así sucesivamente hasta completar el No. de sujetos para cada grupo de edad. Si no se completara con el primer pase a la lista, se iniciará nuevamente con otro número tomado al azar. Es importante tener en cuenta que entre uno y otro sujeto de la misma edad se debe mantener el mismo intervalo seleccionado al inicio.
- Ejemplo: para niños de 5 – 6 años de edad y con el No. 5 como elemento al azar:
- |              |            |
|--------------|------------|
| 1. Pedro     | 7. Carlos  |
| 2. María     | 8. Armando |
| 3. Luis      | 9. José    |
| 4. Alejandro | 10. Ariel  |
| 5. Enrique   | 11. Arturo |
| 6. Fernando  |            |

En este caso se seleccionará el No. 5 (Enrique) y el No. 10 (Ariel) y así sucesivamente.

Si no completáramos y tomáramos entonces el No. 3 (Luis), No. 6 (Fernando ), No. 9 (José). Y así para cada edad o grupo de edad hasta completar. Después esas personas se registran en el Modelo que se anexa.

b. Para la selección de las personas en Áreas de Salud el procedimiento a seguir es el siguiente:

- Se seleccionarán X Consultorios del Médico de la Familia en la Comunidad de la misma forma que seleccionamos las personas en el caso anterior hasta completar un número de ellos que multiplicado por 5 de el total de personas que yo determine y que se debían examinar en mi muestra, ejemplo: determiné que eran 25, selecciona 5 Consultorios del Médico de la Familia; determiné que eran 40, selecciona 8 Consultorios del Médico de la Familia, pues de cada Consultorio seleccionado, examinaremos 5 personas de cada edad o grupo.
- Una vez seleccionados los Consultorios, procedo igual que en el caso anterior, es decir, solicito los listados o Historias Clínicas Familiares a los Consultorios y con un No. seleccionado al azar comienzo a seleccionar las personas hasta completar.
- Posteriormente se lleva el registro que aparece en el Anexo.

c. Para la selección de las personas en el Municipio se procede de la siguiente forma:

(a) *Selección de los Consultorios del Médico de la Familia.*

En cada Municipio se seleccionarán 5 Consultorios del Médico de la Familia en la Comunidad de la siguiente manera:

Se confeccionará un listado de las Áreas de Salud del Municipio en un Modelo como el que se muestra a continuación:

Modelo de Selección de Consultorio		Municipio: Centro Habana	
Área de Salud	No. Consultorios	Intervalo de Selección	
Van Troi	40	1 – 40	
Mario Manduley	50	41 – 90	
Reina	53	91 – 143	
Joaquín Albarrán	45	144 – 188	
Luis Galván	41	189 – 229 *	

Nota: El número de Consultorios es hipotético para este ejemplo.

\* El Número Final debe coincidir con la totalidad de Consultorios en la Comunidad del Municipio.

- A continuación se divide el total de Consultorios del Municipio entre 5 (en el ejemplo:  $299/5 = 45 \times 80$ ) y el resultado se expresa con un decimal.
- De la Tabla de Números Aleatorios se escoge un número entre 100 y el resultado de la división anterior multiplicado por 1 000 (45 800 en el ejemplo).
- Supongamos que el número aleatorio seleccionado fue 23 157 (entre los 100 de la tabla de números aleatorios este fue el que se seleccionó). Partiendo de este número y sumando cada vez el resultado de la división y posterior multiplicación por 1 000, generamos 5 valores.
  - 23 157
  - $23\ 157 + 45\ 800 = 68\ 957$
  - $68\ 957 + 45\ 800 = 114\ 757$
  - $114\ 757 + 45\ 800 = 160\ 557$
  - $160\ 557 + 45\ 800 = 206\ 357$
- Finalmente desechamos los tres últimos dígitos de cada número generado, quedándonos entonces con los números: 23, 68, 114, 160 y 206.
- Con estos números buscamos a que intervalo de selección pertenecen en el Modelo. Por ejemplo el número 68 corresponde al Área de Salud "Mario Manduley". Como 68 es el número 28 dentro del intervalo 41 – 90, eso indica que el Consultorio 28 del listado de todos los Consultorios del Área Manduley queda seleccionado para la Encuesta. Si por ejemplo, el número 114 perteneciente al intervalo 91 – 143 del Área de Salud Reina quedará seleccionado, eso implicaría que el Consultorio  $24 = 114 - 91 + 1$  del listado del Área Reina debe ser incluido en el estudio. Es decir, que para determinar qué Consultorio debemos incluir al número generado (114 en el ejemplo) al que se le resta el primer valor del intervalo de selección a que pertenece (91 – 143) y se le suma 1.

Con este procedimiento quedarán determinados los 5 Consultorios que se incluirán en la Encuesta.

(b) Selección de las personas dentro de los Consultorios incluidos:

- Una vez en el Consultorio seleccionado se procederá a la selección de 5 personas en cada grupo de edad de interés para la Encuesta: 5 años, 12 años, 15 años, 18 años, 35 – 44 años y 65 – 74 años.
- Se confeccionará el Modelo que se anexa para el registro de las personas.
- A partir de las Historias Clínicas Familiares, empezando por una al azar se comenzará a anotar a las personas cuya fecha de nacimiento indica que tienen la edad requerida. No se debe seleccionar a más de una persona por vivienda. De esta manera se seguirá con las siguientes Historias Clínicas Familiares hasta seleccionar a todos los necesarios para el estudio. Al llegar a la última se comenzará nuevamente, hasta completar.

<b>Modelo de Registro de Personas</b>			Municipio:	
Área de Salud:			Consultorios:	
<b>5 Años</b>				
No.	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Dirección	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
<b>12 Años</b>				
1				
2				
3				
4				
5				
<b>15 Años</b>				
1				
2				
3				
4				
5				
<b>18 Años</b>				
1				
2				
3				
4				
5				
<b>35 – 44 Años</b>				
1				
2				
3				
4				
5				
<b>65 – 74 Años</b>				
1				
2				
3				
4				
5				

Para el caso de la Encuesta en los tipos a) y b) explicados anteriormente se pondrán tantas filas como personas se vayan a encuestar en cada edad.

### **Anexo 3: Principales elementos a tener en cuenta en el “Análisis de la Situación de Salud”**

Como ya se expresó en el cuerpo del Documento al realizar el Análisis de la Situación de Salud de un territorio determinado (Consultorio, Área de Salud, Municipio, Provincia, Nación) se tendrá en cuenta el individuo, la población, el ambiente, los que constituyen el sujeto de acción; donde el ambiente se describe en su aspecto geográfico y en su aspecto social. Además que los objetivos al realizar este análisis son: determinar el estado de salud de una población X, entendiendo las causas y consecuencias de sus diferencias; estimar las necesidades de la población; evaluar la calidad de la atención, midiendo su efectividad y eficacia; proporcionar elementos para la determinación de prioridades en la investigación; desarrollar procedimientos metodológicos; establecer un Plan de Acción – Intervención.

De forma resumida se abordarán aspectos relacionados con el Ambiente (geográfico y social), la Biología Humana, Estilos de Vida y la Organización de los Servicios de Salud.

Con un enfoque sistemático el Análisis de la Situación de Salud se expresaría:

<b>Entrada</b>	<b>Proceso</b>	<b>Salidas</b>
<b>Nivel Local</b>	<b>Procesamiento</b>	<b>Productos esperados</b>
	<b>Información según:</b>	
1. Dimensión Social	- Juicio Grupos	- Situación Salud
2. Dimensión Biológica	- Índices de Desarrollo	- Estrategias Intervención
3. Dimensión Ecológica		- Escenarios de Salud
4. Dimensión Servicios		

1. Descripción del Escenario: aquí se describirán los límites geográficos y político – administrativos del área estudiada, abordando sus principales características socio – económicas, clasificación en Urbana, Semi – Urbana, Rural; principales fuentes de ingreso de la población. Además, las vías de Comunicación, Transporte, y todo aquello que tipifique la región.

Fuente: información histórica recogida en Documentos del Gobierno del Área estudiada, o en el Servicio de Salud, por informaciones de Informantes Claves o Líderes Formales de la Comunidad.

2. Aspectos demográficos: tamaño de la población, estructura por sexo, por edades, densidad de población. Para los Municipios se debe considerar también los aspectos dinámicos de la distribución (crecimiento, migraciones)

Fuente: HCF, Registros Estadísticos de la Unidad o Territorio estudiado. Direcciones Municipales de Estadísticas y Salud.

3. Aspectos Socio – Culturales: aquí es importante abordar el nivel educacional promedio, desarrollo de la Cultura Comunitaria, las costumbres, hábitos, creencias de la población, destacando los resultados de la Encuesta para el Diagnóstico Educativo realizada. Otros elementos de la recreación y deportes que se consideren pueden ubicarse en el análisis. Para las Áreas de Salud y Municipios es importante considerar No. de Instituciones Escolares por tipo, accesibilidad, condiciones de estas, relación salud – educación y todo aquello que incida negativa o positivamente en la Atención Integral del menor de 18 años.

Fuente: Resultados de la Encuesta del Diagnóstico Educativo; Registros; Informes de las Direcciones de Educación, Salud, Cultura, Gobierno Local; informantes claves, líderes formales y otros.

4. Interrelación con el resto de los sectores y representantes de la Comunidad: se deben expresar las formas establecidas para lograr una verdadera participación social y como se establecen los vínculos y el diálogo entre salud y el resto, resaltando los problemas y los logros identificados en ella. Se deben relacionar con otras variables estudiadas.

Es importante destacar si existe compromiso por parte de los decisores del territorio de trabajar en función de alcanzar la salud, desarrollando algunas de las modalidades de los Municipios por la Salud.

Debe abordarse el rol del Consejo de Salud en la identificación y solución de los problemas y necesidades de la población.

Fuente: Entrevistas, resultados de trabajos en grupo, revisión de documentos, informantes claves y líderes formales, entre otros.

5. Situación del Medio Ambiente y Ecología: en este aspecto se considera: la disponibilidad de agua (de forma detallada cuando se realiza el análisis a nivel de los Consultorios, Escuelas); drenaje; disposición de excretas y basuras; contaminación de los suelos, agua y aire; limpieza de las calles; saneamiento biológico (reservorios y vectores); radiaciones; condiciones de las viviendas, destacando No. de personas, si hay o no hacinamiento, si disponen de baño y área de cocina; electrificación; entre otros.

Fuente: Unidades de Higiene y Epidemiología, Informantes Claves, Líderes Formales, observación, trabajo en grupos. Representaciones del CITMA.

6. Estilos de Vida: aunque la información sobre ellos queda expresada en otras categorías por su importancia debe reflejarse de forma resumida todo aquello referente a los estilos de vida de la población en estudio que constituyan oportunidades o amenazas para el Estado de Salud de la misma.

Fuente: Encuestas a la Población, HCF, Unidades de Higiene y Epidemiología, Grupos Focales, Informantes Claves.

7. Indicadores de Salud – Enfermedad: en este aspecto se recogerán todos los elementos obtenidos sobre el proceso salud – enfermedad de los individuos y la comunidad, conocidos por Encuestas a una muestra de ella, o por las HCF. Se debe expresar a través de cuadros y gráficos que posibiliten de manera rápida y adecuada la comprensión de la información.

Algunos indicadores seleccionados son:

- (a) % de pacientes sanos
- (b) % de pacientes sanos con riesgo
- (c) % de pacientes enfermos
- (d) % de pacientes enfermos con discapacidad

Se expondrán los principales riesgos a que está sometida la población y las asociaciones con la incidencia de las enfermedades, pudiendo relacionarse con otros como edad y sexo.

Igualmente se describirán las enfermedades de mayor incidencia en la población, generales y bucales, así como las principales causas de muerte.

Se utilizará la información obtenida en las Encuestas de Salud Bucal y las HCF, como es lesiones en tejidos blandos y mucosa de boca, cara y cuello, ATM, opacidades del esmalte, fluorosis y otras. Además de otras fuentes de morbilidad y mortalidad del territorio en estudio.

(e) Referente al Cáncer Bucal se registra:

- Personas expuestas al riesgo y % según edad y sexo.
- Personas con Lesiones Pre – Malignas y de ellas cuantas estaban expuestas a riesgo, según edad y sexo, %.
- Personas con Lesiones Malignas según estadio, %.
- Personas que tuvieron Lesiones Malignas y fueron intervenidas quirúrgicamente.

En todos los casos anteriores, estas personas son susceptibles de monitorearse (dispensarizarse) pues tienen la posibilidad y/o tienen la enfermedad o la tuvieron y por tanto debe incidirse sobre ellas para eliminar el riesgo y/o enfermedad y mantenerlas sanas y rehabilitadas.

(f) % de personas con retraso Mental en la Población según edad y sexo: además de exponer el indicador se debe expresar de este total de personas, su estado de salud bucal:

- % de pacientes sanos.
- % Saneados
- COP – D ó ceo - d
- Estado de Salud Periodontal.
- % de pacientes afectados

- % de segmentos sanos
- % de segmentos afectados
- % de segmentos con cálculos

Esta información se puede obtener de la Encuesta de Salud Bucal o de la HSBF.

(g) Población Infantil: 18 o menos años:

- % pacientes sanos.
- % Saneados
- COP – D ó ceo – d
- % que conservan todos sus dientes
- % de hipercariogénicos
- % de hábitos deformantes
- % con maloclusiones, y de ellos % con hábitos.
- Estado Periodontal
- % de pacientes afectados
- % de segmentos sanos
- % de segmentos afectados
- % de segmentos con cálculos

Esta información se obtiene de las Encuestas de Salud Bucal de las Comunidades, Escuelas, Círculos Infantiles, HCF.

(h) Embarazadas y Madres con niños menores de 1 año:

- COP – D
- % de personas con 20 o más dientes funcionales.
- % de sanos
- % Saneados
- Estado Periodontal
- % de pacientes afectados
- % de segmentos sanos
- % de segmentos afectados
- % de segmentos con sangramiento
- % de segmento con cálculos
- % de segmento con bolsas hasta 6
- % de segmentos con bolsas más de 6

(i) Adulto Mayor:

- % de Sanos
- % Saneados
- CPO – D
- % de pacientes edentes totales
- % con 20 o más dientes funcionales
- % que necesitan prótesis según tipo
- Estado Periodontal
- % de pacientes afectados
- % de segmentos sanos
- % de segmentos afectados
- % de segmentos con sangramiento
- % de segmento con cálculos
- % de segmento con bolsas hasta 6
- % de segmentos con bolsas más de 6

(j) Población Total:

- % de sanos
- % Saneados
- CPO – D y ceo – d
- % de personas que conservan todos sus dientes
- % de personas con 20 o más dientes funcionales

- % que necesitan prótesis según tipo
- Estado Periodontal
- % de pacientes afectados
- % de segmentos sanos
- % de segmentos afectados
- % de segmentos con sangramiento
- % de segmento con cálculos
- % de segmento con bolsas hasta 6
- % de segmentos con bolsas más de 6
- % de niños con Maloclusiones
- (k) Metas de Salud Bucal
  - % de niños sanos de 5 – 6 años de edad
  - CPO – D a los 12 años de edad
  - % de personas de 18 años que conservan todos sus dientes
  - % de personas de 35 – 44 años que conservan 20 o más dientes en boca
  - % de personas de 65 años y más que conservan 20 o más dientes en boca

8. Indicadores de Servicio: otro aspecto importante al realizar el ASS es la descripción de los Servicios de Salud de que se dispone para la atención de la población en estudio, caracterizando la organización de los mismos y exponiendo sus principales dificultades y necesidades, así como los recursos disponibles y los necesarios. Se expondrán las características estructurales de las Unidades y sus dependencias. Para facilitar la comprensión se pueden utilizar mapas, organigramas, gráficos y tablas.

Las fuentes para obtener la información son las Direcciones y Unidades de Salud, Anuarios e Informes Estadísticos y Económicos, entrevistas y otros.

Este aspecto es de interés fundamentalmente para los decisores de las Unidades, Municipios y Provincia, aunque el estomatólogo puede evaluar su gestión y nivel de resolutivez a las necesidades de su población.

*Algunos indicadores de recursos seleccionados para el ASS son:*

- Estomatólogo General / habitantes
- Estomatólogo General / Sillón
- Especialista / habitantes, según Especialidad
- Consultorios Médicos / Estomatólogo General

Si la Unidad es Docente se describirán también las relaciones:

- Estomatólogo Docente / alumno
- Alumno / habitante
- Consultorio / Alumno

Se pueden describir otros recursos que se consideren actúan sobre el estado de Salud de la Población en estudio en un momento determinado.

Los Indicadores de Actividad o Servicios seleccionados, son los que se han indicado por la Dirección Nacional de Estomatología para la Evaluación de la Estrategia y los recogidos en el Modelo Estadístico, apareciendo ambos en el presente Documento como Anexos.

Además se tendrán en cuenta los resultados de las Encuestas de Satisfacción de la Población y los prestadores.

#### **Anexo 4: Requisitos que deben cumplir los objetivos:**

Dentro del vocablo de objetivos se incluyen un grupo de categorías, que pueden ir desde un concepto de gran generalidad como es el caso de “finalidad”, hasta uno de concreta especificación como el de “meta”, a nivel de un equipo de trabajo e incluso de un individuo. Muchas veces se plasman como objetivos, enunciados que más bien se refieren a buenos propósitos, ejemplo: “hacer mayores esfuerzos para elevar la calidad de las Consultas”.

Es innegable la justeza de este propósito, sin embargo, es muy difícil para la Gerencia la medición de su comportamiento y más aún de sus resultados.

Al hablar de “Objetivos Sanitarios”, tendría que considerarse entre otros aspectos ¿qué concretamente se quiere alcanzar? ¿quién o quienes serán los protagonistas de su



materialización? ¿cuándo y donde se desarrollarán las acciones para lograrlo? ¿qué recursos se necesitan para ello y de cuantos disponemos? ¿cómo se realizarán las actividades de ejecución, monitoreo y evaluación? Las respuestas a estas y otras interrogantes requieren el cumplimiento de un conjunto de requisitos a tomar en consideración, en el proceso de formulación de los objetivos y ellos son:

- Pertinentes
- Medibles
- Factibles
- Aceptables
- Flexibles
- Motivadores
- Comprensibles
- Comprometedores

1. **Pertinentes:** que están en función de la finalidad del sistema y apoyan su materialización, así como de las políticas, directivas y estrategias que emanan de la gerencia superior.

2. **Medibles:** siempre que sea posible, el objetivo debe expresarse en términos cuantitativos, por ejemplo: “ampliar en 2 sillones el Servicio de ...”; “reducir los costos de electricidad en un 20% con relación al año anterior”; “duplicar el número de Consultas con Acupuntura en relación al 1er. Semestre”; etc. En tales casos la gerencia puede ir monitoreando y evaluando parcialmente el cumplimiento de tales objetivos a fin de tomar las decisiones oportunas que se requieran al efecto.

Sin embargo, en el Sector salud, no siempre es posible cuantificar los objetivos que se aspiran a lograr y, en estas circunstancias, habría que expresar con toda claridad, los parámetros cualitativos que servirán de base a la gerencia para controlar su proceso e impacto correspondiente.

Por ejemplo, si se pretende “mejorar la calidad de las Consultas del Servicio X” tendrían que establecerse: los requisitos que debe cumplir este tipo de consulta, su grado de cumplimiento en la actualidad y los factores y acciones que requieren incorporarse o simplemente perfeccionarse.

3. **Factibles:** no todo lo que se necesita se puede lograr en un período o lugar determinados. El balance adecuado entre necesidades y posibilidades, así como entre tareas y recursos disponibles, constituyen un instrumento de gran utilidad para la gerencia, que no debe ni puede soslayarse.

La factibilidad no solo se relaciona a los recursos existentes y disponibles. En ocasiones la realización de una obra, actividad o tarea, está estrechamente vinculada a factores subjetivos, como: voluntad política, priorización que le otorga el nivel que jerarquiza el problema, si realmente es una necesidad sentida o no, etc.

4. **Aceptables:** los objetivos deben satisfacer las expectativas y valores de todos aquellos que, de forma directa e indirecta, están interesados en la materialización de los resultados que se pretenden alcanzar.

En primer lugar los objetivos deben ser aceptados por los responsables de su ejecución. Al mismo tiempo, la gerencia a sus diferentes niveles debe dar su necesaria aprobación y su apoyo. Por último, y no menos importante, es la aceptación del objetivo por parte de los beneficiarios de su cumplimiento.

5. **Flexibles:** en el marco de los objetivos se incluyen normas y metas específicas que, al mismo tiempo, no deben tener carácter rígido o dogmático, ni tan flexible que cualquiera pueda modificarlos a su conveniencia. Un cambio de condiciones, un nuevo problema o una modificación de estos, requieren de nuevas medidas de intervención a fin de darles solución a la situación cambiante, es decir, surgen nuevos o diferentes objetivos. Por supuesto, que la flexibilidad no debe convertirse en tolerancia ilimitada al cambio de objetivos y metas. Cada modificación ha de estar plenamente justificada y seguir un procedimiento similar al establecido.

6. **Motivadores:** la participación colectiva en la identificación de los problemas de salud y en la formulación de los objetivos para darles la debida solución es en sí, un factor motivacional de gran importancia para los actores sociales que intervienen en este proceso, más aun si son ellos los que deben materializar los resultados que se esperan alcanzar.

Cuando el responsable de la ejecución de una tarea participa en la concepción de sus necesidades, lo hace sentir más útil y satisfecho con la labor que realiza. Pero esto solo no basta, se necesita que el individuo llegue al convencimiento que al cumplir con los objetivos institucionales realiza parte de sus aspiraciones como persona.

7. **Comprensibles:** su formulación debe ser fácilmente entendible por todos los que están vinculados a su concepción y ejecución. En el Sector Salud incluye a prestatarios y usuarios del Servicio. A tal efecto, deben estar redactados en forma clara y sencilla a fin de evitar interpretaciones erróneas que dificulten su cumplimiento.
8. **Comprometedores:** el objetivo debe identificarse con una determinada área de responsabilidad e incluso, con los propios individuos que deben ejecutar las acciones necesarias para su realización. Cada objetivo, una vez aprobado, es de obligatorio cumplimiento y sirve de base para evaluar a sus ejecutores, en términos de resultados.

### **Anexo 5: Vigilancia de la Salud Bucal**

Remitirse al Anexo de este Programa que se refiere al tema

**Anexo 6: El Modelo Estadístico 241 – 406 – 03**, recoge la información necesaria para evaluar el nivel de actividad en los Servicios, lo cual es necesario para la ejecución del ASS.

**Anexo 7: El Modelo de la Evaluación de la Estrategia Estomatología**, permite conocer el acumulado del nivel de actividad en un período determinado, así como la cobertura a grupos específicos de población.

**Anexo 8:** La Historia Clínica Familiar constituye una fuente de información valiosa para realizar el Análisis de la Situación de Salud de la Población perteneciente a los Consultorios al recoger datos individuales, familiares y del ambiente, considerando los riesgos que actúan sobre estos sujetos.

## **HISTORIA CLÍNICA DE SALUD BUCAL FAMILIAR DE ESTOMATOLOGÍA**

### **Instrucciones para llenar el Modelo:**

#### Objetivo:

Registrar la información relacionada con las características biológicas, socio – económicas e higiénicas de la familia y sus integrantes.

#### Generalidades:

La Historia Clínica Familiar de Estomatología será confeccionada a cada núcleo familiar, esta permanecerá en el Servicio de Estomatología como instrumento de trabajo básico para este.

La Historia Clínica Familiar de Estomatología correspondientes a las familias que residen en el área de cada Consultorio, serán archivadas con las Historias Clínicas de Atención Primaria de cada miembro de la Familia, manteniendo el orden consecutivo de acuerdo al número asignado en cada Consultorio.

En caso de traslado de una familia a otro Consultorio dentro de la localidad o fuera de ella, se le entrega al Jefe de Núcleo para hacerla llegar de nuevo al Servicio de Estomatología que le corresponda.

Cuando se incorpora una Familia en el Consultorio, en sustitución de otra, le será asignado el número de la Familia que ocupaba la anterior, en caso de tratarse de incremento de nueva vivienda, se le asignará el número consecutivo que corresponda después del último asignado en la cuadra.

#### Forma de llenar el Modelo:

##### Anverso:

**Entorno Número:** Solicitar el Médico de la Familia el Número consecutivo que le corresponde al entorno a que pertenece la familia (se entenderá por entorno al medio geográfico común a un grupo familiar, pudiendo ser esta una cuadra, un caserío, un batey, localidad, etc.).

**Familia Número:** Anotar el Número consecutivo que le corresponda a la familia dentro del entorno.

**Dirección de la Vivienda:** Anotar Dirección Completa de la Vivienda.

**Número de la Historia Clínica de Salud:** Anotar el número que corresponda a la Circunscripción, CDR y Consultorio.

**Número de la Historia Clínica Individual:** Consignar el número de Historia Clínica Individual de cada uno de los miembros del núcleo, que será el de la Historia Clínica Familiar al que le antepondrá el número de orden de los componentes del núcleo.

**Nombre y Apellidos:** Anotar el Nombre y los apellidos de cada uno de los integrantes de la familia en orden decreciente de edad.

**Sexo:** Anotar F (femenino) y M (masculino) de acuerdo al sexo de cada integrante de la familia.

**Fecha de Nacimiento:** Anotar día, mes y año de nacimiento de cada integrante de la familia.

**Nivel Educativo:** Anotar el Nivel de Escolaridad que corresponda a cada integrante de acuerdo a la siguiente clasificación:

1. Primaria sin terminar (PST)
2. Primaria terminada (PT)
3. Secundaria terminada (ST)
4. Técnico Medio terminado (TMT)
5. Pre – Universitario terminado (Pre)
6. Universitario Graduado (Univ)
7. Incapacitado Mental (Inc)
8. Círculo o Jardín Infantil (Cir)
9. Vías no formales (VNF)
10. Pre – escolar no institucionalizado (NI)
11. No escolarizado (EN)

**Labor que realiza:** Anotar la Actividad Laboral que desempeña cada integrante de la Familia.

**Clasificación Epidemiológica:** Anotar el Grupo a que corresponda cada integrante (sano, sano con riesgo, enfermo, enfermo con secuelas).

**Factores de riesgo y/o enfermedad:** Anotar los factores de riesgo que aparecen en el codificador y las enfermedades que constituyan un peligro en el tratamiento al paciente o contribuya a la aparición de entidades nosológicas bucales.

**Factores higiénico – epidemiológicos y socio – económicos de la familia:** Anotar aquellos factores descritos en el título que tengan relación e influyan en la salud estomatológica.

Ejemplo: considerar factores tales como abasto de agua, si existe área adecuada para la higiene bucal, cultura sanitaria, característica psicosociales, alimentación, estabilidad familiar, etc.

*Reverso:*

Examen Bucal:

**Número, Nombre y Apellido:** Se consignará el número, nombre y apellidos de los miembros en el mismo orden del anverso.

**Dentición temporal:** ceo - d. Se anotarán los dientes temporales cariados (c), obturados (o) y extraídos (e) y se sumarán en la Columna ceo - d

**Dentición Permanente:** COP - D Se consignaron en cada columna los dientes permanentes cariados (c), obturados (o) y perdidos (p) anotando en la subdivisión de P (perdidos) los extraídos (e) y los que tienen extracción indicada (EI) y se numeran en la columna COP – D.

**Salud Periodontal:**

Segmentos (P-S): anotar en dichas columnas los segmentos permanentes presentes (P) y los segmentos sanos (S).

Necesita tratamiento (Nec-tto): anotar en esta columna una X si el paciente requiere de tratamiento periodontal.

**Disfunción Masticatoria:**

SI: Marcar con una X en esta columna a la persona portadora de una disfunción masticatoria.

**Prótesis:** Se marca con una X el paciente que necesite prótesis.

**Maloclusión:** Marcar con una X en esta columna al portador de una maloclusión y adicionar un asterisco si es factible de tratar.

Evolución de la familia:

**Fecha de Diagnóstico:** Aquí se registra la fecha en que se diagnosticó el problema que se consignará a continuación.

**Identificación de los problemas:** En este proceso el Estomatólogo, consignará aquellos problemas que incidan en la familia y sobre los que se puedan ejercer acciones para su modificación. También se incluirán aquellos problemas que de forma individual inciden sobre la salud de cada uno de los miembros del núcleo.

**Medidas:** Se expresarán las medidas concebidas para lograr la solución de los problemas, consignando también su cumplimiento.

**Anexo 9: Encuesta de Salud Buco – Dental.** Formularios OMS de Evaluación de la Salud Buco – Dental. 1997 (Modificado)

Estomatólogo que Encuesta: \_\_\_\_\_

TAE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

No. de Encuesta: \_\_\_\_\_

**Información General:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad en Años:   Sexo: ( M=1, F=2)

Ubicación Geográfica:  1. Urbana – 2. Rural – 3. Plan Turquino

Municipio: \_\_\_\_\_ Área de Salud: \_\_\_\_\_

CMF No. \_\_\_\_\_ CDR \_\_\_\_\_ Circunscripción \_\_\_\_\_

Consejo Popular: \_\_\_\_\_

Nivel Educativo:

1. Primaria sin terminar	6. Universitario
2. Primaria terminada	7. Incapacitado Mental
3. Secundaria terminada	8. Círculo Infantil
4. Técnico Medio terminado	9. Vías no Formales
5. Pre Universitario	10. Pre escolar no Institucionalizado
	11. No escolarizado

Labor que realiza: \_\_\_\_\_

Clasificación Epidemiológica:

1. Sano	3. Enfermo
2. Sano con riesgo	4. Enfermo con discapacidad

Factores de Riesgo: (Anotar Código) (Igual a HCF)

Biológico: \_\_\_\_\_

Ambientales: \_\_\_\_\_

Hábitos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Enfermedades Sistémicas: (Anotar las 3 más importantes en caso de existir)

\_\_\_\_\_

**Evaluación Clínica:**

**Examen Extra oral:**

- 0. Apariencia Extra oral normal
- 1. Anomalías en piel y mucosas en cabeza y cuello.
- 2. Nódulos Linfáticos agrandados
- 9. No se registra

**Mucosa Oral:**

Condición:

- 0 - Normal
- 1 - Tumor Maligno (Cáncer Oral)
- 2 - Leucoplasia
- 3 - Liquen Plano
- 4 - Ulceras (aftosa, herpética, traumática)
- 5 - Gingivitis necrotizante aguda
- 6 - Candidiasis
- 7 - Abscesos
- 8 - Otras Condiciones: \_\_\_\_\_
- 9 - No se registra


**Examen de la ATM**

- Síntomas (A)
- 0. No
  - 1. Chasquido Articular
  - 2. Dolor a la palpación
  - 3. Dificultad Movimiento de apertura y cierre

D I		D I
<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		B

- Signos (B)
- 0. No
  - 1. Chasquido, sonido audible
  - 2. Contractura maseteriana
  - 3. Reducida apertura oral, menor de 30 mm

Ubicación:

- 0 - Borde Bermellón
- 1 - Comisuras
- 2 - Labios
- 3 - Surcos
- 4 - Mucosa Bucal
- 5 - Suelos de la boca
- 6 - Lengua
- 7 - Paladar duro y/o blando
- 8 - Reborde/ gingiva Iveolar
- 9 - No se registra

**Oclusión:** (solo para menores de 18 años)

- 0 - Sin alteración S
- 1 - Ligera I
- 2 - Moderada o Severa I
- 9 - No se registra

**Índice Periodontal de la Comunidad (IPC)**

- 0 - Sano 17/16 11 26/27
- 1 - Sangramiento
- 2 - Cálculos
- 3 - (\*) Bolsa 4 ó 5 mm
- 4 - (\*) Bolsa de 6 mm o más 47/46 31 36/37
- 5 - Sextante excluido
- 9 - No se registra
- (\*) No se registra en menores de 15 años


**Opacidades del Esmalte / Hipoplasia (Dientes Permanentes)**

- 0 - Normal
- 1 - Opacidad Demarcada
- 2 - Opacidad Difusa
- 3 - Hipoplasia
- 4 - Otros defectos
- 8 - Las 3 condiciones
- 9 - No se registra

14	13	12	11	21	22	23	24
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46							36

**Fluorosis Dental**

- 0 - Normal
- 1 - Dudosa
- 2 - Muy Leve
- 3 - Leve
- 4 - Moderada
- 5 - Severa
- 8 - Excluida
- 9 - No se registra

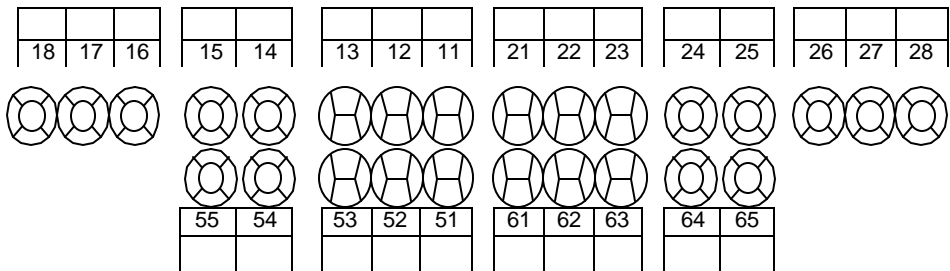
**Estado de la Dentición:**

Temporal	Total de dientes	_____
A – Sano	_____	
B – Cariado	_____	
C – Obturado con Recidiva	_____	
D – Obturado	_____	
E – Extraído por Caries	_____	
F – Extracción Indicada	_____	
G – Puente, corona o implante	_____	
T – Trauma	_____	
9 – No se registra	_____	

Permanente	Total de dientes	_____
0 – Sano	_____	
1 – Cariado	_____	
2 – Obturado con Recidiva	_____	
3 – Obturado	_____	
4 – Extraído por Caries	_____	
5 – Extraído por otra razón	_____	
6 – Extracción Indicada	_____	
7 – Puente, corona o implante	_____	
T – Trauma	_____	
9 – No se registra	_____	

DENTIGRAMA

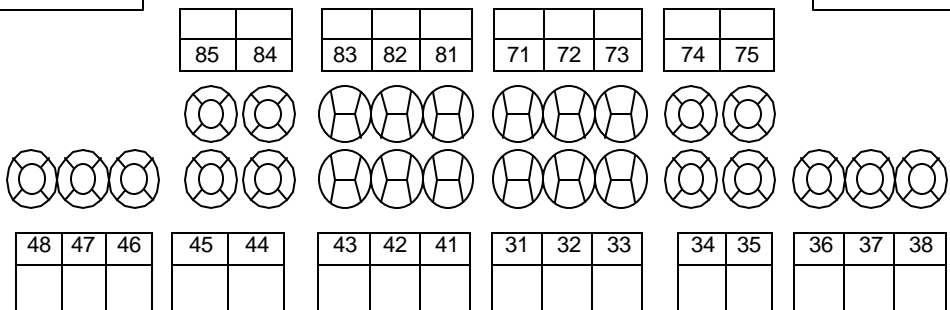
vestibular- labial



derecho

palatal - lingual

izquierdo



vestibular-

**Estado de la Prótesis:**

- Necesidades de Prótesis
- 0 – No necesita
  - 1 – Necesita y no tiene
  - 2 – Tiene adecuada
  - 3 – Tiene inadecuada
  - 9 – No se registra

S

I

- Tipo de Prótesis
- 0 – No requiere
  - 1 – Prótesis Parcial
  - 2 – Prótesis Total
  - 3 – Prótesis Fija
  - 9 – No se registra

S

I

**Anexo 10:** Encuesta para determinar actitudes, conocimientos, expectativas y creencias:

- Se le aplicará a las personas antes de realizar la Encuesta de Salud Bucal, complementando la misma. En aquellos casos que esta no se realice se llenaran los datos referentes a información general.
- En todos los casos se pondrán en el espacio en blanco el número de la clave que coincida con la respuesta, nunca se deberá dejar en blanco, por ello se dan las opciones (11) No sabe y (12) No responde.
- Siempre que se pregunte “Otras”, se debe escribir en el espacio en blanco cual es la variante que da el informante.
- Se debe tener en cuenta las especificaciones que aparecen en las preguntas, por su particularidad.
- Es importante que nunca le lea las opciones que aparecen como respuesta a las personas.
- La Encuesta solo se aplicará a las personas de 12 y más años de edad y que estén en sus plenas facultades mentales.

**ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCO – DENTAL.**

Encuestador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_ Consultorio No. \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Área de Salud: \_\_\_\_\_

Datos Generales:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_ Masculino (1) Femenino (2)
3. Escolaridad: \_\_\_\_\_ (1) Ninguna (2) Primaria Incompleta (3) Primaria (4) Secundaria (5) Media (6) Universitaria (11) No sabe (12) No responde
4. Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_ (1) Si (2) No (3) Jubilado (11) No sabe (12) No responde
5. Cual es o era su ocupación: \_\_\_\_\_ (1) Ama de Casa (2) Obrero (3) Servicios (4) Técnico (5) Profesional (11) No sabe (12) No responde

Actitudes, Conocimientos, Expectativas y Creencias:

1. Acostumbra usted a Cepillarse los Dientes: \_\_\_\_\_  
(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde
2. Cuantas veces al día: \_\_\_\_\_  
(1) Ninguna (2) 1 vez (3) 2 veces (4) 3 veces (5) 4 veces (12) No responde
3. Lo hace después de comer algún alimento: \_\_\_\_\_  
(1) Si (2) No (12) No responde
4. Para limpiar sus dientes, usa usted algo diferente al Cepillado: \_\_\_\_\_  
(1) Si (2) No En caso de responder afirmativamente. Cual: \_\_\_\_\_
5. Usa usted algún tipo de Prótesis: \_\_\_\_\_  
(1) Si (2) No (12) No responde
6. Duerme usted con la Prótesis: \_\_\_\_\_  
(1) Si (2) No (12) No responde
7. En caso de usar Prótesis con que las limpia: \_\_\_\_\_ (una sola respuesta)  
(1) Con un Cepillos Dental  
(2) Solo con Agua Corriente  
(3) Los remoja en Agua Corriente durante la Noche  
(4) Con Agua y Jabón

(5) Otra. Cual: \_\_\_\_\_

(11) No sabe (12) No responde

8. Cuántas veces al día los limpia: \_\_\_\_\_

(1) Ninguna (2) Una Vez (3) 2 Veces (4) 3 Veces (5) 4 Veces

(12) No responde

9. Cree usted que las personas deben visitar al Estomatólogo: \_\_\_\_\_

(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

10. Cada que tiempo usted lo visitaría: \_\_\_\_\_

(1) Una vez al año

(2) Cada 2 años

(3) Cuando me duele algo

(4) Otra. Cual: \_\_\_\_\_

(11) No sabe

(12) No responde

11. Cuando usted fue por última vez al Estomatólogo ¿ Por qué lo visitó? (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el encuestado).

(1) Revisión ----- \_\_\_\_\_

(2) Limpieza Dental ----- \_\_\_\_\_

(3) Le lastimaba algo ----- \_\_\_\_\_

(4) Tenía Dolor ----- \_\_\_\_\_

(5) Para reparar la Prótesis ----- \_\_\_\_\_

(6) Para hacerse una Obturación ----- \_\_\_\_\_

(7) Para realizarse una Extracción ----- \_\_\_\_\_

(8) Por tener mal aliento ----- \_\_\_\_\_

(9) Otra. Cual: ----- \_\_\_\_\_

(11) No Sabe ----- \_\_\_\_\_

(12) No responde ----- \_\_\_\_\_

12. Ha visitado usted al Estomatólogo en los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_ (1) Si (2) No

(Si la respuesta es si, pase a la pregunta 14. Si la respuesta es no pase a la 13).

13. Si usted no ha visitado al Estomatólogo en el último año, por que no lo ha hecho. (No lea la Lista de Opciones, marque con una "X" la respuesta que de el encuestado).

(1) No ha sido necesario, en su opinión ----- \_\_\_\_\_

(2) No tiene dientes ----- \_\_\_\_\_

(3) No ha tenido dolor ----- \_\_\_\_\_

(4) Ha tenido dificultad para obtener turnos ----- \_\_\_\_\_

(5) No ha tenido tiempo ----- \_\_\_\_\_

(6) No hay Servicio Estomatológico cerca de su casa ----- \_\_\_\_\_

(7) Tiene miedo al dolor ----- \_\_\_\_\_

(8) Tiene miedo al Estomatólogo ----- \_\_\_\_\_

(9) Por que estoy sano ----- \_\_\_\_\_

(10) Otra. Cual: ----- \_\_\_\_\_

(11) No sabe ----- \_\_\_\_\_

(12) No responde ----- \_\_\_\_\_

14. Por que cree usted que se le "caen" los dientes a las personas. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el encuestado).

(1) Por que los dientes se cariaron ----- \_\_\_\_\_

(2) Por que los dientes se aflojaron y se cayeron ----- \_\_\_\_\_

(3) Por que no los cuidaron bien ----- \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_

(5) Por no visitar al dentista ----- \_\_\_\_\_

(6) Por la edad ----- \_\_\_\_\_

(7) Otra. Cual: ----- \_\_\_\_\_

(11) No sabe ----- \_\_\_\_\_

(12) No responde ----- \_\_\_\_\_



15. Que cree usted que pueda haber hecho una persona para evitar perder los dientes. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el encuestado).

- (1) Conocer como cuidar sus dientes \_\_\_\_\_
- (2) Revisarse periódicamente para detectar enfermedad \_\_\_\_\_
- (3) Cepillarse bien los dientes \_\_\_\_\_
- (4) Usar hilo dental \_\_\_\_\_
- (5) Usar pastas con fluoruro \_\_\_\_\_
- (6) No comer demasiados dulces \_\_\_\_\_
- (7) Cepillarse después de cada comida \_\_\_\_\_
- (8) Usar Flúor \_\_\_\_\_
- (9) Otra. Cual \_\_\_\_\_
- (11) No sabe \_\_\_\_\_
- (12) No responde \_\_\_\_\_

16. Como cree usted que estén sus dientes y su boca en comparación con las de sus amistades.

- (1) Igual que todos
- (2) En peores condiciones
- (3) En mejores condiciones
- (11) No sabe    (12) No responde

17. Por que cree usted que a una persona le sangran las encías. (No le la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que de el encuestado).

- (1) Por que no se cepilla \_\_\_\_\_
- (2) Por que se le movían los dientes \_\_\_\_\_
- (3) Por que tenía enfermos los dientes \_\_\_\_\_
- (4) Por que come cosas muy duras \_\_\_\_\_
- (5) Por que no visita al dentista \_\_\_\_\_
- (6) Por la edad \_\_\_\_\_
- (7) Otra. Cual: \_\_\_\_\_
- (11) No sabe \_\_\_\_\_
- (12) No responde \_\_\_\_\_

18. Como usted cree que una persona que le sangran las encías pueda evitarlo. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que de el encuestado).

- (1) Conocer como cuidarse \_\_\_\_\_
- (2) Revisarse periódicamente para detectar enfermedades \_\_\_\_\_
- (3) Cepillarse bien los dientes \_\_\_\_\_
- (4) Usar hilo dental \_\_\_\_\_
- (5) Usando medicamentos \_\_\_\_\_
- (6) Comiendo alimentos blandos \_\_\_\_\_
- (7) Cepillarse después de cada comida \_\_\_\_\_
- (8) Otra. Cual: \_\_\_\_\_
- (11) No sabe \_\_\_\_\_
- (12) No responde \_\_\_\_\_

19. Para usted que significa que una persona pierda sus dientes. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que de el encuestado).

- (1) Que se vea feo \_\_\_\_\_
- (2) Que no pueda hablar bien \_\_\_\_\_
- (3) Que no pueda masticar bien \_\_\_\_\_
- (4) Otra. Cual: \_\_\_\_\_
- (11) No sabe \_\_\_\_\_
- (12) No responde \_\_\_\_\_

20. Le gusta comer dulces u otros alimentos entre las comidas: \_\_\_\_\_

- (1) Si    (2) No    (3) A veces    (11) No sabe    (12) No responde

21. Toma usted café o té: \_\_\_\_\_ (1) Si    (2) No

(Si responde Si pasar a la 22 y 23, si responde no pasar a la 24).

22. Cuando.

- (1) Continuamente \_\_\_\_\_

- (2) Después de las Comidas -----
- (3) Solo en las mañanas -----
- (4) Una vez al día -----
- (5) Otra. Cual: -----
- (11) No sabe -----
- (12) No responde -----

23. Como lo toma.

- (1) Muy caliente -----
- (2) Caliente -----
- (3) Tibio -----
- (4) Frío -----
- (11) No sabe -----
- (12) No responde -----

24. Usted fuma: \_\_\_\_\_ (1) Si (2) No  
(Si responde Si pasar a la 25, si responde No pasar a la 26.)

25. Cuantos cigarrillos se fuma usted al día.

- (1) Menos de 10 -----
- (2) De 10 a 20 -----
- (3) De 21 a 30 -----
- (4) Más de 20 -----

26. Cree usted que una persona de su edad sería capaz de cambiar la forma de cepillarse los dientes: \_\_\_\_\_

- (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

27. Podría una persona como usted tener los dientes más limpios: \_\_\_\_\_

- (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

28. Como usted cree que esa persona podría llegar a tener los dientes más limpios. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

- (1) Cepillándolos -----
- (2) Usando hilo dental -----
- (3) Usando pastas con fluoruro -----
- (4) Usando palillos -----
- (5) Usando bicarbonato para limpiárselos -----
- (6) Haciéndose profilaxis en el Estomatólogo -----
- (7) Otra. Cual: -----
- (11) No sabe -----
- (12) No responde -----

29. Que cree usted que le pasaría a esa persona si logra mantener sus dientes más limpios. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

- (1) No sentiría dolor -----
- (2) No tendría caries -----
- (3) No le sangrarían las encías -----
- (4) No tendría mal aliento -----
- (5) Se vería mejor -----
- (6) No perdería los dientes -----
- (7) Hablaría mejor -----
- (8) Otra. Cual: -----
- (11) No sabe -----
- (12) No responde -----

30. Usted cree que una persona de su edad, que no visita al Estomatólogo frecuentemente, lograría ir al Estomatólogo a revisarse la boca: \_\_\_\_\_

- (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

31. Cree usted que es importante aprender a revisarse la boca para detectar algo "diferente" \_\_\_\_\_ (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

32. Considera usted, que entonces esta persona debe visitar al Estomatólogo: \_\_\_\_\_

- (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

33. Una persona que tiene pocos dientes o ninguno, y no tiene prótesis, cree usted que pueda comer cualquier tipo de alimento: \_\_\_\_\_ (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

34. Cuando usted cree que una persona deba comenzar a cepillarse los dientes. No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que dé el encuestado.

- (1) Desde que nace \_\_\_\_\_
- (2) Cuando brotan los primeros dientes \_\_\_\_\_
- (3) Cuando salen los dientes permanentes \_\_\_\_\_
- (4) Otra. Cual: \_\_\_\_\_
- (11) No sabe \_\_\_\_\_
- (12) No responde \_\_\_\_\_

35. Si una persona se hace una extracción dentaria, que usted cree que suceda. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

- (1) Nada \_\_\_\_\_
- (2) Se mueven los dientes \_\_\_\_\_
- (3) No se puede comer bien \_\_\_\_\_
- (4) Se ven "feos" \_\_\_\_\_
- (5) Se soluciona el problema fácilmente \_\_\_\_\_
- (11) No sabe \_\_\_\_\_
- (12) No responde \_\_\_\_\_

36. Que hábitos cree usted que afectan los dientes y los tejidos bucales. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

- (1) Onicofagia \_\_\_\_\_
- (2) Queilofagia \_\_\_\_\_
- (3) Succión Digital \_\_\_\_\_
- (4) Respiración Bucal \_\_\_\_\_
- (5) Comer alimentos blandos y batidos \_\_\_\_\_
- (6) Chupeteo del tete \_\_\_\_\_
- (7) Biberón \_\_\_\_\_
- (8) Otros. Cual: \_\_\_\_\_

37. En que usted cree que beneficie a un niño el que su madre lo lacte. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

- (1) Nada \_\_\_\_\_
- (2) Mejor desarrollo de su organismo \_\_\_\_\_
- (3) Mejor desarrollo de su boca y dientes \_\_\_\_\_
- (4) Dientes más sanos \_\_\_\_\_
- (5) Más económica \_\_\_\_\_
- (6) Más sano el niño \_\_\_\_\_
- (7) Otra. Cual: \_\_\_\_\_
- (11) No sabe \_\_\_\_\_
- (12) No responde \_\_\_\_\_

#### Evaluación:

Las Preguntas encerradas en un círculo se clasificarán en correctas o incorrectas, según responda el encuestado.

Las Preguntas subrayadas, que son de respuesta múltiple se clasificarán de correctas si responde acertadamente más de la mitad de las opciones.

Las preguntas resaltadas en negritas no se tendrán en cuenta para la evaluación, pues el objetivo de ellas es proporcionar información sobre costumbres, creencias y conductas de los encuestados, lo que complementará la información necesaria para el Análisis de la Situación de Salud.

Si responde de:

- 16 a 23 correctamente – Evaluación Bien "B"
- 8 a 15 correctamente – Evaluación Regular "R"
- 0 a 7 correctamente – Evaluación Mal "M"

### **Anexo 11: SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN. (SEGÚN UATS)**

Evaluar la satisfacción de la población con los Servicios de Salud ha sido una necesidad y ocupación del Sistema Nacional de Salud a los diferentes niveles. Dando respuesta a la orientación de la máxima dirección del MINSAP, de lograr el monitoreo permanente del estado de satisfacción de la población y su inclusión como un área más en la evaluación de los territorios, hemos propuesto esta metodología que permite de manera simple lograr un acercamiento a la satisfacción de los usuarios y brinda también la posibilidad de identificar los motivos o condiciones causantes de la insatisfacción, lo que permitirá a los Especialistas a cargo de las Estrategias y Programas, así como a los propios prestadores, profundizar en las mismas y diseñar intervenciones para su solución. La flexibilidad de esta metodología la hace útil, además, para la evaluación de la satisfacción de los prestadores de servicios y aplicable de forma general o particular, en una Unidad de Salud. Servicio, Nivel de Atención o Territorio (espacio geográfico determinado a los fines de la investigación).

Utilizar la encuesta confeccionada por la UATS para conocer el estado de satisfacción de la población con los servicios recibidos.

### **Anexo 12: SATISFACCIÓN DE LOS TRABAJADORES. (SEGÚN UATS)**

Evaluar la satisfacción de los trabajadores del sector ha sido una necesidad y ocupación del Sistema de Salud a los diferentes niveles. Por ello proponemos utilizar la Encuesta elaborada por la UATS para identificar las principales causas de insatisfacción en nuestros trabajadores.

### **Anexo 13: TABLAS DEVACIAMIENTO**

**TABLA No. 1**

Porcentaje de Pacientes según Clasificación Epidemiológica y Edad en la Comunidad \_\_\_\_\_.  
Año \_\_\_\_\_.

Edades	CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA									
	Sanos		Con Riesgo		Enfermos		Con Secuelas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

Fuente: Investigación Realizada.

Nota: Las Edades se pueden poner de forma simple, por grupos quinquenales, o las edades índices referidas.

Se puede hacer también por Sexo, o comparando 2 ó 3 años.

**TABLA No. 2**

Porcentaje de Personas con Riesgos o Lesiones Premalignas y Malignas de la Población  
 Año \_\_\_\_\_.

	GRUPOS DE EDAD											
	Edad		Edad		Edad		Edad		Edad		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Sin Riesgo												
Con Riesgo												
Premaligna												
Maligna												
Total												

Fuente: Investigación Realizada.

Nota: Las Edades serán por Grupos Quinquenales a partir de los 15 años.

**TABLA No. 3**

Estado de Salud Bucal de la Población con Retraso Mental, según Edad y Sexo. Comunidad  
 Año \_\_\_\_\_.

ITEMS	GRUPOS DE EDAD					
	Menor de 15 años		15 años y más		Total	
	F	M	F	M	F	M
% Pacientes Sanos						
% Saneados						
COP – D						
ceo – d						
% de Segmentos Sanos						
% de Segmentos Afectados						
% de Segmentos Cálculos						

Fuente: Investigación Realizada.

**TABLA No. 4**

Estado de Salud Bucal de la Población Infantil según Edad y Sexo. Comunidad \_\_\_\_\_. Año \_\_\_\_\_.

ITEMS	GRUPOS DE EDAD							
	0 - 5		6 - 12		13 - 18		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M
% Pacientes sanos								
% Saneados								
COP – D								
ceo – d								
% que Conservan todos sus Dientes								
% de Hipercariogénicos								
% de Hábitos Deformantes								
% de maloclusiones								
- de ellos % con Hábitos								
% de Segmentos Sanos								
% Segmentos Afectados								
% Segmentos Sangramiento								
% Segmentos con Cálculos								

Fuente: Investigación Realizada.

**TABLA No. 5**

Estado de Salud Bucal de las Embarazadas y Madres con Niños. Comunidad \_\_\_\_\_. Año \_\_\_\_\_.

ITEMS	EMBARAZADAS	MADRES
COP – D		
% de Personas con 20 ó más Dientes Funcionales		
% Sanos		
% Saneados		
% Segmentos Sanos		
% Segmentos Afectados		
% Segmentos con Sangramiento		
% Segmentos con Cálculo		
% Segmentos con Bolsas hasta 6		
% Segmentos con Bolsas más de 6		

Fuente: Historias Clínicas y Registros Estadísticos.

**TABLA No. 6**Estado de Salud Bucal del Adulto Mayor según Sexo y Grupos de Edad. Comunidad \_\_\_\_\_.  
Año \_\_\_\_\_.

ITEMS	GRUPOS DE EDAD											
	60 - 64		65 - 69		70 - 74		74 - 79		80 - 84		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
% Sanos												
% Saneados												
COP - D												
% Pacientes Edentes Totales												
% con 20 ó más Dientes Funcionales												
% que necesitan Prótesis según tipo												
% Segmentos Sanos												
% Segmentos Afectados												
% Segmentos Sangramiento												
% Segmentos Cálculos												
% Segmentos con Bolsas hasta 6												
% Segmentos con Bolsas más de 6												

Fuente: Historia Clínica Familiar, Resultados de la Encuesta, Registros Estadísticos.

**TABLA No. 7**

Estado de Salud Bucal de la Población \_\_\_\_\_ según Sexo y Edad. Año \_\_\_\_\_.

ITEMS	GRUPOS DE EDAD							
	0 - 18		19 - 59		60 y más		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M
% de Sanos								
% Saneados								
CPO - D								
ceo - d								
% Personas que Conservan todos sus Dientes								
% Personas con 20 ó más Dientes Funcionales								
% que necesitan Prótesis según tipo								
% Segmentos Sanos								
% Segmentos Afectados								
% Segmentos Sangramiento								
% Segmentos con Cálculos								
% Segmentos Bolsas hasta 6								
% Segmentos Bolsas más de 6								
% de Niños con Maloclusiones								

Fuente:

**TABLA No. 8**

Comportamiento de las Metas de Salud Bucal. Comunidad \_\_\_\_\_. Año \_\_\_\_\_.

METAS	AÑO
% de Niños Sanos de 5 – 6 Años de Edad	
COP – D a los 12 años de Edad	
% de Personas de 18 Años que conservan todos sus dientes	
% de Personas de 35 – 44 años que conservan 20 ó más dientes en boca	
% de personas de 65 años y más que conservan 20 ó más dientes en boca.	

Fuente:

**TABLA No. 9**

Encuesta de Conocimiento sobre Salud Buco – Dental según Edad y Sexo.

Resultados	GRUPOS DE EDAD									
	12 - 18		19 - 35		36 - 59		60 y más		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Bien										
Regular										
Mal										

Fuente:



## **ANEXO 3: Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud**

### **Organización y funcionamiento de la vinculación de la Estrategia de Estomatología en la Atención Primaria.**

#### Situación actual

Todas las áreas de Salud están vinculadas a un Servicio Estomatológico para garantizar la atención estomatológica a la población del territorio.

La cobertura presenta afectaciones de carácter objetivo y subjetivo, en este último aspecto, es fundamental la vinculación directa del equipo de Estomatología y el Equipo Básico de Salud (EBS) para alcanzar resultados superiores, es en este sentido donde se han identificado las mayores reservas de mejoría de calidad y satisfacción de la población.

#### Conceptualización

Conjunto de acciones organizativas y de funcionamiento realizadas por médicos y enfermeras de la familia y estomatólogos y técnicos de atención estomatológica, encaminadas a mejorar la salud bucal y general de la población.

#### **Tipos de servicios estomatológicos:**

Clínicas Estomatológicas

Departamentos en Policlínicos

Departamentos en Hospitales Clínico – Quirúrgicos

Otros servicios en Escuelas y Centros Laborales

#### **Modelo de atención:**

El modelo de atención que se realiza en los servicios estomatológicos es el de Estomatología General Integral, en el cual se vincula un estomatólogo general a dos consultorios del médico de la familia para una relación hab/est de 1 200 más menos. Este modelo sólo lo aplica un 46% de los estomatólogos generales por ser aún insuficientes los recursos humanos disponibles en los territorios. No obstante en todos los casos siempre se vincula a un estomatólogo un número determinado de Consultorios del Médico de Familia lo que permite la ejecución de acciones integrales sobre los grupos de población priorizados, así como actividades de promoción y prevención.

#### Propósitos

- ❖ Mejorar el estado de Salud Bucal y General de la población, así como su grado de satisfacción con los servicios prestados.
- ❖ Lograr la interrelación real y efectiva entre los médicos de la familia y estomatólogos responsabilizados con la salud de la población perteneciente a un consultorio médico.
- ❖ Incrementar el nivel de conocimientos de los Médicos de Familia sobre los aspectos relacionados con la Salud Bucal y principalmente las acciones de Promoción de la Salud Bucal y la Prevención de las enfermedades bucodentales.
- ❖ Alcanzar una mayor satisfacción de la población y de la calidad de los servicios prestados por los profesionales de la salud.

#### Acciones y Metodología para su instrumentación

##### **Organización de los servicios estomatológicos.**

La atención integral a la salud incluye las actividades de Estomatología y Salud Bucal que se brindan en Clínicas, Policlínicos, Hospitales y otras unidades del sistema.

##### **Control y seguimiento de los resultados del Programa por el Director del Policlínico.**

- ◆ Análisis de los problemas de la atención estomatológica en la reunión de estrategias y otros espacios de análisis de la APS.

- ◆ Establecer de conjunto con el Director y Responsable del Servicio Estomatológico de su área la vinculación de los estomatólogos a los consultorios y realizar la presentación de los mismos.
- ◆ Informar a los médicos de familia los horarios de trabajo del estomatólogo a ellos vinculados y los lugares de atención de urgencia estomatológica.
- ◆ Serán evaluadas prioritariamente las siguientes indicaciones:
  - ✓ Proceso de atención y dispensarización de los grupos priorizados por Estomatología: embarazadas, madres con niños menores de un año, población infantil, adolescente y adulto mayor.
  - ✓ Cumplimiento de las indicaciones para la atención de urgencia estomatológica en los PPU. (ver Anexo)
  - ✓ Atención de grupos dispensarizados por el Médico de Familia y por el propio estomatólogo, y que requieren de un seguimiento de ambos profesionales, entre los que se encuentran los pacientes portadores de Cáncer Bucal o de otro tipo, Diabéticos, portadores de VIH-SIDA, entre otros que se determine por ambos directivos.
  - ✓ Resultados del análisis de la situación de salud del área y proyección de las estrategias para su modificación positiva así como de los resultados y variaciones que se alcancen en el mismo.
  - ✓ Comportamiento de los indicadores de salud bucal y de actividad de la estrategia estomatología.
  - ✓ Planteamientos y quejas de la población referentes a la salud.
  - ✓ Ejecución y cumplimiento de la Proyección Comunitaria del Nivel Secundario de Atención al Primario. Cuando en la clínica no se brinden los servicios del nivel secundario (prótesis, periodoncia, ortodoncia y cirugía maxilo facial) se analizará la factibilidad de la realización de interconsultas de los mismos en la propia unidad, con la periodicidad requerida acorde a las características y morbilidad bucal de la población, de manera tal de mejorar la accesibilidad y la satisfacción, además de la superación de los profesionales.
  - ✓ Ejecución y cumplimiento de la Proyección Comunitaria de los Servicios hacia la población: se determinarán los métodos y vías para que los estomatólogos y médicos de la familia integren a la comunidad en la realización de las acciones que impliquen mejores condiciones y estilos de vida, es decir una verdadera participación comunitaria.
  - ✓ La capacitación de los médicos de familia en los aspectos referentes a la Salud Bucal, así como la discusión de temas científicos y de interés sobre la estomatología en las reuniones de los grupos básicos de trabajo.
  - ✓ Ejecución de investigaciones conjuntas
  - ✓ Desarrollo del movimiento de municipios por la salud y sus modalidades con la integración de estomatología a cada uno de los proyectos

**El EBS debe incluir las siguientes actividades relacionadas con la Salud Bucal:**

- ❖ Identificar los factores de riesgos asociados a las enfermedades bucodentales al confeccionar las historias clínicas individuales y familiares.
- ❖ Examen bucal a toda la población como parte del examen físico general, remitiendo al estomatólogo vinculado los pacientes en que detecte cualquier alteración o sospecha de enfermedad y dispensarizar a aquellos en que se diagnostique lesiones premalignas o malignas de la cavidad bucal.
- ❖ Indicación a todos los pacientes mayores de 15 años del autoexamen bucal para la detección precoz de lesiones precancerosas o cancerosas.
- ❖ Referir al estomatólogo todas las personas portadoras de prótesis desajustadas o edentes totales.
- ❖ Referir al estomatólogo todas las mujeres captadas como embarazadas y madres con hijos menores de un año, seguimiento de su atención estomatológica, insistiendo en la higiene bucal y hábitos nocivos.
- ❖ Informar al estomatólogo de todas las personas con retraso mental y velar por el seguimiento de su atención estomatológica, brindando educación para la salud bucal, insistiendo en la higiene bucal.

- ❖ Remisión al estomatólogo de todos los niños y adolescentes y seguimiento de su atención estomatológica y de su educación para la salud bucal, insistiendo en la higiene bucal y hábitos nocivos.
- ❖ Informar a los estomatólogos los pacientes que están dispensarizados por determinadas enfermedades y que por esta condición requieren una atención estomatológica priorizada.

#### **Acciones a realizar por el Estomatólogo y su Técnico de Atención Estomatológica:**

- Participar en las reuniones de los grupos básicos de trabajo con fines docentes y de análisis de los resultados
- Participar en la realización del análisis de la situación de salud de la comunidad de manera conjunta con el Médico de Familia.
- Análisis conjunto y con participación comunitaria, de los resultados de las intervenciones realizadas en la población.
- Garantizar la referencia y contrareferencia de los pacientes que requieran asistencia estomatológica.
- Ejecución de acciones de promoción de salud.
- Ejecución de acciones preventivas, fundamentalmente en lo relacionado a los niños menores de cinco años que no asisten a Círculos Infantiles y a los retrasados mentales no institucionalizados.

#### **Control y Evaluación**

De los Departamentos de Estomatología por el Director del Policlínico:

- ◆ mejora constante de los indicadores del estado de salud bucal y de la satisfacción de la población. Periodicidad: cada dos años, pues las modificaciones en el estado de salud bucal de una población se observan a los dos años como mínimo;
- ◆ aumento del nivel de servicio o actividad, sustentada en las cifras propósitos y en la calidad de los procedimientos. Periodicidad: mensual;
- ◆ incremento de indicadores de eficiencia, expresados fundamentalmente en las normas de consumo determinadas por la Dirección Nacional de Estomatología. Periodicidad: mensual.

De los Médicos y Enfermeras de la Familia: se evaluará a través de las modificaciones del estado de salud bucal determinado en el análisis de la situación de salud que realicen de manera conjunta con los estomatólogos.

## **ANEXO 4: FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA MUNICIPAL. COMPONENTE ESTOMATOLOGÍA**

Uno de los propósitos del Ministerio de Salud Pública en los últimos años, y que se ha expresado en su Carpeta Metodológica, es el desarrollo y Fortalecimiento del Municipio como nivel básico en el perfeccionamiento de todo el sistema y en el incremento de su nivel de resolutivez.

El Fortalecimiento Municipal se conceptualiza como el proceso mediante el cual se integran las estrategias y programas del Sistema Nacional de Salud en un territorio, para dar solución a los problemas de salud de su población.

Entre los componentes se encuentran:

1. Atención Médica, Servicios de Salud y Transporte Sanitario.
2. Higiene – Epidemiología y Vigilancia en Salud.
3. Medicamentos y Farmacoepidemiología.
4. Formación y Capacitación de Recursos Humanos.
5. Consejo Municipal y Consejo Popular por la Salud.

Los principios en que se sustenta el proceso de fortalecimiento son:

1. Descentralización administrativa y ejecutiva.
2. Desconcentración de recursos.
3. Análisis de la Situación de Salud con enfoque de riesgo.
4. Dirección por objetivos.
5. Participación Social y Comunitaria.
6. Eficiencia y Efectividad de las acciones de Salud.

Las acciones y metodología para su aplicación son:

- ◆ Definir estructura y funciones.
- ◆ Uso racional de los recursos humanos y materiales.
- ◆ Evaluación y gestión financiera (Sistema de Costos)
- ◆ Sistema de Control y evaluación de Programas y Servicios
- ◆ Disponer de un sistema de información y vigilancia de eventos de salud, ágil y eficiente.
- ◆ Capacitación y preparación de los recursos humanos y equipos de dirección.

Los propósitos del fortalecimiento municipal se plantean que son:

Resolutivez local de los problemas

Toma de decisiones rápidas y oportunas

Uniformidad en la calidad de la atención médica.

Mayor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Programación local específica.

Aumento en la capacidad y responsabilidad de los trabajadores de la salud.

La Dirección de Servicios Ambulatorios en la Reunión Nacional para Directores Municipales de Salud planteo que el Fortalecimiento del Sistema Municipal de Salud tiene como:

### Objetivos:

- Fortalecimiento del Subsistema de Medicina Familiar.
- Fortalecimiento del resto de los componentes del Sistema Municipal de Salud,

### Premisas:

1. Definir por cada área indicadores y estándares a alcanzar en las dos dimensiones.
2. Proponer indicadores que evalúen la estructura, el proceso y el resultado.

## **COMPONENTE ESTOMATOLOGÍA.**

Los Municipios en lo referente al componente Estomatología se desarrollaran a partir de la integración con el resto de las unidades y servicios del territorio y del rediseño de sus estructuras a partir de las funciones y del estado de salud de las poblaciones, buscando formas más ágiles que posibiliten el incremento de la resolutivez en la atención a los pacientes, la calidad de la atención, la satisfacción de la población y los propios trabajadores, con un uso más racional de los recursos y que impacte en una mejora de los indicadores del Estado de Salud de las Poblaciones.

Concepto: se aplicará el mismo concepto enunciado anteriormente.

Componentes: integrarán el subsistema de atención estomatológica de un municipio, el cual será parte del sistema municipal, las unidades que brinden atención estomatológica, tales como:

- Facultades de Estomatología.
- Clínicas Estomatológicas sean docentes o no.
- Departamentos de Estomatología de Policlínicos.
- Servicios de Estomatología de Hospitales u otras unidades del Sistema.
- Servicios en Hogares de Ancianos e Impedidos Físicos y Mentales.
- Servicios Escolares y en Centros de Trabajo.

Principios: se fundamentará en los principios enunciados anteriormente y además tendrá en cuenta los siguientes:

- Integración al Sistema Municipal de Salud.
- Desarrollo de la Estomatología General Integral.
- Ejecución de acciones dirigidas a elevar el Estado de Salud Bucal de la Población a partir del Análisis de la Situación de Salud de los territorios.
- Garantizar la disponibilidad de medicamentos y materiales, controlando el uso racional de los mismos.

Organización: El servicio de estomatología se subordinará administrativamente al nivel que se determine pero independientemente de ello, metodológicamente se subordinará al nivel municipal y trabajará con este nivel en la atención de la población del territorio y en la solución de los problemas del área de salud a la cual se vincule. Ejemplos:

- Una Clínica Docente. puede tener subordinación Provincial y jerárquicamente subordinarse a ella pero se deberá integrar a la red municipal para incrementar la resolutivez de este territorio
- Un servicio de un hospital se subordinará jerárquicamente a la Dirección del Hospital pero se deberá integrar a la red municipal para incrementar la resolutivez de este territorio, vinculándose a las áreas de salud.
- Una Facultad de Estomatología se subordina a los Institutos Superiores pero se deberá integrar a la red municipal para incrementar la resolutivez de este territorio, vinculándose a las áreas de salud.

Así mismo se integrarán al resto de las unidades que integran el Sistema Municipal de Salud: Policlínicos y Consultorios; Hospitales; Farmacia Principal de Urgencia y Red de Farmacias; Centros y Unidades de Higiene y Epidemiología; Otras instituciones sociales y de servicios.

Se tendrán en cuenta al planificar, organizar, ejecutar y controlar las acciones de los servicios y de cada uno de los estomatólogos los siguientes elementos:

- Carpeta Metodológica.
- Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, el que incluye el resto de los subprogramas.
- Indicaciones de otras Direcciones.
- Plan de Abastecimiento.
- Otras indicaciones de la Dirección Nacional de Estomatología.

## **INDICADORES**

### **De Estructura:**

#### ♦ De recursos:

- |  |                  |
|--|------------------|
| - Habitantes por estomatólogo general            | 1 800            |
| - Habitantes por especialista de prótesis        | 25 000           |
| - Habitantes por especialista de periodoncia     | 35 000           |
| - Habitantes por especialista de ortodoncia      | 25 000           |
| - Téc. atención estomat. por estomatólogo        | 1,2              |
| - Téc. de prótesis por protesista                | 3,5              |
| - Personal adm. y archivo por sillones a 8 horas | 1 por 5 sillones |
| - Habitantes por sillón                          | 2 400            |

#### ♦ Accesibilidad: cada área de salud debe contar:

- Con al menos un servicio estomatológico, que puede ser Clínica o Departamento en Policlínico u Hospital.

- Con un laboratorio de Prótesis para la confección de las prótesis de acrílico y los aparatos de ortodoncia removibles.
  - Con un servicio de Rayos X.
  - Con al menos un especialista de cada tipo: Prótesis, Ortodoncia y Periodoncia. En el caso de Cirugía Maxilo Facial, debe garantizarse la presencia de un especialista a tiempo parcial, y cuando no disponga de algún otro coordinar interconsultas en la unidad.
- ◆ Instalación Física:
- 100% de los locales de consulta con condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, abasto de agua, electricidad y espacio.
  - 100% de los Servicios con un Área de Esterilización que garantice el flujograma, según normas y procedimientos establecidos en las normas técnicas e indicaciones de la Dirección Nacional de Estomatología, incluyendo el equipamiento adecuado.
  - 100% de los servicios estomatológicos con la Consejería de Salud implementada.

INDICADOR	MPIO	SERV	EST.
<b>DE PROCESO:</b>			
◆ 100 % de realización de Control de Placa Dentobacteriana a los niños de 4-18 años de edad.	X	X	
◆ 100 % de realización de Control de Placa Dentobacteriana a la población examinada en los servicios.	X	X	
◆ Cumplimiento de las Proyecciones establecidas para cada municipio y servicio estomatológico.			
- Consultas y de ellas en las que se aplica MNT.	X	X	
- Obturaciones.	X	X	
- Tratamientos de Endodoncia y de ellos % de TPR.	X	X	
- Tratamientos concluídos y casos de Prótesis.	X	X	
- Relación extracción por habitante según proporción de estomatólogo por habitante.	X	X	
◆ 90 % de Cobertura al grupo de 0 a 18 años de edad: los servicios estomatológicos destinarán el 50% o más de sus recursos para dar atención a este grupo, en el caso de que no garanticen la cobertura al 100% según Plan Incremental.	X	X	
◆ 90 % de Cobertura a las embarazadas y madres con niños menores de 1 año.	X	X	
◆ 90 % de Cobertura a los nuevos soldados.	X	X	
◆ 100 % de Población mayor de 60 años examinados por el Programa de Cáncer Bucal.	X	X	
◆ Más del 0.2 % de Población mayor de 60 años remitidos por el Programa de Cáncer Bucal, del total de examinados por este Programa.	X	X	
◆ Consultas por 100 habitantes	X	X	
◆ Extracciones por 100 habitantes	X	X	
◆ Obturaciones por 100 habitantes	X	X	
◆ Extracciones por tto de endodoncia	X	X	
◆ Obturaciones por extracciones	X		
◆ 50% de los Cuadros de Dirección capacitados en técnicas de dirección.	X	X	

<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 100% controlen los recursos en relación al nivel de servicios.</li> <li>◆ 100% cumplan el plan de mantenimiento a los equipos y unidades.</li> </ul>		X	
<b>DE RESULTADO:</b>			
◆ % de Sanos (*)			X
◆ % de Sanos con Riesgo(*)			X
◆ % de Enfermos(*)			X
◆ % de Enfermos con discapacidad(*)			X
◆ % de niños de 5-6 años de edad con CPO-D=0 (*)	X	X	X
◆ Índice CPO-D a los 12 años de edad. (*)	X	X	X
◆ % personas de 18 años de edad que conservan todos sus dientes. (*)	X	X	X
◆ % población de 35-44 años de edad que conserven 20 ó más dientes funcionales. (*)	X	X	X
◆ % población de más de 60 años de edad que conserven 20 ó más dientes funcionales. (*)	X	X	X
◆ % población no afectada por periodontopatías. (*)	X	X	X
◆ Disminución de la Tasa de Mortalidad por Cáncer Bucal.	X	X	
◆ Incremento del Grado de satisfacción de la población.	X	X	X
◆ Incremento del Grado de satisfacción de los trabajadores de los servicios estomatológicos	X	X	
(*) Estos indicadores se establecerán para cada territorio y servicio acorde al Análisis de la Situación de Salud de cada uno de ellos.			



## ANEXO 5: EL PLAN DIRECTOR INSTITUCIONAL

“ El Plan Director Institucional debe ser la evolución del Plan de Trabajo de cada una de nuestras instituciones hacia una fase superior de calidad conceptual, operacional y de resultados, en función de los preceptos jurídicos que sustentan a nuestra Salud Pública Socialista y de lo que merece nuestro pueblo”

### Características

- Sintético
- Objetivo
- Actualizado.
- Sin Fraseología
- Integral
- Estratificado

### Componentes del PDI

#### Programación Funcional

- ✓ Misión y Visión del centro
- ✓ Estrategias y Objetivos institucionales
- ✓ Estructura organizacional
- ✓ Indicadores de desempeño por estratos o componentes.

#### Análisis Estructural

- ❖ Diagnóstico de la situación del centro
  - ✓ Planta Física
  - ✓ Equipos Médicos
  - ✓ Sistemas Ingenieros
  - ✓ Mobiliario médico y no médico
  - ✓ Otros equipos e instrumental
- ❖ Soluciones en inversiones, reparaciones y mantenimiento
  - a) Para cada componente del análisis estructural
  - b) Estudiando criterios de priorización
  - c) Definiendo prioridades
- ❖ Satisfacción de los Usuarios
  - a) Estudio de las deficiencias señaladas
  - b) Identificación de las causas
  - c) Estrategia de intervención
    - c-1.- Vinculación con el punto anterior en lo objetivo
    - c-2.- Plan de Acción para lo subjetivo
      - organización y funcionamiento
      - disciplina técnica y laboral
      - ética (comunicación, privacidad)
      - responsabilidad individual

#### Evaluación Institucional

- ❖ Comportamiento de los indicadores propósitos
  - a) en la institución
  - b) en las vicedirecciones
  - c) en los servicios
  - d) en los trabajadores
- ❖ Actualización periódica
  - ◇ Aspectos resueltos
  - ◇ Nuevas necesidades

## **ANEXO 6: Indicaciones generales a cumplimentar en los Servicios de Urgencia de Estomatología de los PPU.**

- El estomatólogo durante la realización de la guardia está subordinado al Jefe del PPU, debiendo cumplimentar las indicaciones del mismo y comunicarle cualquier dificultad.
- Presentarse en el lugar designado para la guardia 15 minutos antes de la hora señalada, recibiendo de la persona a la que sustituye la entrega de la guardia, conociendo las incidencias y el estado de la documentación.
- Verificar la entrega de la guardia de los Técnicos de Atención Estomatológica.
- Revisar el equipamiento y su estado técnico, el instrumental, así como las existencias de medicamentos, materiales y productos de Medicina Natural y Tradicional.
- Revisar listado de medicamentos existentes en la Farmacia asociada al PPU, incluyendo los fitofármacos.
- Presentarse al Jefe del Cuerpo de Guardia del PPU, conjuntamente con el Estomatólogo saliente, el que lo presentará, comunicándole su asistencia e informándose de las incidencias del día, así como reportándole todas las dificultades detectadas al recibir la guardia.
- Deberá acudir a la guardia correctamente vestido y con la bata sanitaria, llevando además el cuño que lo acredita como profesional para su utilización en los casos necesarios.
- No deberá permitir el acceso ni la permanencia de personas ajenas al Servicio.
- No se debe fumar, ni ingerir alimentos, ni parquear ciclos en el Servicio, manteniendo una adecuada higiene y organización en el mismo.
- Deberá atender adecuadamente a todos los pacientes que soliciten tratamiento de urgencia en el sillón dental, realizándole las indicaciones pertinentes para que continúen su tratamiento en el área de salud que les pertenece.
- En caso de ser necesaria la remisión a un Hospital, se coordinará con el Jefe de la Guardia su traslado, acompañándolo de la correspondiente remisión de caso, la cual aportará la mayor cantidad de datos e información posible sobre la enfermedad del paciente.
- Llenará todas las recetas enviadas a Farmacia, con letra clara y legible, cumpliendo todas las indicaciones establecidas al efecto. Así mismo le orientará y anotará claramente al paciente el método para la ejecución del tratamiento.
- En caso de que el paciente necesite Certificado Médico, se tendrá en cuenta lo establecido por el MINSAP para ello y lo asentará en el parte de trabajo.
- Es responsabilidad del estomatólogo el reporte oficial de actividades realizadas, registrando en el parte de trabajo todos los datos necesarios del paciente: nombre y apellidos, edad, sexo, dirección, además se registrará el tratamiento realizado de acuerdo al codificador oficial de estomatología. Esta Hoja de Cargo llevará la fecha, horario de guardia, nombre del estomatólogo de guardia y firma del mismo.
- Terminado el turno de guardia, se informará al Jefe de la Guardia, comunicándole las actividades realizadas y las incidencias ocurridas, presentará a su relevo y dejará el Servicio debidamente organizado.

- En caso de roturas e impedimentos para brindar atención a la población, se le comunicará al Jefe de la Guardia del PPU y además se le informará a los Cuerpos de Guardias cercanos para que conozcan la derivación de algunos casos. Se continuará prestando atención a los pacientes que sea posible, de acuerdo a las limitaciones existentes en ese momento y a las necesidades del tratamiento que requiera el paciente. En todos los casos el estomatólogo y su TAE permanecerán en el Servicio, ya sea para atender los pacientes o para informarles debidamente a donde pueden acudir a recibir atención y explicarles el por qué no se les puede brindar esta.
- Los cambios internos de personal de guardia deberán ser informados a la dirección del centro en que se efectúa la guardia con no menos de 24 horas de antelación, haciéndose constar en el listado de guardia del PPU.
- En caso de enfermedad o imposibilidad de acudir a la guardia por causas sumamente justificadas, deberán ser de conocimiento de la dirección del centro que efectúa la guardia, con no menos de 72 horas de anticipación para poder localizar al sustituto.
- En caso de no presentarse el relevo de la guardia, el estomatólogo que está de guardia se lo comunicará al Jefe del PPU y continuará su labor hasta que se determine quien será su relevo y el mismo llegue, de acuerdo a los mecanismos establecidos en cada lugar para estos casos.
- Las Clínicas y Servicios Estomatológicos deberán tener implementado el mecanismo de sustitución y aviso, para los casos de ausencias a la guardia, evitando que ocurra afectación al Servicio de Urgencia.
- El horario de alimentación del estomatólogo y la TAE se ajustará a las normas establecidas en el PPU, debiendo comunicárselo a los pacientes que se encuentren en la sala de espera, no quedando ninguno dentro del servicio y garantizando la seguridad de este durante su ausencia.

## **ANEXO 7: RESOLUCIÓN MINISTERIAL No. 232**

REPÚBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

### **RESOLUCIÓN MINISTERIAL No. 232**

**POR CUANTO:** El Decreto Ley No. 67 del 19 de Abril de 1983, de Organización de la Administración del Estado, en su artículo 81, establece que el Ministerio de Salud Pública es el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y el Gobierno en cuanto a la atención de los problemas de salud del pueblo y a ese fin, además de las comunes expresadas en el Artículo 52 de ese Decreto Ley, las atribuciones y funciones comunes consignadas en el inciso b) organizar los servicios de atención médica, preventiva y curativa para toda la población.

**POR CUANTO:** En los últimos años como consecuencia del PERÍODO ESPECIAL se han venido presentando limitaciones materiales que aun afectan el buen funcionamiento de los servicios diagnósticos y terapéuticos así como la disponibilidad de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.

**POR CUANTO:** Se han presentado otros fenómenos de carácter subjetivos al indicarse investigaciones diagnósticas y/o prácticas terapéuticas que no son indispensables y que no pueden ser satisfechas por las instituciones asistenciales o territoriales donde se indican. Esto último provoca insatisfacción en la población e induce a los pacientes y sus familiares a gestionar personalmente la solución de sus indicaciones.

**POR CUANTO:** El Sistema Nacional de Salud requiere que las instituciones asistenciales asuman la responsabilidad de la resolución de las indicaciones realizadas a los pacientes que son atendidos en ellas y faciliten el trabajo asistencial de sus facultativos.

**POR TANTO:** En uso de las facultades que me están conferidas como Ministro de Salud Pública,

#### **RESUELVO**

**PRIMERO:** Revisar y actualizar la Regionalización de los Servicios vigentes en cada territorio, tanto para la realización de pruebas diagnósticas, como la remisión de casos con vistas a su atención médica especializada.

**SEGUNDO:** La Dirección Provincial de Salud establecerá las coordinaciones necesarias para su materialización en la práctica, definiéndose las capacidades para cada institución y territorio, así como la frecuencia.

**TERCERO:** Los Directores de cada institución de Asistencia Médica son responsables de garantizar que las indicaciones de investigaciones diagnósticas o terapéuticas que se prescriban en la misma, se ajusten a la política que al respecto se ha trazado el territorio.

**CUARTO:** La Dirección del Centro, cuando exista la necesidad de realizar una investigación diagnóstica que supere la capacidad asignada a la institución o que por las limitaciones de recursos no se esté realizando, es responsable de exigir que le sea comunicada al paciente con toda la argumentación y realizará las coordinaciones necesarias para garantizar su realización en la institución que corresponda.

**QUINTO:** En los casos en que la Regionalización de los Servicios no sea capaz de solucionar el estudio por razones de rotura tecnológica o de limitaciones de recursos, la Dirección de la Institución deberá coordinar con el Departamento que le corresponda de la Dirección Provincial para que éste asuma la responsabilidad de coordinar con otra provincia en aras de satisfacer la necesidad del paciente.

**SEXTO:** Los facultativos deberán evaluar con discreción y toda la ética necesaria las indicaciones que realicen en cada momento de acuerdo a la capacidad diagnóstica y terapéutica de la Institución y a los requerimientos esenciales para cada paciente y las posibles alternativas para enfrentarlas.

SÉPTIMO: Los Directores de las Instituciones Hospitalarias tienen que garantizar el traslado de los pacientes ingresados a los lugares donde se realicen las pruebas diagnósticas y los procedimientos terapéuticos que le hayan prescrito en la institución.

OCTAVO: Las Instituciones que por su capacidad diagnóstica y tecnológica constituyen centros de oferta de capacidades para el resto de las unidades del territorio, deberán obrar con ética y prudencia en la atención de aquellos casos que lleguen a solicitar sus servicios diagnósticos y/o terapéuticos sin la coordinación necesaria, buscando satisfacer a la población en el menor tiempo posible con independencia de indagar las causas por la que se ha producido esta presencia a título personal, con la finalidad de corregir estas situaciones.

NOVENO: Todas las indicaciones de investigación diagnósticas o terapéuticas que no se ajusten a lo que por la presente se indica deberán ser comunicadas a las Vicedirecciones de Asistencia Médica y Social en las provincias para su análisis y discusión en las reuniones correspondientes a ese nivel.

DÉCIMO: En el caso específico de la prescripción de medicamentos se reitera la vigencia del Programa Nacional de Medicamentos, en forma abreviada PNM, existente en el país y se añaden las siguientes regulaciones para las solicitudes de fármacos fuera del PNM.

## 10.1 EN LOS CASOS NO EMERGENTES

10.1.1. Para los medicamentos incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos, en forma abreviada CBM, del país pero NO disponibles para este nivel de atención.

- El Director de la Institución donde se prescribe el fármaco, debe hacer la solicitud al Vicedirector Provincial de Medicamentos, en forma abreviada VDPM.
- El VDPM, de no estar disponible el fármaco en la provincia, si lo considera necesario, hará llegar la solicitud al Grupo Operativo Nacional de Medicamentos, en forma abreviada GONM, por vía telefónica, fax, teles o correo electrónico, cerciorándose que dicha solicitud haya llegado a este Grupo.
- El GONM podrá consultar con los designados para la utilización de productos y decidir algunas de estas alternativas:
  - ◊ Aprobar la solicitud
  - ◊ Orientar que el especialista prescriptor en cuestión haga una interconsulta telefónica, por fax, correo electrónico o personal con el experto que el MINSAP designe y luego este brinde su criterio al GONM el cual aprobará o no la solicitud.

10.1.2. Para los medicamentos NO incluidos en el CBM

- El Director de la Institución hará una solicitud igual que en el Acápito 1.1 del inciso anterior pero dirigido al Director Provincial de Salud (DPS).
- El DPS analizará la solicitud y si lo cree conveniente lo remitirá al GONM el cual decidirá su adquisición o no.

## 10.2 EN LOS CASOS EMERGENTES

10.2.1 Para los medicamentos incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos pero NO disponibles para ese nivel de atención

- El Director del Hospital contactará con el Director del Instituto de Investigaciones o Jefe del Servicio del Instituto u Hospitales Nacionales o Interprovinciales designados, que estén autorizados para el uso de ese producto y discutirá las indicaciones con el objetivo de que el paciente reciba la mejor terapéutica disponible de acuerdo a su situación médica.
- La decisión final puede ser enviar el producto de la propia institución consultada o del lugar donde se encuentre disponible, remitir al paciente a la institución rectora de esa terapéutica o modificar la terapéutica.
- Cualquier discrepancia entre ambos actuantes se comunicará por el solicitante al Director Provincial de Salud y este inmediatamente al GONM el cual decidirá.

10.2.2. Para los fármacos NO incluidos en el CBM

- El Director del Hospital solicitante hará llegar el requerimiento al DPS el cual lo tramitará directamente con el GONM el cual decidirá.

UNDÉCIMO: Los Directores de las Instituciones asistenciales emitirán una resolución adaptando estas regulaciones, a las características de su unidad.

DUODÉCIMO: La violación de lo dispuesto por la presente constituye una indisciplina laboral por lo que estará sujeta a la adopción de medidas disciplinarias conforme a lo establecido en la legislación vigente.

DECIMOTERCERO: Estas regulaciones serán discutidas y analizadas por todos los trabajadores, dirigentes y estudiantes en coordinación con el Sindicato y las demás organizaciones del Centro.

Dése cuenta a cuantos órganos, organismos, dirigentes y funcionarios corresponda conocer de la misma y archívese el original en la Dirección Jurídica del Organismo.

DADA en el Ministerio de Salud Pública, en la Habana, a los 29 días del mes de Diciembre del 2000.

Dr. Carlos Dotres Martínez  
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

## **ANEXO 8: DOCUMENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS**

Se utilizará la boleta establecida para todo el Sistema Nacional de Salud, cumpliendo los aspectos que se exponen a continuación y sobre la premisa del cumplimiento de la Resolución 232 del MINSAP que establece como se realizara este proceso entre las unidades del sistema.

### **OBJETIVOS:**

Utilizar el modelo único para asegurar la transferencia adecuada de los pacientes a través de los diferentes centros del SNS.

Establecer la comunicación horizontal entre los diferentes centros de salud del nivel primario: Consultorio en la Comunidad, Hogares Maternos, Clínicas o Servicios Estomatológicos, Policlínicos Principales de urgencia, Círculos Infantiles, Escuelas y Centros Laborales. También será utilizado para realizar la comunicación vertical entre los centros de los diferentes niveles de atención: Primario, Secundario, Terciario.

### **UNIVERSO:**

Para su uso en todas las Unidades del SNS.

### **GENERALIDADES:**

- ✓ El documento se llenará con letra clara y legible.
- ✓ Se utilizará un modelo por cada referencia, contrareferencia o notificación de acciones de salud realizadas a un paciente.
- ✓ El modelo podrá ser portado por el paciente durante la transferencia o transportado a través del SNS, donde estén creados los mecanismos para ello.
- ✓ Quedará archivado en la Historia Clínica del paciente en el Centro que lo recibe y en el caso de la atención en Cuerpos de Guardia será conservado para su posterior utilización por el nivel primario como mecanismo de control de calidad.

Cabeza del modelo: Se reflejará si es una referencia, contrareferencia o notificación.

**Referencia:** es el proceso mediante el cual se refieren pacientes desde una unidad de salud a otra. Esta referencia puede ser: Urgente o No urgente.

**Contrareferencia:** es la comunicación que se efectúa desde un centro de salud a otro como respuesta a una consulta o comunicación efectuada.

**Notificación de evaluación de salud:** es la notificación del resultado de la evaluación realizada a un paciente en cualquiera de las unidades del SNS hacia otro centro.

*A: Datos referidos a la persona a la cual va dirigido el modelo.*

Dr.(a): Consignar el nombre del profesional de la salud al cual va dirigido el modelo.

Especialidad: especialidad que ostenta el profesional de la salud al cual va dirigido el modelo.

Servicio: se consignará el nombre del servicio donde labora el profesional de la salud al cual va dirigido el modelo.

Centro: se consignará el nombre del centro de salud al cual va dirigido el modelo.

*De: se consignarán los datos del profesional que emite el modelo:*

Dr. (a): Consignar el nombre del profesional de la salud que emite el modelo.

Especialidad: especialidad que ostenta el profesional de la salud que emite el modelo.

Servicio: se consignará el nombre del servicio donde labora el profesional de la salud que emite el modelo.

Centro: se consignará el nombre del centro de salud que emite el modelo.

- Datos del paciente: Se consignará el nombre(s) y los dos apellidos del paciente evaluado, su edad y el sexo.
- APP: consignar los antecedentes patológicos personales conocidos del paciente evaluado.
- APF: consignar los antecedentes patológicos familiares conocidos del paciente evaluado
- Motivo de referencia: anotar la causa que motiva la referencia, contrareferencia o notificación de la evaluación de la salud del paciente.
- Anamnesis: reflejar los datos más significativos relacionados con la Historia de la Enfermedad actual o los resultados del interrogatorio realizando durante la evaluación al paciente y que están relacionados con el motivo de referencia.
- Examen Físico: consignar los datos positivos al examen físico en el momento de emitir el documento y que están relacionados con el motivo de referencia y la anamnesis.
- Exámenes complementarios realizados: se reflejarán el (los) resultados del (los) exámenes complementarios realizados y que están relacionados con el motivo de referencia.
- Riesgos identificados: se reflejarán los factores de riesgo que se considere que están presentes en este paciente.
- Impresión diagnóstica: se reflejará la impresión diagnóstica del profesional en relación con la situación de salud del paciente, la cual debe corresponderse con el motivo de referencia, la anamnesis y los resultados del examen físico practicado.
- Conducta y tratamiento: se reflejará la conducta que se siguió con el paciente o el tratamiento impuesto previo a la emisión del modelo y que están relacionadas con el motivo de referencia.
- Fecha: consignar el día, mes y año en que se emite el documento.
- Firma y cuño del profesional: se consignará la firma del profesional que emite el documento y su cuño, donde se recogen su nombre completo y número profesional.

**Nota:** en caso de no existir el modelo se utilizará una hoja en blanco, donde se recogerán todos los elementos expuestos anteriormente.



## **ANEXO 9: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral**

### **INTRODUCCIÓN**

La Vigilancia Epidemiológica es el seguimiento y recolección sistemática, análisis e interpretación de los datos de salud en el proceso de descripción y monitoreo de un evento de salud. Esta información resulta provechosa para planificar, aplicar y evaluar las intervenciones y los programas de salud pública. Los datos de vigilancia se utilizan tanto para determinar la necesidad para la acción de salud pública como para evaluar la efectividad de los programas.

La evaluación de los sistemas de vigilancia debe promover el mejor uso de los recursos disponibles, asegurando que estén bajo vigilancia sólo los eventos importantes y que los sistemas funcionen eficientemente. En la medida de lo posible, la evaluación de los sistemas de vigilancia debe incluir recomendaciones para mejorar la calidad y la eficiencia, por ejemplo, eliminando la duplicidad innecesaria. Aún más importante, la evaluación debe valorar si el sistema está desempeñando una función útil para la salud pública y si está cumpliendo sus objetivos.

El Sistema de Vigilancia Estomatológica en Cuba se sustenta en la información obtenida a través de:

- el subsistema de información estadística el que informa las actividades realizadas en los servicios estomatológicos y permite evaluar la gestión del sistema.
- las investigaciones para conocer, mediante encuestas aplicadas a grupos de población, el Estado de Salud Buco Dental. Estas se realizan siguiendo las indicaciones de la OMS cada cinco años en todo el país.
- el monitoreo epidemiológico de algunos eventos que posibiliten conocer el comportamiento de la morbilidad oral, mediante la información brindada mensualmente por sitios centinelas.

A nivel de áreas de salud y de consultorios la vigilancia se realiza de manera más directa al conocer la totalidad de la población y clasificarla epidemiológicamente de acuerdo a la metodología establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en:

⇒ personas sanas

⇒ personas sanas con riesgo

⇒ personas enfermas

⇒ personas discapacitadas y deficientes

ejecutando sobre cada una de ellas las acciones necesarias para el mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades, su recuperación y rehabilitación, según lo establecido en las Guías Prácticas Clínicas.

### **PROPÓSITO:**

Exponer las características de cada una de las vías establecidas para realizar la vigilancia epidemiológica sobre el sistema estomatológico, lo cual posibilita decisiones oportunas y una mejor organización de los recursos y un incremento de la calidad de la atención estomatológica.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Garantizar la vigilancia epidemiológica de la Salud Oral para evaluar las variaciones en su Estado de Salud y la eficiencia, efectividad y eficacia del sistema estomatológico, en los diferentes niveles de gestión.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- \* Identificar las variaciones en el comportamiento de la morbilidad bucodental y los principales factores asociados a ella.
- \* Determinar las acciones a ejecutar por la red de servicios estomatológicos y otras unidades del sistema ante las alarmas emitidas por el sistema de vigilancia.
- \* Evaluar la utilización de los recursos por los servicios de acuerdo a las actividades ejecutadas en ellos.

## **INFORMACIÓN OBTENIDA POR EL SISTEMA ESTADÍSTICO:**

A través de la red de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) fluye, desde las unidades donde se ejecutan las actividades hasta el nivel central, la información estadística resumida. Esta permite evaluar la gestión y planificar los recursos necesarios.

Para la evaluación de la atención estomatológica se han utilizado diferentes indicadores, tasas y proporciones que posibilitan la comparación entre los territorios, conocer la utilización de los recursos y disponer de un elemento para la planificación. Algunos de estos indicadores son:

- ◆ consulta estomatológica por habitante
- ◆ estomatólogo por habitante
- ◆ obturaciones por extracciones
- ◆ extracciones por habitante
- ◆ tratamiento de endodoncia por extracciones
- ◆ tratamiento concluido de prótesis
- ◆ otros

Esta información será utilizada en cada uno de los niveles de dirección del sistema de acuerdo a sus necesidades y a la periodicidad establecida para ellos. A nivel de área de salud y municipio la información a analizar será mayor y con una periodicidad mensual, fluyendo a la provincia una menor cantidad y con una periodicidad trimestral para su análisis. Al nivel central el envío de la información será semestral y sólo fluirá aquella que se determine. En algunos casos se pueden identificar algunos items que se informen mensualmente de forma telefónica para el monitoreo del sistema. Este método debe ser utilizado con mesura por lo costoso que resulta y por que puede recargar el sistema de información no útil ni todo lo confiable que se necesita.

## **INVESTIGACIONES PARA DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN:**

Estas investigaciones se realizan para determinar el Estado de Salud Bucodental de la población y se ejecutan en todos los niveles del sistema. Se denomina Análisis de la Situación de Salud y se ha elaborado una metodología para su realización teniendo en cuenta las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su cuarta edición de 1997. En el país la periodicidad es cada cinco años. Los resultados se presentan de forma resumida comparándolos con anteriores resultados y los de otros países.

Los principales eventos a identificar en este análisis son:

- por ciento de pacientes sanos a la edad de 5 años.
- índice CPO-D (Cariados, Perdidos y Obturados) a los 12 años de edad.
- por ciento de personas que a los 18 años de edad conservan todos sus dientes.
- por ciento de personas que conservan 20 ó más dientes funcionales de 35-44 años de edad
- promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años de edad.
- por ciento de personas que conservan 20 ó más dientes funcionales de 60 ó más años de edad.
- promedio de dientes perdidos en la población de 60 ó más años de edad.
- promedio de segmentos sanos periodontalmente según edad y sexo.
- por ciento de personas sanas periodontalmente según edad y sexo.
- por ciento de personas afectadas periodontalmente según edad y sexo.
- por ciento de personas menores de 15 años con oclusión normal según edad y sexo.
- por ciento de personas menores de 15 años con maloclusión según edad y sexo.
- por ciento de personas mayores de 15 años con necesidad de prótesis según sexo y edad
- por ciento de personas con fluorosis dental, según grado de intensidad.

Además de los indicadores descritos, para los cuales se han trazado metas generales cada uno de los países a alcanzar en el año 2000, según las establecidas por la Federación Dental Internacional, existen otros que reflejan el estado de los tejidos duros y blandos de la boca. Todas estas variables e indicadores se relacionarán con variables biológicas, socioeconómicas, culturales y ambientales que posibilitarán diagnosticar la situación de salud de una comunidad en un momento determinado para establecer las acciones oportunas a ejecutar para su modificación oportuna, partiendo de que todo ello se realizará con la participación activa de la comunidad y aprovechando los recursos locales.

Como referimos en la introducción a nivel de áreas de salud y de consultorios la vigilancia se realiza de manera más directa al conocer la totalidad de la población, permitiendo ello su clasificación epidemiológica según su situación de salud en: (Ver Ejemplos en Anexo)

- ⇒ personas sanas: son aquellas personas que después de haber sido examinadas clínicamente y conocer el medio en que viven y se desarrollan, no son portadoras crónicas orgánica y/o psíquica, ni están sometidas a factores de riesgo biológicos, psíquicos y/o sociales que puedan alterar su estado de salud.
- ⇒ personas sanas con riesgo: son aquellas personas que clínicamente no son portadoras de ninguna enfermedad crónica en el momento actual, pero están sometidas a la influencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos y/o sociales, que pueden alterar su estado de salud. (Ver algunos factores de riesgo en Anexos).
- ⇒ personas enfermas: son aquellas personas que después de haber sido examinada clínicamente, es portadora de una enfermedad crónica o aguda debidamente diagnosticada.
- ⇒ personas deficientes discapacitadas: son aquellas personas portadoras de una afección crónica con invalidez temporal o definitiva lesionando la actividad motora o funcional.

### **Ejemplos de elementos a tener en cuenta para la aplicación de la clasificación epidemiológica:**

- *Persona sana: debe ser considerada aquella que aunque en un momento anterior e inclusive presente, tenga una desviación con respecto a la normalidad, esta no constituya un factor de riesgo para su salud. Ejemplo:*
  - ✓ persona con oligodoncia o dientes supernumerarios en los que no se ha comprometido la oclusión dentaria.
- *Persona sana pero con presencia de riesgos: aquí se incluirán todos aquellos casos que han sido saneados y rehabilitados adecuadamente. Ejemplos:*
  - ✓ Persona que presentaba una lesión premaligna, se eliminó la misma y los factores que la causaron, pero existen otros factores de riesgo.
  - ✓ Personas con obturaciones realizadas correctamente, que no presentan ningún diente perdido y su examen clínico bucal se encuentre sin alteraciones. En este caso la Caries Dental se eliminó, pero puede tener el riesgo de fracturarse o caerse la obturación y volver a contraer la enfermedad ya que tiene antecedentes.
  - ✓ Persona que presentó una maloclusión y por indicaciones del tratamiento se le realicen extracciones, teniendo al final una oclusión compensada.
  - ✓ Persona con diente fracturado que involucra sólo el esmalte y al resto del examen bucal clínico se encuentra normal.
  - ✓ Persona que fue rehabilitado protésicamente, parcial o totalmente y no presenta ninguna otra lesión al examen clínico.
  - ✓ Persona que fue intervenida quirúrgicamente por un prognatismo o fractura de macizo craneo facial, no perdiendo ningún diente en este accidente y su oclusión quedó compensada.
- *Persona enferma: aquí se incluyen todos aquellos en los que se diagnostique alguna de las enfermedades bucales o relacionadas con el aparato estomatognático.*
- *Persona deficiente discapacitada: este grupo considera a pacientes con secuelas de su enfermedad aunque ya no este presente la misma. Ejemplos:*
  - ✓ Persona intervenida por Cáncer Bucal.

- ✓ Personas intervenidas de labio y paladar fisurado.
- ✓ Personas rehabilitadas protésicamente pero que muestran inadaptación a la misma.

## **EVENTOS DE SALUD A MONITOREAR A TRAVÉS DE SITIOS CENTINELAS:**

Los eventos de salud propuestos a ser sometidos a vigilancia por la Dirección Nacional de Estomatología en coordinación con la Unidad de Análisis y Tendencias de Salud (UATS) y la Dirección de Estadística del MINSAP, a través de sitios centinelas y con una periodicidad de reporte mensual, son:

- ◇ Alveolitis: es el proceso inflamatorio que se produce en el hueso maxilar después de realizada una extracción dentaria debido a diferentes causas. No se conoce la incidencia en la población pero es de importancia su vigilancia al evidenciar procesos de esterilización y maniobras inadecuadas, lo que posibilita su identificación y por tanto la toma de medidas respecto a ello. Es importante definir al reportarla cuales son casos nuevos y cuales son casos de seguimiento para evitar sobre registros en la información.
- ◇ Absceso pulpar: es la inflamación de los tejidos alrededor del diente a partir de un proceso degenerativo pulpar y cuyas secreciones fluyen hacia el exterior del diente, caracterizándose por pérdida o disminución de la vitalidad pulpar, movilidad dentaria, dolor agudo, aumento de volumen y en ocasiones, por no tratarse, procesos fistulosos intra y extrabucales. Es causa importante de pérdida dentaria sino se sigue una conducta conservadora y se le realiza un tratamiento pulpo radicular al diente. Debe diferenciarse este absceso de aquellos originados por otras causas. El incremento de su incidencia en las poblaciones evidencia varios aspectos como son: falta de educación para la salud en la población, la que no demanda periódica atención estomatológica; cobertura insuficiente; dificultades con los recursos materiales, tales como Rayos X, instrumental de endodoncia; inadecuados diagnósticos y/o tratamientos dentales y conservadores. Todo ello permite evaluar la eficiencia y efectividad del sistema y tomar las decisiones necesarias para su mejoramiento. Es así que lograríamos prevenir esta entidad y disminuir la pérdida dentaria por esta causa.
- ◇ Absceso periodontal: es la tumefacción de los tejidos que sostienen y rodean el diente a partir de un proceso degenerativo inflamatorio de los mismos, caracterizándose por movilidad dentaria, dolor agudo, aumento de volumen y en ocasiones, por no tratarse, procesos fistulosos intra y extrabucales. Es causa importante de pérdidas dentarias sino se sigue una conducta conservadora y se atienden las enfermedades gingivales y periodontales adecuadamente. Debe diferenciarse este absceso de aquellos originados por otras causas. El incremento de su incidencia en las poblaciones evidencia varios aspectos como son: falta de educación para la salud en la población la que no demanda periódica atención estomatológica; cobertura insuficiente; inadecuados diagnósticos y/o tratamientos periodontales. Todo ello permite evaluar la eficiencia y efectividad del sistema y tomar las decisiones necesarias para su mejoramiento. Es así que lograríamos prevenir esta entidad y disminuir la pérdida dentaria por esta causa.
- ◇ Leucoplasia: mancha o placa blanquecina y que clínica o histológicamente no puede ser atribuida a una categoría diagnóstica definida, que aparece en la mucosa bucal por diferentes causas y que se considera premaligna pues de no atenderse puede degenerar en una neoplasia. Es de alta incidencia en la población y de fácil detección por lo que se recomienda su búsqueda activa por estomatólogos y médicos para su rápido tratamiento y eliminación de los factores de riesgo. Es una entidad que evidencia presencia de factores de riesgo para el Cáncer Bucal, así como falta de educación para la salud. Su detección oportuna expresa efectividad del sistema.
- ◇ Candidiasis: También conocida como Moniliasis (Muguet), es una infección producida por un hongo, Candida (monilia) albicans. Se caracteriza por la aparición de placas blancas, blandas, ligeramente elevadas, adheridas a la mucosa bucal, preferentemente en la región vestibular y lengua, pero también en paladar, encías y piso de boca. En casos graves puede involucrar toda la boca. Es frecuente su aparición en individuos con Diabetes mellitus, deficiencia nutricional y disturbios en la flora normal a causa principalmente de la administración prolongada de agentes antimicrobianos. Su incidencia es mayor en las edades pediátricas y en pacientes portadores de prótesis con mala higiene bucal y expresa la efectividad del sistema entre otros aspectos. No se conoce la incidencia en población pero precede a enfermedades de mayor gravedad por lo que

es un buen elemento para alertar a las autoridades sanitarias de problemas de mayor gravedad. Es prevenible con medios educativos y conductas terapéuticas adecuadas. Sólo se deben reportar los casos nuevos.

- ◇ Mortalidad dentaria por periodontopatías: en este evento se reportan todos los dientes permanentes que sean extraídos por enfermedades periodontales. La enfermedad periodontal es de una gran prevalencia, siendo superada sólo por la Caries Dental. En los adultos es el principal problema de salud bucal. Es prevenible con educación para la salud que enseñe formas adecuadas de cepillado dental y de visitar periódicamente al estomatólogo. Expresa el fracaso de la atención estomatológica en la conservación de la salud bucal de la población al no prevenir formas más graves de la enfermedad periodontal. Es un indicador de efectividad del sistema, posibilitando además conocer variaciones en el estado de salud bucal y la severidad de la enfermedad.
- ◇ Mortalidad dentaria por Caries Dental: este evento recogerá todas las extracciones realizadas en dentición permanente por presencia de Caries Dental, enfermedad que afecta al 98% de la población y que en edades tempranas es la principal causa de la pérdida dentaria. Es prevenible evitando la aparición de la caries y en caso de presentarse atendiéndola tempranamente. Expresa el fracaso de la atención estomatológica en la conservación de la salud bucal de la población al no prevenir formas más graves de la enfermedad. Es un indicador de efectividad del sistema, posibilitando además conocer variaciones en el estado de salud bucal y la severidad de la enfermedad.
- ◇ Estomatitis Subprótesis: identificada por la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la Odontología y Estomatología en su tercera edición de 1996, como las lesiones producidas por el uso de una prótesis no ajustada que lesiona la mucosa bucal, pero que no incluye a las estomatitis protésicas debida a infección por *Candida albicans* o las úlceras traumáticas debida a prótesis. Es un indicador de necesidad no satisfecha, la que sólo se conoce por investigaciones realizadas cada cinco años. Expresa necesidad de recursos y de educación para la salud en la población. Sólo se debe reportar el caso nuevo y no los casos en seguimiento.
- ◇ Gingivo estomatitis herpética aguda (GEHA): es una enfermedad causada por la infección primaria con el virus del herpes y se presenta más frecuentemente en lactantes y en niños pequeños ( de 6 meses a 3 años de edad ) . Es una enfermedad febril severa; además de la erupción vesicular de la boca hay una linfadenitis regional, afectando también las encías. Esta asociada su transmisión a la falta de higiene por lo cual es prevenible. Su vigilancia permite controlar la diseminación de la enfermedad entre los grupos de población. Sólo se deben reportar los casos nuevos.
- ◇ Gingivitis Ulcero Necrotizante Aguda (GUNA): se manifiesta en fases agudas y subagudas, aunque también se han descrito sus fases crónicas. Este estado inflamatorio involucra primordialmente el margen gingival libre, la cresta gingival y las papilas interdetales. En raras ocasiones se extiende al paladar blando. Se caracteriza por la generación de una encía hiperémica, dolorosa, con erosiones de las papilas interdetales como efectuados con sacabocados de corte nítido. Los restos ulcerados de las papilas y de la encía libre sangran al tocarlos y por lo general se cubren con una pseudomembrana gris necrótica. Puede extenderse por todos los márgenes gingivales y presentar un olor fétido típico sumamente desagradable. Afecta grupos de personas que viven en estrecho contacto y en condiciones similares, no por ser contagiosa sino por tener factores predisponentes similares. Es más común en los jóvenes y en los adultos de edad media, entre los 15 y los 35 años. Es rara en los niños. Sólo se deben reportar los casos nuevos no los que se encuentren en seguimiento.
- ◇ Accidentes (Traumatismos Dentarios): en este evento se registrarán todos los casos que presenten secuelas como resultado de un traumatismo, tales como: falta de una parte de la superficie de la corona y no exista presencia de caries, líneas de fractura, cambio de posición de la corona por desplazamiento, discromía. Igualmente se recogerán los casos en que se produzca pérdida del diente por traumatismo. Este evento es de suma importancia tenerlo en cuenta en la vigilancia de la salud bucal al incrementarse cada día más la incidencia de accidentes en la población, fundamentalmente en edades tempranas, las que son causa de algún grado de lesión a los tejidos dentarios o de soporte, no conociéndose por ninguna otra vía

esta información. Esto posibilitará la planificación de los recursos y la orientación de la educación para la salud y la capacitación del personal profesional.

- ◇ Caries Dental: la caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.
- ◇ Enfermedad Gingival: Genéricamente, las **gingivitis** son manifestaciones inflamatorias en la gingiva marginal, desencadenadas por el acumulo de Placa Dentobacteriana supragingival.
- ◇ Las **periodontitis** se caracterizan por la inflamación de los tejidos de sostén del diente, acompañado de pérdida de inserción del tejido cojuntivo, a partir de la agresión de la Placa Dentobacteriana infragingival

### **OTROS EVENTOS A MONITOREAR:**

- Situaciones críticas que pueden paralizar los servicios de atención general como medicamentos y materiales fundamentales, así como con equipos (autoclaves, pieza de mano de airtor, compresores y bombas de agua.
- Brotes de afecciones estomatológicas con síntomas y signos no habituales o que no respondan al tratamiento establecido.

### **ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA:**

El sistema de Vigilancia se sustentará, como expresamos en la introducción de este documento, en tres pilares fundamentales que en forma piramidal permitirán el conocimiento de la situación de salud de la población para su mejoramiento constante al disponer el sistema de la información necesaria, oportuna y adecuada para la toma de decisiones correcta y una mejor planificación, utilización y evaluación de los recursos disponibles.

La pirámide del sistema está conformada por:

- una base ancha, en la que se ubican los estomatólogos vinculados a los consultorios de los médicos de familia, en una red que constituye las áreas de salud, las que a su vez se integran en la red municipal. Como estructura novedosa se incluyen los Consejos Populares.
- una parte intermedia, en la que se encuentran los municipios, los que conforman las redes provinciales.
- el vértice de la pirámide lo constituye la red nacional, integrada por las provincias.

La información se origina en la base de la pirámide y va fluyendo de forma resumida hacia su vértice, de donde se emiten las acciones metodológicas para la conducción del sistema y donde se distribuyen los principales recursos para la gestión del mismo.

Vigilancia de la Salud Bucal en Consultorios: se ejecuta a través del examen clínico del 100% de las personas asignadas, conociendo las condiciones en que viven y se desarrollan cada uno, lo que posibilita su clasificación epidemiológica y la determinación de las acciones individuales y/o colectivas a desarrollar para mantener la salud, prevenir las enfermedades y recuperar y rehabilitar a los que lo requieran. La efectividad del sistema se establece a partir del incremento de las personas sanas y la disminución de los riesgos en el medio, así como la recuperación y disminución de las secuelas. Se conoce por el Análisis de la Situación de Salud, la información estadística y el monitoreo de los principales eventos de morbilidad bucal.

Vigilancia de la Salud Bucal en las Áreas de Salud: se realiza mediante el Análisis de la Situación de Salud de la población, según la metodología elaborada al efecto. Igualmente la información estadística y el monitoreo de los principales eventos de morbilidad le permiten conocer el comportamiento de la salud de su población. La efectividad se determina a partir de la mejora de los indicadores de salud, la satisfacción de la población y la eficiencia en la utilización de los recursos.

Vigilancia de la Salud Bucal en los Municipios: en dependencia del tamaño del territorio, el número de unidades ubicadas en él, y su complejidad, se realizará la vigilancia. Parte del Análisis de la

Situación de Salud, la información estadística y el monitoreo de los eventos de morbilidad; todo lo cual le posibilitará conocer las variaciones en el Estado de Salud de la población, la satisfacción de la misma y la eficiencia en el uso de los recursos.

Vigilancia de la Salud Bucal en las Provincias: se realiza a partir del conocimiento del Análisis de la Situación de Salud de la población, la información estadística y el monitoreo de los eventos de morbilidad. Se retroalimenta con la información enviada desde el nivel central para su comparación con el resto del país.

Vigilancia de la Salud Bucal en el País: al igual que en los niveles anteriores y como ya se ha expresado en el documento, se sustenta en los tres pilares referidos, y cuya organización describimos para cada uno seguidamente.

### **Organización del sistema de monitoreo de algunos problemas de salud bucal:**

En las consultas estomatológicas es donde se detectan todos los pacientes portadores de eventos de interés para el conocimiento del comportamiento de la morbilidad bucodental, los que se reflejan en las hojas de cargo por los Estomatólogos y son resumidos diariamente por las estadísticas de los servicios y enviados mensualmente a través de la UATS al nivel provincial y central para su análisis.

En el nivel central se resume mensualmente toda la información enviada por los sitios centinelas, analizándola y tomando las medidas oportunas. Este análisis se refleja en el parte mensual de la UATS y se envía a las provincias y servicios para su retroalimentación y conocimiento.

Las UATS del nivel que corresponda analizarán de conjunto con el departamento de Estomatología y sus responsables las situaciones detectadas, siendo ambos responsables de la información, la cual debe fluir en tiempo para que llegue con oportunidad a los niveles correspondientes.

Es importante que el estomatólogo se mantenga sensibilizado con la importancia que tiene la vigilancia de salud bucal en el conocimiento de la morbilidad, manteniéndolos motivados en facilitar el dato fiel y con la calidad requerida.

Los jefes provinciales de estomatología deben valorar la factibilidad de la implementación de la vigilancia de salud bucal de forma representativa para su provincia, lo cual permitirá mejorar el conocimiento de la morbilidad oral facilitando la toma de decisiones oportunas, una mejor organización de los recursos y un incremento de la calidad de la atención estomatológica.

### **Periodicidad del análisis para garantizar la oportunidad de la información:**

- A nivel municipal debe ser diario.
- A nivel provincial debe ser semanal.
- A nivel nacional debe ser mensual.

### **Organización del flujo de la información estadística:**

Al igual que explicamos en el acápite anterior, la información se genera y registra por los estomatólogos en los servicios que conforman la red estomatológica del país. Cada una de las acciones ejecutadas por estos profesionales se registra en la hoja de cargo y es procesada diariamente por las técnicas de estadística de los propios servicios. Mensualmente la información se resume y es enviada a las direcciones municipales de salud, la cual es nuevamente consolidada y enviada trimestralmente a las Direcciones Provinciales de Salud, las que la envían semestralmente a la Dirección Nacional de Estadística para ser entregada a la Dirección Nacional de Estomatología.

En cada nivel la información es analizada conjuntamente con la obtenida de las otras fuentes para la toma oportuna y adecuada de decisiones.

## **Organización del sistema sobre la base de la información obtenida por investigaciones y el Análisis de la Situación de Salud:**

Los resultados de investigaciones puntuales que se realicen permitirán dar explicaciones a determinados problemas o hipótesis planteados o identificar nuevos problemas, todo lo cual enriquecerá el conocimiento y apoyará las decisiones y acciones a ejecutar.

El análisis de la situación de salud de cada territorio posibilitará la evaluación y comparación con otros similares. Estos resultados no fluirán por el sistema sino que serán objeto de análisis en el nivel de ejecución, conjuntamente con la obtenida por las otras fuentes antes descritas.

## **UTILIDAD DEL SISTEMA:**

El sistema de vigilancia en el año que lleva de implementado, a pesar de encontrarse en fase de prueba y ajuste ha demostrado su utilidad para los diferentes niveles de dirección, detectando comportamientos anormales de eventos tales como GEHA y Alveolitis en dos territorios lo que posibilitó la ejecución de acciones rápidas y oportunas para su control.

El impacto esperado para los niveles político, técnico y comunitario es el que se describe a continuación:

- Nivel Político: permite conocer el comportamiento del Estado de Salud Bucal de la población y la utilización adecuada de los recursos para lograrlo, demostrándole a la comunidad internacional los éxitos alcanzados por nuestra Salud Pública. Así mismo posibilita la distribución de los recursos acorde a las necesidades de cada uno de los territorios.
- Nivel Técnico: posibilita a los especialistas conocer las variaciones del Estado de Salud Bucal de las poblaciones y la relación entre las diferentes variables para determinar las acciones a ejecutar para evitar la aparición de eventos de enfermedad y el incremento de factores de riesgo.
- Nivel Comunitario: el sistema a este nivel posibilita informar a los directivos de la situación de salud de sus poblaciones para comunicárselo a la población y sus líderes formales y buscar las soluciones locales a los problemas identificados.

## **RELACIONES CON OTROS CENTROS Y LA UATS:**

Los resultados del sistema de vigilancia se analizarán con los especialistas del Instituto de Higiene y Epidemiología, la Escuela Nacional de Salud Pública, el Instituto de Oncología y las Facultades de Estomatología, para determinar investigaciones a ejecutar que expliquen y fundamenten el comportamiento de cada uno de los eventos estudiados y las variaciones en el ESP.

Para la ejecución de todo el sistema, la interpretación de los resultados, su presentación e información a los servicios estomatológicos el rol de las UATS a todos los niveles será fundamental pues será a través de ellas que fluya la información sobre los eventos monitoreados.

## **Relación de sitios centinelas y Códigos a utilizar:**

16. Baracoa

17. Palma Soriano

18. Sagua de Tánamo

19. Jesús Menéndez

20. Trinidad

21. Santa Clara

22. Caibarién

23. Cruces

24. Cárdenas

25. San José de las Lajas

26. Güira de Melena

27. Consolación del Sur

28. Wilfredo Pérez

29. 19 de Abril



30. Juan M. Márquez

31. H y 21

### **Afecciones Vigiladas a través de Centros Centinelas y sus Códigos**

U01- Alveolitis

U02- Absceso Pulpar

U03- Absceso Periodontal

U04- Leucoplasia

U05- Candidiasis

U06- Mortalidad Dentaria por Periodontopatías

U07- Mortalidad Dentaria por Caries

U08- Estomatitis Subprótesis

U09- Gingivo Estomatitis Herpética Aguda

U10- Gingivitis Ulcero Necrotizante Aguda

U11- Accidentes (Fracturas Dentarias y Pérdida Dentarias por esta causa)

U12- Caries Dental

U13- Enfermedad Gingival

U14- Enfermedad Periodontal (Enfermedad del Periodonto de Inserción)

## **ANEXO 10: Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes**

Autoras: Dra. María Rosa Sala Adam  
Dra. Maritza Sosa Rosales  
Asesor: Dr. Orlando de Cárdenas Sotelo

### **Introducción:**

La motivación por la Educación para la Salud como Estrategia en la Promoción de Salud es ya una realidad entre Estomatólogos y Técnicos de Atención Estomatológica (TAE).

Medios de Enseñanza, muchos creados por este personal de salud, vienen en ayuda del Educador en esta bella tarea de enviar mensajes que refuercen actitudes, si estas son correctas, o lleven al individuo, la familia y/o la comunidad a recorrer ellos mismos lo orientado por los educadores: el camino del cambio de actitud hacia una positiva y la detección de sus necesidades, buscando juntos soluciones.

Apreciar la Estomatología como una fuente de bienestar y felicidad nos ha impulsado al estudio de la comunicación, técnicas afectivas - participativas, creatividad y otros temas que aparentemente pudieran verse como ajenos al trabajo estomatológico, pero que en realidad son herramientas fundamentales en esta tarea que muchos ya abrazamos: mantener al Hombre Sano.

En esta Estomatología cada vez más preventiva y educacional, es frecuente el empleo de técnicas y medios de enseñanza dirigidos a nuestra población infantil, siendo esta privilegiada con respecto a otros grupos etéreos, dada esta situación, surge ante nosotros un abanico de posibilidades para desarrollar el trabajo educativo con otras edades, también con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud, individuales y comunitarias.

Y aparece ante nosotros el adolescente: con una risa y alegría contagiosa, su espíritu aventurero, los primeros en escoger ideas, sin olvidar su valoración del grupo, del amor...

Adoptan una idea, reducen las incertidumbres y luego la transmiten a sus homólogos (pares) por medio de redes interpersonales y grupales que están tejidas con los matices siempre imprevistos, frescos y traviesos de la adolescencia.

Para este grupo maravilloso no debemos emplear un lenguaje infantil, aunque sin perder de vista la fantasía y la creatividad. Tampoco la total madurez del adulto es parte de ellos... debemos reflexionar y seleccionar de manera cuidadosa el "quién", el "cómo" y el "con qué", hacerles llegar nuestros mensajes.

Algo fundamental en que debemos enfatizar es el auto cuidado, el cual se define como "el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de las enfermedades".

El equipo de salud debe estimular esta práctica y proveer a los adolescentes de un arsenal de medidas teóricas y prácticas que le permitan desarrollar el auto cuidado eficazmente.

Ante nosotros un reto:

¿Cómo llegar a ellos?

¿Será capaz el adolescente de captar los beneficios que ofrecemos en nuestros mensajes mediante el diálogo? Sabemos que sí.

Algo muy importante, clave en el cumplimiento de nuestros objetivos es lo que mencionaremos a continuación: involucrar de manera activa y respetuosa al personal de la escuela (todo el personal) donde pretendemos trabajar.

Buscar la motivación en ellos, mostrando los beneficios, hacerles ver que es posible vivir en salud, convertidos en actores de nuestro programa educativo y no solo espectadores, aprender a comunicarnos con ellos, son factores que, bien empleados, nos impulsarán al éxito.

Solicite autorización y apoyo a la Dirección de Educación, explíquelo de forma clara y detallada el programa, resaltando que representa bienestar para los alumnos y prestigio para la Escuela. Entréguele una copia del Plan, invítelos a la apertura y trate de que se "enamoren" del "nuevo ímpetu" de la actividad, con el propósito que ese "romper la rutina" no actúe como barrera en el logro de los objetivos.

Así los incorporamos a nuestro Programa Educativo de Salud Bucal en Adolescentes: "Una Buena Compañía: Mi Salud", con frecuencia de una hora semanal durante 2 meses.

### **Presentación:**

Es conocido que aplicando los conocimientos de Educación para la Salud, herramienta fundamental de la Promoción de Salud, se pueden obtener logros en cuanto a conductas saludables, en este caso, en la población adolescente.

Es por esto que se elabora el presente Programa Educativo, con temas de interés y el cual se aplicó previamente el alumnos de una Secundaria Básica con resultados satisfactorios.

Pretendemos brindar una guía facilitadora de las actividades, compartiéndolas con ustedes para obtener una mayor eficacia en nuestro trabajo educativo.

### Sesiones:

**1ra Conociéndonos Mejor**

**2da ¿Qué salud tiene nuestra Salud Bucal?**

**3ra Mis dientes no tienen por qué enfermar.**

**4ta Mis Encías Sanas, ¿por qué no?**

**5ta Soy Responsable de mi Salud**

**6ta Sin Humo.....por la vida**

**7ma Bienestar Bucal: parte importante de mi Felicidad**

**8va Reflexión y Diálogo.**

Partes del Programa: Para una mejor comprensión este Manual se ha dividido en 3 partes:

- 1- Se explican brevemente las técnicas empleadas en el Programa de Educación para la Salud Bucal.
- 2- Se divide en 8 sesiones que conforman el programa, se plantean:
  - Objetivos
  - Procedimientos
  - Tiempo
  - Materiales
- 3- Recomendaciones para el trabajo con adolescentes, basados en nuestras experiencias personales de trabajo, en resultados de investigaciones y en bibliografía consultada.

Estimado Educador: ¿Se dispone a emprender este camino de Salud? Cuide su equipaje: conocimientos, amor, fantasía, motivación, presencia, comprensión diálogo, creatividad... y otras cosas indispensables que te invito a enumerar: búsquelas en sus vivencias, así será mejor. Este programa es transparente, para que usted lo coloree con tantos matices como desee, tenga su propio arcoiris y lo comparta con los demás. Recuerde que ha sido una de nuestras intenciones que este programa le sirva de guía en su trabajo: no es algo rígido, ¡Enriquezcalo con su iluminación!. Huya de los aplasta ideas, desaprenda lo caduco, busque nuevas iniciativas: ¡CAMBIE!

Entrenarse en las técnicas afectivas - participativas es todo un reto: derrumbe temores, barreras y encuentre la real participación con sus palabras claves: **Compromiso y Decisión**. El estado deseado bien merece el empeño: salud y felicidad para los adolescentes. ¡Éxitos!

## Primera Parte

Breve descripción de las técnicas y herramientas del pensar aplicadas en las 8 sesiones que conforman el Programa de Educación para la Salud Bucal.

- a) Charla - Es una Técnica Educativa oral colectiva, que consiste en una clase ligera corta que se expone ante un grupo.  
Debe estar preparada con una guía (no debe leerse ni aprenderse de memoria), emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extraverbal, y de ser posible, utilizar medios de enseñanza. La retroalimentación nos permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido.
- b) Demostración - También es una técnica educativa oral (colectiva o individual) cuyo objetivo es enseñar sencilla y prácticamente procedimientos para desarrollar una acción.
- c) Sociodramas - Técnica educativa oral colectiva que consiste en la actuación, en este caso de los adolescentes, representando situaciones reales, espontáneas. Se ofrece el tema, se distribuyen los personajes (no más de 5), y comienza la acción, cuidando hablar con voz clara y fuerte, actuando en correspondencia con las necesidades reales y sentidas de acuerdo al rol que les correspondió a cada uno. Se destacarán al final las actitudes positivas y sus beneficios. Se estimulará el diálogo.
- d) Técnicas afectivo - participativas (TAP).
  - Se usa para que las personas participen o para animar, desinhibir o integrar el grupo. Hacer más sencillos o comprensibles los temas que se quieran tratar.
  - Deben usarse como herramientas dentro de un proceso que ayude a fortalecer la organización de la población.
  - Recogen lo objetivo y subjetivo de la práctica o realidad, permitiendo la reflexión educativa.
  - Es el instrumento, el estímulo que propicia la participación para la generación de conocimientos.
  - Herramientas para hacer viables nuestros métodos.

Al finalizar cada sesión es muy provechosa la " Recuperación Metodológica".

- ¿Qué TAP usamos?
- ¿Para qué?
- ¿Con qué recursos?
- ¿Qué procedimientos?
- Clasificación.

No	¿Qué TAP utilizamos?	¿Para qué?	¿Con qué recursos?	¿Qué procedimientos?	Clasificación

Las TAP deben llevarse a la cúspide del objetivo propuesto. Cuidar no dejarla en el plano de recursos, ya que las desvalorizamos.

Hasta ahora todo va bien, pero.....

¡CUIDADO!, Si aplicamos técnicas afectivas-participativas sin tomar en cuenta las perspectivas transformadoras del proceso educativo podemos correr el riesgo de que los coordinadores se conviertan en "dinamiqueros"

Lo importante no es el uso de la técnica, sino la concepción metodológica, en la que interese hacer un proceso educativo basado en una permanente recreación del conocimiento.

- e) Herramientas del pensar - preparar el terreno para la generación de ideas eliminando barreras del pensamiento que bloquean la mente. El individuo puede así pensar en situaciones no convencionales o fuera de lo esperado. Permiten ver el problema con mayor amplitud y profundidad; propician esquemas de pensamiento con apertura, flexibilidad, equilibrio y autorregulación.
- f) Reflexión y Diálogo - el día del primer encuentro se preguntará al grupo, después de explicarles el contenido del Programa de Educación para la Salud, que tema estomatológico les gustaría tratar en forma de debate abierto, franco, en la última sesión, o sea se determinarán las necesidades de aprendizaje, paso obligatorio en el proceso de enseñanza actual. Esto se hace con el fin de que los facilitadores se preparen especialmente en las funciones de las necesidades determinadas por los propios adolescentes y las complementen con aquello que ellos como expertos consideren que no pueden dejar de introducir.
- g) Apoyos Didácticos.

*Audiovisual:*

Medios de Enseñanza: para la ejecución de este Programa se necesita de estos recursos, que sirven de apoyo al educador, con vistas a desarrollar con más eficacia su labor, pero que nunca lo sustituyen. Según las posibilidades pueden emplearse los que sugerimos u otros validados previamente con la población blanco del educador.

Los medios de enseñanza deben estar en correspondencia con los objetivos, temas, auditorio, lugar y situación donde se desarrollará la actividad educativa.

Compartiremos con ustedes alguno de los medios de enseñanza que nos han brindado sus bondades:

- Plegables
- Marcadores con mensajes de salud
- Pizarra
- Láminas
- Rotafolios
- Papelógrafos
- Proyector y Diapositivas
- Vídeo casetera y casete
- Modelo dental y cepillo
- Y otros que dejamos abiertos a sus posibilidades y creatividad.

## **Segunda Parte**

Explicaremos cada una de las sesiones que conforman el programa Educación para la Salud Bucal para Adolescentes.

Medio necesario: Nosotros.

Declaramos no gratos

- Rutina
- Rigidez
- Esquematismo
- Desamor y otras "malas hierbas"

Y cuando necesite renovar fuerzas, lo invitamos a nuestra exquisita

" Caldosa de la Educación para la Salud", y cuyos ingredientes son:

- Cantidades industriales de deseos de hacer
- Partes iguales de Educación y Salud
- Agréguele todas las personas que amen la vida (especialmente colaboradores)
- Cocínese en el fuego lento del amor y la amistad.
- Una pizca de picardía, creatividad, mucha motivación y también comunicación.

Los adolescentes la probarán, y .. ¡Qué sabrosa la encontrarán!

### 1ra Sesión: Conociéndonos Mejor:

Presentación del Programa y conocimiento del Grupo

*Objetivo general:* Dar a conocer el contenido del Programa Educativo de Salud Bucal para Adolescentes " Una buena Compañía: Mi Salud"

*Objetivo Específico:*

- Lograr que los integrantes del grupo:
  - Se conozcan e integren de manera óptima
  - Conozcan el propósito del Programa
  - Recoger expectativas del Grupo.

*Procedimientos*

- Apertura del programa:

Debe ser presentado por nuestros invitados especiales, pertenecientes a la esfera de la escuela donde desarrollaremos nuestro trabajo.

Se provocará un diálogo con los adolescentes, explicando brevemente el Programa, tratando de que con la bienvenida y la información, prenda la chispa de la motivación. Al finalizar, los adolescentes se convertirán en "**multiplicadores de salud**", lo cual beneficiará a la familia, sus compañeros de escuela y la comunidad. Se aplicará una técnica de presentación para romper la tensión inicial y propiciar un mejor conocimiento de los integrantes del grupo.

- Propuesta de las Expectativas del grupo:

Como su nombre lo indica: lo que esperamos o no del Programa.

- Nombrando un registrador, recogeremos en pancartas o en la pizarra todas las expectativas (en una sola palabra o frase corta), no para que permanezcan inerte, sino para que " vivan", que " trabajen" con nosotros en estas sesiones.
- A continuación, explicaremos bien en que consistirá la sesión " Reflexión y Diálogo". El Grupo llega a un consenso de un tema de Educación para la Salud en Estomatología que no se trae planificado en el Programa y en la 8va sesión se tratará con profundidad.

- Recuperación Metodológica

- Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora

Antes de la Sesión

Adecuación Inicial: 10 minutos

Técnica de presentación: 15 minutos

Sesión:

Apertura: 10 minutos

Explicación Inicial: 10 minutos

Técnica de presentación: 15 minutos

Expectativas: 5 minutos

Recuperación Metodológica: 10 minutos.

- Personal:

1 coordinador

1 facilitador

Ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente

- Materiales:

Papelógrafo o pizarra

Plumones o tizas

## 2da Sesión: ¿Qué Salud tiene nuestra Salud Bucal?

*Justificación:*

Si no conocemos cuales son los verdaderos problemas, poco podremos trabajar para eliminarlos. es importante reconocer los síntomas o efectos, y que estos responden a una causa que debemos identificar, concientizar las necesidades de eliminar o cambiar y entonces actuar: muchas veces la solución está al alcance de nuestras manos.

*Objetivo General:*

Conocer los problemas o situaciones que el grupo entiende como su problema de Salud Bucal.

*Objetivos Específicos:*

- Detallar síntomas o efectos en cuanto a problema de salud bucal.
- Determinar las causas que provocan esos síntomas, valorando posibles soluciones.

#### *Procedimientos:*

- Sentados en semicírculo tratar sobre:
  - Curiosidades relacionadas con Estomatología,  
Se recoge el tema seleccionado por los Adolescentes para la sesión de "Reflexión y Diálogo".  
Aplicar la técnica de la "Palma Real" la cual consiste en representar, sobre un gráfico de nuestra palma, en sus hojas los efectos o síntomas del problema y en sus raíces las causas y subcausas que los ocasionan. Posteriormente se debatirán las posibles soluciones.
- Retroalimentación: aplicar la técnica de "Palabras Calientes", la cual consiste en solicitarle a cada participante que escriba en tres papelitos igual número de palabras, y que son las que le hayan resultado más significativas durante la sesión. Se recogen los papeles y se hacen grupos de palabras afines las que se anotarán en una pizarra o pancarta, con la ayuda de los propios adolescentes. Las palabras más coincidentes se seleccionarán y se extraerán las conclusiones.
- Tiempo de duración de la sesión aproximadamente: 1 hora
  - Antes de la Sesión
    - Adecuación del espacio físico: 5 minutos
  - Sesión:
    - Motivación: 10 minutos
    - Recogida de tema: 5 minutos
    - Técnica de la Palma Real: 30 minutos
    - Retroalimentación: 10 minutos
- Personal:
  - 1 coordinador
  - 1 facilitador
  - Ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente
- Materiales:
  - Papelógrafo o pizarra
  - Plumones o tizas
  - Hojas de papel
  - Lápices

### 3era Sesión: Mis dientes no tienen por qué enfermarse

#### *Justificación*

Vivir siempre con nuestros dientes sanos es la meta que deseamos alcanzar. Esto es posible, siempre que practiquemos conductas de salud. ¡Te invitamos a conocerla!

#### *Objetivo General*

Hacer comprender a los adolescentes que los dientes deben y pueden estar siempre sanos.

#### *Objetivos Específicos:*

- Lograr que los adolescentes conozcan el concepto de salud
- Mostrar como prevenir la enfermedad caries
- Motivar a los adolescentes en conductas de salud y autorresponsabilidad.

#### *Procedimiento:*

- Motivación: utilizar adivinanzas u otras técnicas
- Para satisfacer los objetivos propuestos en esta sesión se realizará una actividad con diapositivas o láminas, las que se referirán en sentido general a:
  - Concepto de Salud
  - Placa Dento Bacteriana
  - Flúor: su importancia
  - Cepillado: Su importancia.
- Retroalimentación: aplicar la técnica del Tesoro Escondido
- Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 5 minutos

Sesión

Motivación: 10 minutos

Proyección Dispositivas: 30 minutos

Tesoro Escondido: 15 minutos

- Materiales:
  - Dispositivas o Láminas
  - Obsequios del Tesoro Escondido: pueden ser afiches, plegables, marcadores, entre otros.

#### 4ta Sesión: Mis encías sanas. ¿Por qué no?

*Justificación:*

Pretendemos promover salud; favorecer hábitos y actitudes que nos lleven siempre hacia una mejor calidad de vida, partimos de que la salud es una sola, y es fundamental que aprendamos a conocernos, sanos, para poder valorar cuando existe algo que no está bien. En el caso, de la Gingivitis, que es reversible, tomar medidas rápidas si aparece, para volver a disfrutar de salud.

*Objetivo General:*

Motivar a los integrantes del grupo que es posible tener nuestras encías sanas

*Objetivos Específicos:*

- Conocer las funciones de la placa dentobacteriana
- Identificar los elementos que favorecen la salud de las encías

*Procedimientos:*

- Mostrar el video: "Cuide sus Dientes y Encías", el que se solicitará al Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud para su reproducción, llevando usted el casete.
- Se invitará a la discusión del vídeo
- Retroalimentación: Trabajo en Grupo " Dibujo encía sana y enferma"
- Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 5 minutos

Sesión:

Motivación: 10 minutos

Vídeo: 15 minutos

Discusión: 15 minutos

Retroalimentación: 15 minutos

- Material Didáctico:
  - Vídeo casetera
  - Casete "Cuide usted sus Dientes y Encías"
  - Televisor
  - Hojas de papel
  - Plumones, lápices
  - Colores o crayolas

#### 5ta Sesión: Soy Responsable de mi Salud

*Justificación:*

Ni los padres, ni profesores, ni los Estomatólogos o TAE, entre otro personal, pueden estar constantemente indicando las acciones a realizar para conservar nuestra salud. Esta es una muy buena compañía, y somos nosotros los llamados a conservarla con ayuda de ellos.

*Objetivo General:*

- Hacer conocer la importancia de la autorresponsabilidad

*Objetivo Específico:*

- Motivar y conocer la práctica del auto examen de la cavidad bucal.
- Practicar y demostrar la forma correcta de cepillado de dientes y encías

*Procedimientos:*

- Motivación: Solicitar que los adolescentes desarrollen ideas para el próximo encuentro.



- Aplicar el Poema " La Sonrisa" de Chaplin
- Se proyectarán los vídeos "Auto examen de la cavidad bucal" y "Cepillado Bucal" donde se dan salida a los objetivos.
- Se procederá después, ante un espejo, a la práctica del auto examen, también se practicarán demostraciones con modelo y cepillo, constituyendo esto la retroalimentación.
- Tiempo aproximado de duración: 1 hora
  - Antes de la sesión
    - Adecuación del espacio físico: 5 minutos
  - Sesión:
    - Motivación: 5 minutos
    - Proyección vídeo: 20 minutos
    - Retroalimentación: 30 minutos
- Material Didáctico:
  - Vídeo casetera
  - Casetes con los videos
  - Televisor
  - Espejo
  - Modelo
  - Cepillo dental

## 6ta Sesión: Sin Humo... por la vida

### *Justificación:*

El tabaquismo acecha a nuestros adolescentes desde muy diversas trincheras. Es importante que ellos sepan decir NO ante las invitaciones, y tener convicción del por qué.

### *Objetivo general:*

- Elevar el nivel de conocimiento acerca de los daños que ocasiona el Tabaquismo

### *Objetivos Específicos:*

- Dar a conocer argumentos que alejen de los adolescentes el peligro de comenzar a practicar el hábito de fumar.
- Enseñar a disfrutar de una vida sin humo.

### *Procedimientos:*

- Motivación: A cargo de los adolescentes se impartirá una charla acerca del tabaquismo
- Retroalimentación: Aplicar la Técnica del "Jurado 13", donde el Acusado es el Cigarro.
- Recuperación Metodológica
- Tiempo aproximado de duración.

#### Antes de la sesión

Adecuación de espacio físico. 5 minutos

#### Sesión

Motivación: 15 minutos

Charla: 15 minutos

TAP: 20 minutos

Recuperación Metodológica: 10 minutos

- Materiales:

Papelógrafo o pizarra

Plumones o tizas

Hojas de papel

Lápices

## 7ma Sesión: "Bienestar Bucodental". Parte importante de mi felicidad.

### *Justificación:*

Tratamos en esta sesión la importancia de la boca, tanto en lo biológico como en lo psicosocial. En ella comienza la digestión: masticar bien, saborear los alimentos, influye en la nutrición. Para ello es, biológicamente, muy necesario tener una boca sana.

Pero el hombre vive interactuando con su entorno: desde que nace, el primer contacto con el seno materno lo hace a través de su boca, recibiendo así alimentación y cariño.

Reír, hablar, relacionarnos, así hasta ser un adolescente, donde la boca cobra especial importancia para el amor.

*Objetivo General:*

- Valorar la importancia de una boca sana en nuestra vida

*Objetivos Específicos:*

- Determinar el valor de una boca sana para el buen funcionamiento de nuestro organismo.
- Detectar la importancia de una boca sana en el terreno psicosocial

*Procedimiento:*

- Aplicar un Juego de Roles: se formarán 2 equipos de 5 integrantes cada uno, distribuyéndose los siguientes roles:
  - Maestro(a)
  - Adolescente
  - Amigo(a)
  - Novio(a)
  - Estomatólogo(a)y por escrito se entregarán las diferentes situaciones para que sean desarrolladas por los estudiantes
- Retroalimentación: Los adolescentes debatirán cada problemática y se seleccionará la mejor representación.
- Recuperación metodológica.
- Tiempo aproximado de duración: 1 hora
  - Antes de la sesión:
    - Adecuación del espacio físico: 5 minutos
  - Sesión:
    - Formación de equipos y distribución de roles: 10 minutos
    - Representación: 25 minutos
    - Discusión: 10 minutos
    - Recuperación Metodológica: 5 minutos
- Materiales:
  - Papelógrafo o pizarra
  - Plumones o tizas
  - Hojas de papel
  - Lápices

### 8va sesión: Reflexión y Diálogo (Tema solicitado por los adolescentes)

*Procedimientos:*

- Análisis de las expectativas
- Retroalimentación del Programa aplicando la herramienta del pensar PNI (Positivo -Negativo-Interesante)
- Clausura: Invitados: personal de la escuela, padres, miembros de la Comunidad.
- Graduación de los adolescentes como "**multiplicadores de salud**" listos para acciones de promoción y educación para la salud bucal.

## **ANEXO 11: " Programa Educativo para un Grupo de la Tercera Edad" Campaña de Educación para la Salud Dental (CESD).**

Dra. Aida Borges Yáñez \*

Dra. Maritza Sosa Rosales \*\*

\*Facultad de Odontología de la UNAM, México

\*\*Dirección Nacional de Estomatología

### **INTRODUCCIÓN:**

En la actualidad, algunos factores como el descenso de la natalidad, la disminución de las tasas de mortalidad infantil y el aumento en la esperanza de vida, han modificado la estructura demográfica, por ende la población mayor de 60 años, ha aumentado considerablemente. Esto nos lleva a reconsiderar la atención que se está brindando a esta, en cuestión de salud. Lo lógico sería que ante esta situación, los servicios de salud se incrementaran proporcionalmente, para poder ofrecer mayor atención y así mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos. Por tanto establecer medidas preventivas, para atender la salud, puede redundar en grandes beneficios para la población anciana, de no ser así, la demanda de los servicios de atención a tercer nivel, puede constituir un grave problema de salud pública a enfrentar.

A pesar de que los ancianos, probablemente sufrirán de una o más enfermedades crónicas, también es posible que se pueda demorar la aparición de estas o aliviar su sintomatología, reduciendo al máximo las limitaciones y la dependencia, motivando estrategias que les permitan valerse por si mismos. Esto requiere cambios en el estilo de vida, lo cual se constituye en el eje esencial de la promoción de salud. Al planear este tipo de intervenciones es necesario tomar en cuenta acciones en el campo biológico y psicosocial.

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La práctica del autocuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud, quienes deben proveer a los ancianos con medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente. Mediante esto, se logrará una participación más activa de los ancianos y una optimización de los recursos destinados a ellos.

La Educación para la Salud, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

### **PRESENTACION:**

Ante la necesidad de implementar medidas profilácticas para el bienestar bucodental de los ancianos, un grupo de profesionales (estomatólogos, psicólogos, médico y pedagogo) se impuso como tarea la elaboración de un programa de salud bucodental, el cual abarca temas de interés y relevancia para promover la salud, abordándose de manera sencilla y divertida.

A continuación se presentan los temas que se considera importante promover en los ancianos, para el mejoramiento de su salud bucodental.

- Caries Dental
- Enfermedad periodontal
- Bienestar bucodental como componente de la salud integral.
- Limpieza de la boca
- Cuidados relacionados con la adaptación, uso y mantenimiento de dentaduras y puentes removibles.
- Examen de la boca.

Con el propósito de facilitar el uso del presente manual, se ha dividido en 3 partes, en la primera se mencionan las técnicas empleadas en la puesta en operación del Programa de Educación para la Salud Bucodental.

La segunda parte está dividida en 9 sesiones que conforman el programa, en las cuales se plantean los objetivos perseguidos y el procedimiento para cada una de las sesiones, también se describen los materiales a emplear así como el personal de apoyo que se requieren y las

funciones que deben desempeñar. Así mismo se especifican los tiempos requeridos por sesión para el mejor desarrollo de las mismas.

Al final se presentan una serie de recomendaciones para el trabajo con población anciana, producto de la discusión del personal experimentado y de la experiencia obtenida en la aplicación del programa de Educación para la Salud Bucodental en Personas de la Tercera Edad.

## **PRIMERA PARTE**

En esta sesión condensamos las técnicas aplicadas en las nueve sesiones que conformaron el programa de educación para la salud bucodental. Se presenta una breve conformación de las mismas.

### **Charla:**

Es una técnica que nos permite hacer una presentación hablada de uno o más temas, la cual es muy fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información.

### **Pares y Cuartetos:**

Esta dinámica permite lograr un mayor conocimiento del grupo a través de la ruptura de tensión inicial.

### **Árbol de la Salud Enfermedad:**

Este ejercicio permite hacer una reflexión crítica sobre los elementos que puedan intervenir en los problemas de salud, buscando analizar las causas que lo generan, a fin de poder instrumentar las estrategias idóneas que preserven y eleven las condiciones de salud de la población.

### **Lluvias de ideas:**

Mediante esta técnica los participantes deben proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión excesiva y disgregaciones del tema principal. Así mismo estimula la participación de los tímidos y retraídos. Otra ventaja es que se ejecuta en poco tiempo.

### **Integración y reconocimiento de actitudes o conocimientos:**

En la Educación para la Salud, no solo se necesita instruir o dar conocimientos, sino es necesario comunicarse para lograr la motivación del individuo como vía de alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos, la comunicación requiere de la retroalimentación como un medio para reconocer, si se están presentando dichos cambios.

### **Teatro Popular:**

Es una técnica educativa que se basa en la actuación de situaciones simuladas. Consiste en la preparación de una verdadera obra de teatro. Es utilizada para audiencias numerosas. Atrae y retiene la atención con la vista y el oído. Presenta los mensajes en forma atractiva y enseña de manera integral a través de la voz, movimiento, ambientación, etc. Combina la enseñanza con la diversión. Puede producirse a bajo costo. Propicia amplia participación y es pertinente a la cultura local.

### **Discusión en Grupos:**

Esta técnica permite la presentación y análisis de ideas, la expresión de dudas, la búsqueda de respuestas e interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de los participantes, quienes mediante esta técnica tienen la oportunidad de analizar en forma inmediata la información recibida.

### **Demostración:**

La técnica de Demostración muestra en forma práctica como hacer cosas, haciendo evidente las habilidades del demostrador y promoviendo la confianza de la comunidad. Permite una amplia participación a través de " aprender haciendo".

### **Juego:**

Esta Técnica tiene un papel muy importante en el proceso de conocimiento del ser humano, porque le permite:

- Relacionarse espontáneamente con su realidad para conocerla y transformarla.
- Relacionarse con otras personas sin temor a equivocarse, transformar simbólicamente la realidad y entrenarse para transformarla en la práctica, hacer más agradable el proceso de enseñanza - aprendizaje.

### **Apoyos Didácticos:**

#### Audiovisual:

En la ejecución de este apoyo se requiere de un trabajo elaborado previamente, el que por lo general no es producto de la reflexión o análisis que el grupo mismo ha realizado.

Esta basada en una investigación, análisis y ordenamiento de los que lo produjo. Esta Técnica aporta elementos de importancia adicional, lo que permite una mayor reflexión y análisis sobre algún tema, posibilitando profundizar en el mismo. Debe hacerse una discusión para analizar los contenidos.

## **SEGUNDA PARTE**

En esta sección se describe detalladamente el procedimiento que se realiza en cada una de las nueve sesiones que conforman el programa de Educación para la Salud Bucodental.

### **1era Sesión**

#### Objetivo General:

- Presentar en que consiste la Campaña de Educación para la Salud Dental (CESD).
- Promover la presentación de cada uno de los integrantes del Grupo.

#### Objetivos Específicos:

Que los integrantes del Grupo:

- a) Se conozcan entre sí
- b) Identifiquen el propósito de la CESD

#### Procedimiento:

Para cumplir con los objetivos propuestos se dará una breve introducción acerca del Programa de Higiene Dental en personas de la tercera edad. Asimismo se solicitará a los participantes que expresen sus dudas al respecto.

Posteriormente se realizará la dinámica de grupo **Pares y Cuartetos**, la cual nos permite lograr un mayor conocimiento del grupo a través de la ruptura de tensión inicial. Para desarrollar esta dinámica, la presentación debe hacerse sin formalismos. El instructor no debe mencionar con anterioridad el que posteriormente se presenta.

Esta técnica se desarrollará dándole a los integrantes del grupo las siguientes indicaciones:

- Cada persona busca a un compañero, que debe ser aquel con el que se sienta más distante en ese momento.
- El que decida tomar primero la palabra se denominará "A", a la otra persona se le denominará "B".
- Durante 5 minutos "A" conversa de sí mismo tanto como pueda, "B" no puede contestar ni preguntar nada, solamente debe escuchar.
- Se sigue el mismo paso, pero ahora "A" escucha y "B" habla.
- Cada pareja debe seleccionar otra que en ese momento la sienta distante.
- Ambas parejas comparten su experiencia anterior durante 10 minutos.
- Se analizan las sensaciones y sentimientos del Grupo.

#### Espacio Físico:

Para toda esta sesión se requiere colocar las sillas en semicírculo, de tal manera que todos puedan observarse entre sí.

#### Personal:

1 coordinador y 2 auxiliares.

Para esta conversación se requiere un coordinador entrenado en la aplicación de la dinámica, quien pueda motivar a los ancianos a que hablen entre ellos. Se requiere también de 2 auxiliares que ayuden a detectar si la actividad se está llevando a cabo en las parejas.

Así mismo se requiere que tengan un total conocimiento de los temas a tratar, para poder resolver cualquier duda que se presente en el grupo, con respecto a las actividades a desarrollar en el programa.

#### Material Didáctico:

Para esta sesión no se requiere ningún tipo de material.

#### Tiempo de Aplicación:

##### *Antes de la Sesión:*

Adecuación del espacio físico 10 minutos

##### *Durante la Sesión:*

Charla introductoria 10 minutos

Pares y Cuartetos 30 minutos

Dudas y aclaraciones  
Total de la sesión

10 minutos  
50 minutos

## **2da Sesión**

### Introducción:

Partiendo desde la perspectiva de que la Educación para la Salud es la combinación de acciones sociales planificadas y experiencias docentes concebidas para enseñar a la gente a controlar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos de salud, así como las condiciones que afectan a su estado de salud y al de los demás, es requisito indispensable considerar en el proceso de planeación, la participación de la comunidad, debido a que esta constituye el elemento base para lograr un trabajo de equipo. En este contexto, el intercambio educativo podría definirse como trabajar "con" más que "para" los demás.

Así en esta sesión, se pretende que tanto el equipo de salud, como la población a quienes se va a dirigir el programa, identifiquen los problemas de salud bucodental que se presentan con más frecuencia en el grupo. Esto permitirá de manera conjunta, seleccionar los temas de mayor interés que se requieren sean abordados en el transcurso del programa.

### Objetivo General:

Lograr que los integrantes del grupo identifiquen los problemas de salud bucodental que se presentan con mayor frecuencia.

### Objetivos específicos:

Que los integrantes del grupo

- a) Detecten cuales son las necesidades de salud bucal de cada integrante del grupo.
- b) Identifiquen sus expectativas al participar en la CESD.

### Procedimientos:

Se realizará la dinámica del árbol de la salud - enfermedad, con el propósito de identificar los problemas de salud bucodental que están afectando al grupo.

Este ejercicio permite hacer una reflexión crítica sobre los elementos que pueden intervenir en los problemas de salud, buscando analizar las causas que lo generan, a fin de poder instrumentar las estrategias idóneas que preserven y eleven las condiciones de salud de la población.

Para llevar a cabo esta actividad se tapizará una pared con cartulinas sobre el cual se dibujará un árbol, entre más problemas de salud bucodental reconozca el grupo, más frondoso será. El procedimiento del trabajo será el siguiente:

1. Se distribuirán 2 tarjetas de diferentes colores numeradas progresivamente de tal manera que cada participante tenga 2 tarjetas de diferentes colores, con el mismo número, para que en el momento en que se coloquen las tarjetas en el árbol, queden juntos los problemas y las causas, escritas por cada uno de los participantes.
2. Se solicitará a los participantes que en la primera tarjeta escriban los problemas de salud bucodental más frecuentes, y los coloquen como si fueran las hojas del árbol de la salud - enfermedad.
3. Se pedirá a los participantes que lean su papelito y el coordinador hará un resumen de los problemas más comunes del grupo.
4. En la segunda tarjeta deberán anotar las causas aparentes o inmediatas de los problemas antes señalados, los cuales estarán ubicados en las ramas que soportan a las hojas en el árbol de la salud - enfermedad. Así se procurará formar ramas por tipos de problemas. Todos deberán ir pegando papeles sobre el dibujo e ir dando su opinión, recordando que lo importante es que el grupo vaya discutiendo y participando al mismo tiempo que analiza todo aquello que se relacione con su proceso salud - enfermedad. En caso de que los participantes no puedan por sí mismos colocar sus tarjetas serán ayudados por los auxiliares.
5. Sobre el tronco se pondrán las causas básicas, es decir las causas de los problemas mencionados anteriormente. Esta actividad la realizará el coordinador, escribiendo las causas que los participantes le vayan indicando.
6. Una vez completado el árbol de la salud - enfermedad, los participantes opinarán sobre como la relación entre salud y la enfermedad es producto de todo un conjunto articulado de factores.

Posteriormente a la dinámica del árbol de la salud - enfermedad, a través de una lluvia de ideas se identificarán las expectativas del grupo y se establecerá el propósito final de la CESD. En el torbellino de ideas los participantes deben proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión sobre

un tema dado. Se seleccionó esta técnica porque ayuda a eliminar discusión excesiva y digresiones del tema principal, así como estimula la participación de los tímidos y retraídos.

Espacio Físico:

Para esta sesión se distribuirá a los pacientes alrededor de mesas de trabajo para facilitarles las dos primeras actividades del árbol de la salud enfermedad. Posteriormente se colocarán las sillas en semicírculo, de tal manera que todos los participantes puedan observarse entre sí, así como la parte del salón donde se colocará el árbol de la salud - enfermedad.

Personal:

Para esta técnica se requiere un coordinador y algunos auxiliares. El primero se encargará de dirigir la dinámica y de motivar a los participantes a expresar sus opiniones. El personal de apoyo se encargará de ayudar a los ancianos a escribir sus opiniones y/o a colocar sus tarjetas en el árbol, en caso de que se encuentren imposibilitados para hacerlo.

Se requiere que el personal tenga un total conocimiento del programa para el desarrollo de esta técnica.

Material Didáctico:

Pizarra y Tiza.

Dibujo del árbol de la salud - enfermedad

Tarjetas de 2 colores diferentes. Se entregarán 2 hojas de colores diferentes a cada participante, previamente numeradas con los números 1 y 2.

Tiempo de Aplicación:

*Antes de la sesión:*

Adecuación del espacio físico 10 minutos

*Durante la Sesión:*

Charla introductoria 5 minutos

El árbol de la salud - enfermedad 35 minutos

Lluvia de ideas 20 minutos

Total de la sesión 60 minutos

### **3era Sesión: Caries Dental**

Una de las enfermedades bucales que se presentan con mayor frecuencia tanto en edades jóvenes como en adultos, es la Caries Dental.

Esta enfermedad va destruyendo el tejido de los dientes, formando cavidades en ellos. Estas cavidades pueden ser profundas y llegar hasta el nervio provocando severos dolores, formación de pus y abscesos, y en la mayoría de los casos, se pierde ese diente. Esta enfermedad ataca fácilmente el cuello de los dientes cuando está al descubierto o cuando el gancho de los puentes los va desgastando.

Las Caries Dental, además de ser un foco de infección dental, favorece el desarrollo de otras enfermedades tan severas como ella. Las alteraciones del corazón, del riñón y en ocasiones de las articulaciones son las que se presentan generalmente asociadas a las bacterias que se encuentran en las lesiones cariosas y que además viajan a otros órganos a través de la sangre o de la saliva.

La Caries Dental es fácil de prevenir con el uso de fluoruros aplicados por el Estomatólogo o a través de pastas dentales ya que vuelven más resistente el esmalte que cubre el diente, también el cepillado dental por lo menos 2 veces al día y la disminución de alimentos ricos en azúcares evitan la aparición de lesiones cariosas.

Justificación:

Conservar los dientes sanos por un tiempo mayor es la preocupación de todas las personas. Cuando se habla de dientes sanos se piensa en dientes libres de Caries y que sean funcionales.

Las personas de la tercera edad generalmente creen que con la edad es normal perder los dientes y hacen poco por conservarlos. Una buena limpieza, libre de azúcares aunado a una buena técnica de limpieza bucal, permite que se cuente con más dientes sanos para tener una mejor calidad de vida y conservar la estética.

Objetivo General :

Explicar la enfermedad Caries Dental y las consecuencias de la falta de atención.

Objetivos Específicos:

Que los integrantes del grupo identifiquen:

- a) El origen y manifestaciones de la Caries como enfermedad por su aspecto y síntomas.
- b) Las consecuencias originadas por el descuido de la Caries
- c) Las formas de prevención de la Caries.

#### Procedimiento:

Para cumplir con los objetivos propuestos en esta sesión se iniciará con una charla en donde se seguirá la siguiente secuencia:

1. Presentación del expositor y mención del tema a tratar.
2. Evaluación diagnóstica de lo que saben y han sentido Caries Dental, mediante las siguientes preguntas.
  - ¿Han tenido caries?
  - ¿Qué es la Caries Dental?
  - ¿Qué provoca la Caries Dental?
  - ¿Qué es el edentalismo?
  - ¿Cómo podemos prevenir la Caries Dental?
3. Se procederá posteriormente a abordar el tema de la Caries Dental.
4. La exposición será apoyada con transparencias, láminas o diapositivas.
5. Se hablará de las consecuencias de la Caries Dental. Se mencionarán los factores de riesgo para Caries como: placa dentobacteriana, presencia de sarro, ingesta de azúcares, entre otros.
6. Posteriormente se abordará lo referente a la manifestación clínica de la enfermedad propiamente dicha con: diferentes zonas de ataque de Caries, Caries avanzadas y edentalismo, consecuencias de la enfermedad Caries a escala sistémica, entre otros.
7. A continuación se mencionarán los diferentes métodos preventivos como: cepillado dental, crema dental con fluoruro, fluoruros, alimentación sana.

Después de la charla se distribuirá a los participantes en 5 grupos con 6 integrantes por cada mesa de trabajo, estos se colocarán sentados alrededor de la mesa para facilitar la visión y participación de los integrantes del grupo. A cada equipo de trabajo se le repartirá un juego de 22 tarjetas impresas con la información completa sobre: Caries Dental, Higiene Bucal, Caries Dental Profundas, Prótesis mal adaptadas y Edentalismo. Los participantes deberán formar cinco oraciones articuladas coherentemente con los cinco temas antes mencionados, el inicio de cada oración está escrito con la primera letra en mayúscula, subrayada y además enmarcada dentro de una línea verde. Cabe mencionar que se ha controlado de tal forma el diseño estructural de cada oración que ninguna tarjeta sobra, se repite o se articula de 2 o más maneras diferentes.

La organización coherente y articulada de las oraciones por parte de los participantes, permitirá en primera instancia detectar si el contenido del tema ha sido comprendido. Para concluir esta actividad en una plenaria se observarán los trabajos finales de cada mesa de trabajo y se harán las correcciones pertinentes, de tal manera que quede claramente detectado el mensaje a transmitir. Posteriormente se destinarán 10 minutos para que el grupo exteriorice sus experiencias respecto a la dinámica.

#### Estado Físico:

Durante la charla los participantes se sentarán en filas intercaladas, con el propósito de que todos los participantes puedan escuchar al coordinador y visualizar las transparencias que se estarán presentando.

En la dinámica se ubicará a los participantes alrededor de 5 mesas de trabajo, con el propósito de facilitarles el acceso a las tarjetas y así puedan participar en la actividad.

#### Persona:

Se contará con la participación de un expositor y cinco auxiliares.

El expositor será el responsable y coordinador de la sesión, este abordará el contenido del tema apoyándose en la proyección de diapositivas o láminas.

En el desarrollo de la dinámica con las tarjetas, cada uno de los auxiliares tendrá a su cargo una mesa de trabajo, donde colocará el juego de 22 tarjetas. La responsabilidad del auxiliar será supervisar y motivar que todos los integrantes del equipo participen y que cumplan con la actividad final que consiste en articular las oraciones contenidas en las tarjetas. En esta actividad el personal de apoyo debe tener cuidado de no realizar la actividad por los participantes.

#### Material Didáctico:

Diapositivas, láminas o transparencias cuyo contenido será:

- Dientes muertos



- Placa Dentobacteriana
- Presencia de sarro
- Ingesta de azúcares
- Abrasión por ganchos de prótesis mal adaptadas
- Diferentes zonas de ataque de caries
- Caries avanzadas y edentualismo
- Consecuencias de la enfermedad Caries a escala sistémica.
- Cepillado
- Pasta con fluoruros
- Fluoruros
- Alimentación sana.

Cinco juegos de tarjetas de 13 por 20 cms, impresas con letra negra, estas tarjetas contienen la siguiente información:

*La Caries Dental* - es una enfermedad de los dientes - causada por la placa dentobacteriana - alimentos ricos en azúcares - y por no cepillar los dientes.

*La Caries Dental profunda* - es causa de pérdida de dientes - puede producir abscesos - presentando dolor intenso - y también mal aliento.

*El edentualismo* - es la pérdida de dientes - dificulta la alimentación y el habla - alterando también la estética.

*La higiene bucal previene\_* la Caries Dental - con el uso de pastas dentales - que contengan fluoruro - además del cepillado dental después de cada comida.

*Las prótesis mal adaptadas\_* pueden causar desgastes en el cuello de los dientes debido a ganchos mal ajustados - originado Caries Dental.

Tiempo de aplicación:

*Antes de la sesión:*

Adecuación del espacio físico 10 minutos

*Durante la Sesión:*

Charla 20 minutos

Integración y reconocimiento de actitudes 30 minutos

Exposición de experiencias respecto al desarrollo de la sesión 10 minutos

Total de la sesión 60 minutos

#### **4ta Sesión: Enfermedades Gingivales y Periodontales**

Las enfermedades gingivales y periodontales, son de las enfermedades bucodentales más extendidas. Es importante la salud de las mucosas y tejidos blandos, así como del hueso de los maxilares tanto superiores como inferiores, ya que son los tejidos de sostén de los dientes. La encía es uno de estos tejidos. Hay características inequívocas de la encía sana: color rosado coral, textura lisa aterciopelada y puntilleada, forma regular que rodea a los dientes uniformemente, no debe estar inflamada, enrojecida, supurante, sangrante o adolorida.

La enfermedad gingival se inicia con la inflamación de la encía ubicada entre los dientes conocida como "encía interdental", cambia de color y duele a la mínima presión. A este tipo de enfermedad se le conoce como gingivitis. Si con estos signos y síntomas la persona no es atendida, puede la enfermedad complicarse y provocarse una enfermedad más severa, las periodontales, donde ya hay separación de la encía, conocida como "bolsas periodontales", retracción de la encía, mal aliento o halitosis, así como destrucción de huesos y que de no atenderse, es causa de movilidad dentaria con la probable pérdida de dientes y causante entonces de edentualismo.

Existen factores de riesgo para la enfermedad gingival y periodontal, como pueden ser presencia de placa dentobacteriana y sarro, prácticas de higiene bucal inadecuadas, cepillado incorrecto, prótesis mal adaptadas, así como el uso de ciertos medicamentos que pueden ocasionar cambios clínicos que desencadenan enfermedades periodontales. Es recomendable auto identificar una cavidad oral sana para distinguirla de una enfermedad y acudir al Estomatólogo cuando se detecte enfermedad o cuando exista una lesión que no cure por más de 15 a 20 días ubicada en tejidos blandos o en encías, labios, lengua, carrillos, paladar o en tejidos duros como dientes.

Justificación:

Si lo que se pretende con un Programa de Educación para la Salud en personas de la tercera edad, es promover o favorecer conocimientos, hábitos y actitudes que lo lleven a tener una mejor calidad de vida en cuanto a su salud general y especialmente la salud bucodental, es fundamental que reconozcan los tejidos sanos para diferenciarlos de los enfermos y a través de su auto cuidado y auto inspección conozcan las medidas preventivas y sean capaces de detectar oportunamente anomalías que pueden ser tratadas por el Estomatólogo y evitar el edentulismo que afecta tanto a las personas, especialmente a los de la tercera edad.

Objetivo General:

Mostrar a los integrantes del grupo como identificar las anomalías que pueden presentar en las encías.

Objetivo Específicos:

Que los integrantes del grupo identifiquen:

- a) La diferencia entre una encía sana y una enferma
- b) La forma de prevenir las enfermedades gingivales y periodontales según sus necesidades
- c) La importancia de la detección.

Procedimiento:

Con el fin de alcanzar los objetivos de esta sesión se seguirá esta secuencia:

1. El expositor se presentará al público, mencionando los temas a tratar y el propósito de la conversación.
2. Se hará una evaluación diagnóstica sobre su experiencia con sangrado y dolor de encías. Se sondeará el grado de conocimiento sobre enfermedades gingivales y periodontales. Se les preguntará:
  - ¿Algunos de ustedes ha tenido problemas con sus encías?
  - ¿Que tipo de problemas ha tenido?
  - ¿Le ha sangrado alguna vez la encía?
  - ¿Le ha dolido alguna vez la encía?
  - ¿Ha tenido problemas de mal aliento en su boca?
  - ¿Ha que cree que se deba el sangramiento?
  - ¿Ha que cree que se deba el mal aliento?
  - ¿Ha escuchado alguna vez como se llama la enfermedad de la encía?La exposición se apoyará en el uso de diapositivas, transparencias, láminas y modelos.
3. Se procederá a la exposición del tema comenzando por la explicación de las características sanas de la encía y el hueso, su función y relación con los dientes.
4. A continuación abordará el contenido referente a la encía enferma, diferenciando aspectos clínicos respecto a la encía sana como inflamación, cambio de color y consistencia, presencia de abscesos y retracción de encías, otras lesiones de la encía producidas por aparatos protésicos y halitosos o mal aliento. Se describirá la gingivitis.
5. Se continuará con la mención de las posibles causas o factores de riesgo de la enfermedad gingival y periodontal, como pueden ser formaciones de placa dentobacteriana, sarro o tártaro dentario y su ubicación, color, consistencia, formación de bolsas periodontales, movilidad dentaria, prótesis deficientes, edentulismo y sus consecuencias, prácticas de higiene inadecuada, es decir técnica de cepillado incorrecta, hábitos como el consumo de cigarro y alimentación inadecuada.
6. Se abordará el aspecto de prevención hablando de la importancia del cepillado adecuado con relación a la causa de enfermedad gingival y periodontal, así como la importancia de la revisión personal o auto revisión.
7. Se explicará la asociación de algunos cambios clínicos de la encía con la diabetes e ingesta de medicamentos utilizados en el control de enfermedades sistémicas.
8. Se explicará la importancia del cuidado profesional. Se señalará como necesario la asistencia al Estomatólogo cuando menos una vez al año o cuando existan úlceras o lesiones en tejidos blandos que no sanen en 15 ó 20 días, cuando haya presencia de pus en encía o labios, sagrado e inflamación. Se explicará la necesidad del cuidado profesional cuando existe sarro o tártaro dentario para su eliminación adecuada.
9. Se pasarán los modelos a las mesas de trabajo para que identifiquen la enfermedad gingival y periodontal en cuanto a sus manifestaciones. Deberán identificar inflamación de la encía, cambio de color y textura, ubicación de bolsas periodontales.

10. Se realizará la exposición de las experiencias respecto a la dinámica, ello lo harán desde las mesas de trabajo.

Espacio Físico:

Los asistentes se sentarán en grupos de 6 personas alrededor de mesas, formando 5 equipos, esto les permitirá tener una mejor visibilidad ante la exposición y mejor manejo de los modelos al momento de trabajar con ellos.

Personal:

Un expositor que maneje los contenidos de enfermedad gingival y periodontal y tenga dominio del contenido de las transparencias. Para la actividad del manejo de modelos de cerámica en las mesas de trabajo, se requiere de auxiliares, distribuidos en cada mesa para que escuchen la identificación que se espera de los participantes en cuanto a enfermedad periodontal, y en caso de señalar algo incorrecto en ese momento corregir al participante con el objetivo de que no se quede con una información distorsionada.

Guía de preguntas para el manejo de modelos:

¿Qué observan en este modelo en cuanto a la encía?

¿Es una encía sana?

¿Por qué no es una encía sana?

¿Qué características nota?

¿Dónde se ubica el sarro o tártaro dentario?

¿Cómo lo puede detectar?

¿Qué características tiene?

¿Existe aquí placa dentobacteriana?

¿Dónde se encuentran las bolsas periodontales?

¿Cómo las detecta el Estomatólogo en el Consultorio?

¿Qué es ese espacio entre los dientes?

¿Qué es el edentulismo respecto a los dientes?

¿Cómo afecta a la encía el sarro?

Material Didáctico:

Se utilizan dispositivas, láminas o transparencias que contienen las siguientes imágenes:

- 1- De hueso
- 2- De tejidos sanos de la boca
- 3- De inflamación, cambio de color, textura y bolsas periodontales
- 4- De encía con absceso
- 5- De retracción de encía
- 6- Formación de placa dentobacteriana
- 7- Placa dentobacteriana no tratada
- 8- Ubicación de sarro, color y consistencia
- 9- Encía con bolsas periodontales
- 10- Con movilidad dentaria debido a bolsas periodontales
- 11- De edentulismo
- 12- Mostrando los resultados en tejidos blandos de una mala técnica de cepillado
- 13- Presencia de pus en los labios y encías e inflamación aún con buena técnica de cepillado
- 14- Presencia de sarro acumulado por largo tiempo
- 15- Eliminando el Estomatólogo el sarro con instrumento

Tiempo de aplicación:

*Antes de la sesión:*

Adecuación del espacio físico 10 minutos

*Después de la Sesión:*

Evaluación diagnóstica 10 minutos

Charla 15 minutos

Manejo de modelos 15 minutos

Exposición de experiencias respecto a la dinámica 10 minutos

Total de la sesión 50 minutos

## **5ta Sesión: El bienestar Bucodental como Componente de mi Salud Integral.**

Esta sesión trata sobre las funciones de la boca: Biológicamente y Psicosocial, así como las consecuencias de la falta de cuidado en la boca.

Dentro de la función biológica se destaca los aspectos que una buena salud bucal tiene en el organismo y como pueden repercutir en la digestión y la nutrición, desde la masticación, el deglutir, saborear los alimentos hasta el hablar. Así como las consecuencias que puede provocar si no se tiene una boca saludable.

En las funciones psicosociales se hace hincapié en que una boca sana contribuye tanto en las relaciones sociales, como en las de la pareja, ya que permite que el individuo se presente en público sin temor, pudiendo hablar y expresar sus sentimientos, reír, divertirse, saborear sus alimentos. Todo esto hace que la gente se sienta segura, ya que el aspecto físico puede ser causa de rechazo o crítica. Además de ayudar a mantener la forma de la cara.

Las consecuencias de la falta de cuidado de la boca, pueden ser dolores intensos, lo cual puede llevar a la pérdida de dientes y tener que utilizar prótesis con todo lo que esto implica en gasto económico y dolor. Así como otros hábitos que perjudican la salud dental, como la utilización de azúcares, el fumar y el ingerir bebidas alcohólicas.

### Justificación:

Por la importancia que tiene la salud bucodental en los aspectos psicosociales y biológicos y su repercusión en la vida diaria y de grupo, es fundamental el valorar las actitudes de prevención en cualquier problema dental.

### Objetivo General:

Dar a conocer las repercusiones, en la vida cotidiana, de una higiene bucodental deficiente así como favorecer un ambiente atractivo que motive a los participantes a valorar la importancia de su salud integral.

### Objetivos Específicos:

Que los integrantes:

- a) Identifiquen los problemas biológicos y psicosociales como consecuencia de hábitos higiénicos bucodentales inadecuados.
- b) Se den cuenta de la importancia de la prevención como el factor más importante para conservar la salud bucodental.

### Procedimiento:

Para desarrollar el Tema del Bienestar Bucodental como Componente de mi Salud Integral, se presentará una Obra de Teatro diseñada para esta sesión, la cual comprende 3 actos y se denomina "Más vale prevenir que lamentar"

En esta presentación se esbozan las principales funciones de la boca de un anciano cuando se han visto afectadas por un mal régimen de atención y autocuidado, comparada con las de otros ancianos sanos que han aplicado medidas preventivas que lo hacen que esté en una situación diferente.

El tema de la obra se refiere a una persona de 65 años de edad, Don Serafín, quien es invitado a una fiesta de cumpleaños de personas de la tercera edad. Durante la obra se evidencia ampliamente el poco cuidado que ha puesto a su salud bucodental. Tiene dificultad para comer, tiene que atragantarse el alimento porque no lo puede masticar y por que se le dificulta el deglutir.

Además le es difícil comunicarse debido a que no tiene algunos dientes y su lenguaje no es muy comprensible. Así mismo, se percata que sus compañeros se empiezan a alejar de él, debido al mal aliento de su boca. Don Serafín se percibe también incomodo debido a que su apariencia se ve afectada por la falta de dientes: aquí el anciano reflexiona que es lo que ha hecho con su salud bucodental. Como consecuencia, empieza a sentir una sensación de auto devaluación, lo que conlleva a que este personaje empiece a aislarse de sus compañeros y de todos los que le rodean, afectando así su salud psicosocial.

El otro personaje principal es Don Pancho, antiguo amigo de Don Serafín, quien tiene una buena condición de salud bucodental, gracias a los esfuerzos que ha hecho por conservarla. Cuando percibe los problemas de su amigo, se acerca a él y le aconseja como mejorar gradualmente estas situaciones.

Después de la presentación de esta obra, se le pide a los asistentes que forman grupos de 6 a 8 personas, nombrando a un moderador y a un secretario, e incorporándose a cada grupo un actor y de acuerdo a una guía de preguntas cada equipo tendrá que identificar los problemas de salud

bucodental detectados en el personaje principal, anotando en hojas de papel y con ayuda del auxiliar, las consecuencias que este problema acarrea, las formas de prevención así como las actitudes de los demás personajes ante el problema planteado. Para finalizar cada grupo a través de su representante o coordinador, apoyados con la descripción realizada en una hoja de papel, hará un resumen de los aspectos más relevantes que se discutieron. El coordinador general hará una integración de todos los subgrupos para hacer los comentarios finales y conclusiones.

#### Espacio Físico:

Se requiere un salón con sillas movibles de preferencia, a manera de auditorio, con un espacio al frente para el escenario. Se recomienda que haya un telón, aunque esto no es indispensable. Para llevar a cabo la discusión de la obra se requiere colocar las sillas en círculos pequeños.

#### Personal:

Para la obra de teatro se requiere de la participación de 8 actores: 5 hombres y 3 mujeres, quienes aprenderán sus respectivos papeles y ensayarán previamente la obra. Se requiere de un Estomatólogo con previo conocimiento del programa para que coordine la discusión. Los actores pueden ser estudiantes de la carrera de Estomatología, otros profesionales, técnicos o los mismos ancianos.

#### Material y Equipo:

Se necesita que los actores adecuen su vestuario y maquillaje para parecer ancianos (como la utilización de gafas, abrigos, estolas, pintar los dientes para que parezcan edéntulos, etc.); grabadora con cassette de músicaailable (danzón u otro son que vaya de acuerdo a sus preferencias); bandeja con vasos y jarra; muñeco de peluche (gato, perro, o cualquier otro animal de mascota); cake de utilería y algún otro material que el equipo considere puede darle realismo a la presentación como floreros, adornos, etc. Además se necesitan cinco hojas de papel, cinco marcadores, plumones o plumas.

#### Guía de discusión con relación a la obra:

¿Cuál es su opinión en relación con el personaje de Don Serafín?

¿Cuál o cuáles son los problemas de salud bucodental que pueden identificar en este personaje?

¿Cuáles son las consecuencias que estos problemas le acarrearán a Don Serafín?

¿Cómo puede Don Serafín detectar y prevenir estos problemas?

¿Qué le pareció la actitud de Don Pancho y sus compañeros ante el problema de Don Serafín?

¿Cuál o cuáles son los mensajes que la obra nos deja?

#### Tiempo de Aplicación:

##### *Antes de la sesión:*

Adecuación del espacio físico 30 minutos

##### *Durante la Sesión:*

Obra de Teatro 20 minutos

Discusión 30 minutos

Resumen y conclusiones 10 minutos

Total de la sesión 60 minutos

## **6ta. Sesión: Limpieza de la boca**

Esta contemplada esta sesión en 2 etapas: estrategias de cuidado profesional y autocuidado.

El cuidado profesional contempla la visita periódica al Estomatólogo cuando menos una vez al año o cuando existan lesiones cariosas, cuellos expuestos con o sin caries; lesiones en tejidos blandos, para revisar la técnica adecuada de cepillado así como el uso de las pastillas reveladoras de placa dentobacteriana.

El autocuidado contempla, el cepillado dental o técnica adecuada del mismo, cuyo objetivo es el de eliminar la placa dentobacteriana y restos alimenticios, debiéndose hacer después de cada comida y de preferencia recomendar suprimir los alimentos entre comidas.

El cepillado dental deberá ser personal, de tamaño y textura adecuados a cada paciente, ya que de no ser así pudiera el paciente lesionar sus tejidos duros y blandos de la boca y en caso de falta de destreza manual por alguna enfermedad, se considerarán adaptaciones al cepillo.

#### Justificación:

Si la persona conoce la importancia del cuidado profesional y del autocuidado, así como las técnicas adecuadas para el auto cuidado y además demuestra su habilidad se tendrá asegurado un buen porcentaje de éxito en cuanto a prevención de este paciente.

### Objetivo general:

Lograr que los integrantes del grupo identifiquen las estrategias de cuidado profesional y autocuidado para mantener su boca sana.

### Objetivos Específicos:

Que los integrantes del grupo:

- a) Identifiquen las estrategias de auto cuidado para mantener su boca sana.
- b) Reconozcan las estrategias que deben seguir los profesionales de la salud (Estomatólogos) para favorecer la salud de su boca.
- c) Identifiquen la importancia de cepillar sus dientes, encías y lengua.
- d) Aprendan la técnica adecuada para cepillar sus dientes, encías y lengua.
- e) Identifiquen la importancia de emplear otros métodos auxiliares en la higiene bucodental.

### Procedimientos:

Se proyectará un video educativo el cual pretende mejorar la salud bucodental de los ancianos. Posteriormente se les entregará un manual para que ellos identifiquen la importancia de cepillar los dientes y los cuidados que deben tener con su boca. En pequeños grupos y apoyados con el manual, cada equipo identificará su interpretación y aplicaciones del siguiente tema “¿Cuáles son las estrategias de cuidado profesional y autocuidado que debo seguir para cuidar mi salud bucodental?”

Se dividirá el video en tres partes, la primera comprenderá hasta donde se pregunta ¿Qué es la caries?, se prenderán las luces y se harán una interacción con los integrantes haciéndolos participar con comentarios.

La segunda parte comprenderá desde la anterior pregunta hasta inmediatamente después de la técnica del cepillado.

La tercera parte comprenderá desde inmediatamente después de la técnica del cepillado hasta el final del video.

En cada pausa del video, se repasará en cada mesa de trabajo y con los modelos lo que se mostró en el video. Deberán mostrar o replicar en el modelo, la técnica adecuada del cepillado, el uso del hilo dental, uso de pastillas reveladoras y enjuagues con flúor (aquí sólo se mencionarán las indicaciones para su uso).

Posteriormente se solicitará a los participantes que muestren los conocimientos adquiridos sobre medidas de higiene. Con el apoyo de tipodontos y cepillos dentales se les mostrará como está constituida nuestra dentición y cuáles son las técnicas mas adecuadas para limpiar los dientes. Así mismo, se les pedirá que, en pequeños equipos y con apoyo de los tipodontos, practiquen la técnica aprendida bajo supervisión de los coordinadores del programa. Finalmente, se les pedirá a quienes lo deseen, lo practiquen en su propia boca para confirmar que pueden emplear adecuadamente esta técnica. Se mostrará con uno de los integrantes del equipo del programa, el uso de las pastillas reveladoras. Se les repartirá una pastilla por participante para que practiquen en su casa.

### Espacio Físico:

Los asistentes se acomodarán en grupos de 6 personas durante la presentación del video. En la demostración se pedirá que se formen 5 equipos de 6 personas cada uno, alrededor de 5 mesas para facilitar la aplicación de la técnica.

### Personal:

Se requiere un expositor y 2 auxiliares, quienes deberán conocer bien el Programa para el desarrollo de esta sesión, por lo tanto, se requiere de un breve entrenamiento en el manejo de cada técnica y sus contenidos. Así mismo deben de estar atentos de que las personas que están trabajando en pequeños grupos con los tipodontos, estén practicando las técnicas correctamente, se encargarán de corregir o mostrar las técnicas correctas de limpieza.

### Material:

Se proyectará un video, que contiene aspectos de auto cuidado e higiene bucal en personal de la tercera edad: limpieza de prótesis parciales o totales, cepillos y aditamentos de limpieza.

El manual para el cuidado bucal contiene la siguiente información: mitos dentales en la tercera edad, técnicas de cepillado, limpieza bucal y limpieza de prótesis, examen de la boca y cuidados en casos especiales.

- 5 tipodontos de cerámica escala 1.20

- 2 cepillos de tamaño gigante (para ser usados en los tipodontos)
- 30 pastillas reveladoras
- 30 cepillos para participantes
- 1 televisor
- 1 video cassetera
- 1 pantalla
- 1 apuntador de texto

Tiempo de aplicación:

*Antes de la sesión:*

Adecuación del espacio físico 10 minutos

*Durante la Sesión:*

Introducción del tema	5 minutos
Presentación de video	30 minutos
Interacción de video	15 minutos
Presentación del manual y discusión del material	10 minutos
Total de la sesión	60 minutos

### **7ma. Sesión: Cuidados Relacionados con la Adaptación, Uso y Mantenimiento de Dentaduras y Puentes o Prótesis Removibles.**

Esta sesión presenta la descripción de los componentes de las prótesis removibles, las cuales son frecuentemente utilizadas por personas ancianas. Se revisan los conceptos sobre adaptación, mantenimiento y limpieza de los puentes y dentaduras por la persona que los utiliza.

Justificación:

Este tema es importante, ya que se ha observado que muy pocas personas adultas saben como limpiar y mantener en buen estado sus prótesis y dentaduras. El realizar una correcta limpieza de la aparatología por parte del paciente ayudará a prolongar la vida útil de las prótesis, así como evitar la acumulación de alimento y formación de sarro, que provocan entre otras cosas: mal aliento, Caries en los dientes naturales y focos de infección.

También es necesario que las personas sean capaces de solicitar atención dental cuando las prótesis estén mal ejecutadas.

Objetivo General:

Mostrar a los participantes los diferentes métodos y procedimientos para el cuidado y limpieza de prótesis removibles y dentaduras totales. Explicar como es el proceso de adaptación a los puentes o prótesis.

Objetivos Específicos:

Que los integrantes del grupo:

- a) Identifiquen los diferentes términos para nombrar las prótesis removibles o dentaduras.
- b) Reconozcan la importancia de las revisiones periódicas del estado de las prótesis removibles y dentaduras por el Estomatólogo.
- c) Conozcan los aspectos básicos para mantener en buen estado las prótesis y las dentaduras.
- d) Identifiquen los alimentos más recomendables para no lastimar, ni dañar sus dentaduras o prótesis, así como la mejor forma de ingerirlos.
- e) Identifiquen el proceso de adaptación a las dentaduras y prótesis.

Procedimiento:

En esta sesión se explicarán los componentes de las prótesis removibles mediante la demostración con modelos de prótesis de tamaño grande que se pasarán entre el grupo para que conozcan sus partes, los examinen, conozcan por qué deben utilizarse e identifiquen las partes que puedan causar molestas. Se mencionarán los diferentes nombres que se les dan.

Posteriormente a esta actividad se implementará un juego en donde se colocará a los participantes en grupos de 6 personas a quienes se les repartirá un juego de 12 tarjetas que contienen conceptos correctos e incorrectos acerca de los cuidados relacionados al uso de dentaduras y prótesis removibles, los cuales fueron identificados durante la investigación inicial. Los

participantes colocarán las tarjetas en la pared o en el pizarrón que se dividirá en correcto e incorrecto. Posteriormente se dará una charla explicativa donde se identificarán las principales ideas relacionadas con el uso, limpieza y cuidado de las prótesis removibles y totales, en esta se exhibirán una serie de diapositivas, láminas o transparencias en las que se muestran como se limpian las prótesis. Por último se solicitará a los participantes acomodar nuevamente las tarjetas, así mismo se responderán las preguntas o dudas que se presenten.

#### Espacio Físico:

Salón con 5 mesas y 6 sillas acomodadas alrededor de cada una de las mesas. Durante la charla se intentará acomodar las sillas en hileras intercaladas para que los participantes puedan observar perfectamente la exposición de las dispositivas, láminas o transparencias.

#### Material:

- 5 modelos de cerámica de prótesis removibles con ganchos
- Pizarrón y 5 juegos de 12 tarjetas de cartón que contengan los siguientes enunciados:
  - ❖ Nunca deben quitarse los puentes o dentaduras
  - ❖ Normalmente los puentes y prótesis lastiman la encía.
  - ❖ El Estomatólogo no necesita revisar las prótesis y los puentes después de haberlos colocado.
    - ❖ Las prótesis y los puentes removibles se lavan con cepillo y pasta.
    - ❖ Hay que dejar remojando en agua las prótesis y los puentes durante la noche.
    - ❖ Es normal que se queden los alimentos debajo de los puentes o prótesis.
    - ❖ Las personas sin dientes no deben lavarse la boca.
    - ❖ Si se quita un puente o prótesis de la boca por más de 7 días ya no ajusta en la boca.
    - ❖ Las personas sin dientes y sin prótesis no pueden masticar bien los alimentos.
    - ❖ Los puentes y las prótesis se desgastan con el uso.
    - ❖ Los puentes y las prótesis no deben salirse de su lugar al comer.
- Diapositivas, transparencias o láminas
  - 1 mesa.

#### Personal:

Una persona que hará la exposición del tema y auxiliares que pasarán los modelos entre el público, además contestarán las preguntas que sobre el tema hagan los ancianos durante la observación del modelo. Así mismo estarán entrenados para coordinar el juego.

#### Tiempo de aplicación:

<i>Antes de la sesión:</i>	
Adecuación del espacio físico	10 minutos
<i>Durante la Sesión:</i>	
Demostración	15 minutos
Juego	30 minutos
Charla	10 minutos
Conclusiones	5 minutos
Total de la sesión	60 minutos

### **8va. Sesión: Alimentación y Nutrición en la Edad Avanzada.**

Factores que condicionan e influyen en el estado nutricional del anciano.

- Fisiológicos
- Psicológicos
- Socioeconómicos
- Medio ambiente

#### Objetivos:

Lograr que los asistentes identifiquen los factores que interfieren en una ingestión adecuada de alimentos y su aprovechamiento.

Señalar las características de una dieta idónea en la Tercera Edad.

#### Procedimiento:

Exposición y lluvia de ideas.

#### Personal:

Un profesional de la Salud (preferiblemente Nutriólogo o Estomatólogo) que haya leído el material previamente.



Tiempo de aplicación:

60 minutos.

## **9na. Sesión: Examen de la boca**

En esta sesión se abordará el tema del examen de la boca y los cuidados de una boca seca por su importancia en la prevención de lesiones pre malignas que son casi siempre de tratamiento difícil, de pronóstico desfavorable, muy costoso y muy frecuentes en la tercera edad por el deterioro y los cambios que sufren los tejidos tanto duros como blandos con el paso de los años. Este examen debe ser parte regular de la higiene bucal. La observación de cualquier irregularidad en la superficie de los tejidos bucales señalan la falta de integridad como: protuberancias, inflamación, lunares blancos o rojos, úlceras, sangrado, presencia de pus.

Para el examen de la boca existe una técnica descrita para el examen de PDCB y que divide la boca en 8 pasos facilitando la inspección sistemática:

- 1- Labio y comisura
- 2- Superficie interna de los labios
- 3- Superficie interna de la mejilla
- 4- Encías o surcos
- 5- Diente
- 6- Paladar
- 7- Parte superior, lados y parte inferior de la lengua
- 8- Piso de boca

La sequedad de la boca es muy frecuente en personas ancianas, de aquí la importancia de que ellas conozcan el papel de la saliva y los consejos para mantener una humedad correcta.

### Objetivo General:

Aumentar el nivel de conciencia del participante respecto a las anomalías y entidades patológicas bucodentales, proveyendo de las rutinas y conocimientos necesarios para saber como detectar tempranamente signos y síntomas importantes, y que medidas tomar para hacer frente a ellos.

### Objetivos Específicos:

Que los participantes:

- a) Aprendan como deben examinar su boca sistemáticamente.
- b) Identifiquen como reconocer tempranamente condiciones anormales que requieran ser evaluadas por profesionales.
- c) Reconozcan el mecanismo protector de la saliva y las consecuencias de anomalías en las glándulas y flujo salivales.

### Procedimientos:

Para la presentación de este tema se implementará una exposición apoyada con un juego de transparencias, láminas o diapositivas que muestren las entidades patológicas y condiciones anormales de la boca y otro juego que muestre una boca normal y sana.

Los dos juegos serán proyectados o mostrados simultáneamente para permitir a los participantes la comparación directa entre las características normales y las anormales.

Al presentar a los participantes dos juegos diferentes de transparencias, uno que muestre las características de una boca sana y otro que contenga ejemplos comparables de condiciones enfermas, se pedirá al grupo que vaya identificando cuales son las diferencias que se presentan, así como los problemas que puedan ocasionarles a las personas estas anomalías o padecimientos. Después de la exposición se les pedirá a los participantes que en pequeños grupos anoten las diferencias identificadas durante la exposición y diseñen formas de prevenir los factores que más frecuentemente causan las anomalías descritas. Esta información se relacionará con las imágenes de las anomalías y se expondrá la información de cada grupo para sacar una conclusión general. Esto se podrá sistematizar, indicándoles que para cada parte de la boca describan cual es la acción preventiva correspondiente para mantenerla en un buen estado de salud.

Así mismo el coordinador realizará una demostración de los 8 pasos del examen de la boca y se invitará a los participantes a que pasen a exponer ante el grupo como deben realizar el examen.

### Espacio Físico:

Es necesario acondicionar el área de la sesión de la siguiente forma:

Sillas para 30 ó 40 participantes, de preferencia alrededor de mesas en las que puedan escribir, idealmente debe haber de 6 a 8 participantes en cada mesa.

Personal:

Un profesional de la salud (preferiblemente Estomatólogo) que haya leído el material previamente y que tenga conocimiento sobre las imágenes empleadas en la proyección.

Material Didáctico:

- Juegos de transparencias, láminas o diapositivas.
- Lápices y hojas de papeles para el número de participantes.

Tiempo de Aplicación:

<i>Antes de la sesión:</i>	
Instalación de pantallas y proyectores	15 minutos
<i>Durante la Sesión:</i>	
Introducción y presentación	5 minutos
Proyección de la transparencia y realización de exposición oral	20 minutos
Interacción Grupal	20 minutos
Conclusiones y recomendaciones	5 minutos
Evaluación del Curso	10 minutos
Total de la sesión	60 minutos

### **TERCERA PARTE**

En esta sesión presentamos una serie de sugerencias, que consideramos conveniente tomar en cuenta en el desarrollo del Programa de Educación para la Salud, con el propósito de mejorar la aplicación del mismo.

El primer paso a seguir, es considerar la segunda sesión como prioritaria para la introducción del Programa, ya que en estas se detectan las necesidades de salud bucodental de los ancianos, esto nos dará la pauta para organizar las sesiones de acuerdo a los requerimientos de la población, a la que se va a dirigir el programa.

Otro aspecto que hay que tomar en cuenta, es la identificación en el grupo de las personas que presentan alguna limitación física o discapacidad, es decir, que tengan problemas auditivos, visuales o motores, con el propósito de asignarles lugares especiales y brindar una mayor atención por parte del equipo de salud, para facilitar la integración a las actividades que se van a desarrollar. Así mismo es relevante dar a conocer al resto del grupo, el motivo por el cual se da un trato diferencial a estas personas.

Contar con un amplio espacio, en el cual se puedan desplazar con facilidad los ancianos, es un aspecto fundamental a considerar en la implementación del programa, lo mismo ocurre con relación al mobiliario pues hay que procurar que este sea lo más cómodo y accesible posible.

Al dirigirse a una persona, el coordinador debe ubicarse en el extremo opuesto de la sala, para forzar al que se está expresando a alzar la voz y así captar la atención de la mayor parte del grupo.

Otro aspecto relevante, en el que hay que hacer hincapié, es la duración de las sesiones, se recomienda que no sean muy largas, de preferencia que no excedan de una hora, ya que esto implica un esfuerzo extra por parte de los ancianos, si tomamos en cuenta que algunos tienen alguna discapacidades, o no están acostumbrados a asistir a actividades de este tipo. Evítese, en la medida de lo posible, dar amplias charlas de los temas a tratar, pues esto solo conduce a disipar la atención de las personas.

Aunado al programa de Educación para la Salud que aquí se presenta, se debe realizar a cada una de las personas que participaron una revisión bucodental; así mismo, se debe tratar de satisfacer sus necesidades curativas o rehabilitadoras. Esta actividad complementa los requisitos que deben ser cubiertos en la planeación de un Programa de Educación para la Salud.

### **OBRA DE TEATRO " MAS VALE PREVENIR QUE LAMENTAR "**

PERSONAJES:

Don Serafín	personaje principal
Sasha	gato de Don Serafín

Don Pancho                    amigo de Don Serafín  
Don Lucio                    anfitrión  
Doña Inés                    esposa de Don Lucio  
Don Chon                    invitado  
Doña Lupe                    festejada  
Doña Jacinta                invitada, pretendida de Don Serafín  
Don Apolonio                invitado

## **I ACTO**

*La escena se desarrolla en el comedor de la casa de Don Serafín. Hay una mesa con cuatro sillas, un aparador y un espejo.*

**NARRADOR:** En una pequeña casita vive Don Serafín con su gatita Sasha. Todos los días sale de su casa a vender dulces y otras cosas. La verdad es que Estelita, su sobrina, es en realidad quien se encarga de la venta pues Don Serafín, de un tiempo acá se ha vuelto poco sociable. Solo pasa a supervisar como va la venta, compra su periódico y regresa a su casa después de una no muy larga caminata.

Como todos los días llega hoy a su casa, pero le espera una sorpresa.....

**DON SERAFIN:** Hola Sasha, ¿Cómo te fue el día de hoy? ¿Hace mucho calor, verdad? ¿Qué tenemos para comer hoy? (Abre el refrigerador, la gatita ronronea pidiéndole alimento)

Vamos a ver.... Parece que sigues siendo tú la afortunada, aquí tenemos un trozo de pescado, y como yo no puedo masticar te va a tocar a ti.

*Don Serafín se prepara una taza de caldo, una rebanada de pan, se sirve un refresco y se dispone a leer el periódico. Mientras tanto, hace esfuerzo por masticar su pan, lo mueve en la boca, hasta que se da por vencido y termina por darle la comida a la gata.*

*Tocan a la puerta y se apresura a abrir pero con mucha cautela ya que a Don Serafín no le gusta que lo vean sobre todo cuando está comiendo pues se siente muy torpe.*

**DON SERAFIN:** ¿Quién es?

**DON PANCHO:** Soy Pancho, Don Serafín, le traigo una invitación que estoy seguro que le va a dar mucho gusto.

**DON SERAFÍN:** Pase, pase Don Pancho, que gusto verlo, hacia tiempo que no venia por acá ¿Qué le ofrezco? ¿No gusta un refresquito, unas galleticas?

**DON PANCHO:** Mire Don Serafín, la verdad es que acabo de almorzar y no me gusta comer entre comidas, pues el azúcar le hace mucho daño a mis dientes, siempre los he cuidado y más vale que lo siga haciendo. Pero una taza de té con gusto se la acepto.

**DON SERAFÍN:** Oiga, no me va a decir usted, que a su edad se le van a picar los dientes, eso es problemas de niños no de adultos.

**DON PANCHO:** ¿Qué no sabe usted, Don Serafín, que con la edad las encías se encogen y quedan al descubierto las raíces de los dientes? y que se pueden picar pues no tienen el esmalte que es lo que protege al diente. Mire aquí, esta muela me la tuvieron que empastar hace 5 años. Afortunadamente no era más que una pequeña Caries.

**DON SERAFÍN:** Oiga, por lo que veo no se le han caído las muelas todavía, y que yo me acuerde usted es solo un año mayor que yo. De veras que usted tiene suerte pues a mí ya se me cayeron más de la mitad.

**DON PANCHO:** ¿Usted cree qué es cuestión de suerte?, mi trabajo me ha costado después que el dentista me explicó todos los problemas que podía llegar a tener si no cuidaba todos los días mi boca...

**DON SERAFÍN:** ¿Cómo qué cosas hace para cuidar su boca?

**DON PANCHO:** Me cepillo los dientes todos los días. Yo realmente lo venia haciendo bastante seguido, pero no sabía que el cepillado tenía que hacerse con una técnica especial para que realmente se quite la comida y que se les pueda dar un masaje a las encías, también me cepillo la lengua.

**DON SERAFÍN:** Oiga, como que lo esta exagerando, ¿no cree? Además, todo eso que me esta diciendo es bien aburrido y a mi se me olvida, pues tengo mala memoria. Yo acepto mis años, de algo me tengo que morir.....y realmente el tener una muela más o una menos para mí no es motivo de preocupación.

DON PANCHO: ¡No me diga que no padece de molestias en su boca!. Por ejemplo desde hace rato me doy cuenta que usted tiene mal aliento y que le cuesta mucho trabajo comer.

DON SERAFÍN: ¡Ah bueno!. El mal aliento siempre lo he tenido, lo que pasa es que los problemas no faltan y con tanta bilis que se derrama, pues es natural. Lo que pasa es que hay cosas que son inevitables. He aprendido a ablandar mi pan y mire que bien me lo como. Ni creas que voy a ir a gastar mi tiempo en Estomatólogos.

DON PANCHO: Pues mire Don Serafín, creo que usted no me ha entendido. No se trata de gastar tiempo, se trata de cuidar sus dientes, sus encías y su boca y eso no cuesta nada. Se trata de hacer un poco de esfuerzo al cual luego uno se acostumbra y después ya lo hace uno de forma natural. Si no va a ver que cuando le vengan los dolores no le va a quedar otro remedio que ir al Estomatólogo y le va a salir peor. Como dice el dicho, más vale prevenir que remediar.

DON SERAFÍN: Oiga, como que ya fueron muchos consejos. ¿No gusta un cigarrito? aquí tengo unos populares de los que a usted siempre le han gustado. (le ofrece un cigarro, Don Pancho rehusa) ¿No me diga que ya no fuma?

DON PANCHO: Pues la verdad es que no. ¿No supo usted que me puse muy grave y por poco me muero de una pulmonía?

DON SERAFÍN: No me diga, y eso ¿cuándo fue?

DON PANCHO: Pues de esto ya hace más de un año. Pero desde entonces decidí que debo cuidar mi salud y ya no fumo y solo bebo de vez en cuando. Menos mal que no llegaron a ponerse los dientes amarillos.

DON SERAFÍN: Bueno, cambiando de tema. ¿A qué se debe su visita?

DON PANCHO: ¿Se acuerda usted de Don Chon, Don Lucio y Don Apolonio?

DON SERAFÍN: Claro que sí, también iban con nosotros a la escuela.

DON PANCHO: Pues han decidido hacer una pachanga para festejar los 80 años que cumple Doña Lupe, la viuda de Don Venustiano, el que fue nuestro maestro en la primaria del pueblo.

DON SERAFÍN: ¿Se refiere usted a Doña Lupe, la tía de Jacinta López?

DON PANCHO: Exactamente. Bueno, pues prepárese usted para el fiestón. Lo esperamos en casa de Don Lucio el próximo sábado a la una de la tarde.

DON SERAFÍN: Oiga, pero yo casi no salgo ya..... Ya a mis años, me cuesta mucho trabajo.

DON PANCHO: No me ponga pretexto. Todos estaremos muy contentos de volverlo a ver después de tantos años que no sabemos nada de usted....además Doña Lupe me pidió que viniera a verlo para invitarlo personalmente.

DON SERAFÍN: Bueno, pues tratándose de Doña Lupe la cosa cambia. ¿No me diga que va a ir también Jacinto?

DON PANCHO: Por supuesto que sí, aunque irá también sola, pues su marido ya falleció.

DON SERAFÍN: Esa Jacinta, me acuerdo siempre de ella con sus trenzas y sus moños, siempre muy alegre. La muy ingrata nunca me hizo caso.

DON PANCHO: De lo que yo me acuerdo es que fue al revés. Eso le pasó a usted por mujeriego, recuerda que una vez le llegué a contar hasta 10 novias a la vez.

DON SERAFÍN: ¡Ay Don Pancho!. Usted bien sabe que mi debilidad han sido siempre las mujeres. Lo que pasa es que ahora ya ni me hacen caso. Quien sabe que tendré que las asusto.

DON PANCHO: Nada de eso, no diga tonterías. Acuérdesse que Jacinta siempre le tuvo gran aprecio y le agradará muchísimo volver a verlo.

DON PANCHO *mira su reloj y exclama*: ¡Ya se me hizo tarde!. Disculpe pero tengo cosas que hacer. No se olvide estaremos esperándolo.

*Se despide, le da la mano y se retira. Don Serafín se queda pensativo. Se acerca al espejo, hace muecas, abre la boca y le comenta a Sasha:*

DON SERAFÍN: Sasha, la verdad, la verdad, dime: ¿Qué estoy así de feo como me veo? Yo creo que es el espejo el que esta mal. Tú si me quieres, tu no huyes de mí... (*acaricia al gato y lo carga*). ¡Ay Jacinta, Jacinta! ¿Qué pasará cuando me veas? Pensándolo bien me haces mucha falta. Creo que lo mejor será correr el riesgo.

## II ACTO

*Casa de Don Lucio. Se encuentran Don Lucio y su esposa Doña Inés y los invitados: Don Pancho, Don Chon, Doña Lupe, Doña Jacinta y Don Apolonio. Hay una mesa puesta con comida, bebidas y un pastel. Sillones y sillas para 8 personas.*

*Doña Inés se encarga de atender a los invitados al igual que Jacinta. Los otros permanecen sentados tomando unos tragos y brindando por Doña Lupe.*

DON CHÓN: *Mira su reloj. ¿Qué pasará con Don Serafín que no llega? ¿Está usted seguro que le dijo que vendría?*

DON PANCHO: Seguro que sí. Ya se andaba echando para atrás pero creo que lo convencí. Ya no debe tardar.

DON LUCIO: Hace ya tanto tiempo que no lo vemos. Siempre tan entusiasta y simpático, se acuerda usted de los chistes colorados que contaba. ¡Como nos reíamos!. Se nos pasaban las horas, al punto que nuestras viejas, preocupadas de que no llegáramos a casa, se nos ponían mal humoradas. Pero a Don Serafín nada de eso le importaba. Además le gustaba andar de galán con cuanta dama encontraba ¿No es así Jacinta que tú ya andabas enamorándote de él?

JACINTA: Pero Don Lucio que cosas dice. Va a hacer que me avergüence.

DON LUCIO: No sea boba, yo sé que tu corazoncito todavía late por él. Por cierto ¿Qué fue lo que le pasó que nunca se casó?

JACINTA: Sí, sé caso con Rosa, la hija de Don Fausto, de allá de Oriente, pero dicen que Rosita se cansó de él y acabó dejándolo. Decía que era muy desordenado y que no le daba dinero para la casa, hasta que se aburrío y mejor se fue para el pueblo.

*Tocan a la puerta. Doña Lupe se adelanta a abrir.*

DON SERAFÍN: ¡Buenas tardes!

DOÑA INÉS: Don Serafín, por fin llega, ya andábamos pensando que a lo mejor ni venía.

DOÑA LUPE: Sería lo último que podríamos haber esperado de usted en este día tan especial para mí... Ya ve que mi marido, siempre lo quiso tanto...

DON PANCHO: ¡Que bueno que se animó?, Don Serafín. Usted no podía faltar en esta reunión.

DON LUCIO: Tome asiento por favor. Está usted en su casa Don Serafín. Aquí todos estábamos esperándolo con muchas ansias.

*Termina de saludar a todos y se sienta.*

DON CHON: *(quien no había dejado de mirarlo y observarlo)* Oiga, ¿Pero qué es lo que le ha pasado? Lo veo muy desmejorado, flaco y ojeroso, parece que todos los años se le vinieron encima. ¿Se encuentra bien de salud?

DON SERAFÍN: Por supuesto que sí. Lo que pasa es que la falta de muelas hace que uno coma menos y que no me vea como antes *(tose)* *(mientras habla, los demás advierten su mal aliento, Jacinta comienza a sentirse muy decepcionada)* Pero...soy el mismo. Siempre igual de relajado. Por cierto, yo a todos los veo muy bien, parece que los años no han pasado por ustedes.

*Jacinta se acerca.....*

JACINTA: ¿Qué le sirvo de tomar?

DON SERAFÍN: ¡Pero qué sorpresa con esta mujer!. Sigues igual de bonita que siempre.

JACINTA: Gracias *(se retira a causa del mal aliento)*

DON SERAFÍN: Claro que sí, tráeme un trago de ron.

DON CHON: ¿Qué me dice Doña Lupe, qué es de su vida?

DOÑA LUPE: Pues ya sabe usted Don Chon, las penas nunca faltan, los años pasan y ya no es lo mismo que antes. Pero hasta ahora me siento bien. Mi salud es bastante buena y mis hijos, aunque lejos, vienen de vez en cuando a visitarme.

DON CHON: ¿Cuántos nietos tienes?

DOÑA LUPE: Son 7 nietos y un biznieto de Chelita, mi nieta mayor. Su hermano Miguel se va a casar el año próximo. ¿No sé si se acordará usted de Chayito, la menor de todos mis nietos? pues fíjese usted como pasa el tiempo de rápido, ya es toda una señorita, y cumplirá sus 15 años dentro de 2 meses.

DON LUCIO: A ver si nos invita a la fiesta para que podamos hechar una buena bailada.

DON CHON: ¿Cómo cree que a sus años se va a atrever a hacer semejante ridículo? Se van a reír de usted.

DON LUCIO: Pues aunque no lo crea, todavía bailo. ¿No es así Inés? Ven para acá, vamos a mostrarles lo que de veras es bailar. Y no como los jovencitos de ahora que solo saben menearse como locos sin el más mínimo sentido de la danza.

*Se acerca al aparato y saca a bailar a Doña Inés, se da cuenta que los demás están sentados y se dirige a los invitados.*

DON LUCIO: Don Pancho, Don Serafín, Don Apolonio, vamos anímense, saquen a bailar a las damas. Don Chon, no se quede arrinconado por miedo al ridículo. También usted anímese, venga para acá.

*Mientras tanto se levanta Don Apolonio y Don Serafín, buscan a Jacinta y se comunican entre señas sobre quien la va a sacar a bailar, Jacinta disimula que no los ve y aparentemente trata de permanecer arreglando la mesa, aunque no deja de observar a Don Serafín y está ansiosa de bailar con él.*

DON CHON: La verdad, ya le dije que a mí nunca me gusta hacer el ridículo. Yo mejor me divierto observándolos.

*Don Pancho, que esta a su lado le habla al oído y Don Chon titubea un poco y se dirige a Don Lucio.*

DON CHON: Claro está que si usted no se ofende y me permite bailar una pieza con su mujer, será para mí un honor.

DON LUCIO: ¿Qué dices tú viejita, te embullas a bailar con Don Chon?

DOÑA INÉS: Por supuesto que sí. Nada más que ¡ay de ti si te pones celoso!, luego no me echas la culpa.

DON LUCIO: No te apures, va ser solo un ratico. Yo los voy a estar cuidando.

*Don Chon se pone a bailar con Doña Inés, Don Lucio como no está muy seguro de dejarlos solos baila al lado de ellos para finalmente terminar bailando los tres juntos. Mientras tanto Don Pancho se dirige a Doña Lupe...*

DON PANCHO: Si me permite Doña Lupe, sería para mí un gran honor el que me concediera bailar esta pieza con usted.

DOÑA LUPE: Pues no sé que decirle Don Pancho, desde que mi marido falleció no he vuelto a bailar... pero pensándolo bien ya hasta me estoy embullando, no siempre se cumplen 80 años.

*Don Serafín se adelanta a Don Apolonio y le dice a Jacinta...*

DON SERAFÍN: Jacinta, tú sabes muy bien que toda la vida anhelé esta maravillosa oportunidad de bailar contigo... vas a ver que bien lo vamos a pasar.

*Jacinta percibe su mal aliento y se hace para atrás, sin embargo baila con él.*

JACINTA: Nada más que le voy a pedir un favor, nada de bailar pegaditos, ni nada de eso, eh?

DON APOLONIO: Jacinta, yo también quiero bailar contigo, no te dejes acaparar por Don Serafín.....

DON SERAFÍN: Eso ya lo veremos... así que más vale que se vaya retirando porque ya yo le gane y no pienso soltarla.

DON APOLONIO: Pues se equivoca por que con ese mal aliento que traer dudo mucho que Jacinta lo aguante por mucho tiempo.

DON SERAFÍN: No le hagas caso, es un envidioso.

JACINTA: Yo más bien creo que tiene razón...

*Todos están bailando, Jacinta hace muecas ya que no aguanta el mal aliento de Don Serafín.*

*Don Serafín se separa del Grupo y se acerca más a Jacinta.*

DON SERAFÍN: ¡Ay Jacinta de mi corazón!. ¿Recuerdas que siempre te he querido? Es cierto que me case con Rosita, pero cuando uno es joven no sabe ni lo que hace, a ti es a la que siempre quise, permíteme darte un beso en esa boquita preciosa.

JACINTA: ¿Qué sé esta usted creyendo? *(lo empuja con la mano)* ¡con ese mal aliento que trae y esos dientes tan cochinos que todavía le quedan!, es como para espantar a la más fea. ¡Quítese de aquí!, no lo quiero ver más.

*Jacinta se retira y va a buscar a Don Apolonio quien acepta gustoso bailar con ella.*

*Don Serafín se va triste, se dirige hacia la mesa y se dedica a observar como se divierten los demás. Trata de comer algo de la mesa, pero tiene dificultades para masticar, se atraganta, tose, escupe. Don Pancho lo advierte y se acerca a él.*

DON PANCHO: ¿Qué paso Don Serafín? Parece que no se estuviera divirtiendo usted. ¿Qué le dijo esa Jacinta rompe corazones?

DON SERAFÍN: La verdad es que me da pena decirlo, pero ¿Sabe usted, Don Pancho? creo que usted tenía razón. Parece que mi mal aliento molesta mucho a las otras personas y además con esta dentadura tan horrible que tengo ni yo mismo ni los demás me soportan. Mire, aunque no le había querido decir, la verdad es que padezco de muchas molestias. Las muelas que me quedan están flojas, mis encías sangran y así menos aun deseo lavarme los dientes. Cuando me duelen

mucho, no me queda más que pedirle a mi Estomatólogo Benito que me saque las muelas y es así como las he ido perdiendo una tras otras.

DON PANCHO: Es una pena que tenga esos problemas... *(en tono de apoyo y simpatía)*

DON SERAFÍN: No puedo masticar, la comida no me sabe a nada. Yo no sé porque siempre se debe comer en las fiestas con los amigos. Por eso es que yo le insistía en que yo no quería venir pues casi ni salgo de mi casa. No me gusta que me vean así. Siempre soy motivo de rechazo a donde quiera que voy.

DON PANCHO: Mire, Don Serafín ¿Qué le parece que nos veamos mañana mismo y hablemos de este asunto con mas calma? ¿Le parece bien que nos veamos en su casa por la tarde? *(Don Serafín asiente con la cabeza)* a más tardar a las 5 estoy con usted. *(Lo toma del brazo y trata de integrarlo al grupo)*. Pero no se angustie por favor, venga a hablar con nosotros.

DON SERAFÍN: Creo que lo más conveniente es que me vaya. Le agradezco mucho su amabilidad. Siempre lo he considerado como un gran amigo y creo que ahora más que nunca me podrá ayudar.

*Dirigiéndose a todos:*

Adiós a todos. Les agradezco mucho sus atenciones pero me tengo que ir. A usted Doña Lupe muchas felicidades por ese aniversario. No me siento bien por ahora.

### **III ACTO**

*Al día siguiente.....Don Serafín está en su casa, sentado en un sillón viéndose en el espejo, haciendo muecas, abriendo y cerrando la boca. Tocan a la puerta. Se levanta a abrir. Entra Don Pancho, quien trae una bolsa en la mano.*

DON PANCHO: Don Serafín, aquí le traje un regalito, espero que le sea útil.

*Don Serafín lo abre y saca un cepillo de dientes y una pasta dental.*

DON SERAFÍN: Gracias, Don Pancho, pero ya le dije que no puedo lavarme los dientes pues le hace daño a mis encías. Además, para que se molestó si yo ya tengo un cepillo, aunque claro ya está muy viejo y no está tan bonito como este.

DON PANCHO: Precisamente por eso. A ver enséñeme su cepillo....

DON SERAFÍN: Enseguida se lo traigo... mire aquí está

DON PANCHO: Mire usted, este cepillo ya no le es útil, lo que debe hacer es tirarlo a la basura...

DON SERAFÍN: Pero si apenas lo compre hace 2 años....

DON PANCHO: Con mayor razón, un cepillo de dientes no dura más de 3 ó 4 meses, aunque *(observando detenidamente el cepillo y desapruueba moviendo la cabeza)* a pesar del tiempo que tiene su cepillo no se ve lo que haya usado mucho que digamos. Si no es indiscreción ¿Cada cuánto se cepilla los dientes?

DON SERAFÍN: A ver.... pues de todos los problemas que tengo, la verdad, muy de vez en cuando, una o dos veces.

DON PANCHO: Por día

DON SERAFÍN: No, por semana o por mes.

DON PANCHO: Lo que pasa es que su cepillo tiene cerdas muy duras. Este que le traje le va a funcionar mucho mejor. Va a ver que las molestias que tiene se le van a ir quitando poco a poco, una vez que usted vuelva a adquirir el hábito de lavarse los dientes todos los días, de preferencia después de cada comida.

DON SERAFÍN: Pero, ¿Para qué sirve lavarse los dientes a mi edad?

DON PANCHO: Pues para que no se le piquen los dientes, es decir, que no se le hagan caries. Para que no se le forme sarro alrededor de los dientes que es lo que va provocando que los dientes se aflojen y se caigan, y que no padezca tantas molestias en las encías, y por supuesto para que se le quite ese mal aliento que a todos ahuyenta. Usted cree que el tener una dentadura en buen estado es cuestión de edad, mi trabajo me costó, por eso yo sé lo que le digo; y como dice el refrán él que habla de caminos, es porque lo tiene andado.

DON SERAFÍN: Pero si ya le dije que eso es por los disgustos y la tristeza, eso ya no tiene remedio.

DON PANCHO: Lo más seguro es que se deba a su falta de higiene. Haga usted mismo la prueba, lávese los dientes y después hablemos... por cierto, permítame ver sus dientes *(se le queda mirando a la boca, observa los dientes que le faltan)*. Mire, con lo poco que sé yo de esto, le voy a aconsejar que consulte a un Estomatólogo para que le hagan una buena limpieza. Sobre

todo ¿Por qué no aprovecha para que le pongan dientes postizos en todos esos espacios que tiene en la boca?

DON SERAFÍN: La verdad es que ya para qué... a mis años no tiene sentido

DON PANCHO: Claro que lo tiene. ¿No le agradecería saborear y masticar sus alimentos sin dificultades?. ¿No le gustaría disfrutar de sus fiestas y seguir saliendo con sus amigos?

DON SERAFÍN: Bueno, pues de gustarme, pues claro que sí.

DON PANCHO: Los dientes en la boca también son importantes para su apariencia. Le aseguro que con una buena dentadura usted podrá verse mucho más atractivo. Entonces sí, va a ver como Jacinta no va a poderse resistir a sus encantos.

DON SERAFÍN: Eso me parece todavía mejor. Parece ser que ya me está usted convenciendo. Aunque la verdad que ir al Estomatólogo me da mucho miedo.

DON PANCHO: Pues le va a salir peor cuando ya no aguante los dolores y se le caigan los pocos dientes que le quedan... aunque no lo crea, todo tiene solución.

DON SERAFÍN: ¿Tendré solución?

DON PANCHO: Claro que sí y vale la pena aprovecharlo pues además lo tratan bien y el Servicio tiene buena calidad. Por cierto, también le voy a recomendar que asista usted a unas charlas que van a dar los mismos Estomatólogos de la Clínica en el Barrio.

DON SERAFÍN: Pero es que son muy aburridas y nada más que le hacen a uno perder el tiempo. Y la verdad no vaya a ser que también me vayan a regañar.

DON PANCHO: ¿Cómo cree usted eso? Todo lo contrario, créame Don serafín que es una excelente oportunidad para que además de que le den consejos y le indiquen como debe cuidar su boca, usted podrá hacerles todas las preguntas que quiera a los doctores. Van a ser unas charlas entretenidas y divertidas, va a haber algunas sorpresas y le aseguro que no se va a arrepentir.

DON SERAFÍN: Ni hablar, ya no quiero perder más el tiempo. Mañana mismo voy a consultar el Estomatólogo y seguir sus consejos, gracias por el cepillo, antes de lo que usted se imagina lo voy a comenzar a utilizar.

DON PANCHO: Para que de veras tenga buenos resultados pídale también a su Estomatólogo que le enseñe como debe cepillarse los dientes, pues hasta eso tiene uno que aprender, (*se levanta para despedirse*)... De veras Don Serafín, no se siga usted descuidando. Siempre se puede hacer algo bueno por uno mismo. Es el mejor regalo que uno puede hacerse y lo felicito de veras por esas ganas que sigue teniendo de querer vivir mejor.

DON SERAFÍN: Quédese otro ratito Don Pancho. No se vaya, hacía tanto tiempo que no me sentía a gusto hablando con alguien. Es usted muy bueno conmigo.

DON PANCHO: Pues para eso son los amigos. Desgraciadamente ya me tengo que retirar, pues tengo algunos asuntos que resolver, ya que me voy a ausentar unos días de casa. Espero verlo cuando regrese y que para ese entonces me tenga muy buenas noticias.

DON SERAFÍN: Será así. Ni hablar... que le vaya bien. Que tenga buen viaje. Me saluda a todas por allá y sígase cuidando para que se conserve siempre así, tan bien.

*Se dan un abrazo de despedida*

NARRADOR: Seis meses después Don Serafín está celebrando su cumpleaños con sus amigos. Siguió los consejos de Don Pancho y ahora tiene una dentadura que le permite vivir mejor y divertirse.

*Aparecen en escena todos los integrantes de la obra, todos se encuentran muy contentos festejando a Don Serafín. Todos le hacen muchos comentarios a Don Serafín con relación a su dentadura. Jacinta se le acerca muy contenta y empieza a bailar.*

DON SERAFÍN: (*reflexiona*) Fue muy importante lo que el Estomatólogo de mi clínica hizo por mí pero considero que lo más importante es lo que yo he tenido que hacer. Cepillarme rigurosamente 3 veces al día. La enseñanza que esto me deja es que no importa la edad, **más vale prevenir que lamentar.**



## **ANEXO 12: Consejerías de Salud Bucal**

Concepto: acciones de Promoción y Educación para la Salud que se desarrollan en un territorio geográfico delimitado en que vive, estudia y/o trabaja una población asignada a un servicio estomatológico, por estomatólogos generales, especialistas, técnicos, integrantes del Equipo Básico de Salud, y otros trabajadores y promotores de salud bucal de la propia comunidad; teniendo en cuenta los resultados del Análisis de la Situación de Salud.

Organización: el Director de la institución será el máximo responsable del desarrollo y cumplimiento de las indicaciones referentes a la Consejería de Salud Bucal, y para lo cual creará todos los mecanismos de coordinación intra y extrasectoriales, garantizando que los Jefes de Promoción y Educación para la Salud en los servicios, subordinados directamente a él, organicen y controlen las acciones a ejecutar por el resto de los trabajadores y promotores. La Consejería funciona durante todo el tiempo que este laborando el Servicio Estomatológico.

Acciones: Se realizan acciones de:

- promoción, educación e información,
- prevención: controles de placa dentobacteriana
- capacitación: de los profesionales, técnicos, trabajadores de la institución, médico y enfermera de la familia e integrantes de otros sectores y la comunidad.

Proyección comunitaria: sus acciones rebasan la institución, para extenderse a toda la Comunidad, como son escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, hogares maternos y de ancianos, instituciones de impedidos físicos y mentales, casas de cultura, Joven Club, Círculos Sociales, Casas de la Mujer, y todos aquellos espacios en que sea necesario y oportuno informar y educar a la población. Se aprovecharán todas las potencialidades locales sustentada en la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Algunas indicaciones para el mejor desarrollo de las Consejerías de Salud Bucal:

- Rebasar los marcos de la institución y buscar el acercamiento a la comunidad en sus propios espacios.
- Ambientación del espacio donde se realizará la actividad para lograr la motivación de la población. Se incluye en este aspecto al Mural de Promoción de Salud de la Unidad, el que debe estar ubicado en un lugar visible y ser frecuentemente actualizado con temas de interés para la propia población, los que serán reforzados por los estomatólogos, generales y especialistas durante la consulta y su trabajo en la comunidad.
- Desarrollar actividades educativo-recreativas en los servicios estomatológicos de conjunto con la propia población y acorde a sus características, fundamentalmente en la ejecución del JUVEDENTI, así como en la atención de Círculos de abuelos, escolares de primaria, entre otros. Pueden ser música para bailar, obras de teatro, juegos de roles, rifas, técnicas afectivo-participativas, buzones del saber, competencias de baile, conocimientos, deportivas, entre muchas otras, acordes a la edad, a sus costumbres y a sus necesidades de salud y aprendizaje.
- Brindar información y conocimientos a la población sobre aspectos de interés para la misma, los que se pueden conocer a través de un buzón, entrevistas y

otros, utilizando las oportunidades locales y territoriales como radio, televisión, etc.

- Realizar divulgación, a través de los medios de comunicación locales y territoriales, de las Consejerías de Salud Bucal, y en los casos que sea posible ubicar un teléfono para Línea Ayuda.
- Realizar Controles de Placa Dentobacteriana a todas las personas que acudan a la institución, hasta lograr un cepillado correcto y efectivo en las mismas. Destacar la importancia del cepillado y el hilo dental para la salud bucal. En aquellos centros que sea posible, como escuelas, centros laborales, círculos infantiles, realizar este control en ellos mismos.
- Enseñar a todas las personas mayores de 15 años a realizarse el Autoexamen de la Cavidad Bucal, llevando este mensaje a la Comunidad y sus espacios.
- Realizar de conjunto con el EBS y otros miembros de la comunidad, acciones que promuevan cambios en los estilos de vida, apoyándose en técnicas grupales, afectivo participativas y otras.
- Tener en cuenta que todos los trabajadores de la institución son promotores de salud y parte de la Consejería de Salud Bucal, por lo que se requiere su capacitación y participación activa en el proceso, destacándose las compañeras de admisión.
- Formar promotores de salud dentro de la propia población y tener en cuenta sus organizaciones y los colectivos laborales y escolares existentes en la comunidad.

## **ANEXO 13: JUVEDENTI**

Concepto: tiempo de trabajo que se destina en los Servicios Estomatológicos a la atención única de los adolescentes, de acuerdo a las características de la institución y a los requerimientos y necesidades de este grupo de población.

Organización: el Director de la institución será el máximo responsable del desarrollo y cumplimiento de las indicaciones para JUVEDENTI, para lo que creará todos los mecanismos de coordinación intra y extrasectoriales, garantizando en el espacio de tiempo que se dedica el servicio a esta función, la atención de urgencia al resto de la población. Se le comunicará a todos los representantes de la comunidad y a los EBS, los horarios de trabajo para JUVEDENTI y sus objetivos, para evitar insatisfacciones en la población. Los responsables de Promoción y Educación para la Salud en los servicios serán los encargados de la ejecución y control de la actividad.

Acciones: Se realizan acciones de promoción, de prevención, de curación y rehabilitación, correspondientes al nivel de atención primaria y del nivel secundario, cuando fuese necesario, a través de interconsultas.

Proyección comunitaria: Se continúa el proceso de atención con acciones de promoción y educación para la salud, las que se realizan en espacios de la propia comunidad, como Casas de Cultura, Joven Club, Círculos Sociales, Instituciones Escolares, y otras que se considere, de acuerdo a las características del territorio y de la actividad que se va a desarrollar. Se aprovecharán todas las potencialidades locales sustentada en la intersectorialidad y la participación comunitaria.

### Algunas indicaciones para el mejor desarrollo de JUVEDENTI

- Rebasar los marcos de la institución y buscar el acercamiento a los adolescentes en sus propios espacios.
- Crear una ambientación y desarrollar actividades educativo-recreativas en los servicios estomatológicos de conjunto con los propios adolescentes para el tiempo en que estos acudan al servicio. Pueden ser música para bailar, obras de teatro, juegos de roles, rifas, técnicas afectivo-participativas, buzones del saber, competencias de baile, conocimientos, deportivas, entre muchas otras, acordes a la edad de los adolescentes, a sus costumbres y a sus necesidades de salud y aprendizaje.
- Tener en cuenta los grupos de edades dentro de los adolescentes, pues sus características e intereses son diferentes: 10-12, 13-15, 16-19
- Formar promotores de salud dentro de los propios adolescentes y tener en cuenta las organizaciones juveniles: Pioneros, FEEM, UJC.

## **ANEXO 14: APLICACIONES DE LACA FLUOR**

Presentación: Frascos de 30 ml.

Dosis: De 0,5 a 0,75 ml por aplicación

Frecuencia: Semestral, de acuerdo al riesgo del paciente

Tiempo de cada aplicación: Entre 4 y 5 minutos aproximadamente.

Horario de aplicación: Preferiblemente en horas de la tarde

### Forma de empleo:

- Previamente debe cepillarse la superficie de los dientes, utilizando para ello el polvo abrasivo contenido en el sobre adjunto.
- Para realizar las aplicaciones debe depositarse la cantidad apropiada del producto en el recipiente plástico que se acompaña.
- Debe aislarse el campo operatorio por cuadrantes y secar la superficie de los dientes, para garantizar la mayor adhesión del producto.
- Se utilizará aplicador estéril, el que se impregna con la Laca Flúor depositada en el recipiente plástico, extendiendo la misma sobre la superficie de los dientes del cuadrante.
- Al terminar la aplicación de los dientes debe hacerse la recomendación a los niños y a sus padres, a través de las educadoras y maestros, de no cepillarse los dientes ese día ni ingerir alimentos duros.

Indicaciones previas: Deberá coordinarse previamente con la institución para que la dieta que deben recibir los niños el día de la aplicación sea una dieta blanda.

### Universo de trabajo:

- ❖ Niños de 2 - 5 años de edad que asisten a instituciones infantiles
- ❖ Escolares de preescolar a sexto grado de escuelas primarias en áreas rurales.
- ❖ Escolares de primero y cuarto grados de escuelas primarias en áreas urbanas.
- ❖ Niños con retraso mental de escuelas especiales, hogares de impedidos físicos y mentales y en sus propios hogares.
- ❖ Niños hipercariados (frecuencia trimestral)
- ❖ Niños con anomalías de oclusión, previo al tratamiento con aparatología fija de ortodoncia.

## **ANEXO 15: ENJUAGATORIOS CON SOLUCION DE FLUORURO DE SODIO.**

Presentación: Frasco conteniendo tabletas de 1 gramo.

Preparación de la solución: Se tritura 1 tableta de Fna y se disuelve en 1/2 litro de agua, quedando la solución al 0,2%.

Frecuencia de los enjuagues: Quincenales

Duración de cada enjuague: 1 minuto

Cantidad de solución empleada en cada enjuague: 10 ml aproximadamente

Forma de empleo:

- ◆ La solución debe prepararse inmediatamente antes de su empleo.
- ◆ El horario óptimo para los enjuagatorios es la hora del comienzo de las actividades escolares, preferiblemente en el matutino.
- ◆ Se emplearán vasos plásticos o de papel desechables.
- ◆ Los niños deberán mover la solución en su boca para garantizar una óptima impregnación de sus dientes.
- ◆ No deberán enjuagarse la boca después de los enjuagatorios, así como tampoco debe ingerirse alimento durante 1 hora.

Universo de trabajo:

- Niños de 5 años ( preescolar) que asisten a instituciones infantiles.
- Escolares de preescolar a sexto grado de escuelas primarias en áreas urbanas.
- Escolares de séptimo a noveno grado de escuelas secundarias básicas internas y externas.
- Escolares de décimo a duodécimo grado que asistan a escuelas preuniversitarias internas y externas.
- Escolares entre los 12 y 18 años de edad, que asistan a escuelas politécnicas, militares y otras comprendidas en el sistema de enseñanza.

### **PRECAUCIONES**

- ✓ Alertar a los niños que **"No debe tragarse el contenido del enjuagatorio"**
- ✓ Las tabletas de Fluoruro de Sodio deberán permanecer fuera del alcance de los niños puesto que el producto es sumamente tóxico.
- ✓ Este producto tiene que estar estrictamente controlado por el personal técnico.

## ANEXO 16: DETERMINACIÓN DEL RIESGO A CARIES DENTAL

La determinación del riesgo de Caries Dental es difícil debido a la existencia de complejas interacciones entre múltiples factores. Internacionalmente se ha planteado que las poblaciones que tienen mayor riesgo son las de bajo nivel socioeconómico o con padres de bajo nivel educacional, las que no reciben atención estomatológica periódica (anual) o que no pueden acceder a los servicios. Por otra parte las personas pueden tener un alto riesgo de Caries Dental aunque no presenten ninguno de los factores anteriores. Los factores individuales asociados y que posiblemente aumenten el riesgo incluyen la Caries Dental Activa, los antecedentes familiares de Caries, la exposición de la superficie radicular debido a la retracción de las encías, los altos niveles de infección por microorganismos cariogénicos, el deterioro de la capacidad para mantener una buena higiene bucal, las malformaciones del esmalte o de la dentina, la disminución del flujo salival ocasionado por medicamentos, enfermedades o radioterapia, la baja capacidad tampón de la saliva y el uso de prótesis dentales o aparatos de ortodoncia. El riesgo puede aumentar cuando cualquiera de estos factores se combina con dietas cariogénicas, como las ricas en hidratos de carbono refinados.

El riesgo a caries dental cambia a lo largo del tiempo, es decir de la vida de la persona, a medida que cambian los factores de riesgo.

Actualmente la capacidad para predecir la caries dental es inexacta, clasificaremos el riesgo de forma dicotómica: alto o bajo, utilizando como criterios predictores sólo aquellos que estén disponibles en nuestros servicios estomatológicos, aunque es necesario conocer de la existencia de otros métodos más exactos en la determinación de los microorganismos presentes, del pH salival entre otros.

Por cada criterio que este presente en el riesgo se le asigna una puntuación positiva y por cada uno que no este presente se le otorga puntuación negativa, al final se realiza una suma algebraica y cuando la diferencia es mayor de 0 se clasifica el paciente como de ALTO RIESGO.

Ejemplos:

I- Paciente de 12 años que presenta, las siguientes características:

- Cepillado Dental: menos de dos veces al día. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 3**
- Placa dentobacteriana: > 1por Løe y Silness, >20% por O'Leary. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 3**
- Flujo Salival: > 5 ml/min. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -3**
- Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados: 4 veces. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 3**
- Aparatos de prótesis u ortodoncia: no utiliza. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Enfermedad gingival o periodontal: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -2**
- Opacidades del esmalte o hipoplasias: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Fluorosis Dental: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Caries: presente y activas. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 2**
- Índice CPO-D = 2, mayor al de su población. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 2**
- Caries en padres, hermanos u otro familiar que conviva (abuelos): padres = 7, similar al de su población. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Obturaciones defectuosas: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros: no presentes. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**

**PUNTUACIÓN POSITIVA ASIGNADA POR PRESENCIA DE RIESGOS: + 13**

**PUNTUACIÓN NEGATIVA ASIGNADA POR AUSENCIA DE RIESGOS: - 11**

**DIFERENCIA: + 2, por tanto es > 0**

**CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: ALTO RIESGO**

II- Paciente de 9 años que presenta, las siguientes características:

- Cepillado Dental: menos de dos veces al día. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 3**

- Placa dentobacteriana: < 1por Løe y Silness, <20% por O'Leary. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -3**
- Flujo Salival: > 5 ml/min. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -3**
- Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados: 2 veces. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -3**
- Aparatos de prótesis u ortodoncia: no utiliza. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Enfermedad gingival o periodontal: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -2**
- Opacidades del esmalte o hipoplasias: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Fluorosis Dental: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Caries: presente y activas. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 2**
- Índice CPO-D = 1.6, mayor al de su población. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 2**
- Caries en padres, hermanos u otro familiar que conviva (abuelos): padres = 6, similar al de su población. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Obturaciones defectuosas: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros: no presentes. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**

**PUNTUACIÓN POSITIVA ASIGNADA POR PRESENCIA DE RIESGOS: + 7**

**PUNTUACIÓN NEGATIVA ASIGNADA POR AUSENCIA DE RIESGOS: - 17**

**DIFERENCIA: - 10, por tanto es < 0**

**CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: BAJO RIESGO**

<b>CRITERIO</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>RIESGO</b>
Cepillado Dental	3	Menos de dos veces al día
Placa dentobacteriana	3	Índice de Løe y Silnes >1 Índice O'Leary = ó > 20%
Flujo Salival	3	< 5 ml/min
Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados	3	> de 2 veces al día
Aparatos de prótesis u ortodoncia	1	Utiliza
Enfermedad gingival o periodontal	2	Esta presente y no tratada, o tratada inadecuadamente
Opacidades del esmalte o hipoplasias	1	Presentes
Fluorosis Dental	1	Presente
Caries	2	Presentes y Activas
Índice CPO-D	2	Mayor al de su grupo
Caries en padres, hermanos u otro familiar que conviva (abuelos)	1	Presentes y superior al de su grupo
Obturaciones defectuosas	1	Presentes
Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros	1	Presente más de uno

## **ANEXO 17: PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL. (PDCB)**

### **Octubre 2001**

#### **INTRODUCCION:**

La detección clínica temprana de un cáncer del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo y de que en esa exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada.

Las informaciones más recientes demuestran que de acuerdo con el nivel de conocimiento actual la medida más eficaz para aumentar la curación del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico de lesiones incipientes que se lleva a cabo mediante un examen sistemático y acucioso. Esto se ha comprobado en los ensayos de programas desarrollados en nuestros servicios, donde se ha demostrado, además, la posibilidad de ejecutar dicho examen sin entorpecer las atenciones estomatológicas planificadas.

En la actualidad el Estomatólogo y el Médico de la Familia poseen los elementos cognoscitivos suficientes, y la destreza necesaria, para identificar cualquier alteración premonitoria de una neoplasia o la presencia de ésta en sus distintas etapas clínicas por incipiente que sea, sólo nos falta crear las condiciones requeridas para que todos las personas pertenecientes a los grupos de más alto riesgo sean sistemáticamente pesquizados.

#### **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.**

El cáncer bucal constituye la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres del mundo. En nuestro país según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- O 140-146 se encuentra entre los 10 cánceres más comunes en el hombre, constituyendo el 4% de todos los cánceres anualmente.

La tasa mundial estandarizada de incidencia para el cáncer bucal fue de 9.2 por 100000 en los hombres y de 3,2 por 100000 en las mujeres en 1986. En 1995 esta incidencia desciende a 7.5 en el hombre y a 3.0 en la mujer.

En Cuba para 1995 el cáncer de lengua tuvo la mayor tasa de incidencia cruda por localización topográfica para el sexo masculino con 2.52 y una tasa ajustada de 2.10, para el femenino fue de 0.71 y 0.57 respectivamente, que demuestra una disminución de esta localización que era en 1980 de 3.6 en el hombre y 0.7 en la mujer (tasa cruda).

El cáncer bucal incluye: el cáncer del labio, la cavidad bucal y la bucofaringe, y es una de las diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo. Es más frecuente en hombres, incrementándose linealmente después de los 40 años, y presenta amplias variaciones geográficas y temporales.

En estadios tempranos el cáncer bucal localizado es a menudo asintomático en el momento de la primera consulta. Su detección temprana produce una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad, e incrementa la curación y supervivencia.

Las actividades de promoción y prevención de salud en la Atención Primaria están destinadas principalmente a orientar el auto examen bucal y a modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y del alcohol. Se observa disminución de las tasas de Leucoplasia y otras lesiones preneoplásicas en poblaciones que reducen su consumo.

La accesibilidad de la cavidad bucal al examen clínico, citológico y la biopsia, y el bajo costo de estos exámenes ha facilitado la puesta en práctica de este Programa que tiene como objetivos mantener a la población sana, disminuir la incidencia y la mortalidad por esta causa a expensas de realizar sistemáticamente el examen del individuo saludable, el diagnóstico de lesiones preneoplásicas o, detectar el cáncer en estadios tempranos y tratarlos adecuadamente.

En Cuba desde 1982 se puso en marcha el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) único en el mundo por su cobertura nacional, fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población de 15 años o más que acudan a la consulta estomatológica (pesquizaje pasivo), o que sean vistos en esquizajes activos por el estomatólogo y el médico de familia. Los pacientes sospechosos, previo llenado del modelo 47-22-01, serán remitidos al servicio de Cirugía Máxilo Facial quien confirmará el diagnóstico mediante el análisis anatomopatológico de la lesión y llenará el reverso del modelo con el diagnóstico definitivo. Los que lo requieran serán remitidos a los servicios y hospitales oncológicos del país.

La efectividad del Programa se expresa, en primer lugar, en la seguridad y confianza de la población al ser examinada y diagnosticada como sana por el profesional entrenado y motivado en



el pesquizaje, diagnóstico, tratamiento y eliminación de un significativo número de lesiones y estados preneoplásicos que ha influido en la tendencia a la disminución de la incidencia de las neoplasias maligna de la buco faringe.

Una evidente efectividad del Programa se demuestra al comparar el año 1982, (fecha del comienzo del PDCB), cuando se diagnosticaban solo el 22 % de los pacientes en etapa I, con el año 1998 en el que se alcanzó un 48 %, indicador que se mantiene hasta el momento.

El impacto sobre la incidencia al diagnosticar un gran número de estados y lesiones preneoplásicas se demuestra al descender del lugar sexto que ocupaban las neoplasias malignas de bucofaringe en la década del 80 al décimo lugar donde se colocan en 1995

Un relevante logro del PDCB es la disminución de la mortalidad, la que estaba en las décadas del 70 y 80 en el séptimo lugar, hasta el décimo en el año 2000, con una reducción global del 10 %. Estos resultados son más evidentes en el carcinoma del labio, encía, suelo de boca y lengua móvil. También es interesante destacar que la supervivencia del cáncer de la bucofaringe es en nuestro país de mas de un 50% (intervalo libre de enfermedad) lo que sitúa el tratamiento de esta enfermedad al mas alto nivel, solo comparable con los países de un elevado desarrollo científico.

La presente revisión del PDCB incluye nuevos procedimientos organizativos en las distintas instancias que favorecerán su impacto y marcha. Se ha hecho especial atención en el papel que puede representar el Estomatólogo y el Médico de la Familia, con su grupo básico de trabajo para conducir las acciones del Programa. Las recientes modificaciones están en concordancia con los objetivos del Programa Nacional de Control de Cáncer y los Objetivos, Propósitos y Directrices del Ministerio de Salud Pública de Cuba a partir del año 2 000.

## **PROPOSITO.**

Contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, protección, curación y rehabilitación en la población, ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud en coordinación con las demás instituciones del estado y la participación activa de la comunidad.

## **OBJETIVOS:**

**GENERAL:** Disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal mediante la promoción y educación para la salud, prevención primaria y el diagnóstico precoz.

### **ESPECIFICOS:**

- 1- Desarrollar actividades de promoción y educación, prevención primaria para mantener al sano como tal, eliminando las lesiones preneoplásicas y malignas del complejo bucal.
- 2- Identificar y diagnosticar toda lesión o estado preneoplásico y maligno del complejo bucal en etapa temprana.
- 3- Ofrecer tratamiento, rehabilitación y seguimiento evolutivo a los casos detectados en las diferentes etapas clínicas del cáncer bucal.
- 4- Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el Programa y promover la actividad investigativa.
5. Controlar y evaluar periódicamente la marcha del programa con el auxilio de un Sistema de información Estadística.

## **LIMITES:**

### **DE ESPACIO:**

Este Programa se desarrollará en todo el territorio nacional y será aplicado en todas las instancias donde se brinde atención médica y estomatológica a la población.

### **DE TIEMPO:**

Este programa tiene carácter permanente, se inició con su estructura completa a partir del 1ro. de Agosto de 1982. El presente documento refleja los cambios realizados con el propósito de actualizar el Programa en cuanto a sus procedimientos y estructura organizativa. Estos reajustes se harán con una periodicidad no menor de 2 años, ni mayor de 5 años.

## **UNIVERSO DE TRABAJO:**

Se realizará el examen del complejo bucal a toda la población de 15 años y más que acuda espontáneamente a los servicios de Estomatología y en el pesquizaje activo anual de las lesiones

del complejo bucal a todo sujeto de 35 años y más, que deberán ser llevadas a cabo durante las actividades de terreno o consulta externa de médicos generales y estomatólogos y en las siguientes instituciones de atención médica:

- Consultorios del Médico de Familia.
- Consultorios en centros de trabajo.
- Policlínicos.
- Clínicas Estomatológicas.
- Servicios Estomatológicos en centros de trabajo y hospitales.
- Instituciones de Asistencia Social.

## **ACTIVIDADES.**

### **1.- Desarrollar actividades de Promoción, Educación para la Salud y prevención primaria de las lesiones preneoplásicas y malignas del complejo bucal.**

- (a) Detectar y disminuir o eliminar hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal como fumar, ingerir bebidas alcohólicas y otros.
- (b) Enseñar a la población el método del auto examen de la boca como medida, para detectar tempranamente las lesiones preneoplásicas y malignas bucales.
- (c) Detectar y eliminar todo elemento que cause alteración en la mucosa bucal, como prótesis mal ajustadas, dientes en mal estado y otros.
- (d) Divulgar las medidas de prevención para disminuir la morbilidad por lesiones preneoplásicas y malignas de la boca.
- (e) Difundir mediante los medios masivos de comunicación la importancia de la realización del examen de la boca como método de prevención y curación oportuna de las lesiones o estados premalignos y malignos del complejo bucal.
- (f) Coordinar con las organizaciones de masa la divulgación del Programa con el objetivo de motivar a la población para realizarse su auto examen bucal y acudir a que le realicen el examen del complejo bucal.

### **2.- Identificar y diagnosticar toda lesión o estado premaligno y maligno del complejo bucal en etapa temprana.**

- a) Realizar el diagnóstico precoz del cáncer bucal en la población de 15 años y más.
- b) Realizar el examen del complejo bucal cumpliendo la metodología establecida como método de diagnóstico de las lesiones preneoplásicas y malignas de la boca.
- c) Confirmar mediante investigación anatomopatológica las lesiones presuntivamente malignas.

### **3- Ofrecer tratamiento y seguimiento evolutivo a los casos detectados y en las diferentes etapas clínicas del cáncer bucal.**

- a) Ofrecer atención estomatológica priorizada a todo paciente que va a recibir tratamiento quirúrgico, quimioterapia antineoplásica o radioionizante.
- b) Brindar atención estomatológica dispensarizada a los pacientes que han recibido tratamiento oncoespecífico.
- c) Ofrecer tratamiento de rehabilitación a todos los pacientes que han recibido tratamiento oncoespecífico.
- d) Mantener un control evolutivo de los casos tratados en cualquiera de sus etapas clínicas.
- e) Establecer y mantener coordinación entre los distintos niveles de atención (primario, secundario, terciario).

### **4. Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el Programa y promover la actividad investigativa.**

- a) Lograr una formación de pregrado que permita a estomatólogos y médicos y desempeñar su responsabilidad en este programa.
- b) Lograr que los médicos, estomatólogos y personal técnico conozcan las características y procedimientos para la aplicación del Programa.
- c) Elevar y mantener el nivel científico-técnico del personal que intervendrá en la ejecución del Programa, a través de los cursos y entrenamientos de postgrado.

- d) Realizar estudios epidemiológicos para identificar la prevalencia del cáncer bucal y de las lesiones preneoplásicas.
- e) Realizar intervenciones educativas para modificar hábitos y estilos de vida ro saludable en la población expuesta para disminuir la incidencia y mortalidad para lo cual es necesaria la participación social y comunitaria.
- f) Participar en eventos científicos alegóricos al programa.

**5. Fortalecer el Sistema de Información Estadística.**

- a) Cumplimentar los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadística para la recolección y evaluación de las actividades del Programa.
- b) Adiestrar y actualizar al personal que trabaja en los distintos niveles con el Sistema de Información Estadística del Programa.
- c) Ejecutar los controles del Sistema de Información para evaluar la aplicación del Sistema de Información Estadística del Programa así como su correspondencia con la información del Registro Nacional de Cáncer.

## **ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL PROGRAMA.**

### **Nivel Nacional.**

La comisión nacional del programa estará adscrita al área de Asistencia Médica y Social del Ministerio de Salud Pública y a la Dirección Nacional de Estomatología y contará con un presidente y un secretario y deberá estar integrada por representantes de las siguientes instancias:

- Dirección Nacional de Estomatología
- Comisión Nacional del Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC)..
- Dirección de Asistencia Médica, Atención Ambulatoria y Medicina General Integral.
- Dirección Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Oncología.
- Centro Nacional de Educación para la Salud.
- Dirección Nacional de Epidemiología.
- Dirección Nacional de Enfermería
- Dirección Nacional de Hospitales
- Grupo Nacional de Cirugía Máxilo Facial.
- Grupo Nacional de Oncología.
- Grupo Nacional de Anatomía Patológica.
- Facultad de Estomatología.
- Docencia Médica Superior.
- Organizaciones de Masas.

El nivel nacional jerarquizará la actividad apoyado en la comisión nacional e igualmente supervisará el desarrollo de las actividades comprendidas en el Programa y el cumplimiento de sus objetivos.

El presidente de la comisión nacional del PDCB coordinará el funcionamiento de la comisión y del programa en el ámbito nacional, en su organización, ejecución y evaluación y rendirá información de la marcha del Programa a la comisión nacional del PNCC.

El secretario de la comisión nacional del PDCB se responsabilizará con la documentación de la comisión y del Programa.

El Viceministro a cargo de la atención médica y la comisión nacional del PNCC, con la participación de la Dirección Nacional de Estomatología y la comisión nacional del PDCB, serán los responsables de normar, controlar y evaluar el desarrollo del programa y tendrá a su cargo las coordinaciones con las organizaciones de masa.

El Viceministro a cargo de la atención médica, asesorado por la Dirección Nacional de Estomatología y la comisión nacional del PNCC, coordinará con el Viceministro a cargo de la docencia la celebración de seminarios y cursos de educación continua para el personal que participará en la ejecución del Programa.

La Dirección Nacional de Estadística actualizará y mantendrá funcionando el Sistema Nacional de Información Estadística del Programa. Además, garantizará la información necesaria para el control del mismo.

El Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas deberá garantizar la publicación del Programa y de los materiales bibliográficos necesarios para la información y superación del personal que ha de ejecutar el mismo.

#### **Nivel Provincial**

Se constituirá una Comisión Provincial con una estructura semejante a la Comisión Nacional.

El Director Provincial de la Salud es el máximo responsable del desarrollo del Programa en su territorio por medio de la Vicedirección Provincial de Asistencia Médica y del Departamento Provincial de Estomatología, y sus tareas son las siguientes:

- a) Evaluar periódicamente los resultados del Programa en la provincia para aplicar medidas oportunas en caso de irregularidades.
- b) Dictar las disposiciones necesarias para facilitar el cumplimiento del Programa en lo que respecta a recursos humanos.
- c) Realizar análisis periódicos con las organizaciones de masa, con vistas a garantizar el cumplimiento de las actividades del Programa.

Los responsables provinciales del PDCB coordinarán reuniones periódicas científico-técnicas con la participación de los Cirujanos Máxilo Faciales y Oncólogos dedicados a la atención de cáncer bucal con el objeto de aunar e intercambiar experiencias de diagnóstico y tratamiento del cáncer bucal.

El Departamento Provincial de Estomatología coordinará con los diferentes departamentos provinciales que tienen relación con la ejecución del Programa.

El Vicedirector Provincial de Docencia e Investigaciones debe programar los seminarios metodológicos y el curso de perfeccionamiento para adiestrar al personal que interviene en la ejecución del Programa.

El Vicedirector Provincial de Economía garantizará el transporte y el suministro de los recursos materiales para ejecución de este Programa.

El Departamento Provincial de Estadística recepcionará y procesará los datos estadísticos correspondientes al Programa.

#### **Nivel Municipal.**

El Director Municipal constituirá una comisión de acuerdo con las características particulares de cada municipio, será el responsable máximo del desarrollo del Programa en su nivel y establecerá convenios de coordinación y colaboración con los organismos de masa, realizará evaluaciones mensuales con vistas a garantizar el cumplimiento de las actividades correspondientes, y supervisará y controlará el cumplimiento del Programa por medio del responsable de M.G.I. y el activista municipal de Estomatología, quien programará el perfeccionamiento del personal médico y estomatológico y las investigaciones que le asigne el nivel correspondiente.

El Director Municipal deberá garantizar la consulta de Cirugía Máxilo Facial en su municipio que funcione de preferencia en una clínica estomatológica y conducida por un Cirujano Máxilo Facial.

El Vicedirector Municipal de Economía garantizará el suministro necesario para la ejecución del Programa.

## **CONTROL**

#### **Nivel Nacional**

Controlará anualmente el cumplimiento de las actividades y ejecutará visitas de inspección a las provincias.

#### **Nivel Provincial**

Controlará trimestralmente el cumplimiento de las actividades y ejecutará visitas de inspección a los municipios y unidades asistenciales.

#### **Nivel Municipal**

Controlará mensualmente el cumplimiento de las actividades y ejecutará visitas de inspección a unidades asistenciales.

#### **Nivel de Unidad**

Realizará controles mensuales del cumplimiento de las actividades.

#### **Evaluación:**

El nivel nacional evaluará cada dos años los resultados del Programa.

## CONTROL SEMANTICO.

**Complejo bucal:** Cavidad bucal con su mucosa, submucosa y estructura ósea maxilomandibulofacial; todos los vasos sanguíneos y linfáticos, nervios y ganglios linfáticos relacionados con la cavidad bucal; glándulas salivales y accesorias, piel y músculos participantes en la expresión y funciones relacionadas directamente con la fisiopatología de la bucofaringe, que se extiende desde la submucosa del labio hasta las paredes de la mesofaringe.

**Examen del complejo bucal:** Exploración minuciosa y ordenada del complejo bucal mediante la inspección ocular y la palpación digital, siguiendo un orden riguroso en las distintas regiones intra-bucuales y extrabucuales, según la metodología expuesta en la monografía " El Estomatólogo en la Detección del Carcinoma Bucal".

**El auto examen bucal:** Es la exploración por las personas de su boca y cuello, mediante la inspección y palpación con el propósito de identificar cualquier alteración, la cual debe de ser consultada con su estomatólogo o médico de familia.

**Estado preneoplásico o premaligno bucal:** Condición asociada con un significativo incremento del riesgo de tener cáncer.

**Detección precoz.** Medidas encaminadas a detectar en una población determinada lesiones sospechosas que de confirmarse el diagnóstico de cáncer este lo suficientemente localizado para que resulten exitosos los tratamientos ordinarios.

**Lesión preneoplásica premaligna:** Tejido morfológicamente alterado donde el cáncer puede aparecer con mayor facilidad que en la contraparte normal.

**Prevención del carcinoma del complejo bucal.** Medidas encaminadas a evitar la aparición y eliminar todo posible estado o lesión precancerosa.

**Paciente examinado.** Persona a la que se le practica el examen del complejo bucal para la búsqueda de una lesión o estado premaligno o maligno.

**Paciente remitido.** Persona examinada que presenta una lesión con posibilidad de ser premaligna o maligna del complejo bucal y que es enviada a consulta de cirugía Máxilo Facial para diagnóstico y tratamiento con el correspondiente modelo 47-22-01.

**Leucoplasia:** Mancha o placa blanca y que clínica o histopatológicamente no puede ser atribuida a una categoría diagnóstica definida.

**Eritroplasia:** Lesión plana o ligeramente elevada, roja, aterciopelada o granulada y circunscrita que clínica o histopatológicamente no puede ser atribuida a una categoría diagnóstica definida.

**Paciente insistente a la consulta de Cirugía Máxilo Facial:** Aquél que demora más de 30 días en asistir a la consulta de cirugía Máxilo – Facial después de haber sido remitido.

**Paciente positivo:** Aquel con diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna.

## ACTIVIDADES Y FUNCIONES

### FUNCIONES DEL MEDICO DE FAMILIA

- a) Realizar anualmente el examen de la boca como parte del examen físico general a toda la población de 15 años y más.
- b) Velar porque toda la población de 35 años y más de su comunidad le sea realizado anualmente el examen del complejo bucal por el estomatólogo.
3. Incorporar al criterio de Dispensarización según el estado de salud del complejo bucal y recoger en la hoja de cargo de consulta y en la historia clínica ambulatoria la realización del examen de la boca.
4. Remitir al estomatólogo del sector a todo paciente al cual se le detecte una afección y verificar su asistencia.
5. Colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.
6. Participar en las evaluaciones periódicas sobre la marcha de Programa.
7. Participar activamente en las actividades científicas tendientes a mejorar la calidad del Programa.
8. Participar activamente, en coordinación con las organizaciones de masa, en las tareas educativas del Programa.

### FUNCIONES DEL ESTOMATOLOGO

1. Realizar el examen del complejo bucal a todo paciente de 15 años y más que solicite los Servicios Estomatológicos.

2. Hacer constar en la historia clínica ambulatoria del paciente la visita estomatológica y el examen del PDCB.
3. Velar porque todo paciente de 35 años y más, que habite en su área de atención, le sea realizado el examen del complejo bucal, al menos una vez al año.
4. Examinar anualmente a la población de riesgo de su área: población que habita en lugares cerrados con o sin sillón estomatológico, (fábricas, hogares de ancianos, etc.).
5. Remitir a la consulta de Cirugía Máxilo Facial a todo paciente sospechoso de lesiones preneoplásicas o malignas del complejo bucal y llenarle el modelo de remisión de caso e informarlo al médico de familia.
6. Dispensarizar y llevar un tarjetero o listado de control de todo sujeto de 15 años y más remitido a consulta de Cirugía Máxilo Facial.
7. Colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.
8. Participar en las evaluaciones periódicas sobre la marcha del Programa.
9. Participar activamente en las actividades científicas tendientes a mejorar la calidad del Programa.
10. Participar activamente, en coordinación con las organizaciones de masa, en las tareas educativas del Programa y asesorar al Médico de Familia en el examen y patologías del complejo bucal.
11. Cumplir los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadística del Programa.
12. Realizar tratamiento Estomatológico priorizado a pacientes remitido PDCB o que haya recibido tratamiento oncoespecífico.

#### FUNCIONES DEL DIRECTOR DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA.

1. Controlar que cada paciente de 15 años y más se le examine el complejo bucal.
1. Controlar que los pacientes cuyo examen del complejo bucal resulte sospechoso se le confeccione el modelo de remisión y se le oriente sobre su atención inmediata en el servicio de Cirugía Máxilo Facial.
2. Controlar mensualmente la información estadística para conocer la marcha del Programa (pacientes examinados, remitidos e inasistentes).
3. Controlar que se establezca una estrecha relación entre la estadística de la unidad, la estadística del grupo básico de trabajo y la del hospital, para el mejor desarrollo del Programa.
4. Controlar a través de la actividad de terreno que los estomatólogos visiten a los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial en el hospital, así como el examen de seguimiento anual de aquellos pacientes que hayan sido vistos en consulta de Cirugía Máxilo Facial.
5. Participar activamente en el desarrollo de las actividades de educación para la salud conjuntamente con el Médico de Familia y las Organizaciones de Masa.
6. Participar activamente en las actividades científicas, destinadas a mejorar la calidad del Programa.
7. Asegurar tratamiento estomatológico prorizado a pacientes remitidos PDCB o que hayan recibido tratamiento oncoespecífico.

#### FUNCIONES DEL ACTIVISTA DEL PDCB MUNICIPAL. (El director municipal será responsable del cumplimiento de estas actividades).

1. Controlar mensualmente el funcionamiento de las actividades del Programa en cada unidad subordinada.
2. Participar en la reunión metodológica municipal para dar a conocer el desarrollo y dificultades del Programa.
3. Controlar que se realice con la periodicidad establecida la consulta de Cirugía Máxilo Facial en la unidad establecida por cada municipio.
4. Establecer una estrecha relación con estadística del hospital o clínica y con la consulta de Cirugía Máxilo Facial.
5. Conocer y valorar los datos estadísticos de su municipio sobre pacientes examinados y remitidos y obtener el resultado del diagnóstico definitivo el que consignara en lo en listado o tarjetero de control de pacientes remitidos en los Servicios Estomatológicos correspondientes.

6. Controlar las actividades de educación para la salud relacionada con el PDCB, conjuntamente con los Médicos de Familia y los Estomatólogos.
7. Sistematizar la superación científica de activistas, Estomatólogos y Médicos de Familia en todo lo concerniente al PDCB.

#### FUNCIONES DEL CIRUJANO MAXILO FACIAL.

1. Realizar la recepción del paciente remitido y atenderlo en la consulta de Cirugía Máxilo Facial.
2. Realizar la rectificación o ratificación del diagnóstico presuntivo. Es posible, ocasionalmente que sea solo necesario un diagnóstico clínico.
3. Asegurar el examen histopatológico de la parte afectada para la comprobación del diagnóstico y su trámite correspondiente para el Departamento de Anatomía Patológica.
4. Citar al paciente cuándo haya recibido el informe del Departamento de Anatomía Patológica.
5. Si la lesión es premaligna, el paciente es atendido en la consulta de Cirugía Máxilo Facial y deberá ser controlada periódicamente su evolución (seguimiento).
6. Realizar exéresis, con los métodos quirúrgicos normados, de toda lesión considerada preneoplásica y que no presente una evolución favorable a las 4 semanas de retirada la posible causa, incluyese toda lesión considerada clínicamente como Leucoplasia, Eritroplasia, Mancha Névica y Neoplasia Benigna del complejo bucal.
7. Remitir para su tratamiento al servicio de Oncología correspondiente a todo paciente que presente cualquiera de las lesiones antes mencionadas, cuándo en el servicio de Cirugía Máxilo Facial no existan las condiciones para su solución, consignando en la remisión: "Remitido PDCB".
8. Deberá interconsultar con el Oncólogo a todo paciente que requiera ser valorado por esta especialidad.
9. Escribir en la historia clínica del paciente.
10. Comunicar por medio del Departamento de Estadística correspondiente a la clínica de procedencia, todo paciente inasistente al seguimiento.
11. Brindar apoyo y asesoría científica al nivel primario de atención.
12. Cumplir los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadístico del Programa.

#### FUNCIONES DEL ONCOLOGO.

1. Brindar atención especializada a todo paciente remitido por el cirujano Máxilo- Facial, aplicando en cada caso las normas oncológicas terapéuticas establecidas.
2. Brindar interconsulta al Cirujano Máxilo Facial cuándo éste así lo requiera.
3. Consignar en la historia clínica oncológica si el paciente fue remitido por el Programa.
4. Escribir en la historia clínica ambulatoria del paciente.
5. Cumplir con los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadístico del Programa.

FUNCIONES DEL REHABILITADOR BUCOMAXILO FACIAL (Atención priorizada con prótesis especializada a todo paciente con tratamiento quirúrgico, radiante y poliquimioterapia del complejo bucal).

1. Establecer una comunicación directa con el paciente y sus familiares desde su resección
2. Trabajar en equipos e integrarse a las actividades de promoción y Educación para la Salud relacionado con la especialidad.
3. Determinar el grado de afectación psicológica del paciente y proceder de acuerdo a ello previo a su evaluación en consulta multidisciplinarias.
4. Control periódico del paciente, evaluando el grado de satisfacción con el tratamiento recibido
5. Brindar información sobre la futura rehabilitación, ventajas y desventajas así como la aprobación de pacientes y familiares con la propuesta realizada
6. Adiestramiento y superación continuada a especialistas y técnicos que acometen esta labor.

### **Anexo 1: METODOLOGIA DEL EXAMEN DEL COMPLEJO BUCAL.**

#### **Interrogatorio:**

Puede ser de un paciente asintomático que acude a realizarse un tratamiento de atención general o especializada, o bien tratarse de un paciente con conocimiento de presentar una lesión o síntomas subjetivos. En el primer caso, el interrogatorio va dirigido a buscar datos que se relacionan con el grupo de alto riesgo de padecer cáncer; en el segundo caso, al paciente que consulta por una

molestia o lesión específica, se le interroga para relacionar los hallazgos clínicos con la evolución y los síntomas requeridos.

En todos los casos se debe valorar la edad del paciente, hábito de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas, ocupación, padecimientos, enfermedades crónicas y antecedente familiares.

### **Examen físico:**

Estomatólogos y clínicos tienen la responsabilidad de realizar un cuidadoso examen de la cabeza y el cuello como parte del examen físico de sus pacientes.

La exploración puede ser realizada en el mismo local de trabajo del médico o estomatólogo, como una actividad permanente del trabajo diario e incluso durante la visita al hogar o centro de trabajo, y el examen puede ser más o menos complejo dependiendo del lugar y habilidad del examinador.

El instrumental que se debe utilizar es el habitual del estomatólogo o en su defecto un depresor de lengua o baja lengua. Lo más importante es una buena iluminación (natural o artificial).

El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos.

Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables.

El examen se ha simplificado en siete pasos aprovechando al máximo la habilidad del examinador. En estos pasos se dirige el examen a zonas topográficas que tienen continuidad anatómica.

Colóquese al paciente sentado frente al examinador y pídale que retire cualquier prótesis antes de comenzar el examen.

En el primer paso, después de realizar una inspección general de la cara del paciente, donde se detalla cualquier alteración de su fisonomía, se procede a examinar el labio.

#### **1- Labio:**

Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y el altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina.

La palpación bimanual nos evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos y la consistencia normal de la encía y el labio.

#### **2-Mucosa del carrillo:**

Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía labial.

Deben recordarse las estructuras normales como la terminación del conducto de la parótida, la línea alba, las glándulas sebáceas ectópicas, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona; la maniobra se repite en el lado izquierdo.

#### **3-Paladar:**

En este caso incluimos en un bloque de exploración el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila palatina, el rafe medio, las rugosidades palatinas, la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias y, ocasionalmente, el torus palatino.

#### **4-Lengua móvil:**

Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones.

Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones. Para ello puede tomar el vértice lingual con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente las papilas filiformes, fungiformes, valladas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.

#### **5-Suelo de la boca:**

Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro.

Para la palpación bidigital del piso de la boca el dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca de cada lado.

Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares, frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes,



torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis genis (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca). En la cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias.

#### **6-Raíz o base de la lengua y bucofaringe:**

Inspecciónese la raíz o base de la lengua y el resto de la bucofaringe, auxiliándose del espejo bucal o laringeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal, mientras tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U. Deben identificarse aquí las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoides de la base de la lengua y las valéculas.

#### **7-Examen del cuello:**

La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. Para la palpación comenzando por el lado izquierdo incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la palpación, repita la maniobra en el lado derecho invirtiendo sus manos. Palpe atentamente las zonas de las cadenas ganglionares submandibular, yugular interna, cervical transversa y espinal accesoria y los grupos submentonianos, parotídeos, preauricular, retroauricular y occipital. Palpe las glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales y la articulación temporo-mandibular.

Para completar la exploración del cuello, sitúese por detrás del paciente y utilizando ambas manos realice la palpación de todo el cuello detectando las posibles diferencias entre las estructuras contralaterales.

Aún en ausencia de síntomas, un nódulo cervical unilateral en un paciente de mediana edad es sospechoso de malignidad.

Cuando se note xerostomía o aumento de volumen de algunas de las glándulas salivales debe extraerse y evaluarse la calidad, cantidad y consistencia de la saliva. Para ordeñar la glándula parótida coloque un dedo en el área pre-auricular y mueva el dedo hacia delante siguiendo el camino del conducto. La glándula submaxilar es ordeñada colocando un dedo en el triángulo submandibular del cuello con un movimiento hacia el mentón. La saliva proveniente de las glándulas submandibulares es drenada por el conducto de Wharton localizado detrás de los incisivos inferiores. Las glándulas salivales con funcionamiento normal producirán al menos una gota de saliva clara y acuosa.

Recuerde que los signos de advertencia de cáncer bucal son una úlcera que no cicatriza, una lesión roja o blanca persistente, una lesión que sangra fácilmente, dificultad para masticar o tragar y dificultad para mover la lengua o la mandíbula. El dolor y la irritación pueden o no estar presentes en las lesiones incipientes. Las lesiones traumáticas desaparecen generalmente cuando se suprime el agente etiológico. Las prótesis mal ajustadas son la causa más común de estas lesiones. Las lesiones que persistan después de dos semanas deben someterse a biopsia para confirmar su histología. Los pacientes con lesiones traumáticas sospechosas deben ser remitidos al especialista para su diagnóstico y tratamiento.

## **Anexo 2: CLASIFICACIONES DE LOS CARCINOMAS DE LA BOCA.**

### **Labios (CIE-140)- C00.**

La clasificación se aplica solamente a carcinoma espinocelulares de la superficie cutáneomucosa (mucosa seca) de los labios. Debe haber una verificación histológica de la enfermedad. Todo caso no confirmado debe ser informado por separado. CIE-O 1977 Y CIE-O 1993

#### **Sitios anatómicos.**

1- Labio superior: Superficie cutáneomucosa (mucosa seca) (140.0)- C00.0

2- Labio inferior: Superficie cutáneomucosa (mucosa seca) (140.1) C00.1

3- Comisuras: (140.6) C00.6

Nota: La superficies de la mucosa húmeda de los labios se incluyen en la cavidad bucal (ver mucosa bucal).

Ganglios linfáticos regionales: Ganglios cervicales.

### **Cavidad bucal (CIE-0 141-154) Clasificación 1973 Confirmada 1978**

La clasificación se aplica solamente a carcinomas. Debe haber una verificación hitológica de la enfermedad. Todo caso no confirmado debe ser informado por separado.

Sitios y subsitios anatómicos:

1. Mucosa bucal.

- Superficie mucosa del labio superior e inferior (140.3 y 140.4) C00.3-C00.4

- Superficie mucosa de las mejillas (154.0) C06.0

- Areas retromolares (145.6) C06.2

- Surco buco-alveolar, superior e inferior (145.1) C06.1

1. Alvéolo superior y encía (143.0) C03.0

2. Alvéolo inferior y encía (143.1) C03.1

3. Paladar duro (145.2) C05.0

4. Lengua (141) C02

5. Superficie dorsal (141.1) C02.0

6. Borde y punta de la lengua (141.2) C02.1

7. Cara ventral de la lengua (141.3)- C02.2

8. Piso de la boca (144). C04.0

Ganglios linfáticos regionales: Ganglios cervicales.

### **Bucofaringe. (146) C10**

Regiones, sitios y subsitios anatómicos (146)

La bucofaringe se extiende desde la unión de los paladares óseo y blando hasta el nivel del piso de la valécula.

1. Pared anterior (área glosopiglótica) (146.4)-C10.1

a) Lengua posterior a las papilas caliciformes (base de la lengua o tercio posterior (141.0) C01

b) Valéculas(146.3) C10.0

c) Superficie anterior (lingual) de la epiglotis (146.4) C10.2

2. Pared lateral: (146.6) C10.2

a) Amígdalas (146.0) C09

b) Fosa amigdalina y pilares amigdalinos (146.1) C08.0

c) Surco glosamigdalino (146.2) C08.1

3. Pared posterior (146.7) C010.3

A la bucofaringe se le aplica el mismo TNM (clasificación clínica pretratamiento) que la cavidad bucal.

**Glándula parótida (142.0) C07**

**Glándula submandibular(142.1) C08.0**

**Glándula sublingual (142.2) C08.1**

**Glándula salival menor (142.9) C06.9**

## **CLASIFICACION TNM**

Los requisitos mínimos para la evaluación de las categorías tumor, nódulo, metástasis (TNM) son los que siguen. Si estos no pueden ser obtenidos deben utilizarse los símbolos TX, NX o MX. Las categorías TNM pueden obtenerse mediante los siguientes procedimientos:

Categorías T: Tumor primitivo (Examen clínico).

Categorías N: Ganglios metastásicos cervicales (Examen clínico).

Categorías M: Metástasis a distancia (Examen clínico y radiográfico).

Clasificación clínica pretratamiento de acuerdo con el TNM.

Tis Carcinoma preinvasor (carcinoma in situ)

T0 No hay evidencia de tumor primario

T1 Tumor de hasta 2 cm en su mayor dimensión.

T2 Tumor de más de 2 cm hasta 4cm.

T3 Tumor de más de 4 cm.

T4 Tumor de gran tamaño que se extiende más allá del sitio anatómico de localización a las estructuras vecinas, por ejemplo: músculos, huesos, lengua, piel del cuello, etc.

TX No se obtienen los requisitos mínimos para ser evaluado.

N0 No hay evidencia de compromiso ganglionar.

N1 Ganglios cervicales homolaterales de hasta 3 cm.

N2 Evidencia de Ganglios cervicales mayor de 3 y hasta 6 cm.

N3 Ganglios cervicales de más de 6 cm.

NX No se obtienen los requisitos mínimos para evaluarlo

- M0 No hay evidencia de metástasis a distancia  
M1 Hay evidencia de metástasis a distancia  
Mx No se obtienen los requisitos mínimos para su evaluación.

## **CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA DE LOS CARCINOMAS DE LA BOCA**

### **Clasificación por grados**

Grado 1. Numerosas perlas epiteliales, importante queratinización celular con puentes intercelulares, menos de 2 mitosis por campos observadas con gran aumento, raras mitosis atípicas y escasas células gigantes multinucleadas, pleomorfismo celular y nuclear muy reducido.

Grado 2. Perlas epiteliales escasas e incluso ausentes, queratinización celular y puentes intercelulares aparentes, de 2 a 4 mitosis por campos observadas con gran aumento, algunas mitosis atípicas, moderado pleomorfismo de la célula y los núcleos y escasas células gigantes multinucleadas.

Grado 3. Raras perlas epiteliales, queratinización celular prácticamente inexistente y ausencia de puentes intercelulares, más de 4 mitosis por campo observadas con gran aumento, frecuentes mitosis atípicas, pleomorfismo celular y nuclear muy pronunciado, y frecuentes células gigantes multinucleadas.

### **Definición de carcinoma.**

1- Carcinoma intraepitelial. (Carcinoma in situ). Se caracteriza por un acusado pleomorfismo celular y por la desaparición de la polaridad y de la estratificación epitelial. El epitelio presenta, en todo su espesor, signos de malignidad celular. La membrana basal está intacta. Los núcleos son hiper cromáticos y presentan amplias variaciones de tamaño y de forma. La relación núcleo-citoplasma está alterada. La cromatina se encuentra en forma de gránulos finos o de gruesos conglomerados y regularmente distribuidos.

Los nucleolos son grandes y a menudo múltiples. En todas las zonas del epitelio se observan mitosis, que con frecuencia son anormales. Los tejidos subepiteliales pueden presentar signos de inflamación crónica y vascularización.

2- Carcinoma espinocelular. Tumor constituido por una infiltración subepitelial de células epiteliales malignas que forman islotes, columnas o hileras irregulares. Las células tumorales pueden ser semejantes a algunas de las distintas capas del epitelio escamoso estratificado.

3- Variedades del carcinoma espinocelular. Ellas son:

a) Carcinoma verrugoso. El aspecto y la evolución de este tumor son característicos. El carcinoma verrugoso presenta un bajo grado de malignidad, crece hacia afuera y erosiona más que invade los tejidos subyacentes, inclusive el óseo. Desde el punto de vista histológico se caracteriza por la presencia de grandes imágenes foliáceas muy queratinizadas, con prolongaciones epiteliales interpapilares, bulbosas y algunas presentan una degeneración central. Las mitosis son raras.

b) Carcinoma fusocelular. A menudo se confunde con un sarcoma o un carcinosarcoma por la forma de huso de una parte o de la totalidad de sus células. Algunos tumores presentan un poco de queratinización pese a la falta de diferenciación; las mitosis pueden ser raras y el tumor no siempre presenta un alto grado de malignidad.

c) Linfopitelioma (con inclusión del carcinoma sincitial y del carcinoma de célula de transición). El empleo de este término sólo está justificado por su amplia utilización. En realidad se trata de una denominación incorrecta, pues el tumor es una variedad del carcinoma espinocelular. La presencia de células mal delimitadas confiere al tumor un aspecto sincitial. Las células son de tamaño intermedias y están dispuestas en masa bastante compactas o en hileras unidas en forma laxa; también pueden aparecer aisladas.

Los núcleos son pálidos, redondos u ovales, con nucléolos bien visibles. En algunas de estas neoplasias se producen focos de diferenciación espinocelular. El tumor se origina en zonas ricas en tejidos linfoides como las amígdalas y el tercio posterior de la lengua, y en general, presenta un estroma linfoide.

## **Anexo 3: INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL MODELO 47-22-1 (Remisión de Pacientes del PDCB)**

### **Anverso del modelo:**

Datos Generales: En este rectángulo debe anotarse, con una letra clara y legible, en los espacios designados al efecto los datos siguientes: Unidad a la que se remite, unidad que remite: provincia, código de la provincia, nombre y apellidos, sexo, edad, dirección y número de carné de identidad.

El resto de los datos se responde marcando una cruz o encerrando en un círculo los códigos, según corresponda a los hallazgos.

Consulta por: Sintomático corresponde al paciente que refiere algún síntoma y el Asintomático si el paciente es detectado sin referir síntoma alguno.

Diagnosticado por: Marcar el número 1 si el estomatólogo realizó el diagnóstico en consulta y un 2 si fue durante una visita de pesquiasaje.

Diagnóstico presuntivo: Las siglas consignadas permitirán identificar el tipo de lesión que presuntamente tiene el paciente, entendiéndose como:

- N.M.: cualquier neoplasia maligna.

- L.E.U.: Leucoplasia en cualquiera de sus formas u otras queratosis.

- N.B.: neoplasia benigna (Lipoma, Papiloma, Adenoma, Ameloblastomas, Fibroma, etc.)

L.P.M.: otra lesión o estado preneoplásico (Eritroplasia, Liquen Plano Erosivo, Nevus, Mucosa Atrófica, etc.)

- Otra lesión: cualquier lesión que no pueda ubicarse en los diagnósticos anteriores (Granulomas, Epulis, Abscesos, etc.)

Localización de la lesión: Encierre en un círculo o marque con una cruz la localización de la lesión. Se recomienda que cuando un paciente tenga más de una lesión se marque solamente la más importante.

El anverso del modelo termina con el nombre del estomatólogo que diagnosticó al paciente y la fecha de realizado el examen.

El acápite "No." será llenado por la Dirección Nacional de Estadística y corresponderá a un número consecutivo para los pacientes remitidos de una provincia durante un año. Al tiempo que completará el código de la provincia.

### **Reverso del modelo:**

Estos datos deberán ser llenados por el Cirujano Maxilo-Facial una vez realizado el diagnóstico definitivo.

Histopatología de la lesión: Encerrar en un círculo o marcar con una cruz el número correspondiente al tipo histopatológico. Los conceptos comprendidos entre el 1 y el 5 corresponden a Carcinoma in Situ y Carcinoma Espinocelular o Epidermoide, de acuerdo a su grado histopatológico; el 6 corresponde a cualquier tipo de Adenocarcinoma; el 7 a otra neoplasia maligna diferente a las anteriores (Melanoma, Sarcoma Osteogénico, Fibrosarcoma, etc.); el 8 a cualquier Neoplasia Benigna (Papiloma Escamoso, Fibrolipoma, Adenoma Pleomórfico, etc.); el 9 corresponde a Leucoplasia, independientemente de su tipo o presencia de Displasia (Leucoplasia Maculosa, queratosis focal, etc.); en el 10 se consigna todo estado preneoplásico y las otras lesiones preneoplásicas (Eritroplasia, Liquen Plano, Nevus, Queilitis Actínica); en el 11 se consigna cualquier proceso de tipo inflamatorio, independientemente de su variedad o magnitud (Epulis Fisurado, Hiperplasia inflamatoria crónica, etc.); en el 12 se precisará cuando el paciente no presente lesión, porque nunca existió o desapareció espontáneamente durante el proceso de diagnóstico (Estomatitis Aftosa Recurrente Menor); el punto 13 será llenado cuando el proceso se refiera a variaciones de procesos anatómicos normales del complejo bucal (glositis migratoria benigna, glositis romboidal media, torus palatino, plicas o rugosidades palatinas, etc.); en el número 14 se anotará si el diagnóstico no tiene confirmación histológica (sólo clínica).

Etapas de la lesión:

No pertinentes: (1) Se refiere a cuando no se trata de una lesión maligna.

Clasificación TNM: Véase clasificación TNM.

Etapas (Etapas clínica):

I. Se consigna cuando la neoplasia maligna tiene hasta 2 cm.

II. Cuando la neoplasia maligna tiene más de 2 cm y hasta 4 cm.

III. Presencia de linfonódulos cervicales.

IV. Etapa avanzada, no tratable, por gran tamaño o metástasis a distancia.

Diagnóstico definitivo: Se consignará el diagnóstico definitivo, el cual debe relacionarse con el histológico para completar éste. Aquí deberá escribirse por ejemplo: Melanoma del Paladar Duro, Adenoma Pleomorfo de Glándula Submaxilar, un diagnóstico histológico de 11, podría ser completado como Epulis Fisurado de la Encía Superior.

Informe al RNC: En caso de neoplasia maligna deberá consignarse si se informó con el correspondiente llenado del modelo al Registro Nacional de Cáncer o no.

Al final deberá consignarse el nombre y apellidos del Cirujano Máxilo-Facial que completa el modelo y la fecha de llenado del mismo.

## **Anexo 4: SISTEMA DE INFORMACION ESTADISTICO**

### **PROCEDIMIENTOS**

#### **1. CLINICAS ESTOMATOLOGICAS Y OTROS SERVICIOS DE ESTOMATOLOGIA**

##### **1.1- Consulta del Estomatólogo**

1.1.1 Registrar en el modelo 18-198 (Actividades de Estomatología) a todo paciente de 15 años y más que se le realice el examen del complejo bucal, anotando el código 8.1 (Examinado por el PDCB).

1.1.2 Anotar en la historia clínica el resultado del examen del complejo bucal y de ser sospechoso de una lesión pre-maligna o neoplásica, deberá confeccionar el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB) en su anverso, el que entregara al paciente para que este se dirija al departamento de estadística donde le darán el turno para la consulta de Cirugía Máxilo Facial

1.1.3 Anotar en el modelo 18-198 (Actividades de Estomatología) el código 8.2 (Remitido por el PDCB) en caso de que el paciente haya sido remitido al Cirujano Máxilo Facial.

1.1.4 Revisar periódicamente el listado de control de los pacientes remitidos a la consulta de Cirugía Máxilo Facial, el cual estará ubicado en el Departamento de Estadística el mismo será usado para controlar la asistencia de los pacientes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.

##### **1.2- Consulta de Cirugía Máxilo Facial**

1.2.1 Recibir los modelos 47-22-01 de los pacientes remitidos que concurran a consulta y después de ser atendido y diagnosticado el paciente llenar el reverso del modelo.

1.2.2 Anotar en el modelo 18-198 (Actividades de Estomatología) que es un caso remitido del PDCB.

1.2.3 Enviar una vez completado el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB) al Dpto. de Estadística.

1.2.4 Revisar periódicamente el listado de pacientes remitidos a la consulta de Cirugía Máxilo Facial, el cual estará ubicado en el Departamento de Estadística el mismo será usado para controlar la asistencia de los pacientes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.

##### **1.3- Departamento de Estadística**

1.3.1 Elaborar un listado de control de los pacientes remitidos por el PDCB a la consulta de Cirugía Máxilo Facial el que tendrá los datos siguientes: (Fecha de remisión, Nombre y apellidos, No de carnet de identidad, Dirección, No de historia clínica, Diagnostico presuntivo y el Diagnostico definitivo cuándo lo tuviera, nombre del que lo remite).

1.3.2 Recibir del paciente el modelo 47-22-01 (remisión del Paciente PDCB) con el cual hará los procedimientos siguientes: anotar en el borde superior derecho el día, hora, y lugar de la consulta de patología bucal con el cirujano Máxilo Facial, también deberá utilizar este modelo para actualizar el listado de pacientes remitidos. Devolver el modelo al paciente para que lo entregue al cirujano Máxilo Facial. Velar porque el modelo este llenado completamente.

1.3.3 Recibir y revisar en el modelo 18-198 (actividades de Estomatología) los códigos 8.1 y 8.2 chequeando este ultimo código contra los pacientes anotados en el listado de pacientes remitidos del PDCB. Al procesar la hoja de cargo de la consulta de Cirugía Máxilo Facial no deberá anotar de nuevo como remitido el caso atendido por este, solo lo anotara como consulta de Cirugía Máxilo Facial.

1.3.4 Confeccionar el modelo 241-406-01 (actividades de Estomatología) en las filas 30 y 31 según calendario establecido.

1.3.5 Recibir de la consulta del Máxilo Facial los modelos 47-22-01 concluido y enviarlos al nivel inmediato superior, debiendo informar dicha conclusión al Estomatólogo de asistencia.

1.3.6 Verificar con el Dpto. de Estadística Provincial en que situación se encuentran los casos remitidos de los cuales no se tienen conclusiones, para ello utilizara el listado referido en el punto 1.3.1.

## 2-SERVICIO DE CIRUGIA MAXILO FACIAL EN HOSPITAL

### 2.1- Consulta de Cirugía Máxilo Facial

2.1.1 Recibir los modelos 47-22-01 de los pacientes remitidos que concurran a consulta y después de ser atendido el paciente y diagnosticado llenar el reverso del modelo.

2.1.2 Anotar en el modelo 18-198 (actividades de Consulta Externa) que es un caso remitido por el PDCB.

2.1.3- Enviar una vez completado el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB) al Dpto. de Estadística adjunto a la Historia Clínica.

2.1.4- Llenar el modelo 68-02 (Reporte de Caso de Cáncer) a todo tipo de paciente que se le diagnostique una lesión maligna.

### 2.2- Departamento de Estadística

2.2.1- Confeccionar un listado con todos los pacientes remitidos a la consulta de Cirugía Máxilo Facial, el cual tendrá los datos siguientes: (Fecha de remisión, Fecha de la consulta, Nombre y apellidos, No. de carnet de identidad, No. de historia clínica, Diagnostico presuntivo y el Diagnostico definitivo, nombre del que lo remitió y nombre del que lo recibió).

2.2.2- Recibir de la consulta el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB) el cual debe de revisar y utilizar para actualizar el Listado de pacientes remitidos y se entregara para dar respuesta sobre los casos atendidos a las unidades remitentes.

2.2.3- Enviar al Departamento de Estadísticas de la Provincia el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB)

2.2.4- Chequear mensualmente con la unidad que remite para conocer los casos insistentes a la consulta del Máxilo Facial, se incluyen los pacientes insistentes al seguimiento.

## 3. DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA MUNICIPAL

3.1-Recibir, revisar y consolidar la información suministrada por el modelo 241-406-02 enviados por las unidades.

3.2-Recibir y revisar los modelos 47-22-01 enviándolo al nivel inmediato superior.

## 4. DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA PROVINCIAL

4. 1 Recibir, revisar y consolidar la información suministrada por el modelo 241-406-02 enviados por las unidades municipales.

4.2 Recibir y revisar los modelos 47-22-01 enviándolo al nivel inmediato superior.

4.3 Recibir, revisar y procesar los modelos 68-02 (Reporte de caso de cáncer) debiendo corresponder un reporte de cáncer por cada caso positivo del PDCB.

## CLINICAS ESTOMATOLOGICAS Y OTROS SERVICIOS DE ESTOMATOLOGIA

1-Verificar si se registran en el modelo 18-198 (Actividades de Estomatología) los códigos establecidos por el programa (Paciente examinado = 8.1 y Paciente remitido =8.2).

2-Verificar si se realiza correctamente el registro diario de los datos del modelo 18-198 (Actividades de Estomatología).

3- Verificar si se anota en la Historia Clínica de Estomatología el resultado del Examen del Complejo Bucal.

4- Verificar si existe el listado de pacientes remitidos por el PDCB y si es llenado correctamente según las instrucciones del programa.

5- Verificar la existencia del registro de turnos para la consulta del Cirujano Máxilo Facial.

6- Verificar si se llena correctamente el modelo 47-22-01 y si el mismo es entregado al paciente.

7- Verificar si hay seguimiento en terreno de los pacientes remitidos.

8- Comprobar la calidad de la información contenida en el modelo 241-406-01, filas 30 y 31.

## **INDICADORES**

### De Estructura y Recursos

- 1- Número de consultorios médicos por provincia
- 2- Número de clínicas Estomatológicas por provincia.
- 3- Número de departamentos estomatológicos en policlínicos por provincia.
- 4- Número de servicios aislados por provincia.
- 5- Número de departamentos estomatológicos en Hospitales.
- 6- Número de servicios escolares (tecnológicos) por provincias.
- 7- Número de servicios de Cirugía Máxilo Facial por provincia.
- 8- Número de Estomatólogos por provincia
- 9- Número de Médicos de Familia por provincia.
- 10- Número de Cirujanos Máxilo Faciales por provincia.
- 11- Número de Oncólogos especializados en Cabeza y Cuello por provincia.
- 12- Número de especialistas en Prótesis dedicados al servicio de rehabilitación de cara y prótesis bucomaxilofacial por provincia.

Fuentes: Dirección Nacional de Estomatología, Dirección Nacional de Hospitales, Dirección Nacional de Atención Primaria, Dirección Nacional de Recursos Humanos, Dirección Nacional de Estadísticas. Así como las dependencias provinciales de cada una de las direcciones mencionadas.

### De Proceso

- 1- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según antecedentes de interés y provincia.
- 2- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según lugar del diagnóstico y provincia.
- 3- Pacientes remitidos según diagnóstico presuntivo por grupos de edad y sexo según tipo de lesión y provincia.
- 4- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según localización de la lesión y provincia.
- 5- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según Histopatología de la lesión y provincia.
- 6- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo con lesión pre neoplásica y provincia.
- 7- Pacientes remitidos según Histopatología de la lesión y TNM, (Tumor, Neoplasia, Metástasis) y provincia.
- 8- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según etapas de la lesión y provincia
- 9- Número de pacientes examinados por grupos de edad y provincias.
- 10- Número de pacientes remitidos por grupos de edad y provincias.
- 11- Tasa de pacientes examinados por grupos de edad y provincias.
- 12- Tasa de pacientes remitidos por grupos de edad y provincias.
- 13- Índice de pacientes remitidos por grupos de edad y provincias
- 14- Promedio de tiempo entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo por provincia.

Fuente: Los indicadores del 1 al 8 se obtienen del modelo de remisión 47-22-01, el 10 y el 11 del modelo 241-406-01 de Actividades de Estomatología.

### De Resultado o Efecto

- 1- Porcentaje de pacientes pesquisados en etapa I por provincia.
- 2- Tasa de incidencia de cáncer bucal por localización topográfica y provincia.
- 3- Tasa de mortalidad por cáncer bucal por localización topográfica y provincia.
- 4- Porcentaje de población mayor de 15 años que conoce el programa por provincia.\*
- 5- Porcentaje de la población mayor de 15 años que se realiza el auto examen bucal por provincia.\*

Fuente: Los indicadores del 1 al 2 se obtienen del modelo 47-22-1 y del modelo 68-02 reporte de cáncer,

El 3 se obtiene de los certificados de defunción (Sistema de Información Estadístico de Mortalidad).

\* El 4 y 5 se obtienen por investigaciones particulares (encuestas a la población).

### Indicadores de Impacto

- 1- Reducción de la tasa global de mortalidad por cáncer bucal a 5 años de orientado el nuevo programa por provincia.
- 2- Reducción de la incidencia por cáncer bucal a 5 años de implementarse el nuevo programa por localización topográfica y provincia.

3- Aumento de la proporción de casos detectados en etapa I a los 5 años de impuesto el nuevo programa.

4- Porcentaje de pacientes satisfechos con los tratamientos recibidos\*.

Fuentes: el indicador 1 se obtiene del Sistema de Información Estadístico de Mortalidad, el 2 y 3 se obtiene del Sistema de Información Estadístico del Programa (modelo 47-22-01) así como del Registro Nacional de Cáncer (modelo 68-02)

\*en cuanto a la satisfacción con los tratamientos recibidos este se obtendrá a través de investigaciones particulares (encuestas y/o entrevistas a los pacientes).

## **CALIDAD DE VIDA**

Es evidente que la calidad de vida del paciente oncológico se afecta desde el momento de su diagnóstico.

El cáncer bucal es el más visible y el que más mutila desde el punto de vista estético y funcional al paciente, ya que después de las intervenciones quirúrgicas el paciente pierde parte de su cara y del cuello, con dificultades para deglutir, tragar, ver, oler y oír, a esto se suman la quimioterapia y radioterapia que tienen sus reacciones secundarias. Todo esto influye en la salud mental del paciente que también se afecta.

Para poder estudiar la calidad de vida del paciente con cáncer bucal se hacen necesarias las investigaciones particulares sobre este problema.



## **ANEXO 18: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE LA CARA Y PRÓTESIS BUCO MAXILO FACIAL.**

### **INTRODUCCIÓN**

Desde su aparición, el hombre ha enfrentado agresiones del medio en que ha desarrollado su actividad, por lo que se ha visto obligado a dar soluciones a diferentes situaciones y problemas vinculados a la supervivencia y el mejoramiento de los niveles de vida.

Ninguna parte del cuerpo revela el carácter de la persona como el rostro, ninguna es capaz de expresar las sensaciones, sentimientos y emociones del hombre como la cara, por lo que cualquier defecto en el rostro genera entre otros, un sentimiento de minusvalía y provoca traumas psíquicos en ocasiones difíciles de erradicar. Por esto se han realizado ingentes esfuerzos para dar solución a estas patologías.

### **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN**

El desarrollo acelerado de las especialidades quirúrgicas en todo el territorio nacional, si bien daba solución a lesiones del macizo cráneo-facial, por otra parte aumentaba la demanda de rehabilitación que permitiera mejorar la calidad de vida de estos pacientes; de manera que se produce un acumulado de pacientes que no podían ser rehabilitados ante lo insuficiente de los servicios que se brindaban.

A partir del año 1968, en la Facultad de Estomatología de la Habana, se comienzan a prestar atenciones de rehabilitación de la cara y prótesis buco máximo facial, con recursos humanos y materiales muy limitados y con pocas horas de labor asistencial. Posteriormente en Santiago de Cuba se comienza a brindar estos servicios y después en el Hospital "Luis Díaz Soto"; todos con similares limitaciones.

Esto conllevaba a que algunos pacientes, a través del MINSAP, fueran enviados al extranjero a recibir tratamiento, lo que representó grandes erogaciones de divisas.

Teniendo en cuenta todo esto, se decidió crear la Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco Máximo Facial inaugurada el 14 de Junio de 1999.

### **PROPÓSITO**

Contribuir a elevar la calidad de vida de los pacientes con lesiones que afectan la región del macizo cráneo facial, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, contribuyendo a la reincorporación del individuo a la sociedad y con ello incrementar su satisfacción.

### **OBJETIVOS**

#### General:

Brindar atención mediante una red territorial de servicios en los que se realicen tratamientos de las afectaciones del complejo Buco Máximo Facial de manera multidisciplinaria a todas las personas que lo requieran en el país.

#### Específicos:

- 1. Organizar los servicios para garantizar la atención de la población.**
- 2. Desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades**
- 3. Ofrecer tratamiento multidisciplinario en la rehabilitación Buco Máximo Facial de todo paciente que lo requiera.**
4. Garantizar la calidad de la atención integral que se brinda en los servicios que integran la red.
- 5. Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el programa.**
6. Desarrollar investigaciones que respondan a problemas principales de la Prótesis Buco Máximo Facial.

## LIMITES

### DE ESPACIO:

Este programa se desarrollará en todo el territorio nacional a través de la Red Asistencial Nacional, con un sistema de referencia territorial.

### DE TIEMPO:

Tendrá una vigencia de 5 años, posterior a lo cual se revisará para su actualización y perfeccionamiento de ser necesario.

## UNIVERSO

Población: Todas las personas residentes del país que lo requieran y aquellos extranjeros que según lo establecido para su atención lo demanden

De trabajo: Está constituido por toda la red de servicios de salud del país:

- Clínicas, Departamentos y Servicios Estomatológicas
- Consultorios Médico de Familia
- Policlínicos
- Hospitales (Clínico-Quirúrgicos, Pediátricos Generales, Municipales y Rurales)
- Servicios en centros escolares
- Servicios en centros laborales
- Servicios en Hogares de Ancianos e Impedidos
- Servicios en instituciones Sociales
- Otros servicios.

**los que referirán los casos que requieren atención hacia aquellas unidades responsabilizadas con ello y que actualmente son las que se relacionan a continuación:**

- Servicio del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. (CIMEQ.) Ciudad Habana.
- Servicio de la Facultad de Estomatología de la Habana; ISCM-H. Ciudad Habana.
- Servicio del Instituto Superior de Medicina Militar, Hospital "Luis Díaz Soto." Ciudad Habana.
- Servicio adjunto al Hospital provincial Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milian Castro", ubicado en la Provincia de Villa Clara.
- Servicio adjunto al Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "Saturnino Lora", ubicado en la Provincia de Santiago de Cuba.

## ORGANIZACIÓN

De las funciones de los niveles para la organización:

A Nivel Nacional:

- El Ministro de Salud Pública será el máximo responsable de la implementación y desarrollo de este Programa.
- La Viceministra a cargo de la Asistencia Médica y Social por intermedio de la Dirección Nacional de Estomatología, será el responsable de este Programa y establecerá las coordinaciones necesarias con otras direcciones y organismos participantes para su integración programática.
- La Viceministra a cargo de la Docencia e Investigaciones, a través de las Facultades de Estomatología y los Centros de Referencia acreditados, será la responsable de la capacitación y entrenamiento de los profesionales y técnicos que participen en el Programa y de las investigaciones que se determine.
- La Dirección Nacional de Estomatología, a través de la Comisión Nacional y su Centro Coordinador, establecerá los controles y evaluaciones de los objetivos y actividades del Programa, según se expone más adelante.
- La Dirección Nacional de Estadística controlará y actualizará el Sistema Nacional de Información, garantizando la calidad y oportunidad de la misma para la evaluación del Programa.

**A Nivel provincial:**

- Los Directores Provinciales de Salud de cada territorio, a través de los Jefes de los Departamentos de Estomatología, serán los máximos responsables de la implementación,

control y evaluación del presente Programa; disponiendo de forma organizada los recursos humanos y materiales necesarios para ello.

- Los Vicedirectores de Asistencia Médica realizarán todas las coordinaciones sectoriales y extrasectoriales requeridas para la aplicación del Programa.
- Los Jefes de los Departamentos Provinciales de Estomatología a través de las Comisiones Provinciales, creadas al efecto establecerá los controles y evaluaciones de los objetivos y actividades del Programa, según se expone más adelante.
- Los Decanos de las Facultades de Medicina y Estomatología acreditados para la capacitación en esta temática, y bajo la rectoría metodológica de la Comisión Nacional, serán los responsables de la capacitación de los actores en cada uno de los territorios que se determine para garantizar el desarrollo del Programa.
- El Departamento Provincial de Estadísticas cumplirá lo establecido en el Sistema Nacional para el Programa, garantizando la calidad y oportunidad de la información.

**A Nivel Municipal:**

- El Director Municipal será el máximo responsable de la ejecución del Programa, a través de un Responsable Municipal, designado por él, quién controlará y evaluará la actividad.
- El Vicedirector de Asistencia Médica, realizará todas las coordinaciones sectoriales y extrasectoriales requeridas para la ejecución del Programa.

**A Nivel de Unidad:**

- Los Directores de las Unidades del Sistema Nacional de Salud, serán los responsables, junto a su Consejo de Dirección, de garantizar la remisión de todos los pacientes que requieren ser tratados en las instituciones de la Red, y su seguimiento una vez recibido el tratamiento.
- Los Directores de las Unidades que integran la Red de atención y que para los efectos del Programa se denominan **SERVICIOS TERRITORIALES**, serán los responsables de ejecutar y evaluar el desarrollo del Programa, lo que plasmará en su Plan Director, de manera tal de garantizar la asistencia médica a todos los pacientes que lleguen a la unidad referidos de los territorios a ella asignados.

De la estructura:

**A nivel Nacional:**

**Comisión Nacional subordinada a la Dirección Nacional de Estomatología, con un Centro Rector en el cual trabajará el Presidente de la Comisión.**

**A nivel Provincial:**

Comisión Provincial subordinada a la Dirección Provincial de Salud, y que será atendida directamente por el J'Dpto Provincial de Estomatología.

**A nivel Municipal:**

Responsable Municipal para el Programa, designado y subordinado al Director Municipal de Salud.

**Servicios Territoriales:**

Son aquellos que conforman la red y se encargan de brindar asistencia a los pacientes que lo requieran y que han sido remitidos por las unidades emisoras.

**Unidades Emisoras:**

Toda la red asistencial del país, y que remiten los pacientes a los servicios territoriales.

De la subordinación de los SERVICIOS TERRITORIALES:

**METODOLÓGICA: a la Comisión Nacional**

**ADMINISTRATIVA:**

- los servicios ubicados en instituciones de Salud Pública a las Direcciones Provinciales de Salud.
- Los servicios ubicados en instituciones subordinadas a otros organismos, a las entidades que se determine por los mismos.

De la Referencia y la Contrareferencia:

A partir de los conocimientos de la morbilidad de cada una de las Provincias, la capacidad de los centros y los recursos disponibles; se identificarán por parte de los Jefes de los servicios provinciales, las capacidades que tienen, concertando con cada una de las provincias vinculadas a

la unidad el número de personas a atender mensualmente, garantizando la entrega de los turnos con tiempo para facilitar las coordinaciones necesarias que permitan el traslado de los pacientes.

Los pacientes serán referidos, como exponíamos anteriormente, mediante una programación previamente establecida, acompañada de un resumen de su historia clínica y al concluir su tratamiento en el centro, regresan a sus territorios llevando un resumen del mismo para su seguimiento, en caso necesario, por el estomatólogo y/o médico de familia que le pertenece.

La organización establecida para garantizar la referencia de la población es la que mostramos a continuación:

- Servicio del Centro de Investigaciones Médico- Quirúrgicas. (CIMEQ.), Servicio de la Facultad de Estomatología de la Habana; ISCMH., Servicio del Hospital "Luis Díaz Soto."

Pinar del Río

Ciudad Habana

Habana

Matanzas

Isla de la Juventud

- Servicio en Villa Clara ( Santa Clara) adjunto al Hospital provincial Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milian Castro".

Cienfuegos

Villa Clara

Sancti Spíritus

Ciego de Avila.

Camagüey

- Servicio en Santiago de Cuba, adjunto al Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "Saturnino Lora".

Las Tunas

Holguín

Granma

Santiago de Cuba

Guantánamo

#### De la información estadística:

Cada centro informará mensualmente al Departamento Provincial de Estadística o a su homólogo (MININT, MINFAR.) de las actividades relacionadas, cumpliendo los procedimientos establecidos. Para ello se llenará diariamente una hoja de cargo (Modelo 47-20 para la clínica y Modelo 47-28 para el laboratorio) y al final del mes el resumen mensual, Modelo 241-470 para la clínica y Modelo 47-27 para el laboratorio.

Los Dptos. de Estadísticas de la Provincia deben enviar a la Dirección Nacional de Estadísticas trimestralmente el modelo 241-470 con copia a la Dirección Sectorial de Salud o a su homólogo.

La Dirección Nacional de Estadísticas le enviará a la Dirección Nacional de Estomatología semestralmente la información referente al Programa para su evaluación.

Los Jefes de los servicios deberán informar dentro de los primeros cinco días del mes, vía telefónica, los datos referentes al consolidado mensual de:

- Consultas
- Ingresos
- Altas, al Centro Coordinador Nacional.

## **ACTIVIDADES:**

**Objetivo No.1.** Organizar los servicios para garantizar la atención de la población.

1- Coordinar y concertar con los médicos de familia y de otras especialidades, así como con los estomatólogos generales y especialistas, las acciones a realizar sobre los pacientes que requieran los tratamientos que ofrece la red de servicios para su remisión y posterior seguimiento.

2- Organizar los servicios territoriales que integran la red para garantizar la cobertura al 100% de la población que requiera este tipo de atención, posibilitando la calidad del proceso y la satisfacción de la población y los prestadores.

3- Realizar encuesta nacional para determinar las necesidades de Prótesis Buco Maxilo Facial, y conocer así el universo de trabajo, trazando las estrategias y planificando los recursos humanos y materiales necesarios.

4- Remitir al servicio de la red correspondiente, a la totalidad de la población que en el examen clínico se le detecte alguna lesión tributaria de este tratamiento, según la metodología establecida para la referencia.

5- Dispensarizar y dar seguimiento por el estomatólogo y el médico de familia, a todos los pacientes que lo requieran hasta su total recuperación.

6- Brindar atención estomatológica general de manera priorizada a todo paciente que vaya a recibir tratamiento en los servicios de la red, antes de su remisión a los mismos.

7- Realizar las anotaciones diagnósticas y otras en los documentos de registro establecidos, con vistas a su procesamiento a través del Sistema Nacional de Información Estadística del Programa.

8- Cumplir las regulaciones que se establecen para estos centros (ver anexos)

9- Realizar reuniones con la periodicidad que se plantea para el control de organización y funcionamiento del Programa en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud

**Objetivo No.2.** Desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades en este grupo de población.

1- Brindar educación para la salud de forma individual a las personas, durante cada una de sus visitas a los servicios que integran la red.

2- Brindar educación para la salud por los estomatólogos y médicos de familia, a los pacientes y sus familias en los hogares durante el seguimiento, de acuerdo a las características de los individuos, la familia y su entorno.

3- Desarrollar acciones en las Consejerías de Salud Bucal dirigidas a este grupo de pacientes, cuando ello procediera.

4- Utilizar las técnicas afectivo participativas, la creatividad y otros medios de educación, comunicación e información, en el proceso de promoción de salud

5- Trabajar sobre los factores de riesgo identificados tanto en los individuos, como en la familia y su entorno.

6- Clasificar las personas en riesgo de acuerdo a la tabla de riesgo que se anexa al programa.

7- Realizar diagnóstico y control de placa dento - bacteriana al 100% de la población que asiste a estos servicios.

8- Desarrollar actividades de prevención de hábitos deformantes, higiénicos y nutricionales incorrectos en estos pacientes, tanto en los servicios de la red como en otros servicios estomatológicos y de salud.

9- Detectar tempranamente las necesidades de rehabilitación de la cara y prótesis buco maxilo facial y establecer la coordinación correspondiente para su tratamiento en la red.

10- Ejecutar con la calidad requerida el examen del aparato masticatorio, para la detección de las lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas, a toda persona que acuda a recibir atención en la red.

11- Enseñar a la población adulta el método del autoexamen bucal para la detección de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas del complejo bucal y otras afecciones estomatológicas, teniendo en cuenta lo establecido en el SubPrograma de Detección Precoz del Cáncer Bucal.

Objetivo No. 3 Ofrecer tratamiento multidisciplinario en la rehabilitación Buco Máxilo Facial de todo paciente que lo requiera.

**1- Aplicar la Resolución 232 que permita la continuidad de la atención del paciente hasta su total curación y rehabilitación.**

2- Aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y el Manual de Procedimientos establecido en la unidad para garantizar la atención curativa al paciente.

3- Ejecución de interconsultas con especialistas médicos y estomatólogos que posibiliten un mejor proceso de atención al paciente, cuando este lo requiera.

4- Mantener una actitud conservadora, analizándose las indicaciones de extracciones dentarias.

5- Realizar rehabilitación periodontal y protésica a los pacientes que lo requieran.

6- Realizar actividades de rehabilitación a pacientes con disfunción de la articulación temporo-mandibular.

7- Realizar rehabilitación ortodóncica, cuando ello fuese necesario.

8- Realizar actividades de rehabilitación mediante cirugía ortognática a pacientes tributarios de tratamiento quirúrgico.

9- Garantizar el seguimiento y control de pacientes que recibieron tratamiento de rehabilitación, según las indicaciones del especialista.

10- Participar en la rehabilitación psíquica del paciente tratado durante su etapa de adaptación.

**Objetivo No.4.** Garantizar la calidad de la atención integral que se brinda en los servicios que integran la red.

1- Aplicar lo establecido en el Programa de Calidad, en las Guías Prácticas y en los Manuales de Procedimientos.

2- Evaluar los resultados del trabajo mediante:

- incremento del nivel de servicios prestados y cobertura alcanzada
- mayor grado de satisfacción de la población y los prestadores.

3- Desarrollar de manera sistemática la interconsulta con los especialistas que se requieran, cumplimentando todos los aspectos establecidos para esta actividad.

4- Establecer como procedimiento habitual en todos los servicios, docentes y no docentes, la discusión de casos y pases de visitas periódicas por parte de equipos multidisciplinario.

5- Garantizar el correcto funcionamiento del Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE)

6- Garantizar el cumplimiento de los principios bioéticos por parte de todo el personal que labora en los servicios que integran la red.

7- Adoptar las medidas requeridas para alcanzar una real disminución del costo en la prestación de los servicios, garantizando su más alta calidad.

8- Evaluar periódicamente el grado de satisfacción de la población con los servicios recibidos, utilizando para ello todos los mecanismos y vías posibles (encuestas, entrevistas, opinión del pueblo, entre otros).

**Objetivo No. 5** Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el programa.

1- Organizar periódicamente conferencias, seminarios, talleres, cursos y entrenamientos, entre otros, sobre aspectos específicos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de entidades de interés, en los servicios de la red.

2- Realizar mensualmente reuniones científicas clínico radiológicas, patológicas y epidemiológicas con participación de todo el personal profesional y técnico de la institución.

3- Coordinar cursos de postgrado para los especialistas en las instituciones de mayor desarrollo docente e investigativo del país que integran la red.

4- Actualizar y superar a los técnicos de atención estomatológica, prótesis y ortodoncia que trabajan en la red.

5- Participar y organizar eventos nacionales e internacionales relacionados con la prótesis buco maxilo facial.

6- Invitar a personalidades científicas nacionales y extranjeras destacadas en aspectos de interés para el desarrollo de la actividad, a impartir conferencias y cursos, lo que propiciará la actualización científico - técnica de los profesionales y técnicos que trabajan en la red y en el resto del sistema nacional de salud.

**Objetivo No. 6** Desarrollar investigaciones que respondan a problemas principales de la Prótesis Buco Maxilo Facial.

- 1- Evaluar e introducir nuevas técnicas y procedimientos relacionados con la actividad.
- 2- Realizar investigaciones que propicien la disminución de la morbilidad de las enfermedades cuyas secuelas conllevan la necesidad de la Rehabilitación Buco Maxilo Facial.
- 3- Desarrollar nacionalmente nuevos materiales y medicamentos utilizados en los servicios que integran la red, que posibiliten la sustitución de importaciones y al propio tiempo, puedan significar, en algunos casos, la introducción de nuevas técnicas o métodos de tratamiento, tanto en la esfera preventiva, como en la curativa.
- 4- Realizar ensayos clínicos de equipos, instrumental, medicamentos y materiales, orientados por las autoridades correspondientes, a fin de validar su efectividad.
- 5- Realizar estudios epidemiológicos, con énfasis en los aspectos orientados por la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a tipos de afección y grupos de población.

## **CONTROL Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**

El éxito del programa consiste en alcanzar el 100% de los objetivos propuestos, lo cual será controlado y evaluado por los especialistas e integrantes de la Dirección Nacional y Departamentos Provinciales y las Comisiones a los diferentes niveles con la periodicidad que más adelante se enuncia.

*UNIDAD EMISORA:* Las Direcciones de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, supervisarán el comportamiento del programa, de forma permanente en lo que respecta a la adecuada referencia y seguimiento de los pacientes que lo requieran, mensualmente.

*SERVICIOS TERRITORIALES:* Las Direcciones de estas instituciones evaluarán el cumplimiento de lo establecido en el Programa así como controlarán su ejecución y relaciones con el resto del sistema, mensualmente.

*MUNICIPIO:* Las Direcciones Municipales de Salud, a través de la persona designada como Responsable del Programa en el territorio, supervisarán la ejecución del programa en las instituciones en lo que corresponde a la referencia y seguimiento de los pacientes, bimestralmente.

*PROVINCIA:* Las Direcciones Provinciales de Salud, a través de las Comisiones Provinciales realizarán una reunión de evaluación del Programa en su territorio trimestralmente, convocando a los Responsables Municipales semestralmente a estas reuniones. Aquellas provincias que tienen ubicado en su territorio centros de la red, convocarán la presencia de los responsables de las Comisiones de las Provincias vinculadas a sus centros, con carácter trimestral para analizar el cumplimiento de la programación de turnos, la calidad de la referencia y la contrareferencia y la satisfacción de la población, entre otros aspectos organizativos y de la atención.

*NACIÓN:* La Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública realizará anualmente el control del comportamiento del programa en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a través de visitas de inspecciones y supervisiones. La Comisión Nacional se reunirá semestralmente para evaluar el cumplimiento del Programa en la red, así como realizará visitas de supervisión a los servicios territoriales.

Anualmente se realizarán evaluaciones finales a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, tomando en cuenta las metas y objetivos propuestos, lo cual permitirá realizar los ajustes correspondientes para la siguiente etapa.

Las evaluaciones se efectuarán a través de los informes estadísticos de las actividades realizadas, los resultados de la aplicación de los Programas de Calidad, así como por las consideraciones de las visitas recibidas en el período y otras evaluaciones sectoriales y extrasectoriales.

Las evaluaciones pueden ser Internas y Externas, entendiéndose por esta última aquella realizada por personal ajeno a la unidad objeto de evaluación; Retrospectivas (análisis del proceso después de ocurrido) y Concurrentes (análisis del proceso en el momento que está ocurriendo). Los métodos utilizados para la realización de la evaluación son diversos y entre ellos se encuentra la observación, el análisis, la entrevista, la comparación, la revisión documental, la discusión.

## **ANEXO No. 1: CONTROL SEMÁNTICO**

- Conceptos

- CONSULTAS: Pacientes vistos en cada visita.
- INGRESOS: Pacientes que comienzan el tratamiento.
- TRATAMIENTOS CONCLUIDOS: Pacientes dados de alta.
- Etiología de la lesión
  - CONGÉNITOS: Que nace con la lesión.
  - TRAUMÁTICOS: Provocados por accidentes.
  - ONCOLÓGICOS: Producto de una lesión tumoral.
  - OTRAS: Producto de patologías que no sean de origen tumoral (retinopatía diabética, etc.)
- Localización del defecto
  - OCULAR: Pérdida del globo ocular unilateral o bilateral.
  - OCULO-PARPEBRAL: Pérdida del globo ocular y los tejidos adyacentes.
  - AURICULAR: Pérdida total o parcial del pabellón auricular.
  - NASAL: Pérdida total o parcial del apéndice nasal.
  - CRANEAL: Pérdida total o parcial de uno o varios huesos del cráneo.
  - MANDIBULAR: Pérdida parcial o total de la mandíbula.
  - MAXILAR: Pérdida parcial o total del maxilar.
- Tipo de tratamiento
  - CON IMPLANTES: Medio de fijación o anclaje adicional.
  - SIN IMPLANTES: No lleva medio de fijación o anclaje adicional.
- Actividades de laboratorio
  - TIPO DE APARATO:
    - OCULAR: Sustituye el globo ocular.
    - OCULO-PARPEBRAL: Orbita.
    - AURICULAR: Pabellón auricular.
    - NASAL: Apéndice nasal.
    - CRANEAL: Alguno de los huesos del cráneo.
    - MANDIBULAR: Mandíbula.
    - MAXILAR: Maxilar.
    - OBTURADOR: Placa acrílica que cierra una cavidad.
    - APARATO DE RADIOTERAPIA: Aparatología portadora de fuentes lineales radiactivas.
- Paciente inasistente a Consulta: **Aquel que demora mas de 30 días sin asistir a consulta.**

## **ANEXO No. 2: FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES DE LA COMISIÓN Y DE LOS CENTROS**

### JEFE DEL PROGRAMA NACIONAL DE REHABILITACIÓN DE LA CARA Y PRÓTESIS BUCO MAXILO FACIAL:

- Cumplir y hacer cumplir las actividades relacionadas con la atención multidisciplinaria de la Red Asistencial Nacional.
- Responsable del desarrollo de la docencia y las investigaciones que se realicen.
- Cumplir y hacer cumplir el Programa Nacional; las indicaciones de los Organismos Superiores y demás disposiciones dictadas por las autoridades competentes.
- Es el responsable de la seguridad y compartimentación de la información que emane de la actividad.
- Controla la adecuada vigilancia de los recursos materiales que se le asignen para el trabajo, garantizando el ahorro, control, conservación y mantenimiento de los mismos.
- Cumple y hace cumplir una correcta política de atención y estímulos a los trabajadores que sean acreedores de ello.
- Es el representante legal de la Red Asistencial Nacional y respalda con su firma toda la documentación oficial de ese nivel.
- Propone: nombrar, promover de cargo, demover o sancionar; al personal bajo su jurisdicción dentro de los límites de su competencia, según lo dispuesto en la legislación laboral vigente.



- Evalúa sistemáticamente a los jefes y servicios que se le subordinan.
- Convoca y preside las reuniones nacionales de carácter administrativo y científico-técnico.
- Establece y avala las relaciones del nivel nacional de coordinación y cooperación con los hospitales, centros científicos y otras instituciones que sean necesarias.
- Aprueba acuerdos, convenios o contratos con entidades nacionales y extranjeras relacionadas con la Red Asistencial Nacional.
- Constituye comisiones permanentes o temporales, así como grupos o equipos de trabajo, cuando el momento lo requiera.
- Designará cuando sea necesario, de forma temporal al Secretario del Programa Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis BMF para que lo sustituya en sus funciones.
- Rinde cuentas de su gestión a las instancias superiores y mantiene informado a sus subordinados de todo lo que a ellos le compete.

#### SECRETARIO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE LA CARA Y PRÓTESIS BUCO MAXILO FACIAL:

- Se responsabilizará con la documentación de la Comisión y del Programa Nacional.
- Se responsabilizará con las tareas que se le asignen por el Jefe del Programa Nacional y el Presidente de la Comisión Nacional.
- Sustituirá en sus funciones, en su ausencia al Jefe del Programa Nacional y Presidente de la Comisión Nacional previa designación de éste.

#### DE LOS JEFES DE SERVICIOS TERRITORIALES:

Cada servicio territorial contará con un Director, el que tendrá funciones homólogas al Jefe del Programa Nacional, adecuadas a su territorio, siendo responsable de todo lo relacionado con las actividades que de ello se deriven.

El Centro Coordinador Nacional de la Red, radicará en el servicio en que se ubique el Jefe de la Comisión Nacional y tendrá las funciones que se le asignen al mismo.

### **ANEXO No. 3: CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS SEGÚN TIPOS**

#### Tipo I:

- Funciona como Centro Coordinador Nacional de la Red Asistencial.
- Brinda atención a las provincias a él asignadas, así como a pacientes remitidos de otros centros de la red y que por su complejidad requieran recibir tratamiento más calificado.
- Forma personal profesional y técnico nacional e internacional, en el área del postgrado.
- Introduce las nuevas tecnologías y técnicas de avanzada.
- Brinda atención especializada a pacientes extranjeros.

#### Tipo II:

- Brinda atención a pacientes pertenecientes a las provincias a él asignadas, así como a pacientes remitidos de otros centros de la red y que por su complejidad requieran recibir tratamiento más calificado.
- Realiza actividades docentes con alumnos de pre-grado y post-grado; así como colabora en la formación del personal profesional y técnico nacional e internacional.
- Brinda atención especializada a pacientes extranjeros.

#### Tipo III:

- Brinda atención a pacientes pertenecientes a las provincias a él asignadas.
- Realiza funciones encaminadas a la actualización del personal profesional y técnico que labora en su institución y en otras unidades del territorio.

#### **ANEXO No. 4: REGULACIONES A CUMPLIR EN LOS SERVICIOS DE LA RED DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN**

1. Los pacientes cubanos residentes en el territorio nacional tienen derecho a recibir de forma gratuita atención en los servicios pertenecientes a la Red Asistencial Nacional.
2. Para la atención a los pacientes extranjeros que demanden este servicio, se cumplirá todo lo establecido en las regulaciones emitidas al respecto, y previa coordinación con las Gerencias creadas a su efecto debiendo cotizar en MONEDA CONVERTIBLE según las formas de pago y el precio conveniado previamente, ajustándose ambas partes a las disposiciones jurídicas establecidas en el país.
3. Los pacientes recibirán atención en todos los servicios de la Red Asistencial Nacional, pudiendo ser remitidos de uno a otro cuando fuese necesario para su tratamiento previa coordinación con el servicio receptor.
4. Los servicios integrantes de la red serán utilizados SOLAMENTE PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES TRIBUTARIOS DEL NIVEL DE ATENCIÓN QUE CORRESPONDE A ESTE TIPO DE ACTIVIDAD, quedando prohibido la atención de otro tipo de paciente en la institución.

## **ANEXO 19: Sistema Incremental de Atención al menor de 19 años.**

Resulta imprescindible el conocimiento anualmente de la composición poblacional, tanto urbana como rural, según grupos de edades en cada área de salud, así como la matrícula por grado de cada institución del MINED.

Una vez que se ha realizado el análisis de la situación de salud de cada institución, de conjunto con el EBS, y se han determinado los recursos humanos y materiales disponibles incluida la capacidad de los servicios, cada unidad municipio y provincia, establecerá las estrategias de conjunto con el Sector Educación que posibiliten una cobertura para la atención integral de los educandos y sus profesores.

Como los recursos en algunas áreas de salud son insuficientes para la atención curativa del total de la población infantil afectada, se hace necesario la realización de un sistema incremental que permita, año tras año, al ir reduciéndose la prevalencia de caries y otras enfermedades bucodentales, abarcar progresivamente una mayor cantidad de niños y adolescentes, hasta llegar a tener controlada la totalidad de la población infantil.

La variante que se empleará para cumplimentar el tratamiento estomatológico curativo comienza por la priorización de los niños de instituciones infantiles y de los pre-escolares de todas las escuelas, lo cual propicia que los niños puedan recibir el tratamiento en los estadios iniciales de las enfermedades bucales. Al recibir todos los tratamientos el total de niños del primer grado escolar y una vez concluido el tratamiento de éstos, se avanza en el sistema incremental hacia los niños afectados del 2do grado escolar hasta cumplimentar los tratamientos a los mismos.

En cada año del sistema incremental se atenderán prioritariamente los niños hipercariados, los cuales deben ser controlados semestralmente.

Al año próximo (2do del sistema incremental) se comenzará de nuevo por los niños de instituciones infantiles y pre-escolares.

Al terminar la atención curativa a los mismos se procede a la atención de los niños de primer grado de todas las escuelas, los cuales recibieron atención curativa el año anterior y que al no tener grandes necesidades acumuladas, van a requerir por tanto mucho menos tiempo (fase de mantenimiento). Al terminar el primer grado se prosigue horizontalmente hacia el segundo grado escolar, que también fue atendido el año anterior y que por tanto, no requiere muchos recursos ni tiempo para recibir la atención curativa de los afectados y así sucesivamente se abarcará hasta el tercer grado escolar en la fase de mantenimiento y además se atenderán los niños hipercariados, y así sucesivamente hasta completar todos los niveles de enseñanza.

En aquellas unidades asistenciales en que por su alto grado de desarrollo hayan alcanzado la total cobertura de la atención a escolares, puede procederse a la alternativa de atención por escuelas. (Sistema Vertical).

Este sistema incremental de atención curativa a los niños afectados no excluye la atención preventiva y educativa que al propio tiempo, hay que desarrollar cada año con los niños sanos y sanos con riesgo (habitualmente denominados primariamente sano y N.N.T.).

**ANEXO 20: Acciones a desarrollar con los grupos de población que se priorizan** cuando la relación estomatólogo / consultorio es mayor de 2, ya que cuando es menor la relación, toda la población es priorizada.

Grupos priorizados

- ✓ Población menor de 19 años
- ✓ Embarazadas
- ✓ Madres con hijos menores de 1 año
- ✓ Personas con discapacidad física y mental (impedidos físicos y retrasados mentales)
- ✓ Personas con lesiones premalignas o malignas
- ✓ Población Adulta Mayor (60 y más años de edad)
- ✓ Niños y adolescentes identificados con riesgos
- ✓ Nuevos soldados
- ✓ Personas con enfermedades crónicas notificadas por el médico de familia o identificada al momento del interrogatorio

Acciones:

1. Realizar acciones de promoción de salud con estos grupos, apoyándose en el EBS, los miembros de la comunidad, educación, cultura y otros sectores del territorio.
2. Realizar acciones de prevención apoyándose en el EBS, los miembros de la comunidad, educación y otros sectores.
3. Realizar anualmente el examen bucal y tratamiento hasta su conclusión, a las personas de estos grupos, incrementando de año en año la cobertura.
4. Dar seguimiento (dispensarizar) a estos grupos de conjunto con el Médico de Familia, de acuerdo a lo establecido en la Carpeta Metodológica y Guías Prácticas Clínicas.
5. Interconsultar, cuando fuese necesario, con los especialistas estomatológicos y médicos para determinar la conducta a seguir en la atención de estos pacientes.
6. Hacer coordinaciones con el MINFAR para la atención de los nuevos soldados.
7. Coordinar y concertar con las instituciones de salud escolar la atención priorizada de los alumnos y profesores.

## **ANEXO 21: ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y MENTAL.**

El objetivo de la atención estomatológica a este grupo de población está dirigido a elevar el nivel de su salud bucal, promoviendo salud y previniendo las enfermedades bucodentales, así como garantizando su curación y total recuperación. Para ello se requiere que los estomatólogos formen parte activa del equipo multidisciplinario que brinda atención a estas personas en cada área de salud, institución educativa o de salud pública, o en los servicios creados para su atención en hospitales.

Se hace también necesaria la vinculación con la comunidad y las diferentes organizaciones sociales que agrupan a las personas discapacitadas para garantizar su atención y satisfacción, aprovechando sus espacios y actividades para las acciones educativas y preventivas y concertar la atención curativa y rehabilitadora.

### Atención a pacientes con retraso mental:

El tratamiento de las lesiones bucodentales a los pacientes con retraso mental, resulta muy difícil de realizar habida cuenta de la complejidad de su atención. En su gran mayoría, son pacientes afectados severamente, con trastornos de la función motora, debilidad muscular, espasticidad o flacidez, escasa coordinación vasomotora, temblores o rigidez y algunos con afectación de los músculos masticadores y del cuello.

Las alteraciones bucales más frecuentes en los impedidos físicos y mentales son las siguientes:

- ◇ Caries Dental
- ◇ Malformaciones de dientes y maxilares
- ◇ Arcos dentales angostos, largos, con paladares profundos en los pacientes con parálisis cerebral, sobre todo en los atetósicos.
- ◇ Maloclusión grave, con agenesia y macroglosia, fundamentalmente en enfermos con Síndrome de Down.
- ◇ Complicaciones en la deglución y el habla.
- ◇ Dientes y huesos hipocalcificados.
- ◇ Encías hiperplásicas e inflamadas, sobre todo en los respiradores bucales y epilépticos.
- ◇ Encías hiperplásicas en los pacientes con tratamiento con Definilhidantoína.
- ◇ Bruxismo.
- ◇ Cálculo supra y subgingival
- ◇ Parodontopatías severas.
- ◇ Terceros molares retenidos y semiretenidos.
- ◇ Infecciones micóticas.
- ◇ Sepsis oral generalizada
- ◇ Quistes periodontales.

Según la clasificación cubana, los niveles de retraso son los siguientes:

- Retraso mental fronterizo - CI (68-83)
- Retraso mental ligero - CI (52-67)
- Retraso mental moderado - CI (36-51)
- Retraso mental severo - CI (20-35)
- Retraso mental profundo - CI (por debajo de 20)

El tratamiento convencional se brinda en las clínicas y servicios estomatológicos de las áreas de salud a los pacientes con retraso mental que cooperen en la atención y que clasifiquen en los grupos de fronterizo, ligero y moderado.

El tratamiento estomatológico no convencional, realizado bajo anestesia general, se brindará en los servicios hospitalarios creados para esta atención y se aplicará a los pacientes con retraso mental severo y profundo, y aquellos de otras categorías que no cooperen. Este método permite la utilización de técnicas adecuadas, capaces de brindar una atención con calidad a estos pacientes.

Para la atención estomatológica no convencional a los retrasados mentales, se establecen servicios en cada una de los municipios cabeceras de provincias, en hospitales pediátricos, clínico-quirúrgicos y/o generales, programándose semanalmente los turnos quirúrgicos que se consideren necesarios y factibles en cada lugar. Los pacientes deben ser atendidos y estudiados en consulta externa y una vez decidido su ingreso, se regirán por las normas hospitalarias vigentes.

Se realizarán las coordinaciones en el área de salud con médicos de familia, comunidad y otras instituciones, cuando fuese necesario, para garantizar el traslado de los pacientes hacia la institución que le corresponda por la regionalización establecida y dando cumplimiento a la resolución 232 del MINSAP, y se seguirá por el estomatólogo que le corresponda de conjunto con el médico de familia y asistencia social su evolución.

#### Atención a pacientes con discapacidad:

En todos los servicios estomatológicos se trabajará para eliminar las barreras arquitectónicas existentes que dificulten el acceso de los pacientes con discapacidad física a recibir la atención. Cuando ello no fuese posible se coordinará la atención por su estomatólogo en otro espacio de la institución, en alguna unidad cercana, o en su propio hogar.

Los pacientes que pertenezcan a instituciones educativas o de salud, siempre que sea posible, se atenderán en su propia institución con unidades móviles, previa coordinación entre las direcciones de ambas entidades, o en su defecto en los servicios estomatológicos de forma priorizada.

## **ANEXO 22: ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A PACIENTES INGRESADOS POR LARGOS PERÍODOS DE TIEMPO:**

Existen enfermedades sistémicas crónicas que por las características de su evolución o tratamiento condicionan estadías hospitalarias muy prolongadas, como en oncología, cardiología, entre otras, las que además generalmente están asociadas a conductas inadecuadas de higiene bucal, tratamientos agresivos con radiaciones, quimioterapias, medicamentos, que propician un deterioro de la salud bucal.

Estos pacientes en ocasiones no acuden al estomatólogo por estar hospitalizados y son los que más requieren acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para lograr mantener una favorable situación de salud bucal que coadyuve a una mejor calidad de vida y a la recuperación de su salud.

Es por todo ello que se hace necesario la vinculación de los servicios estomatológicos, ubicados en las áreas de salud, con los Hospitales Clínico quirúrgicos, Pediátricos, Generales, e Institutos para identificar este tipo de paciente y coordinar su atención priorizada y sistemática, no solo en lo curativo sino también en lo educativo y preventivo, orientando además su conducta para su dispensarización por el estomatólogo y médico de familia que le corresponde en el lugar de residencia.

### Ingreso en Hogares Maternos:

En este grupo de pacientes también se incluyen las mujeres que son ingresadas en Hogares Maternos, ya sea por el riesgo materno o por constituir un ingreso geográfico, siendo necesario priorizar su atención curativa por el servicio estomatológico del área de salud donde está ubicado el Hogar.

Así mismo se ejecutarán con este grupo de población acciones educativas y preventivas.

## **ANEXO 23: EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS EN ESTOMATOLOGÍA**

Un Equipo Multidisciplinario en Estomatología es aquel en el que diferentes especialidades Estomatológicas, y en ocasiones algunas Médicas, se unen para analizar los síntomas y signos clínicos, los resultados de los medios auxiliares de diagnóstico así como los modelos en yeso de impresiones de la cavidad bucal o la cara, de un paciente en el que no se ha podido establecer un diagnóstico o una vez establecido este es necesario determinar un plan de tratamiento y proceder a su ejecución por todos o algunos de los integrantes del equipo.

### Segundo Nivel de Atención

Los equipos multidisciplinarios se constituirán en el segundo nivel de atención en Clínicas Estomatológicas o Departamentos en Policlínicos u Hospitales que dispongan de al menos dos especialidades. Se constituirán para dar solución a un problema específico o para la atención de algún paciente que lo requiera. Los integrantes pueden ser de Periodoncia, Prótesis, Ortodoncia, Cirugía Maxilo Facial, Estomatólogo General Integral o Estomatólogo General Básico del nivel primario, Médicos de Familia y Otras especialidades médicas o de otro perfil

### Tercer Nivel de Atención

Se constituirán en los Hospitales Clínico Quirúrgicos, Generales y Pediátricos, Provinciales y Nacionales; Instituto de Oncología, Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco Maxilo Facial y Facultades de Estomatología y Clínicas Docentes, y deberán ser acreditados para ello.

Los equipos se clasifican en:

- Equipo Multidisciplinario de Cirugía Maxilo Facial.
- Equipo Multidisciplinario de Cirugía Maxilo Facial Pediatría.
- Equipo Multidisciplinario de Cirugía Ortognática.
- Equipo Multidisciplinario de Cirugía Craneo Facial.
- Equipo Multidisciplinario de Disfunciones de la Oclusión y la ATM.
- Equipo Multidisciplinario Para La Rehabilitación De La Cara Y Prótesis Buco Maxilo Facial.

### **INTEGRANTES:**

Cirujano Maxilo Facial

Ortodoncista

Protesista

Periodoncista

Pediatra

Clínicos

Neurocirujanos

Psicólogo

Logofoniatra:

Técnica Atención Estomatológica:

El equipo multidisciplinario mantendrá relaciones estrechas con otras especialidades médicas como Otorrinolaringología, Oftalmología, Oncología, Genética Médica, Anestesiología, las que integrarán el equipo siempre que se requiera.

### **CONSULTA MULTIDISCIPLINARIA**

La consulta multidisciplinaria consta de varias etapas:

Primera: es aquella en la cual el jefe del equipo multidisciplinario presenta el paciente al resto del grupo, los que le interrogarán y examinarán

Segunda: sin la presencia del paciente se analizan y discuten los resultados del interrogatorio, examen físico y resultados de los medios diagnósticos por parte del equipo multidisciplinario para emitir un diagnóstico o corroborarlo y definir la conducta a seguir y el plan de tratamiento, todo lo cual el grupo deberá aprobar y cumplir. Se levantará un acta de esta discusión que se adjuntará a la Historia Clínica del paciente, independientemente de las anotaciones que se realicen en la misma según lo establecido.

Tercera: se le orienta al paciente y sus familiares acompañantes con relación a la discusión realizada, informándole el diagnóstico y el tratamiento indicado a seguir, para lo cual se les solicita el consentimiento del plan de tratamiento propuesto por escrito. Se adjuntará a la Historia Clínica el consentimiento firmado por el paciente o su familiar autorizado.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud: Carpeta Metodológica. Movimiento "Municipios por la Salud". MINSAP. Ciudad de la Habana, 1996.
- Chen, M. ; Andersen, R.M y Cols, Comparing Oral Health Care Systems. WHO. Ginebra, 1997.
- Colimon K – M, Fundamentos de Epidemiología Ediciones Díaz de Santos, S.A. España, 1990.
- Documentos de Trabajo OPS / OMS. Años 1994 – 1998.
- Fisher, R; Vry, W; Patton, B: "Como Negociar sin Ceder". Grupo Editorial Norma. Colombia, 1997.
- Greene, W.H; Simons – Morton, B.G: Educación para la Salud. Editorial Interamericana. México, 1988.
- Hernández, R. ; Fernández, C. ; Baptista, P: Metodología de la Investigación. Editorial Mc GRAW, México 1994.
- Mena, A. ; Riviera, L: Epidemiología Bucal (Conceptos Básicos). OFEDO – UDUAL. Caracas, Venezuela, 1991.
- OMS: Encuestas de Salud Bucal Dental. Métodos Básicos. Cuarta Edición. Ginebra, 1997.
- OPS /OMS: Análisis de Costos, Demandas y Planificación de Servicios de Salud. Una Antología Seleccionada. HSD / SILOS – 11 – Washington, D.C. Estados Unidos, 1990.
- OPS / OMS: Clasificación Internacional de Enfermedades aplicadas a Odontología y Estomatología. Tercera Edición. Washington, D.C. Estados Unidos, 1996.
- OPS / OMS: Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud. Serie PALTEX No. 18. Washington, D.C. Estados Unidos, 1990.
- OPS / OMS: La Administración Estratégica. Washington D.C, 1992.
- OPS / OMS: La Formación en Epidemiología para el Desarrollo de los Servicios de Salud. Publicación No. 88. 1988.
- OPS / OMS: La Formación en Epidemiología para el Desarrollo de los Servicios de Salud. Publicación No. 88. 1988.
- OPS / OMS: Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias. Publicación Científica No. 519. Washington, D.C. Estados Unidos, 1990.
- OPS / OMS: Participación de la Comunidad en la Salud y en el Desarrollo de las Américas. Publicación Científica No. 473. Washington, D.C, 1984.
- OPS / OMS: Participación Social. HSD / SILOS – 3. Washington, D.C, 1990.
- Pineault, R. ; Pareluy, C: La Planificación Sanitaria, Conceptos, Métodos, Estrategias. Editorial Masson. S.A. , Barcelona, España, 1987.
- Sosa, M. ; Mojáiber, A: Municipios por la Salud. Estrategia Estomatología. MINSAP. Cuba, 1998.
- Weintraub, J. A. ; Douglas, C.W; Gillins, D.B. : Bioestadística en salud Bucal Dental. Organización Panamericana de la Salud. 1989.