

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SALUD ORAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: PROPUESTA DE PROGRAMA BAJO EL MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO A LA SALUD. GUATEMALA 2017.

TESIS DE POSGRADO

CARLOS RODOLFO SOTO FIALLOS

CARNET 24711-14

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, FEBRERO DE 2018

CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SALUD ORAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: PROPUESTA DE PROGRAMA BAJO EL MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO A LA SALUD. GUATEMALA 2017.

TESIS DE POSGRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR

CARLOS RODOLFO SOTO FIALLOS

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, FEBRERO DE 2018

CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. LUIS PABLO MÉNDEZ ALBUREZ

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO

MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO

MGTR. LEONEL ADOLFO ROLDÁN GIRÓN

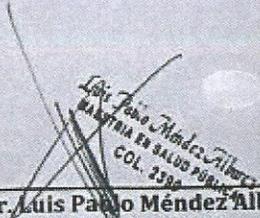
Guatemala, 31 de Octubre de 2017

Dr. Daniel Frade Pegazzano
Director de Postgrados
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Yo, **LUIS PABLO MÉNDEZ ALBUREZ**, Cirujano Dentista, con Maestría en Salud Pública, colegiado No. 2,390, asesor del estudiante **CARLOS RODOLFO SOTO FIALLOS**, carné No. 2471114, cuya tesis se titula: "**SALUD ORAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: PROPUESTA DE PROGRAMA BAJO EL MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO A LA SALUD, GUATEMALA, 2017**". Hago de su conocimiento que he revisado y aprobado el informe final, y recomiendo continuar con los pasos determinados para solicitar la aprobación de parte de la Comisión de Tesis.

Sin otro particular

Atentamente,


MSP Dr. Luis Pablo Méndez Alburez
Colegiado No. 2,390



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado del estudiante CARLOS RODOLFO SOTO FIALLOS, Carnet 24711-14 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09100-2018 de fecha 12 de enero de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

SALUD ORAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: PROPUESTA DE PROGRAMA BAJO EL MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO A LA SALUD. GUATEMALA 2017.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 23 días del mes de febrero del año 2018.


LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar



RESUMEN

Los modelos de atención odontológica en salud pública, corresponden a la forma de organización que nos permiten desarrollar los procesos de atención en salud oral. El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo proponer un programa de acciones e intervenciones de prevención, promoción y educación en odontología, y que el mismo, sea aplicable como parte del fortalecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala. El diseño de la investigación es de tipo cualitativo, en el cuál se realizó un estudio de caso. Dentro del marco metodológico, en la primera fase de la investigación, se realizó una consulta inicial a expertos en salud oral dentro del primer nivel, a través de un cuestionario, que se llevó a cabo de manera anónima con el fin de obtener información, recomendaciones y opiniones sobre las acciones de salud oral existentes; dentro de los hallazgos, se obtuvo información expresada en una matriz que constituye las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que representa los mecanismos de abordaje de atención a la salud, del sistema de salud pública en Colombia; asimismo, se incorporaron datos, de otros países como Costa Rica y México; también se trasladó la información concerniente a las Normas de Atención, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, ya que a través de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), se instruyó hacer una revisión, tomando como punto de partida, lo que se hace actualmente, en materia de salud oral, en todos los grupos etarios en Guatemala. Durante la segunda fase de la investigación, el trabajo de campo, se realizó en un Distrito Municipal de Salud, y mediante la observación, entrevistas y documentación se identificaron los espacios dentro de los programas a nivel individual, familiar y comunitario, en donde pueden ser implementadas dichas acciones e intervenciones en salud oral. Posteriormente se procedió a diseñar la propuesta de programa de salud oral para el primer nivel de atención, bajo el marco conceptual del derecho a la salud. Por último se indican las conclusiones y recomendaciones generales.

Palabras clave: Propuesta, programa, prevención, promoción, educación, odontología sanitaria.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. MARCO TEÓRICO	4
1. DERECHO A LA SALUD	4
A. MARCO JURÍDICO Y LEGAL	5
B. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	5
C. DERECHO A LA SALUD Y SU MARCO CONCEPTUAL	7
2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO EN GUATEMALA	9
A. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS	9
B. RED DE SERVICIOS	10
3. MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD EN GUATEMALA	13
A. MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO (MMH)	13
B. MODELO MÉDICO ALTERNATIVO SUBORDINADO (MMAS)	14
C. MODELO DE AUTOATENCIÓN	15
D. MODELO INCLUYENTE EN SALUD (MIS)	15
4. ODONTOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	17
A. CARIES DENTAL	17
B. ENFERMEDAD PERIODONTAL	18
C. OTRAS ENFERMEDADES BUCALES FRECUENTES	19
D. MÉTODOS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	21
IV. ANTECEDENTES	32
V. JUSTIFICACIÓN	35
VI. OBJETIVOS	36
VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
VIII. METODOLOGÍA	38
IX. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	41
X. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	42
XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
XII. CONCLUSIONES	67
XIII. RECOMENDACIONES	68
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70
XV. LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	76
XVI. ANEXOS	78

I. INTRODUCCIÓN

En Guatemala, debido a sus características geográficas, económicas, sociales y culturales, se presentan poblaciones aisladas y de gran vulnerabilidad, que no tienen un acceso adecuado a los servicios de salud, y en nuestro caso hacemos mención de que la atención odontológica es una debilidad de éste y de muchos sistemas de salud en el mundo, en el ámbito público.

La salud bucal en el país representa en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública, debido a que este componente registra una elevada prevalencia de patologías bucales en la población entre 90 y 95%, y afecta a todas las etapas de vida, particularmente a los niños y población en riesgo, requiriendo estrategias para atender estas patologías.

La ausencia histórica de directrices a nivel local en materia de salud bucal, determinó con el paso del tiempo, la instauración de un programa de atención poco resolutivo, con escasa oferta de servicios, por lo que, siempre se ha visto limitada a la respuesta reactiva frente a la demanda espontánea de atención; no obstante, a raíz de la existencia de experiencias o intentos aislados tendientes a revertir tal situación, hace que el sistema de salud en Guatemala, tenga que concebir un nuevo programa de atención odontológica que pase por adoptar la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Ante la imposibilidad y enfoque inadecuado de enfrentar todas las necesidades odontológicas de la población a través de actividades curativas y clínico asistenciales, es necesario establecer programas preventivos de atención buco – dental para toda la población guatemalteca.

Dentro de la propuesta de programa de salud oral, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, se debe aplicar de manera efectiva una estrategia de Atención Primaria en Salud, lo que implica poner

en el centro de todo el sistema, las necesidades y los derechos de los ciudadanos, a través de la promoción y educación de la salud, prevención de la enfermedad y el tratamiento oportuno y adecuado.

Como reto importante, siempre se tendrá el financiamiento de los servicios de salud en odontología, ya que conllevan una serie de insumos y equipo altamente costoso ante el poco incremento anual del presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Guatemala, el programa público de atención odontológica, se ha caracterizado por ser un programa institucionalmente orientado a proporcionar atención individual y biológica, de manera inequitativa e ineficiente.

El principal énfasis de los establecimientos públicos proveedores de servicios de atención en salud buco – dental de Guatemala, es predominantemente orientado hacia un enfoque curativo, inducido por la enorme cantidad de necesidades emergentes, mientras que es mínima la aplicación de un enfoque meramente preventivo.

La premisa de un programa óptimo de atención en salud buco – dental, debe de concebir que, antes que se presente la enfermedad, se deben de implementar acciones de prevención y no exclusivamente intervenciones de curación.

En la actualidad, dentro del sector público, se aplican acciones y medidas de promoción y prevención, a partir del segundo nivel de atención, en el campo de la salud buco – dental (1), aunque éstas acciones y medidas, no son fácilmente reproducibles en el primer nivel de atención, ya que el Programa de Atención Odontológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, no brinda la cobertura necesaria a la población del primer nivel de atención, lo que implica una alta incidencia de problemas odontológicos a más temprana edad y con mayor severidad.

En cuanto al recurso humano, también se reflejan grandes inequidades en la distribución de los odontólogos a nivel nacional; mientras que el Departamento de Guatemala concentra al 78% de odontólogos, el Departamento de El Progreso solo cuenta con el 0.04% (1 profesional de la rama de la odontología), lo que tiene grandes implicaciones en la prestación de servicios de salud buco – dental (2).

III. MARCO TEÓRICO

1. Derecho a la Salud

La salud como derecho humano fundamental, sin distinción de etnia, condición económica o social, religión e ideología política, radica en que ésta no sólo sea percibida por las personas como un servicio sino como un derecho ante el cual existe una obligatoriedad estatal, al igual que con el resto de los derechos económicos, sociales y culturales (3).

El Estado debe garantizar la atención en salud por medio de 4 criterios a saber (4):

- Disponibilidad: Qué existan suficientes bienes, servicios, medicamentos, equipo médico, y programas públicos de salud en todo el país.
- Accesibilidad: Qué los establecimientos, bienes y servicios de salud estén ubicados cerca de las comunidades lo que implica un acceso a los servicios de salud sin discriminación alguna y sin que existan barreras económicas, de información o culturales.
- Aceptabilidad: Tomando en cuenta las necesidades de salud, la atención debe ser efectiva de acuerdo con la cultura, idioma, costumbres y prácticas de las comunidades.
- Calidad: Debe garantizarse los conocimientos y experiencia del personal que ofrece atención en salud, así mismo, el uso de recursos materiales y técnicos necesarios para resolver la problemática de salud.

Al hacer efectivo el derecho a la salud en un primer nivel de atención, se debe considerar la promoción de la organización, el empoderamiento y la participación activa de las comunidades (5).

Es decir que las personas pueden y deben exigir que se les brinde atención en salud, por medio del acceso a todos los bienes y servicios que son esenciales, para poder gozar del nivel más alto posible de salud, y que también, al mismo tiempo, participen en la elaboración de propuestas y toma de decisiones sobre políticas actuales de salud.

a. Marco Jurídico y Legal

Dentro de los distintos ordenamientos jurídicos y legales (Ver anexo No. 1), se proporcionan los elementos esenciales que garantizan el cumplimiento de las acciones para el cuidado de la salud de los guatemaltecos, el cuál tiene como sustento a:

**Cuadro No. 1
Marco Jurídico y Legal**

Constitución Política de la República de Guatemala	En su capítulo II, referente a los Derechos Sociales, en su sección séptima, Salud, Seguridad y Asistencia Social, establece el derecho a la salud.
Código de Salud	Decreto No. 90 – 97. Libro I, Disposiciones Generales, Título Único, Capítulo I, Principios Fundamentales. Libro II, De las Acciones de Salud, Título I, Capítulo II, De los Estilos de Vida Saludables.
Ley de Desarrollo Social y su política.	Decreto Legislativo 42 – 2001.

Fuente: Elaboración propia.

b. Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud (APS), es una estrategia sanitaria de atención integral, orientada a establecer condiciones de materialización del derecho a la salud y reducción de inequidades, puesta al alcance de individuos, familias y comunidades, y que constituye la puerta de entrada y el primer contacto con el sistema de salud. La

APS surge a partir de, 1978, en la conferencia de la OMS – UNICEF de Alma – Ata, en donde se precisó que la Atención Primaria de Salud, debe ser un elemento fundamental de la salud de todos, a través de acciones básicas de salud para toda la población, con plena participación y a un costo asequible y sostenible para el país.

En esta definición está incluida la conceptualización de la APS como el primer nivel de contacto del sistema sanitario, pero además contempla otros elementos esenciales, como su carácter accesible y próximo, su necesaria adaptación a cada entorno o país y el enfoque que a las familias y a la comunidad de la atención de salud, se presta en su seno (6).

También se señala que la Atención Primaria en Salud, puede y debe actuar como puente y enlace entre el sistema sanitario y otros componentes del desarrollo social y económico de la comunidad, abriendo así, la puerta a la imprescindible colaboración intersectorial en el abordaje de las necesidades y problemas sanitarios (6).

Las acciones para alcanzar la atención primaria, son integrales; es decir afectan no sólo a lo curativo, sino, fundamentalmente, a lo preventivo; denominadas prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación), aplicando el concepto integrador de la historia natural de la enfermedad (7).

Para alcanzar salud para todos a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud, es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad; desde el primero, que son los puestos y centros de salud, lo que implica el uso de servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar, hasta los más altos, que son los hospitales especializados (7).

c. Derecho a la salud y su marco conceptual

Para comprender el derecho a la salud, es necesario tomar en cuenta que éste es parte de los derechos humanos, reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, y se caracterizan por lo siguiente (8):

- Están garantizados por normas internacionales y leyes nacionales.
- Están protegidos por la ley.
- Se centran en la dignidad del ser humano.
- Protegen a las personas y a los grupos de personas.
- Tienen carácter vinculante para los Estados y los agentes estatales. Es decir que son obligatorios para los Estados, sus instituciones y trabajadores.
- Son indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí. Tienen la misma importancia para la dignidad humana.
- Generan deberes. Cada persona debe respetar el derecho de las demás.
- Son universales. Son para todas las personas del mundo.

La salud es un derecho humano, dado que: el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (8).

La perspectiva del derecho a la salud, se entiende como el derecho a la atención en salud e implica dos elementos fundamentales: la ciudadanía social y la obligatoriedad del Estado de garantizar el cumplimiento y goce de este derecho (9).

La ciudadanía social, se refiere al papel activo que debe jugar la población en las decisiones sobre políticas de salud y se traduce en la promoción de la organización, el empoderamiento, las capacidades de gestión, auditoría social y la participación activa de las comunidades (9).

Con respecto a que la obligatoriedad del Estado pueda ser garante del derecho a la salud, se requiere de una institucionalidad estatal sólida que asuma la atención de la salud como el cumplimiento efectivo de un derecho de toda la población (9). El

cumplimiento del derecho a la salud está estrechamente vinculado, e incluso, depende del cumplimiento de los demás derechos humanos, tales como la alimentación, vivienda, trabajo, participación, educación, igualdad, acceso a la información, entre otras (8).

El derecho a la salud incluye también factores determinantes de la salud como el acceso al agua segura para consumo humano, condiciones sanitarias adecuadas, suministro de alimentos sanos, condiciones sanas en el trabajo y protección del medio ambiente. Es de esta manera que se garantizan las condiciones sociales que favorecen la salud de la población (8).

El Estado debe asegurar que existe un número suficiente de establecimientos, programas públicos de salud, insumos y suministros, que estén al alcance de toda la población. La atención debe ser efectiva, con pertinencia intercultural, con enfoque de género y orientado al ciclo de vida (8).

Dentro del Modelo Incluyente en Salud (MIS), el derecho a la salud, se expresa en la atención continua, permanente, intra y extramuros, en los niveles individual, familiar y comunitario basado en los elementos de la universalidad y gratuidad, cobertura y acceso garantizados, integralidad y calidad, articulación con grupos comunitarios, participación y auditoría social y reconocimiento del rol rector y de regulación del MSPAS (9).

De ahí que el MIS, haya sido pensado como una propuesta a ser implementada desde la institucionalidad y para el fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

2. Organización del Sistema de Salud Público en Guatemala

El sistema de salud público en Guatemala, cuyo ente rector es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), se caracteriza por ser un sistema fragmentado, pues actores determinantes para el sector, desarrollan acciones de salud al margen del MSPAS; y segmentado, porque brindan atención a diferentes grupos poblacionales (10).

Dentro del rol rector, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), se encarga de regular, coordinar y evaluar entre otras funciones, las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. Así mismo, tiene incidencia en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de servicios de salud (11).

En Guatemala, la prestación de servicios dentro del sistema de salud público, está a cargo de los siguientes actores principales del sector salud (4):

Cuadro No. 2
Prestación de Servicios del Sistema de Salud Público, Guatemala

Institución, organización o actor	Servicios
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).	Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales públicos.
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).	Unidades periféricas, policlínicas, hospitales.
Servicios de salud para trabajadores del Estado.	Hospital militar (Ministerio de la Defensa), Hospital de la Policía Nacional Civil (Ministerio de Gobernación).
Municipalidades.	Dispensarios, clínicas.

Fuente: Hernández Mack, Lucrecia. Derecho a la Salud – Serie educativa “Por un Modelo Incluyente en Salud”. Cuaderno 2. Instituto de Salud Incluyente –ISIS–. Guatemala, 2010.

a. Organización de la Red de Servicios

De acuerdo a lo establecido en el Código de Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), está organizado de la siguiente manera:

- Nivel Central: El Despacho Ministerial está conformado por el Ministro, Viceministros (Administrativo, Técnico y de Hospitales), Direcciones Generales (Regulación y Vigilancia de la Salud, Sistema Integral de Atención de Salud, Recursos Humanos en Salud), Gerencia General Administrativo – Financiera y las unidades de apoyo técnico (11, 12).
- Nivel Ejecutor: Está conformado por los distritos municipales de salud, en los cuales comprende el conjunto de establecimientos del primer y segundo nivel de atención (11, 12).

Cuadro No. 3
Red de Servicios – MSPAS

Nivel de atención	Tipo de establecimiento	No. de establecimientos
Primero	Centro de convergencia	2,220
	Puesto de salud	1,302
Segundo	Centro de salud	902
	Centro de salud con especialidades	21
	Clínica móvil	379
Tercero	Hospital tipo I	13
	Hospital tipo II	32
	Hospital tipo III	6

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Categorización de la Red de Servicios de Salud, Guatemala, 2013.

b. Red de Servicios

Los niveles de Atención en Salud, son el conjunto de recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos organizados de acuerdo a criterios poblacionales, territoriales, de capacidad de resolución y de riesgo para la atención de la salud de grupos específicos.

Se definen de la siguiente forma:

- **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, por medio de los establecimientos y acciones comunitarias contempladas en los servicios básicos de salud. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud de las personas y del ambiente. Los servicios que se encuentran en este nivel son: El Centro Comunitario de Salud, el Puesto de Salud y el Puesto de Salud Fortalecido.

Los servicios básicos también pueden ser prestados por Organizaciones No Gubernamentales y organizaciones comunitarias, previo haber suscrito un convenio con el MSPAS (12).

- **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel. Los establecimientos que pertenecen a este nivel son: Centro de Salud tipo A, Centro de Salud tipo B, Centro de Atención Médica Permanente (CAP), Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA) y Centro de Atención Integral Materno – Infantil (CAIMI) (12).
- **Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia. Los establecimientos de este nivel son: Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y Hospitales de Referencia Nacional (12).
- **Cuarto Nivel de Atención:** Las competencias de este nivel, sobrepasan la atención ambulatoria y los servicios de internamiento especializado; En este

nivel se proveen servicios con sub – especialidades, desarrollo de investigación y apoyo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren alta tecnología y mayor grado de especialización (13).

3. Modelos de Atención en Salud en Guatemala

Los modelos de atención, en términos generales, son instrumentos prescriptivos que, a partir de un conjunto de estrategias, normas, procedimientos y recursos, al complementarse, definen la orientación e importancia de las funciones de promoción, prevención y atención sanitaria, para responder a las necesidades de salud de una población.

Los modelos médicos o de salud pueden comprenderse como el conjunto de conceptos, saberes, terapeutas o curadores, recursos, relaciones y prácticas, asociados éstos con matrices culturales (8, 14).

Muchos de los problemas de salud de la población no llegan a identificarse por los servicios de salud, pues la mayoría son atendidos y resueltos por las personas y las familias. Debe tomarse en cuenta que los servicios públicos de salud se manejan desde el enfoque de la medicina convencional u occidental, identificando enfermedades más bien biológicas y algunas de tipo mental; por lo que dejan de reconocer problemas de salud relacionados con otras maneras de comprender la salud – enfermedad, y que son muchas veces atendidos por otros modelos médicos o de salud (8).

En términos generales, tanto en los servicios públicos como en los privados, prevalece un modelo basado en el pensamiento biomédico, el cuál esta basado en la atención que brindan proveedores reconocidos por la comunidad científica convencional y por el Estado (10).

a. Modelo Médico Hegemónico (MMH)

El Modelo Médico Hegemónico, está relacionado con la matriz cultural occidental, que está legitimado jurídicamente y predomina en los espacios académicos como las universidades, y en las instituciones públicas y privadas formales de salud. Es el más difundido en el mundo, y se le conoce también como modelo biomédico, pues basa su conocimiento en la biología e impulsa acciones asistenciales curativas y algunas preventivas (8).

En Guatemala, si bien se reconoce la existencia de otros abordajes distintos a la biomedicina dentro de este modelo, con tanta diversidad cultural y mayoría indígena, es posible que este modelo “occidental” de atención de la salud no sea del todo compatible con la cosmovisión y modelos alternativos que subyacen en la cotidianeidad (10).

Dentro de la perspectiva de análisis de este modelo, que es la enfermedad, tiene la limitante de descifrar parcialmente la causa biológica de la enfermedad, sin abordar el estudio del rol que juegan otros factores (15).

b. Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS)

Este modelo, alude a todos aquellos conceptos y prácticas de salud que son distintas del modelo biomédico, pero subordinados o considerados inferiores a éste (8). Dentro de éste modelo, se encuentran medicinas cuyo fundamento y acciones son de carácter más integral como la acupuntura o el modelo de salud maya (8).

En Guatemala, el modelo de salud maya y popular es el modelo médico subordinado más importante, pues forma parte de la matriz cultural mayoritaria y se encuentre presente en mayor o menor medida en los diferentes grupos sociales del país, incluso en aquellos que no necesariamente se identifican como indígenas (8).

Modelo Maya y Popular

El Modelo Maya y Popular, tiene como fundamento la forma como se concibe la salud desde la cosmopercepción maya. El concepto de salud desde la cosmopercepción maya, es el equilibrio en las tres dimensiones de la existencia humana: lo material, lo energético, y lo social; el equilibrio de las tres dimensiones, representa la salud como tal dentro de éste modelo (8).

Los problemas de salud se presentan por la ruptura de la armonía y del equilibrio en las relaciones y dimensiones mencionadas, por lo que las enfermedades (ej. Ojeado, susto, caída de mollera o empacho) que se presentan serán diferentes de aquellas reconocidas por la medicina oficial (16).

El modelo de salud maya y popular incluye una gama de conocimientos, sabidurías, prácticas, formas de comprender o entender y prácticas ancestrales, en donde utilizan predominantemente recursos naturales, locales o regionales, mecanismos y técnicas mayas y populares para el diagnóstico y tratamiento; aún cuando está presente y extendido en las comunidades de todo el país, no ha sido incorporado de manera formal y estándar en las instituciones del sistema de salud (8).

c. Modelo de Autoatención

Este modelo está presente en todas las sociedades independientemente del grado de cobertura de los servicios sociales y de la presencia de distintos modelos alternativos. Este modelo se caracteriza por ser el único que no tiene establecida la figura de un curador o terapeuta reconocido. En este modelo las personas integran y aplican conocimientos y experiencias diversas, las cuales pueden ir desde acciones conscientes de “no hacer nada” hasta el uso de distintos recursos terapéuticos de diferentes modelos (8).

La autoatención se entiende como la atención que una persona se brinda a sí misma o que se da en el seno de la familia, y es la primera acción que se realiza ante la enfermedad. Esta autoatención se desarrolla al margen de la medicina profesional y es considerada como de carácter estructural en las sociedades. En la autoatención se articulan las diferentes concepciones y prácticas existentes respecto al proceso salud – enfermedad, con las que ha estado en contacto la población (14).

d. Modelo Incluyente en Salud (MIS)

El Modelo Incluyente en Salud (MIS), se concibe como un modelo de atención para fortalecer el primer nivel del sistema de salud de Guatemala, promoviendo la transformación y fortalecimiento del sistema de salud. Se construye desde una perspectiva que asume a la salud como un derecho universal para toda la población en el marco de una comprensión integral del proceso salud – enfermedad incorporando los enfoques de género, pertinencia intercultural y armonía con el medio ambiente (17).

Las perspectivas, derecho a la salud, género, pertinencia intercultural y medio, ambiente, del Modelo Incluyente en Salud, son los ejes que orientan todas las decisiones sobre atención en salud e influyen en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (14), así como también en aspectos como la conformación de Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) que se consideran el nivel operativo de la Estrategia, ya que son los responsables directos de dar la atención en salud y están asignados a cada sector, y están integrados por dos a cuatro Auxiliares de Enfermería Comunitaria (AEC); y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), asignados por territorio y están integrados por cinco o seis integrantes profesionales y técnicos de salud (enfermera profesional, coordinador(a), médico(a), asistente(s) de información, contador(a) logista), quienes asumen responsabilidades y funciones para los programas (individual, familiar, comunitario) y para los sectores (8).

La organización por territorios y sectores, permite distribuir adecuadamente la carga laboral entre los equipos de trabajo, EAPAS y ECOS, y adecuar la atención a necesidades locales (8).

El MIS, reconoce tres niveles de acción claramente interrelacionados: Individual, Familiar y Comunitario, los cuales permiten actuar sobre los determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos, políticos, de la salud y enfermedad. Estas acciones se realizan a través de tácticas operativas que garantizan la atención integral realizando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación en forma complementaria, en todos y cada uno de los ciclos de vida (17).

El Modelo Incluyente en Salud (MIS), promueve el conocimiento, comprensión y aceptación de la validez de los conocimientos, sabidurías y prácticas provenientes de culturas que han sido históricamente discriminadas (14).

4. Odontología y Atención Primaria en Salud

La salud oral en la Atención Primaria en Salud tiene diversas aristas que se pueden analizar, como por ejemplo: el concepto que los individuos y comunidades tienen de ésta; cómo podemos abordar los problemas bucales desde el punto de vista de la promoción y/o terapéutica; cuáles son las medidas más costo – efectivas en prevención; cuáles son los perfiles de riesgo a contraer las enfermedades de la cavidad oral, etc. (18).

El concepto tradicional de servicio de atención en el campo de la salud oral, se ha relacionado con la provisión de atención por parte de personal capacitado profesionalmente, inaccesible a las comunidades en muchas partes de Latinoamérica por el escaso número de profesionales, costo o demanda de servicios (7).

Se deben contemplar programas de Atención Primaria en Salud Oral e incluirlos en todo programa de Atención Primaria de la Salud, los cuales deberán considerar no solo la participación de los médicos y odontólogos, sino también de personal auxiliar y de la comunidad (7).

a. Caries Dental

La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa y transmisible, de mayor prevalencia en el hombre, que afecta y destruye los tejidos duros del diente (19, 20). Esta enfermedad se considera como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (20).

La causa principal de la caries dental, es la producción de ácidos que son desecho de microorganismos específicos (entre ellos el *Streptococcus mutans*), a partir del metabolismo de los azúcares e hidratos de carbono de la dieta en la interfaz entre la placa dentobacteriana residual y la superficie dental susceptible, en donde empieza la descalcificación (mancha blanca), y continúa con la formación de cavidades que darán como producto, la pérdida dental si dicha afección no es tratada a tiempo (20, 21).

Siendo la caries dental, una enfermedad de etiología muy compleja, se han determinado 4 factores que deben coincidir para el desarrollo de la enfermedad propiamente dicha, a saber (20, 22):

- Agente causal: (bacterias – microorganismos), *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeslundii* y *Actinomyces viscosus*.
- Huésped: (diente susceptible), anatomía dental, genética, problemas socioeconómicos, culturales y relacionados al estilo de vida.
- Tiempo: Duración de los carbohidratos fermentables en la boca; las bacterias deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un Ph ácido constante a nivel de la interfase placa dentobacteriana – esmalte. El elemento tiempo forma parte primordial en la etiología de la caries dental.
- Sustrato: Dieta carbohidratos fermentables.

En Guatemala, la caries dental, es el principal problema de salud bucal de la población escolar y los estratos más jóvenes, debido a que las condiciones de salud bucal en el país, reflejan un problema endémico y de alta prevalencia (20).

b. Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal, es una enfermedad infecciosa progresiva que afecta a las encías y a las estructuras de soporte de los dientes. Esta enfermedad es causada por bacterias presentes en la placa dentobacteriana; si la placa no se retira cuidadosamente con el cepillo e hilo dental, la misma se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo, también conocida como sarro (21).

Etapas de la Enfermedad Periodontal

Gingivitis. Es la forma menos severa de la enfermedad periodontal. Provoca que las encías se pongan rojas, inflamadas y que sangren fácilmente. Normalmente hay poca o ninguna incomodidad en esta etapa. La gingivitis es reversible si es tratada profesionalmente y con buenos hábitos de higiene oral (21). La causa más común es la placa dentobacteriana, aunque puede darse durante el embarazo y/o la deficiencia de vitaminas, etc. (7).

Periodontitis. Si la gingivitis no es tratada, ésta puede progresar hacia una periodontitis. Es una patología inflamatoria de origen infeccioso que destruye el periodonto de inserción (hueso alveolar, cemento radicular y ligamento periodontal), lo que puede finalizar con la pérdida de los dientes afectados. En esta etapa, la enfermedad periodontal comienza a destruir el hueso y el tejido que sostienen a los dientes. Esta es la forma más avanzada de la enfermedad donde ocurre una extensa pérdida de hueso y tejido (21).

c. Otras enfermedades bucales frecuentes

Siendo la caries dental y la enfermedad bucal las enfermedades bucales más comunes, existen otras enfermedades que son frecuentes de encontrar en la cavidad oral, a saber:

Halitosis. También conocida como mal aliento, se define como el conjunto de olores desagradables que se emiten por la cavidad oral. La halitosis oral proviene de la propia cavidad oral y se debe principalmente (en un 41%) a la acumulación de la placa dentobacteriana en la lengua. Aunque también puede estar causada por otras situaciones como: problemas periodontales, caries dental, tabaquismo, entre otras. Cuando la halitosis se origina fuera de la cavidad oral, se denomina halitosis extraoral; se debe principalmente a trastornos sistémicos, del tracto respiratorio, del sistema digestivo, así como enfermedades hepáticas o renales, y éstas corresponden al 10% de los casos (23).

Aftas. También conocidas como úlcera bucal, estomatitis aftosa, úlcera aftosa, es una interrupción de la continuidad física de la mucosa oral, es decir, una pérdida de tejido, con su correspondiente funcionalidad.

Las aftas constituyen una de las alteraciones más frecuentes de la cavidad bucal. Aproximadamente el 20% de la población sufrirá aftas recurrentes en algún momento de su vida, aunque son más comunes en pre-adolescentes, adolescentes y adultos jóvenes, y tienden a disminuir su incidencia con el paso de los años.

Aunque las causas no se conocen con precisión, hay factores que se relacionan con su aparición, como el estrés emocional, ortodoncia y prótesis dentales, infecciones,

cambios hormonales, hipersensibilidad a ciertos alimentos, deficiencias nutricionales etc. (24).

Herpes labial. El herpes labial es causado por un virus muy contagioso llamado herpes simple (VHS). Existen dos tipos de VHS. El tipo 1, en general causa herpes oral o labial y el tipo 2, afecta el área genital.

Algunas personas no tienen síntomas de la infección, sin embargo, otras desarrollan llagas dolorosas y desagradables. El herpes labial suele aparecer fuera de la boca o en los labios o alrededor. Cuando están dentro de la cavidad oral, en general se sitúan en las encías o en el paladar. No son lo mismo que las aftas bucales, que no son contagiosas. Entre las causas más comunes están, un déficit del sistema inmunológico, estrés, cambios hormonales (25).

Gingivoestomatitis herpética primaria. Es una infección producida por un virus de la familia del herpes que, en los niños pequeños, se desarrolla especialmente en la cavidad y mucosas bucales. Se aprecian lesiones en lengua, encías y paladar, en forma de vesículas e inflamación generalizada. Generalmente lo suelen padecer niños menores de cinco años, pero también puede presentarse en personas de más edad (25).

Candidiasis. También se le conoce como candidosis oral, estomatitis candidósica, infección micótica de la boca, cándida oral. La candidiasis oral está causada por un hongo llamado *Cándida albicans*, que está presente en la flora bucal, pero no se expande por el control del sistema inmunitario y de las bacterias que conforman esta flora bucal. Cuando este equilibrio se altera, crece y se forma la infección por cándida. Entre las causas que pueden desencadenar en una candidiasis están, tener una mala salud en general, infección por VIH o SIDA, antibióticos, quimioterapia en pacientes con cáncer, medicamentos que inhiban el sistema inmunitario, diabetes, esteroides orales, portadores de prótesis dentales (26).

Fluorosis. La fluorosis dental es una hipomineralización del esmalte provocada por la ingesta de altas concentraciones de fluoruro por un período prolongado durante la fase de calcificación del diente (período pre – eruptivo).

Clínicamente, esta alteración se caracteriza por la presencia de áreas o estrías blanquecinas opacas (esmalte moteado), distribuidas simétrica y bilateralmente en la superficie del esmalte, que generalmente, varía según el grado de severidad entre los diferentes grupos dentarios, y dependen del tiempo de exposición y cronología de la formación dentaria (19, 27).

El desarrollo de la fluorosis dental, se da en función de la cantidad de fluoruro, estadio del desarrollo dentario durante el tiempo de exposición y la variación en la susceptibilidad individual y su diagnóstico se hace a través del índice de Dean (27).

d. Métodos de Prevención de Enfermedades Bucales

Los métodos preventivos de enfermedades bucales, han sido diseñados con el objetivo de poder brindar una atención primaria que pueda incidir en la disminución de la morbilidad buco – dental. A continuación se describe el método nexo, el cuál es un programa preventivo no operatorio, que ha demostrado la disminución y prevalencia de la caries dental en Dinamarca; así mismo, se describen otros métodos preventivos de enfermedades bucales, y métodos de valoración y detección de caries dental.

1. Método Nexo

Método de intervención no operatorio, que debe su nombre a la ciudad que empezó a utilizarlo en los servicios públicos de salud de la ciudad Nexo de Dinamarca (28).

El Tratamiento No Operativo de la Caries Dental Nexo (PTNOC), es un programa del cuidado de la salud dental, basado en la individualización de tratamiento no quirúrgico de caries en niños y adolescentes de edades entre 0-18 años. El objetivo principal es mantener la perfección del diente usando la menor cantidad de recursos posibles (29).

El Método Nexo permite la atención sistematizada de la salud dental, la utilización de los menores recursos posibles para su realización hace de este un tratamiento de bajo costo, y da importancia a la prevención, ya que considera que reparar no es la solución,

procura mantener la salud, en contraposición con el concepto común de atender cuando se está enfermo (29).

El paciente sin historia de enfermedad oral, es tratado individualmente controlado con citas programadas, de acuerdo a los protocolos establecidos por el Programa Nexo (29).

El paciente con historia de enfermedad oral, es tratado de manera individual en todas las áreas de la odontología para recuperar la función y la estética de su cavidad oral. Desde el inicio del tratamiento es entrenado y educado, de acuerdo al Tratamiento No Operativo, para detener y controlar el progreso de la enfermedad (29).

El método nexa, se basa en tres principios que son implementados de forma individual por medio de citas control, espaciadas en base al diagnóstico y valoración de riesgo (28).

1. Educación de padres, niños y adolescentes en el entendimiento de que la caries es una enfermedad localizada.
2. Entrenamiento intensivo en control de placa dento – bacteriana en el hogar.
3. Intervención profesional odontológica no operatoria.

1.1 Dentición primaria

El programa inicia cuando el niño tiene 8 meses de edad y es citado por primera vez a la clínica, en este punto se inicia la educación a padres, enfermeras y maestras de guardería o kindergarten. El objetivo es limitar la progresión de la caries al punto de no ser necesaria las obturaciones (29).

La intervención profesional no operatoria consiste en remoción de placa por medio de cepillo de dientes, copa para profilaxis e hilo dental y secado de superficies (28).

1.1.1 Valoración del Intervalo de Citas

Principios para la evaluación individual de los intervalos de citas, basado en el diagnóstico y la evaluación de riesgo.

Principios para la valoración del intervalo de citas		
Cooperación de los padres	Inadecuada	2 puntos
	Buena	1 punto
Progresión de caries dental	Si	2 puntos
	No	1 punto

Resultados:

- 4 puntos: el intervalo de citas será de 1 – 3 meses
- 3 puntos: el intervalo de citas será de 4 – 8 meses
- 2 puntos: el intervalo de citas será de 8 – 12 meses

1.2 Dentición permanente

El objetivo para este punto, es que los adolescentes deben haber obtenido suficiente conocimiento para detener la caries al punto de que la utilización de materiales dentales sea mínima y puedan mantener sus encías libres de inflamación (29).

La educación continúa en clínica y además, se imparten charlas en escuelas a niños de 14 años con respecto a placa dento – bacteriana, caries y gingivitis (29).

Los principios para la valoración del intervalo de citas son los mismos utilizados cuando se evalúan niños con dentición primaria.

1.2.1 Valoración del Intervalo de Citas

Principios para la evaluación individual de los intervalos de citas, basado en el diagnóstico y la evaluación de riesgo.

Principios para la valoración del intervalo de citas		
Cooperación de los padres	Inadecuada Buena	2 puntos 1 punto
Progresión de caries dental	Si No	2 puntos 1 punto
Etapa de erupción de molares permanentes	Parcialmente eruptados Piezas en oclusión	2 puntos 1 punto
Superficies oclusales de molares permanentes	Lesiones de caries Sin caries o lesiones detenidas	2 puntos 1 punto

Resultados:

- 8 puntos: el intervalo de citas será cada mes
- 7 puntos: el intervalo de citas será cada 2 meses
- 6 puntos: el intervalo de citas será cada 3 meses
- 5 puntos: el intervalo de citas será cada 4 meses
- 4 puntos: el intervalo de citas será cada 6 - 12 meses

2. Métodos Preventivos

Según la Organización Mundial de la Salud (1998), la prevención de la salud, son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, ni reducción de factores de riesgo, sino también, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

La prevención de enfermedades bucales debe ser el principal objetivo de las instituciones que trabajan en salud pública (20). Las enfermedades buco – dentales constituyen una carga significativa para la salud en general, siendo la caries dental y la enfermedad periodontal, los principales problemas. Existen medidas relativamente sencillas y de bajo costo que pueden prevenir en gran medida dichas patologías,

reduciendo así la pesada carga que suponen las enfermedades bucales; Entre estas medidas están:

2.1 Fluoración del Agua

La fluoración del agua comunitaria, es un método de prevención primaria, la cual se define como un ajuste ascendente del nivel natural de fluoruro en el suministro de agua comunitaria para prevenir caries dental, el cuál utiliza sistemas de agua potable para distribuir bajas dosis de fluoruro por intervalos frecuentes (30).

El proceso de adición de fluoruro a los suministros de agua para consumo, a niveles recomendables para lograr los beneficios dentales terapéuticos máximos es técnicamente simple, no complicado y similar a los procesos utilizados cuando el agua es tratada con cloro u otros químicos; por lo general, se utiliza el fluoruro de sodio, el cual se agrega en las plantas de captación y tratamiento de agua, en los que se usan procesos automáticos que logran una concentración de 1 mg F/L de agua (30, 31).

Los estudios continúan demostrando que la fluoración del agua es efectiva en la reducción de la caries dental en niños en un 14%, incluso con la disponibilidad diseminada de fluoruro de otras fuentes (32).

2.2 Fluoración de la sal

El uso de la sal, como un vehículo de suplemento de fluoruro, es similar al concepto de suplemento de yodo y es un método relativamente económico de distribución de fluoruro (30).

Para lograr reducciones significativas de caries dental a niveles comparables a los de la fluoración del agua, el nivel de suplemento de fluoruro de sal refinada debe ser por lo menos de 200 mg F/Kg, sin riesgo de fluorosis (20, 30).

Estudios para evaluar la efectividad de la fluoración de la sal, demuestran que para el grupo de niños de 12 años, el nivel de reducción de caries está entre 35% y 80% (20).

La fluoración de la sal no es costosa, es efectiva, segura y beneficia a poblaciones completas (33).

2.3 Fluoración de la leche

Este método preventivo consiste en la adición de 5 mg. de fluoruro a un litro de leche; la fluoración de la leche ha sido introducido como vehículo de fluoruros a nivel escolar (30).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha soportado la fluoración de la leche, como alternativa a la fluoración del agua, en países como el Reino Unido, Chile, Perú y Tailandia (34, 35).

2.4 Aplicaciones Tópicas de Fluoruro

Las soluciones concentradas de fluoruro aplicadas tópicamente a la dentición para prevenir caries dental, originan un incremento significativo en la resistencia de las superficies dentales expuestas al desarrollo de caries dental, y en consecuencia, se ha convertido en un procedimiento preventivo estándar en la mayor parte de los consultorios (30).

Una de las presentaciones disponibles en solución y en gel, es el Fosfato de Flúor Acidulado. Por lo general, las dos presentaciones contienen fluoruro al 1.23% (31).

Básicamente el Fosfato de Flúor Acidulado, es posible administrarlo proporcionando muy buenos resultados cuando se aplica cada seis meses, salvo excepciones determinadas por el odontólogo, de acuerdo a complementos nutricionales que incluyan flúor, fuentes de agua potable, uso de enjuagues y pastas fluoradas (27, 31).

2.5 Enjuagatorios con Fluoruro de Sodio al 0.2%

Los enjuagatorios de fluoruro de sodio, son soluciones concentradas de fluoruro, que se utilizan para la prevención de caries dental (27), y constituyen una medida de auto aplicación usada tanto a nivel individual como a nivel comunitario (31). Diversos

autores expusieron la efectividad positiva y el potencial preventivo en programas dirigidos a comunidades con alta prevalencia de caries dental (30).

Existen dos métodos recomendados para el uso de los enjuagatorios de fluoruro de sodio; los de baja potencia/elevada frecuencia, que tienen una concentración de 0.05% (230 ppm) de fluoruro de sodio, y que se realizan diariamente y su uso es más frecuente en programas individuales y/o en pacientes con riesgo moderado de caries; y los de alta potencia/baja frecuencia, que tienen una concentración de 0.2% (920 ppm) de fluoruro de sodio, y que se realizan semanal o quincenalmente y suelen emplearse en programas escolares, comunitarios y en pacientes con alto riesgo de caries dental (27).

2.6 Barnices Fluorados

El barniz de flúor, es un fluoruro tópico concentrado que contiene fluoruro de sodio (NaF) al 5% en una resina o base sintética (36). Son de consistencia viscosa y endurecen en presencia de la saliva (27).

Los barnices fluorados han sido de uso común por muchos años y se recomienda para tratamientos tópicos con fluoruro, en particular en niños, y se ha demostrado repetidamente su eficacia para la prevención de caries dental (27).

Los tratamientos con barnices fluorados, deben ser aplicados cuando menos cada seis meses, durante todo el período de mayor susceptibilidad a la caries, el cual persiste durante cerca de los dos años después de la erupción de los segundos molares permanentes, es decir, hasta que el niño tiene alrededor de 15 años de edad (30).

Los barnices fluorados permanecen adheridos a los dientes durante varias horas, produciendo una liberación lenta de flúor, por lo que algunos autores lo consideran importante en la prevención básica y su relación costo – eficacia resulta ser alta en los programas comunitarios (37).

3. Métodos de Valoración y Detección de Caries

La salud bucal de una población en relación con la caries dental, puede ser evaluada e interpretada a través de indicadores de reconocimiento internacional. En la investigación estomatológica, se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de caries dental, ya que al identificarlos y conocer la forma de interpretarlos, contribuyen al análisis objetivo de la situación existente y su comparación con otras regiones o países.

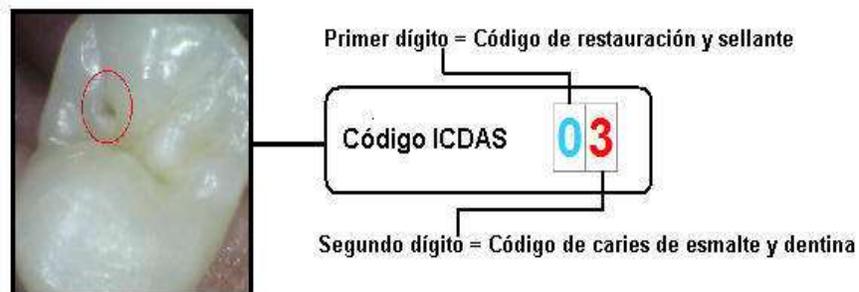
Brevemente se describen, dentro de los métodos de valoración y detección de caries, el Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS) y el índice CPO, los cuales son, fundamentales en la prevención de lesiones de caries dental en una población.

3.1 Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries ICDAS

ICDAS (por sus siglas en inglés: International Caries Detection and Assessment System) es un sistema internacional visual de detección y diagnóstico de caries dental, para la práctica clínica, investigación y desarrollo de programas de salud pública (38, 39).

ICDAS, es un método especialmente útil para la detección temprana de caries de esmalte y la planificación de la terapia de remineralización individual; así como para el seguimiento del patrón de caries de una determinada población (39).

3.1.1 Codificación ICDAS (39)



Códigos de Restauración y Sellante	Códigos de Caries
0 = No restaurado ni sellado	0 = Superficie dental sana
1 = Sellante, parcial	1 = Primer cambio visual en esmalte
2 = Sellante, completo	2 = Cambio visual definido en esmalte
3 = Restauración color diente	3 = Pérdida de integridad del esmalte, dentina no visible
4 = Restauración de amalgama	4 = Sombra subyacente de dentina (no cavitada hasta la dentina)
5 = Corona de acero inoxidable	5 = Cavidad detectable con dentina visible
6 = Corona o carilla en porcelana, oro o metal-porcelana	6 = Cavidad extensa detectable con dentina visible
7 = Restauración perdida o fracturada	
8 = Restauración temporal	
	Dientes ausentes
	97 = Extraído por caries
	98 = Perdido por otras razones
	99 = No empucionado
Para registrar enfermedad dental, usará el Sistema Internacional de Detección y Valoración de Caries (ICDAS).	

La nomenclatura comprende dos dígitos, el primer dígito, del 0 al 8 corresponde al “Código de restauración y sellante”, y el número 9 corresponde al “Código de diente ausente”; el segundo dígito, del 0 al 6 corresponde al “Código de caries de esmalte y dentina”.

3.1.2 Valoración del Código de Caries (40)

Código 0: NO EVIDENCIA DE CARIES EN ESMALTE SECO. Superficie dental sana.

Código 1: PRIMER CAMBIO VISIBLE EN EL ESMALTE SECO. Mancha blanca / marrón en esmalte seco.

Código 2: LESIÓN DE CARIES OBSERVADA EN ESMALTE EN ESTADO HÚMEDO Y PERMANECE DESPUES DE SECAR. Mancha blanca / marrón en esmalte húmedo.

Código 3: RUPTURA LOCALIZADA EN ESMALTE DEBIDO A CARIES, SIN DENTINA VISIBLE. Microcavidad en esmalte seco <0,5mm de profundidad, sin dentina visible.

Código 4: SOMBRA OSCURA DE DENTINA SUBYACENTE, CON O SIN INTERRUPCIÓN LOCALIZADA DEL ESMALTE. Sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo, con o sin microcavidad.

Código 5: CAVIDAD DETECTABLE CON DENTINA VISIBLE HASTA LA MITAD DE LA SUPERFICIE. Exposición de dentina en cavidad >0,5 mm de profundidad, hasta la mitad de la superficie dental en seco.

Código 6: CAVIDAD EXTENSA DETECTABLE CON DENTINA VISIBLE MÁS DE LA MITAD DE LA SUPERFICIE. Exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental.

3.2 Índice CPO

Desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados (41).

El índice más utilizado internacionalmente para la comparación de los países es el índice CPO-D (sumatoria de dientes cariados, perdidos y obturados en la dentición permanente, entre el total de personas examinadas) a la edad de 12 años (42).

3.2.1 Determinación del índice CPO

C = Dientes Cariados

P = Dientes Perdidos

O = Dientes Obturados

El cálculo del índice se hace por medio de la siguiente fórmula:

$$\text{Índice CPOD} = \frac{\text{Total dientes cariados, perdidos y obturados en población examinada}}{\text{Total de personas examinadas}}$$

3.2.2 Índice ceo-d

Es el índice CPO adoptado para la dentición temporal, por Gruebbel en 1944. Se obtienen de igual manera, pero sólo considera los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Para este índice se consideran 20 piezas dentales, además no se consideran las piezas ausentes y la restauración por medio de una corona de acero inoxidable, se considera como diente obturado (42).

3.2.3 Valoración de niveles de severidad en prevalencia de caries (42)

Cuadro No. 4
Severidad en Prevalencia de Caries

Severidad	CPO
Muy bajo	0.0 – 0.1
Bajo	1.2 – 2.6
Moderado	2.7 – 4.4
Alto	4.5 – 6.5
Muy Alto	> 6.6

Fuente: De León Saldaña, Luis Arturo. Índice CPO. Área De Odontología Socio Preventiva. Facultad de Odontología Universidad de San Carlos de Guatemala, 2009.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y World Dental Federation (FDI), establece como prioridad en todos los países, alcanzar un CPO-D de 3 a los 12 años de edad (FDI/WHO, 1982).

IV. ANTECEDENTES

Desde hace algún tiempo atrás, existe la necesidad de insistir en fortalecer el primer nivel asistencial de los sistemas sanitarios públicos y en su reorientación, para alcanzar resultados óptimos en salud (43).

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, se recogen las conclusiones de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Ottawa, 1996), en la necesaria reorientación de los servicios sanitarios y el reforzamiento de la acción comunitaria, así como también, se concluye que el sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de salud, más allá de la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos (43).

Históricamente, la carga que representan las enfermedades buco – dentales, sigue siendo alta, y el enfoque orientado mayoritariamente hacia el tratamiento curativo, está resultando demasiado oneroso, como para seguir siendo viable a la luz de la creciente demanda (44).

En 1992, en Leed, Inglaterra, A dental health education programme, including home visits, for a nursery school children, realizado por Rayner JA., demostró, por medio de la implementación de un programa preventivo, la disminución de la incidencia de caries dental en dentición decidua, reforzando el conocimiento de las madres respecto a la naturaleza de la enfermedad y la importancia de la higiene dental por medio de visitas domiciliarias como método preventivo.

En el año 2000 (Ekstrand KR, et al), realizaron un estudio por 2 años y 6 meses a diferentes grupos de niños en Moscú, ofreciendo tratamiento preventivo basado en el método nexo; los resultados de la experiencia de caries, demostraron que hubo una diferencia significativa entre los grupos que recibieron el tratamiento preventivo, en comparación con los grupos que no recibieron el beneficio del programa preventivo. El estudio concluyó que, el programa preventivo fue altamente efectivo para mejorar el

nivel de higiene oral y reducir la placa dentobacteriana que induce la actividad de caries dental.

En 2008 (Andruskeviciene V, et al), demostraron en su estudio: Oral health status effectiveness of caries prevention programme in kindergartens in Kaunas City (Lithuania), la efectividad de un programa preventivo aplicado en niños de kínder.

En Guatemala, el Programa Nacional de Salud Bucodental, se crea por medio del Acuerdo Ministerial SP-M-239-2004, Art. 1., bajo la dirección del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (12).

El Programa Nacional de Salud Bucodental, diseña, emite, actualiza y reajusta periódicamente las normas de atención de los programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, además de normar y realizar apoyo técnico para las acciones que se realizan en los tres niveles de atención, para la salud bucodental, priorizando la atención a niños y niñas de edad escolarizada (5 – 14 años), mujeres embarazadas y en caso de emergencia donde brindan atención a la población que demanda el servicio (12).

En el año 2015, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Guatemala, en colaboración con la Comisión Nacional de Salud Bucal (CONASABU), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), participaron en la elaboración del Informe final de investigación sobre la concentración de flúor y yodo en sal de consumo humano disponible en mercados de la República de Guatemala, 2014 – 2015; dicho estudio tuvo como objetivo principal establecer la concentración de flúor y yodo en los mercados de la República de Guatemala. Según las recomendaciones y conclusiones que emanaron de dicho trabajo investigativo, entre otras, es que se debe de realizar

periódicamente investigaciones epidemiológicas con representación nacional que estimen la prevalencia de caries dental, fluorosis, así como también, promover por medio de la CONASABU, el fortalecimiento de la sal de consumo humano con flúor y yodo, en rangos apropiados que garanticen la dosis terapéutica que permita hacer cambios en la salud de la población guatemalteca (20).

V. JUSTIFICACIÓN

La salud oral es un derecho humano básico, y su contribución es fundamental para una buena calidad de vida. Sin embargo, en Guatemala subsisten marcadas desigualdades de acceso a una atención buco – dental adecuada.

Se considera que, es momento de desarrollar un programa de atención odontológica, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, que considere las necesidades, sentidas (identificadas como tal por los propios individuos), expresas (aquellas registradas como demanda poblacional desde los servicios de salud), y normativas (definidas e identificadas por los profesionales de la salud) (Tobar, 2001), y sobre todo, los derechos al mayor nivel de salud oral posible.

De ésta manera, se deberán reorientar los esfuerzos para, por un lado abandonar el enfoque curativo tradicional, básicamente patogénico, y poder centrarnos en un enfoque más preventivo, y por otro lado pasar de un enfoque exclusivo a uno más inclusivo, que tenga en cuenta a todos los protagonistas susceptibles de contribuir al mejoramiento de la salud buco – dental de la población, y poder situarnos en una mejor posición, para hacer frente a la incipiente demanda de soluciones constructivas y ayudar a la población a lograr una buena salud general a través de una salud buco - dental óptima, reduciendo las desigualdades sociales en salud oral.

A partir de ésta nueva propuesta de programa de atención odontológica, se establecerán un núcleo de pautas básicas para la atención de la salud buco – dental, dentro del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, teniendo en cuenta la pertinencia cultural y el derecho a la salud, y que también sirva como marco referencial al que se ajusten los distintos proveedores de salud oral.

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta de programa de salud oral, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, bajo el marco conceptual del derecho a la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las acciones que se implementarán dentro del programa de salud oral para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.
- Describir las acciones del programa de salud oral, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo cualitativo, en el cuál se realizó un Estudio de Caso (Yin, 2013), para el cuál se utilizaron diferentes técnicas para la recolección de la información. Se realizó una consulta inicial para recolectar distintas experiencias de otros países y opiniones de expertos en salud pública oral dentro del primer nivel de atención (Ver – ficha de expertos, anexo No. 2); al analizar la información, se detectó una herramienta denominada Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS), misma que se compartió con el Despacho del Vice Ministerio de Política Estratégica y Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, donde se valoró dicha herramienta y se recomendó hacer una revisión exhaustiva de lo que ya está establecido dentro de las Normas de Atención, a fin de detectar todas aquellas acciones, intervenciones o estrategias que no están dentro de las mismas. Se determinó utilizar la matriz de la Ruta Integral de Atención en Salud, en la cuál, se añadieron las Normas de Atención del programa de salud bucal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), además de, complementarla con las acciones o experiencias que se recolectaron de otros países en la consulta inicial. Con el fin de determinar las acciones viables, se participó en una capacitación del Programa Individual de Atención en Salud (PIAS) del Modelo Incluyente en Salud (MIS) (Ver anexo No. 5), luego se utilizó la observación y las entrevistas al personal operativo de los servicios de salud, a fin de considerar cuáles de las acciones detectadas tanto en la consulta inicial a expertos, así como las acciones que no señala la normativa, tienen el potencial de poderse implementar dentro de un programa de atención en salud buco – dental, bajo el marco conceptual del derecho a la salud, para el fortalecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

VIII. METODOLOGÍA

Se realizó un Estudio de Caso de tipo cualitativo. El cuál consistió en realizar una consulta con expertos en salud oral con experiencia en estrategias en el primer nivel de atención. Se analizaron los documentos y las respuestas de los académicos que han destacado en el campo de las enfermedades buco – dentales y de la Salud Pública relacionada al campo de la odontología (Ver – Ficha de Expertos, anexo No. 2).

La consulta con los expertos se llevó a cabo con una guía de cuestionario semi estructurado (Ver instrumento No. 1 de recolección de datos, anexo No. 3)

Principales pasos durante la investigación.

TÉCNICA	OBJETIVO	RESULTADO
Consulta inicial a expertos en salud oral vía online (Ver anexo No. 3)	Recolección de información del abordaje de la salud buco – dental en el primer nivel de atención en otros países, a través de experiencias, documentación y consensos de opiniones de expertos en salud oral	Se detectó una matriz de la Ruta Integral de Atención en Salud que determina por niveles de atención y tipo de intervención, las acciones específicas sobre la morbilidad buco – dental; además de identificar, RRHH, entorno institucional para realizar las acciones y tácticas operativas del personal de salud
Revisión de la Normativa vigente (2010) y llenado de la matriz de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	Detectar lo que NO se hace dentro del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, así como de lo que SI se hace en otros países.	Análisis comparativo a través de la matriz de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
Observación y entrevistas a integrantes de Equipos Comunitarios en Salud (ECOS) y/o Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS) (Ver anexo No. 3)	Detectar las acciones, los espacios a nivel individual, familiar y comunitario, así como las tácticas operativas que sean factibles y puedan llevar a cabo el personal de salud.	Detectar acciones que construyan la propuesta de tácticas operativas en el primer nivel de atención.

Fuente: Elaboración propia.

Se detectó una matriz llamada Ruta integral de Atención en Salud (RIAS) (Ver anexo No. 8), en la que se describían acciones por niveles de atención, ámbitos y responsables, así como otras características que, consultadas con el equipo asesor del Vice Ministerio de Política Estratégica y Desarrollo Institucional, se determinó que se procediera a realizar una consulta de las acciones que ya están en la Normativa vigente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

Luego de completar la matriz RIAS, se identificaron todas aquellas acciones que están en la Normativa 2010, y se procedió a completar con todas aquellas acciones para el primer nivel de atención, que se implementan en otros países, como Dinamarca, Colombia, Costa Rica, México y que no están dentro de la Normativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

Por último, se visitó un Distrito Municipal de Salud (DMS), para determinar no solamente las acciones que realizan los integrantes de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS), sino aquellas necesidades de salud buco – dental que más solicitan los pobladores que tienen contacto con ellos. Se observó y se recolectó información durante los tres pasos anteriores. En el caso de las entrevistas a los integrantes de los equipos, se codificó y se categorizó la información, de acuerdo a los objetivos propuestos. Se clasificó y el análisis incluyó triangulación de la información y teoría fundamentada.

Consideraciones Éticas

Entre las consideraciones éticas de la investigación podemos mencionar la estricta privacidad, confidencialidad y anonimato en el manejo de la información recabada. Cada entrevistado fue informado de los objetivos de la investigación y únicamente se realizaron las guías de cuestionario si se contó con el consentimiento informado firmado y la condición de colaboración voluntaria por parte del participante. De ello deriva que, toda la información recabada fue única y exclusivamente utilizada para los fines de la elaboración de una propuesta de programa de salud oral para el primer nivel de atención bajo el marco conceptual del derecho a la salud.

IX. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

El instrumento No. 1 de recolección de datos, consiste en un cuestionario, dirigido a expertos en salud oral en el primer nivel. Una segunda ronda de preguntas será necesaria luego de compilar los resultados y respuestas condensadas y procesadas de la consulta inicial, con lo cual se concluirá con la primera fase metodológica de la investigación (Ver anexo No. 3).

El instrumento No. 2 de recolección de datos, consiste en un cuestionario, dirigido a los integrantes de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), de un Distrito Municipal de Salud (Ver anexo No. 3).

X. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de las respuestas de los cuestionarios (Ver anexo No. 9), que fueron dirigidos a los expertos en salud oral dentro del primer nivel de atención, para el cuál se dio un tiempo prudencial de 3 meses para recibir las respuestas y después se realizó el análisis de la información ya que por tiempo y recursos no se podía prolongar esta fase de la investigación.

De 15 expertos en salud oral dentro del primer nivel de atención consultados vía online, solamente 3 expertos, voluntariamente a través del consentimiento informado (Ver anexo No. 4), participaron de la investigación; los expertos participantes, coincidieron que las acciones e intervenciones de salud buco – dental deben estar enmarcados dentro de los niveles de prevención en odontología (Ver tabla No. 1); dichas acciones deben de incluir técnicas de promoción y prevención de enfermedades bucales así como también educación en salud en los diferentes grupos etarios (Ver tabla No. 2).

Tabla No. 1
Niveles de Prevención en Odontología

1er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel	4to. Nivel	5to. Nivel
Fomento de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento precoz	Limitación del daño	Rehabilitación del individuo
PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA	PREVENCION TERCIARIA	

Esquema de los niveles de prevención en odontología según Leavell y Clark (1965)

Tabla No. 1
Clasificación de las acciones de salud buco – dental por niveles de prevención

Niveles de Prevención en Odontología				
Prevención Primaria			Prevención Secundaria	
	1er nivel: Fomento de la Salud	2do. Nivel: Protección Específica	3er. nivel: Diagnóstico y Tratamiento Precoz	Otros
Primer Nivel de Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de promoción y prevención en enfermedades orales en población escolar y preescolar y embarazada. • Especial atención a actividades de promoción y prevención en poblaciones vulnerables. • Educación en salud a población adulta mayor, con marcada tendencia a enfermedades crónicas. • Valoración de hábitos y prácticas de cuidado bucal (Ver RIAS: Primera infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Aduldez, Vejez) • Educación y Promoción de hábitos y prácticas de cuidado bucal, (Ver RIAS: Primera infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Aduldez, Vejez) • Detección de PDB, técnica de cepillado dental e hilo dental, 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistente dental especialista en promoción y prevención capacita a educadores para realizar aplicaciones tópicas de flúor, enjuagatorios con fluoruro. • Valorar las estructuras dento – maxilo – faciales y su funcionalidad (Ver RIAS: Primera infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Aduldez, Vejez) • Aplicación de flúor de forma tópica (Ver RIAS: Primera infancia, Infancia, Adolescencia) • Profilaxis y remoción de PDB (Ver RIAS: Primera infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Aduldez, Vejez) • Estrategia SOY GENERACIÓN MÁS SONRIENTE: realización de prácticas de cuidado y aplicación de flúor en 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de sellantes de fosas y fisuras (Ver RIAS: Primera infancia, Infancia, Adolescencia) • Realización de detartraje supragingival (Ver RIAS: Adolescencia, Juventud, Aduldez, Vejez) • Sellantes de Fosas y Fisuras en usuarios de 5 a 9 años. • Detección de alteraciones de la mucosa bucal potencialmente malignas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación en salud a población adulta mayor con enfermedades crónicas. • Derivación al tramo de atenciones para las alteraciones, enfermedades y trastornos relacionados con la salud bucal, SI presentan factores de riesgo o alteraciones que afectan a la salud bucal. • Índice ceod y igual o menor a 4 para el año 2018 en usuarios de 5 a 9 años. • Índice CPOD igual o menor a 3 para el año 2018 en usuarios de 10 a 14 años. • Atención preventiva grupal y promoción para la salud – Atención a través del sistema de atención gradual. • Acciones curativas para eliminar focos infecciosos en dientes temporales y permanentes en niños de primer grado. • Utilización de Ionómero de vidrio como tratamiento restaurativo atraumático.

	<p>y pláticas educativas (Preescolar, Primaria y Secundaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odontogeriatría: medidas de prevención y autocuidado, Detección de PDB, uso de cepillo e hilo dental, revisión de tejidos bucales, revisión de higiene de prótesis. • Cepillado dental OBLIGATORIO en las escuelas primarias de la Ciudad de México. • Padres y tutores involucrados en actividades de promoción y educación para la salud (que incluye, promoción de salud general, lavado de manos, cepillado dental, desinfección de frutas y verduras, promoción de hábitos de alimentación, higiene general, no fumar. 	<p>niños(as) y adolescentes menores de 18 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia SOY GENERACIÓN MAS SONRIENTE: aplicación de barniz de flúor que a partir del año 2015 se ha priorizado para niños de 1 y 2 años de edad. • Enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2% (Primaria y Secundaria). • Fluoruro en gel al 0.2% en niños de primer grado • Barniz Fluorado en niños de primer grado (dentro del sistema gradual) pero también debe ir dirigido a adultos. 		<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y Control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica (esquema de vacunación de las inmunizaciones para e personal de salud, barreras físicas para procedimientos clínicos, manejo y esterilización de instrumental, manipulación y disposición de residuos, etc.). • Odontogeriatría: alteraciones asociadas al envejecimiento. • Atención odontológica en el paciente con diabetes (prevención, complicaciones sistémicas agudas y crónicas, relación diabetes-salud bucal, manifestaciones bucales, consideraciones en la consulta odontológica). • Atención estomatológica en personas con VIH positivo. • Proponer un programa de prevención de bulimia en adolescentes. • Propuesta de acciones de salud bucodental para el adulto mayor de 60 años (consejos de cuidado e higiene a usuarios de dentaduras y prótesis parciales removibles, Tamizaje y diagnóstico oportuno de cáncer bucal, y aplicaciones tópicas de
--	--	---	--	--

				fluoruro para prevención de caries coronal y radicular).
Segundo Nivel de Atención		Aplicación Tópica de Flúor.	Sellantes de Fosas y Fisuras en usuarios de 5 a 9 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos curativos en centros educativos (no específica tratamientos). • En los estudiantes de último año escolar con todos los dientes permanentes se centra la atención en dejarlos con cero caries.
Otros (3er. Nivel de atención, seguro social, servicios privados, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción del Programa Nacional de Fluoración de la Sal desde el año de 1987. • Trabajo intersectorial para el control de concentraciones de flúor en acueductos o alimentos. • Acciones de control del consumo de tabaco y fomento de producción provisión y consumo de alimentos saludables. 	Intervenciones para lograr mantener las mejores condiciones de salud bucal a través de acciones de protección específica.		<ul style="list-style-type: none"> • La cobertura odontológica a los centros se realizaba una vez al año. • En estos momentos el prestador de servicios es la Caja Costarricense del Seguro Social, realizando esfuerzos en retomar acciones de promoción y prevención a nivel escolar y esfuerzos por rehabilitar por medio de prótesis removibles a adultos mayores. • Recientemente el Sistema de Salud en Colombia incluye el desarrollo e implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, con un enfoque de APS, bajo la cual deben desarrollarse las intervenciones para el mantenimiento y atención de la salud bucal.

Fuente: Elaboración en base a las respuestas de los expertos en salud bucal dentro del primer nivel de atención

Otro de los resultados obtenidos a través de las respuestas de los expertos en salud oral dentro del primer nivel de atención, fue la matriz de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (Ver anexo No. 8), misma que determina por niveles de atención, tipos de intervención, así como las acciones específicas sobre la morbilidad buco – dental, lo que incluye la valoración integral (tanto la detección temprana como la protección específica), y así mismo incluye acciones de educación en salud. Esta matriz integral además identifica el recurso humano proveedor de salud y el entorno institucional para realizar las acciones y tácticas operativas del personal de salud.

También se obtuvo como resultado de los cuestionarios a los expertos en salud oral, documentos y literatura sobre los mecanismos de abordaje de las acciones e intervenciones de salud buco – dental, que se realizan dentro de los tres niveles de atención en los diferentes países consultados, mismos que nos indican, la metodología y actores sociales que llevan a cabo dichas acciones.

Posteriormente, como lo indica la metodología, se revisaron las Normas de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, mismas que están divididas por módulos correspondientes a los diferentes grupos etarios a los cuales se les brinda la atención en salud, y dentro de las mismas no se encontró acciones de salud buco – dental *específicas* para el primer nivel de atención; esta revisión incluyó el módulo 1: Embarazo, parto y puerperio (págs. 22, 59); módulo 2: Neonato (págs. 77, 94, 97, 98 y 109); módulo 3: Lactantes (págs. 144, 153 y 183); módulo 4: Niño y niña (págs. 208, 219, 235 y 280); módulo 5: Adolescencia (págs. 301, 336, 337 y 338); módulo 6: Adulto y adulto mayor (pág. 486); módulo 7: Atención a la demanda (págs. 552 y 557).

Como resultado de la revisión de las Normas de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, se detectaron las acciones que se realizan en general dentro de los tres niveles de atención en Guatemala, información con la cual se completó la matriz RIAS y acciones que no se realizan dentro del programa de atención en salud buco – dental en el primer nivel de atención en

Guatemala en comparación con las recomendaciones, experiencias y literatura que recomendaron los expertos en la consulta inicial vía online.

Dentro de los resultados obtenidos a través de la observación y de las respuestas de los cuestionarios (Ver anexo No. 9), que fueron dirigidos a los integrantes de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), del Distrito Municipal de Salud, podemos mencionar la referencia que hacen hacia las enfermedades buco – dentales más frecuentes, mismas que contrastan con la literatura revisada y consultada dentro del marco teórico de ésta investigación.

A través de los equipos de salud ECOS y EAPAS, se detectó el camino del enfermo que siguen los individuos para la prevención y/o alivio del dolor y demás enfermedades buco - dentales, debido a la falta de acceso a servicios de salud, ya que dentro del primer nivel de atención en Guatemala no existen este tipo de intervenciones de atención buco – dental, o son muy limitadas, así como también las acciones e intervenciones que realizan dichos equipos, como la educación en higiene buco – dental.

También se detectó como resultado de las observaciones y entrevistas a los equipos de salud, tanto ECOS como EAPAS, que los equipos de salud refieren que dentro del Programa Comunitario de Atención en Salud (PCOS), se deben de realizar acciones de prevención, promoción y educación en salud oral, así como el fortalecimiento de recurso humano en materia de salud oral.

Análisis de la Información Cualitativa

El análisis de la información cualitativa (Graham Gibbs, 2012), es decir, los resultados obtenidos a través del registro de notas de campo, documentos analizados y de las entrevistas realizadas a los expertos en salud oral dentro del primer nivel de atención, así como a los integrantes de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), se clasificó a través de un

proceso de codificación (The coding manual for qualitative researchers, Johnny Saldaña 2013), el cuál agrupa la información en categorías, conceptos o temas con el objetivo de buscar vínculos que puedan existir entre las categorías, para poder elaborar una explicación integrada de los resultados obtenidos en la presente investigación.

Entre las acciones enmarcadas dentro de los niveles de prevención en odontología, los expertos coinciden que las mismas, son ejecutadas por odontólogos dentro del primer nivel; tomando en cuenta que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, solo cuenta con 72 profesionales en la rama de la odontología (An Overview of Guatemala's Medical Tourism Industry, 2013), asignados al segundo nivel de atención, esto tiene implicación para la implementación de estas acciones, por lo que, según la literatura revisada, son los equipos de salud (ECOS y EAPAS), los que pueden llevar a cabo las acciones e intervenciones de salud oral, a través de las tácticas operativas de los programas (individual, familiar y comunitario) del modelo de atención en salud vigente.

Según los expertos en salud oral, recomiendan acciones e intervenciones relacionadas con el fluoruro de sodio lo que contrasta con acciones que están dentro de la normativa, pero comparado con los resultados de la investigación de fluorosis dental en Guatemala (Estudio epidemiológico de Caries dental y Fluorosis, Guatemala 1999 – 2002), hay que analizar los niveles de flúor en agua, sal y prescripciones pediátricas, para establecer los niveles adecuados por región en donde se implementen las acciones de salud oral referentes a la distribución y aplicación del fluoruro de sodio.

Así mismo, dentro de los resultados obtenidos y el análisis realizado de las entrevistas a los expertos en salud oral, ninguno indica como acción y/o intervención dentro del primer nivel, el programa de intervención no operatorio de caries dental, conocido como método Nexo, lo que contrasta con la bibliografía consultada, ya que en la literatura se indica como un programa preventivo implementado dentro del primer nivel de atención en países como Dinamarca (Ekstrand, KR., De León Saldaña, Luis Arturo, 2012), y que

puede ser implementado dentro de las tácticas operativas del modelo de atención en salud vigente, en el primer y segundo nivel de atención.

Según la literatura (Martignon, S. 2007), en otros países, dentro del primer nivel de atención se utiliza el Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries Dental (ICDAS), pero en Guatemala, no es posible debido a la falta de infraestructura y recurso humano en Odontología dentro del primer nivel, por lo que este sistema deberá implementarse progresivamente dentro del segundo nivel de atención previo a una investigación con respecto a la aplicabilidad de dicho sistema de valoración de caries.

Según el análisis cualitativo, los integrantes entrevistados de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), refieren que las enfermedades buco – dentales más frecuentes, dentro de los problemas de salud oral, son caries dental, gingivitis, halitosis, restos radiculares por caries y cálculos dentales, que según la bibliografía consultada, reafirma la evidencia encontrada y consultada dentro del marco teórico de esta investigación

De estas enfermedades bucales, según el marco teórico revisado, la halitosis se encuentra dentro de esta categoría, pero no existen acciones dentro de las Normas de Atención del Ministerio Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), por lo que se recomienda abrir líneas de investigación en cuanto a determinar las acciones específicas dentro de las tácticas operativas en el Programa Individual de Atención en Salud.

Según el análisis cualitativo ((The coding manual for qualitative researchers, Johnny Saldaña 2013), se detectó, a través de los equipos comunitarios de salud y equipos de apoyo al primer nivel de atención en salud, que mayormente se da consulta por enfermedades bucales, alteraciones dentales y hábitos alimenticios, lo que contrasta con las acciones de salud oral vigentes dentro de la normativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), pero que no se realizan por falta de acceso a servicios de salud y recurso humano.

Uno de los métodos de prevención primaria encontrados, durante la revisión de literatura para el marco teórico de esta investigación, es el método de fluoración de agua para consumo humano, dicha acción no está reflejada dentro de los resultados de las entrevistas a los expertos de salud oral dentro del primer nivel de atención, contrariamente, los equipos de salud, coinciden que el método de fluoración de agua debe de implementarse como parte del Programa Comunitario de Atención en Salud (PCOS), a través de la táctica operativa: Agua, saneamiento ambiental y zoonosis.

XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A través de los resultados obtenidos por medio del registro de notas de campo, documentos analizados, observaciones y entrevistas a los expertos en salud oral dentro del primer nivel de atención así como a los integrantes de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), y el análisis de dicha información cualitativa (Graham Gibbs, 2012; The coding manual for qualitative researchers, Johnny Saldaña, 2013), por medio de la triangulación de la información de las entrevistas, matriz y revisión bibliográfica del marco teórico, se da respuesta a los objetivos que se plantearon para esta investigación.

Objetivo No. 1: Determinar las acciones que se implementarán dentro del programa de salud oral para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

De acuerdo con los resultados obtenidos durante el estudio de caso a través de la consulta inicial a los expertos de salud oral dentro del primer nivel de atención, así como mediante la observación, documentación y entrevistas a los equipos de salud y posterior análisis de la información recabada, dentro de las acciones e intervenciones identificadas y de fácil replicación que pueden ser implementadas dentro del programa de salud oral para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, podemos mencionar la valoración integral del sistema estomatognático, a través de la detección temprana y protección específica, por medio de acciones de la valoración de estructuras dento – maxilo – faciales y su funcionalidad, valoración de hábitos y prácticas de cuidado bucal, la identificación de factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal, conjuntamente con un complemento de educación en salud buco – dental; así mismo, dadas las condiciones del sistema de salud pública en Guatemala, es necesaria la implementación de un método de intervención no operatorio para el tratamiento de caries dental, conocido como método Nexo, que nos permitirá la utilización de los menores recursos posibles por su bajo costo.

También, entre otras medidas relativamente sencillas a aplicarse dentro del nuevo programa de salud oral, por su bajo costo para su replicación dentro del primer nivel de atención, están los enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2%, y fluoración del agua para consumo humano.

Objetivo No. 2: Describir las acciones del programa de salud oral, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

A continuación se describen, a partir de la documentación, análisis de resultados y literatura sobre los mecanismos de abordaje, las acciones e intervenciones de fácil replicación y que se pueden implementar como parte del programa de salud oral, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, así como también, se describen los actores sociales que intervienen en ellas, como la población objetivo, recurso humano en salud proveedor, tácticas operativas, etc.

Dentro de la valoración integral, por medio de la detección temprana y protección específica, a través de un examen clínico exhaustivo intra y extraoral realizado por un integrante del equipo comunitario de salud y/o equipo de apoyo del primer nivel de atención en salud, se deberá valorar las estructuras dento – maxilo – faciales y sus funciones bucales como la masticación, deglución, fonación, etc. Esta acción, va dirigida a individuos de todos los grupos etarios y se puede realizar tanto en un entorno institucional, a través de la táctica operativa del programa individual de atención en salud: atención integral en consulta a demanda en los puestos de salud, así como en el hogar, a través de las tácticas operativas del programa familiar de atención en salud: visita familiar integral y/o visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo.

También se deberá valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal, realizando una valoración de los hábitos de alimentación (cantidad y frecuencia de consumo de

azúcares), hábitos de higiene, uso e ingesta y tipo de pasta dental, uso de biberones, alimentación complementaria entre otros. Esta acción la realiza un integrante del equipo comunitario de salud y/o equipo de apoyo del primer nivel de atención en salud. Esta acción, va dirigida a individuos con edades a partir del primer mes de vida, y se puede realizar en un entorno institucional, a través de la táctica operativa del programa individual de atención en salud: atención integral en consulta a demanda en los puestos de salud, así como en el hogar y en un entorno educativo, a través de las tácticas operativas del programa familiar de atención en salud: visita familiar integral, visita de seguimiento integral y/o visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo.

También se deberá proceder a la identificación de factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal. Ésta identificación la realiza un integrante del equipo comunitario en salud y/o equipo de apoyo del primer nivel de atención en salud; en caso de encontrarse algún hallazgo o alteración, deberá ser derivado al tramo de atenciones para alteraciones, enfermedades y trastornos relacionados con la salud bucal para evaluación por odontólogo. Esta acción, va dirigida a individuos de todos los grupos etarios y se puede realizar tanto en un entorno institucional, a través de la táctica operativa del programa individual de atención en salud: atención integral en consulta a demanda en los puestos de salud, así como en el hogar a través de las tácticas operativas del programa individual de atención en salud: visitas puntuales en el hogar y/o vigilancia activa domiciliaria de riesgos. La referencia será hacia establecimientos del segundo o tercer nivel de atención.

Las acciones e intervenciones que comprenden la valoración integral, deberán complementarse con educación en salud buco – dental, a través de la promoción de hábitos y prácticas de cuidado bucal; por medio de éstas, se deberá brindar información sobre cuidados bucales, alimentación saludable, prácticas de higiene bucal, procesos de erupción dental, hábitos nocivos, etc.; ésta acción es realizada por integrantes del equipo comunitario de salud y/o equipo de apoyo del primer nivel de atención en salud, y va dirigida a individuos de todos los grupos etarios. La educación en salud buco – dental puede llevarse a cabo en un entorno institucional, a través de la

táctica operativa del programa individual de atención en salud: atención integral en consulta a demanda en los puestos de salud, así como también en un entorno educativo, comunitario y del hogar, a través de las tácticas operativas del programa familiar de atención en salud: visita familiar integral, visita de seguimiento familiar, y/o visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo.

El método Nexo, es un programa de intervención no operatorio de caries dental, dirigido a niños y adolescentes de edades entre 0 a 18 años, con o sin historia de enfermedad de caries dental; este método, consta de 3 principios que son implementados de forma individual por medio de citas control, espaciadas en base al diagnóstico y valoración de riesgo, e inicia a los 8 meses de edad del individuo, y lo puede realizar un integrante del equipo comunitario de salud y/o equipo de apoyo del primer nivel de atención en salud, el cuál deberá aplicar el principio de educación a padres, niños y adolescentes en caries dental y el principio de entrenamiento intensivo en control de placa dentobacteriana en el hogar; principios que se pueden realizar tanto en un entorno educativo y hogar a través de la táctica operativa del programa familiar de atención en salud: visita de seguimiento familiar y/o visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo. El tercer principio del método es la intervención profesional odontológica no operatoria (remoción de PDB, profilaxis), el cuál será realizado exclusivamente por odontólogo en establecimientos del segundo nivel de atención.

Los enjuagatorios con fluoruro de sodio, son soluciones de fluoruro que constituyen una medida de auto aplicación usada tanto a nivel individual como a nivel comunitario; para este método de prevención, se recomienda usar enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%, que son de alta potencia de efectividad y baja frecuencia de administración, por lo que se realizan semanal o quincenalmente y suelen emplearse en programas escolares, comunitarios y en pacientes con alto riesgo de caries dental. Esta intervención, va dirigida a individuos con edades a partir de los 6 años de edad y la realiza un integrante del equipo de apoyo del primer nivel de atención en salud y lo realiza semanalmente en centros educativos, por medio de la táctica operativa del programa familiar de atención en salud: visita de seguimiento familiar y/o visita familiar

integral con énfasis en intercambio educativo; y de la táctica operativa del programa individual de atención en salud: visitas puntuales.

La fluoración de agua, es un método de prevención primaria, el cuál utiliza sistemas de agua potable (con una concentración de 1mg F/L de agua), para distribuir bajas dosis de fluoruro en intervalos frecuentes. Esta intervención, además de crearse una política de salud en la cual se establezcan los parámetros necesarios para que se lleve a cabo de manera eficiente, deberá ser coordinada e implementada por entidades gubernamentales y municipales bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, y va dirigida a todos los individuos de todos los grupos etarios, y se deberá realizar a través de la táctica operativa del programa comunitario de atención en salud: agua, saneamiento ambiental y zoonosis.

**“PROPUESTA DE PROGRAMA DE SALUD ORAL PARA EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN BAJO EL MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO A LA SALUD,
GUATEMALA, 2017”**

Acciones e intervenciones del programa de salud oral para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

Programa MIS	Tipo de Prevención		
	Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
Programa Individual de Atención Salud (PIAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración integral de estructuras dento – maxilo – faciales y hábitos y prácticas de cuidado bucal. • Educación en salud oral. • Método NEXO • Enjuagatorios con NaF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de factores de riesgo y alteraciones que afectan la salud buco – dental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método NEXO
Programa Familiar de Atención Salud (PFAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración integral de estructuras dento – maxilo – faciales y hábitos y prácticas de cuidado bucal. • Educación en salud oral. • Método NEXO • Enjuagatorios con NaF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de factores de riesgo y alteraciones que afectan la salud buco – dental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método NEXO
Programa Comunitario de Atención Salud (PCOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Fluoración del agua para consumo humano 		

Red de servicios de atención odontológica

Para el funcionamiento del programa de salud oral, se deberá plantear una propuesta de red de servicios de atención odontológica, que articule los tres niveles de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, y que se caracterice, por los tres niveles de atención y complejidad, cobertura, accesibilidad, con capacidad resolutive de las enfermedades buco – dentales más frecuentes, y que tenga a disposición una cartera de servicios de atención odontológica dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, con un sistema de referencia y contrareferencia para garantizar la continuidad de la atención (13).

Sistema de referencia y contrareferencia

El programa de salud oral, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, deberá contar con un sistema de referencia y contrareferencia, el cuál procurará asegurar la continuidad de la atención sanitaria de los pacientes a lo largo de la red de servicios de salud (13). Este sistema, es un procedimiento administrativo – asistencial, que vincula todos los niveles de atención, en donde los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), pueden derivar a un servicio con mayor capacidad resolutive y recurso humano en odontología, a partir del segundo y tercer nivel, para realizar un procedimiento diagnóstico, tratamiento o una interconsulta. Posteriormente, este servicio realizará una contrareferencia, lo que implica hacer la derivación del paciente en sentido contrario, con la finalidad de garantizar el seguimiento del paciente.

Además de integrar la red de servicios de salud, se garantiza la continuidad en la atención, el uso eficiente de los recursos, y la aplicación del marco conceptual del derecho a la salud (13).

A continuación se describen las acciones e intervenciones de fácil replicación y que se implementarán dentro del programa de salud oral, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, así como

también, se describen los actores sociales que intervienen en ellas, como población objetivo, recurso humano en salud proveedor, tácticas operativas, etc.

Salud oral en el primer nivel de atención: propuesta de programa bajo el marco conceptual del derecho a la salud, Guatemala 2017.

Acción	Concepto	Metodología	Dirigido a	Ejecutado por	Recurso Humano
Valoración integral y detección temprana de las estructuras dento – maxilo – faciales	Realizar valoración de estructuras maxilofaciales y funciones bucales como masticación, deglución y fonación entre otras.	A través de un examen clínico intra y extra oral se procede a evaluar las estructuras dento – maxilo – faciales. Anamnesis.	Individuos de todos los grupos etarios.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Integrantes de Equipos Comunitarios en Salud (ECOS) y/o Equipos de Apoyo del Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS).
	Entorno	Programa MIS	Táctica Operativa	Nivel de prevención	Otros
	Institucional.	Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).	Atención integral en consulta a demanda en los puestos de salud.	Prevención primaria (Protección específica).	
	Hogar	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).	<ul style="list-style-type: none"> • Visita familiar integral. • Visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo. 		

Acción	Concepto	Metodología	Dirigido a	Ejecutado por	Recurso Humano
Valoración de hábitos y prácticas de cuidado bucal	Realizar valoración de los hábitos de alimentación (cantidad y frecuencia de consumo de azúcares), hábitos de higiene, uso e ingesta y tipo de pasta dental, uso de biberones, alimentación complementaria.	Anamnesis. Inspección visual de técnicas de higiene bucal.	Individuos con edades a partir del primer mes de vida.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Integrantes de Equipos Comunitarios en Salud (ECOS) y/o Equipos de Apoyo del Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS).
	Entorno	Programa MIS	Táctica Operativa	Nivel de prevención	Otros
	Institucional.	Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).	Atención integral en consulta a demanda en los puestos de salud.	Prevención primaria (protección específica).	
	Hogar	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Visita familiar integral. • Visita de seguimiento familiar. 		
	Educativo	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).	<ul style="list-style-type: none"> • Visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo. 		

Acción	Concepto	Metodología	Dirigido a	Ejecutado por	Recurso Humano
Identificación de factores de riesgo y/o alteraciones que afectan la salud buco – dental	Evaluación e identificación de factores de riesgo y/o alteraciones que afectan la salud buco – dental.	Evaluar por medio de examen clínico intra y extra oral de la cavidad bucal. Anamnesis.	Individuos de todos los grupos etarios.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Integrantes de Equipos Comunitarios en Salud (ECOS) y/o Equipos de Apoyo del Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS).
	Entorno	Programa MIS	Táctica Operativa	Nivel de prevención	Otros
	Institucional.	Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).	Atención integral en consulta a demanda en los puestos de salud.	Prevencción secundaria (Diagnóstico y tratamiento precoz)	En caso de encontrarse algún hallazgo o alteración, deberá ser derivado al tramo de atención para alteraciones, enfermedades y trastornos relacionados con la salud bucal para evaluación por odontólogo.
	Hogar	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).	<ul style="list-style-type: none"> • Visita familiar integral. • Visitas puntuales en el hogar. • Vigilancia activa domiciliaria de riesgos. 		La referencia es hacia establecimientos del 2do. y 3er. nivel de atención en salud

Acción	Concepto	Metodología	Dirigido a	Ejecutado por	Recurso Humano
Educación en salud buco - dental	Promoción de hábitos y prácticas de cuidado bucal.	Brindar información sobre cuidados bucales, alimentación saludable, prácticas de higiene bucal, procesos de erupción dental, hábitos nocivos, etc.	Individuos de todos los grupos etarios.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Integrantes de Equipos Comunitarios en Salud (ECOS) y/o Equipos de Apoyo del Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS).
	Entorno	Programa MIS	Táctica Operativa	Nivel de prevención	Otros
	Institucional.	Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).	Atención integral en consulta a demanda en los puestos de salud.	Prevención primaria (Fomento de la salud)	
	Hogar	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Visita familiar integral. • Visita de seguimiento familiar. 		
	Educativo	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).	<ul style="list-style-type: none"> • Visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo. 		
	Comunitario	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).			

Acción	Concepto	Metodología	Dirigido a	Ejecutado por	Recurso Humano
Método NEXO	Programa de intervención no operatorio de caries dental, Consta de 3 principios implementados de forma individual por medio de citas control, espaciadas en base al diagnóstico y valoración de riesgo.	Principios: 1. Educación a padres, niños y adolescentes en caries dental. (PIAS – PFAS) 2. Entrenamiento intensivo en control de placa dento - bacteriana en el hogar. (PFAS)	Niños y adolescentes entre los 8 meses de edad y los 18 años, con o sin historia de enfermedad de caries dental.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).	Integrantes del Equipos Comunitario en Salud (ECOS) y/o Equipos de Apoyo del Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS).
	Entorno	Programa MIS	Táctica Operativa	Nivel de prevención	Otros
	Institucional.	Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).	Atención integral en consulta a demanda en los puestos de salud.	Prevención primaria (fomento de la salud y protección específica) para 1ro. Y 2do. principio.	El 3er. principio: Intervención profesional odontológica no operatoria (remoción de PDB, profilaxis), es realizado exclusivamente por odontólogo en establecimientos del 2do. Nivel de atención en salud.
	Hogar	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Visita familiar integral. • Visita de seguimiento familiar. 	Prevención terciaria para 3er. principio (limitación del daño).	
	Educativo	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).	<ul style="list-style-type: none"> • Visita familiar integral énfasis en intercambio educativo. 		

Acción	Concepto	Metodología	Dirigido a	Ejecutado por	Recurso Humano
Enjuagatorios con Fluoruro de Sodio	Soluciones, que constituyen medidas de auto aplicación tanto a nivel individual como comunitario, y suelen emplearse en programas escolares, comunitarios e individuos con alto riesgo de caries dental.	Realizar semanalmente por 1 minuto, enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2%, que son de alta potencia de efectividad y baja frecuencia de administración.	Individuos con edades a partir de los 6 años de edad.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Integrantes del Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS). Inspector de saneamiento ambiental. Claustro de catedráticos(as) como monitores.
	Entorno	Programa MIS	Táctica Operativa	Nivel de prevención	Otros
	Hogar	Programa Individual de Atención en Salud (PIAS).	Visitas Puntuales en el hogar.	Prevención primaria (protección específica).	
	Educativo	Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS).	<ul style="list-style-type: none"> • Visita de seguimiento familiar. • Visita familiar integral énfasis en intercambio educativo. 		

Acción	Concepto	Metodología	Dirigido a	Ejecutado por	Recurso Humano
Fluoración del agua para consumo humano	Método de prevención primaria, el cuál utiliza sistemas de agua potable, para distribuir bajas dosis de fluoruro en intervalos frecuentes.	Adición de fluoruro de sodio en las plantas de captación y tratamiento de agua para consumo, a través de procesos automáticos logrando una concentración óptima de 1 mg F/L de agua.	A nivel comunitario.	Ejecutado por entidades gubernamentales y municipales bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Personal de instituciones gubernamentales y municipales Inspector en Saneamiento ambiental COCODES
	Entorno	Programa MIS	Táctica Operativa	Nivel de prevención	Otros
	Comunitario	Programa Comunitario de Atención en Salud (PCOS).	Agua, saneamiento ambiental y zoonosis.	Prevención primaria (fomento de la salud)	

XII. CONCLUSIONES

- En base a las experiencias relacionadas con la salud oral, que se realizan dentro del primer nivel en otros países como México, Colombia y Costa Rica, se logró establecer las acciones e intervenciones de atención buco - dental, que pueden ser implementadas dentro del programa de salud oral para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.
- Se logró describir las acciones e intervenciones de atención en salud buco – dental, que pueden ser implementadas dentro del programa de salud oral bajo el marco conceptual del derecho a la salud, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.
- Se logró determinar los problemas de salud oral más frecuentes que deben ser abordados por la acciones de atención en salud buco - dental a través de las tácticas operativas del modelo de atención vigente, como parte del fortalecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

XIII. RECOMENDACIONES

- Presentar la propuesta de programa de salud oral para el primer nivel de atención tanto al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, como al Programa Nacional de Salud Bucodental.
- Una vez autorizado el programa de salud oral, como parte del fortalecimiento del primer nivel de atención, por parte de las autoridades correspondientes, se deberá impulsar experiencias piloto, de las acciones e intervenciones en salud buco – dental, dentro de los espacios a nivel individual, familiar y comunitario, priorizando los lugares en donde ya exista personal operativo del primer nivel, es decir, Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS) del modelo de atención en salud vigente.
- Fortalecer los equipos de salud del primer nivel de atención con odontólogos, y capacitar al recurso humano que integran los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), para la formación de competencias en el desarrollo de las acciones e intervenciones de atención en salud buco – dental que forman parte de la propuesta de programa de salud oral para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.
- Elaborar material didáctico para las acciones de promoción y educación que son parte de la propuesta de programa de salud oral para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.
- Se deben elaborar programas de salud oral, para el segundo y tercer nivel de atención, que contengan acciones e intervenciones que puedan implementarse de manera articulada entre los tres niveles de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

- Este Trabajo de investigación, es un primer diseño de acciones específicas para mejorar las condiciones de salud buco – dental en la población guatemalteca, y que por su condición de proyecto factible, puede servir como referencia para posteriores revisiones y mejoramiento de la propuesta desde otras perspectivas.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Normas de Atención 2010. Módulo 1 – 7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.
2. Estudio: Información sobre recursos humanos de salud en Guatemala. Universidad Rafael Landívar – Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guatemala, Julio de 2009.
3. Verdugo, J.C. et al., Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente. Base y lineamientos. Instancia Nacional de Salud. Primera edición. Guatemala, 2002.
4. Hernández Mack, Lucrecia. Derecho a la Salud – Serie educativa “Por un Modelo Incluyente en Salud”. Cuaderno 2. Instituto de Salud Incluyente – ISIS – Guatemala, 2010.
5. Ajú, Marta Lidia., Oliva Herrera, Velia. Sistematización del Modelo Incluyente en Salud. Informe Final, Documento PDF. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadq551.pdf
6. Martín Zurro, A., Jodar Solaá, G. – Atención familiar y salud comunitaria. Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria. Cap. 1. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
7. Kroeguer, A., Luna, R. – Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Enero, 1992.
8. Arriaga, C. A., Hernández Mack, L., Hernández, Z., Morales, L., Sánchez, C., Verdugo, J. C. Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención. Instituto de Salud Incluyente. Primera edición. Pp. 19 – 21, 37 – 42, 76 – 139. Guatemala, 2012.
9. Arriaga, C. A., Hernández Mack, L., Morales, L., Sánchez, C., Verdugo, J. C. Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Primera edición. Guatemala, 2008
10. Estrada Galindo, Gustavo. El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos?. 9: Síntesis. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008

- Pp. 24 – 27 y 84 – 89. Amanuense Editorial – Grupo Amanuense. Guatemala, Agosto 2008.
11. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales. Sector Salud en Guatemala. Lineamientos de Política Económica, Social y de Seguridad 2012 – 2020. Guatemala, Noviembre de 2010. Págs. 19 – 27.
 12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala; 2015. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt>
 13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).
 14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala. Estrategia de Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud. La perspectiva de pertinencia intercultural del Modelo Incluyente en Salud. Pp. 6 – 17. Guatemala, 2012
 15. Arredondo López, Armando. Modelos y conceptos en Salud Pública y Sistemas de Salud: hacia una perspectiva transdisciplinaria. Cuad. Méd. Soc. 49(1): 26 – 35. Chile, 2009.
 16. Instancia Nacional de Salud. Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala: Instancia Nacional de Salud / Medicus Mundi Navarra / Fundación Friedrich Evert. Pág. 196. Guatemala, 2002.
 17. Feo, O., Tobar, K. Informe de Evaluación del Modelo Incluyente de Salud (MIS). Pp. 3 – 11. Guatemala, Septiembre 2013.
 18. Arriagada D, Paula., Guzmán T, Cristina. – Salud Oral en la Atención Primaria. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar, Comunitaria y Promoción. Universidad Austral de Chile. La Serena, Chile. Marzo – Mayo de 2006.
 19. Sánchez Rodas, Dr. Edgar., Villagrán Colón, Dr. Ernesto., Vanegas, Dra. Lissette. Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Fluorosis. Guatemala 1999 – 2002. Universidad de San Carlos de Guatemala.
 20. Villagrán, V. E. et al, Concentración de flúor y yodo en sal de consumo humano disponible en mercados de la República de Guatemala 2014 – 2015. Informe Final de Investigación. En Colaboración con: Comisión Nacional Salud Bucal

(CONASABU), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Guatemala, Julio 2015.

21. Illescas Ralda, Mónica María. – La percepción sobre salud bucal de los habitantes mayores de 18 años de 20 cabeceras departamentales de la República de Guatemala. Tesis. Facultad de Odontología. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, Julio 2011.
22. Popol Oliva, Axel. – Cariología, Facultad de Odontología. Universidad de San Carlos de Guatemala. Editorial universitaria. 2005
23. González Blanco, Olga., Velásquez Gimón, María Eugenia. – Diagnóstico y tratamiento de la halitosis. Acta Odontológica Venezolana. V.44 No. 3. Caracas, Diciembre 2006.
24. Bascones Martínez, A., Rioboo Crespo, M. – Aftas de la Mucosa Oral. Avances en Odontoestomatología. Vol. 27, Núm. 2 – 2011. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n2/original1.pdf>
25. Millán, Ronad E., Salinas, Yuni J. – Gingivoestomatitis herpética primaria. Conducta odontológica. Acta Odontológica Venezolana. V.46 No. 2. Caracas, Junio 2008.
26. Aguirre Urizar, José Manuel. – Candidiasis orales. Medicina bucal, Departamento de Estomatología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco, Bilbao, España. Rev. Iberoam Micol 19:17 – 21. 2002.
27. Manual para el uso de fluoruros dentales de la República Mexicana. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades. Subdirección de Salud Bucal. México, 2003.
28. Ekstrand, Kr., Christiansen, M. E., Outcomes of a non-operative caries treatment programme for children and adolescents. Department of Cariology and Endodontics. Dental Faculty, University of Copenhagen. Denmark. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16251789>

29. De León Saldaña, Luis Arturo. Método Nexo. Tratamiento No Operativo de la Caries Dental Nexo (PTNOC). Unidad de Epidemiología. Área de Odontología Socio Preventiva. Facultad de Odontología. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2012. Disponible en: <http://m.exam-10.com/medicina/32028/index.html>
30. Harris, Norman., García-Godoy, Franklin., Garduño Ávila, Mariana. Odontología Preventiva Primaria. 2da. Edición. Editorial El Manual, México, 2005.
31. Higashida, Dra. Bertha. Odontología Preventiva. 1ra. Edición, McGraw – Hill Interamericana, México, 2000.
32. Pizzo, G., Piscopo, M.R., Pizzo, I., Giulana, G. Community wáter fluoridation and caries prevention: a critical review, Clinic Oral Investigation, Sep. 2007; 11(3) 189 – 193. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17333303>
33. Marthaler, T., Peterson, P., Salt fluoridation – an alternative in automatic prevention of dental caries. International Dental Journal 2005; 55:351 – 358. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/publications/orh_IDJ_salt_fluoration.pdf
34. O´mullane, D. M., Systemic Fluorides. Adv Dent Rest. 1994; 8:181-184. Disponible en: <http://adr.sagepub.com/content/8/2/181.abstract>
35. Bánóczy, J., Petersen, P.E., Rugg-Gunn, A. J. Eds Milk fluoridation for the prevention of dental caries: World Health Organization; 2008. ISBN 978 92 4 154775 8. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/publications/milk_fluoridation_2009_en.pdf
36. ASTDD. Fluoride Varnish: an Evidence-based Approach. Association of State and Territorial Dental Directors (ASTDD), Research Brief, Fluorides Committee. 2007. Disponible en: <http://www.astdd.org/docs/Sept2007FINALFlvarnishpaper.pdf>
37. Navaro Montes, Isabel. Estudio Epidemiológico de Salud Bucodental en una Población Infantil – Adolescente de Castilla – La Mancha. Tesis Doctoral. Facultad de Odontología, Departamento de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 2002.

38. Martignon, S. Criterios ICDAS: Nuevas perspectivas para el diagnóstico de caries dental. Unidad de Investigación en Caries UNICA-B, Facultad de Odontología. Universidad El Bosque. Colombia, 2007. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/252931239_Criterios_ICDAS_Nuevas_perspectivas_para_el_diagnostico_de_la_caries_dental
39. Salud Dental Para Todos. Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS). Disponible en: <http://www.sdpt.net/ICDAS.htm>
40. Iruretagoyena, Marcelo Alberto. Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS). Código de caries en fosas y fisuras. Buenos Aires, Argentina, 2012. Disponible en: <http://www.sdpt.net/CCMS/ICDAS/codigoicdasesmalteyentinacaries.htm>
41. Aguilar Orozco, N., Aguilar Orozco, S. H., Navarrete Ayón, K., Robles Romero, D., Rojas García, A. Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. Artículo. Vol. 1. Número 2. Pp. 27 – 32. México, 2009. Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>
42. De León Saldaña, Luis Arturo. Índice CPO. Área de Odontología Socio Preventiva. Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2009. Disponible en: https://4tousac.files.wordpress.com/2012/02/documento_indice_cpo1.pdf
43. Castillo Alarcón, Hilda Jessica. Estrategias de prevención e intervención en problemas odontológicos de clientes externas embarazadas que acuden al centro de salud No. 1 de Ibarra durante el período de Julio del 2008 a Marzo del 2009. Tesis de Maestría. Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador, Agosto de 2010.
44. FDI World Dental Federation. Visión 2020 de la FDI. Delinear el futuro de la Salud bucodental. 2015. Disponible en: www.fdiworldental.org
45. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS–. Departamento de Desarrollo de Servicios de Salud. Coordinación General de Áreas de Salud – Modelo de Atención a la Salud. Primera edición. Guatemala, Centro América. Diciembre de 2007.

46. Salud Dental Para Todos. Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS). Protocolo para la inspección visual de las superficies dentarias. Disponible en: <http://www.sdpt.net/CCMS/ICDAS/protocoloicdas.htm>
47. Becerril Montekio, Víctor., López Dávila, Luis. Sistema de Salud de Guatemala. Salud Pública de México. Supl 2:S197-S208. Septiembre 2011. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/15.pdf>
48. Código de Salud de Guatemala (Decreto No. 90 – 97).
49. Peñaloza Quintero, Rolando Enrique. Modelo de Atención y Prestación de Servicios. Documento Técnico GPES/1603-10 Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. 2010.
50. NHS Centre for Reviews Dissemination. Systematic review of the efficacy and safety of the fluoridation of drinking water. York: University of York; 2000. Disponible en: <http://www.nature.com/bdj/journal/v192/n9/full/4801410a.html>
51. Estupinan-Day, S., Baez, R., Horowitz, H., Warpeha, R. Salt fluoridation and Dental Caries in Jamaica. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29;247-252. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11515637>
52. Salud Dental para Todos. Programa de fluoración de leche. Disponible en: <http://www.sdpt.net/SAP/lechefluoradapautas.htm>
53. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Diagnóstico nacional de salud. Departamento de seguimiento y evaluación. Pp. 17 – 21. Guatemala. Marzo 2012.
54. Cuenca, E. – Caries. Bases científicas para su prevención. Eds. Manual de Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson; Pp. 13 – 18. 1991.
55. ICDAS foundation. “What is ICDAS”. Disponible en: <https://www.icdas.org>
56. ICDAS foundation. eLearning Programmes “International Caries Detection and Assessment System”. Disponible en: <https://www.icdas.org/courses/spanish/course/nav.html>
57. ACFF. Alliance for a Cavity – free future. Disponible en: <http://www.alianzaporunfuturolibredecaries.org/es/gt/about-us#.V8CR9WUvWRs>

XV. LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
AIP	Atención Interprogramática
APS	Atención Primaria en Salud
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno – Infantil
CAP	Centro de Atención Médica Permanente
CENAPA	Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios
CEO	Índice de piezas dentales temporales Cariadas, Extraídas y Obturadas
COCODES	Consejo Comunitario de Desarrollo
COLREDS	Coordinadora Local de Reducción de Desastre
CONASABU	Comisión Nacional de Salud Bucal
CONRED	Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres
CPO	Índice de piezas dentales Permanentes Cariadas, Perdidas y Obturadas
EAPAS	Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
FDI	World Dental Federation
ICDAS	Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (International Caries Detection and Assessment System, por sus siglas en inglés)
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MMAS	Modelo Médico Alternativo Subordinado
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NaF	Fluoruro de Sodio
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCOS	Programa Comunitario de Atención en Salud
PEF	Plan de Emergencia Familiar
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
PPM	Partes Por Millón

PTNOC	Programa de Tratamiento No Operativo de la Caries Dental
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TM	Terapeuta Maya
TP	Terapeuta Popular
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund, en inglés)
VBG	Violencia Basada en Género
VFI	Visita Familiar Integral
VFIE	Visita Familiar Integral con énfasis en Intercambio Educativo
VHS	Virus del Herpes Simple
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VSF	Visita de Seguimiento Familiar

XVI. ANEXOS

Anexo No.1

Marco Jurídico y Legal

Fundamento Legal

Constitución Política de la República de Guatemala. Cap. II. Derechos Sociales. Sección Séptima. Salud, Seguridad y Asistencia social.

Art. 93. – Derecho a la salud. El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Art. 94. – Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Art. 95. – La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Art. 96. – Control de calidad de productos. ...Velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.

Art. 98. – Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

Código de Salud (Decreto No. 90 – 97).

Libro I. Disposiciones Generales. Título Único. Cap. I, Principios Fundamentales.

Art. 1: Del Derecho a la Salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Art. 3: Responsabilidad de los ciudadanos. Todos los habitantes de la República están obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así

como las condiciones de salubridad del medio en que viven y desarrollan sus actividades.

Art. 4: Obligación del Estado. El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y mantenimiento de los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones estatales descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

Art. 5: Participación de la comunidad. El Estado garantizará el ejercicio del derecho y el cumplimiento del deber de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y servicios de salud, en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social.

Libro II. De Las Acciones de Salud. Título I. Cap. II, De los Estilos de Vida Saludables.

Art. 45: Salud Bucal. El Estado a través del Ministerio de Salud en coordinación con las otras instituciones del Sector, desarrollará acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal.

Ley de Desarrollo Social (Decreto Legislativo No. 42 – 2001).

Art. 24. – Protección a la salud. Todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad.

Anexo No. 2
Ficha de Expertos

**Salud oral en el primer nivel de atención: Propuesta de programa
bajo el marco conceptual del derecho a la salud**

Investigador: Carlos R. Soto Fiallos

Ficha de Registro de Expertos en Salud Oral			
Nombre	Profesión	Cargo / Institución	Participó en la investigación
CD MPH Aída Borges Yáñez	Odóloga Máster en Salud Pública	Coordinadora de la Especialidad en Salud Pública Bucal. División de Estudios de Postgrados e investigación. Facultad de Odontología, Universidad Nacional y Autónoma de México (UNAM).	si
MSP Dra. Jacqueline Peraza Valverde	Odóloga Máster en Salud Pública	Coordinadora de la Unidad de Salud Oral y el Programa Nacional de Fluoración de la Sal y apoyo al Ministerio de Salud de Costa Rica en la elaboración de una propuesta para el modelo de atención en salud Oral. Costa Rica.	si
MSP Dra. Sandra Tovar Valencia	Odóloga Máster en Salud Pública	Coordinadora del Plan Nacional de Salud Bucal, Dirección General Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social, Bogotá DC., Colombia.	si
Od. Andrés Alonso Agudelo Suárez, PhD.	Odólogo PhD en Salud Pública	Jefe Centro de Investigación y Extensión, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Colombia.	No
MSP Dr. Ernesto Villagrán Colón	Odólogo Máster en Salud Pública	Coordinador de programa preventivo, Ejercicio Profesional Supervisado, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala, USAC.	No
Dr. Edgar Sánchez	Odólogo	Director de Área de Odontología Social y Preventiva, Ejercicio	No

		Profesional Supervisado, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala, USAC.	
Dra. Stefania Martignon	Odontóloga Pediatra, PhD.	Unidad de Investigación en Caries UNICA-B. Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, Colombia	No
Dr. Kim Ekstrand	Odontólogo	Coordinador Programa Nexo. Departamento de Cariología y Endodoncia, Facultad Dental, Universidad de Copenhague, Dinamarca.	No
Dra. Olaya Fernández	Odontólogo	Jefe del Departamento de Salud Bucal, Ministerio de Salud. Santiago de Chile, Chile.	No
Dr. Gilberto Alfredo Pucca Jr.	Odontólogo	Coordinador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, Brasília DF., Brazil.	No
Dra. Estela de los Angeles Gispert Abreu, PhD	Estomatóloga PhD. En Ciencias de la Salud.	Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.	No
MSP Dra. María de Lourdes Mazariegos Cuervo	Odontóloga Máster en Salud Pública.	Medicina preventiva en pediatría y salud bucal en la adolescencia. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Subdirección de Salud Bucal, Secretaría de Salud, México DF.	No
Dr. Armando Mojaibdr de la Peña	Odontólogo	Director Nacional de Salud Oral, Ministerio de Salud, La Habana, Cuba	No
Dr. Pablo Bianco Ricci	Odontólogo	Director del Programa de Salud Bucal, División Salud de la Población, Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay.	No
Dr. William Lao Gallardo	Odontólogo Máster en Epidemiología	Área de Regulación, Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento en Odontología. Gerencia Médica. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Costa Rica.	No

Anexo No. 3
Instrumentos de Recolección de Datos

Instrumento No. 1

Salud oral en el primer nivel de atención: Propuesta de programa bajo el marco conceptual del derecho a la salud, Guatemala, 2017.

Investigador: Carlos R. Soto Fiallos

Instrucciones: Usted ha sido seleccionado para formar parte del panel de expertos en salud oral en el primer nivel de atención, por lo que a continuación se le presenta un cuestionario, que forma parte del estudio de investigación titulado: “*Salud oral en el primer nivel de atención: Propuesta de programa bajo el marco conceptual del derecho a la salud*”, por lo cuál, es fundamental su colaboración en la resolución del mismo.

Dentro de la primera fase del marco metodológico, para este trabajo de investigación, se realizará una consulta inicial, por lo que este cuestionario es un instrumento de recolección de datos, el cuál se llevará a cabo de manera anónima, para poner de manifiesto convergencias de opiniones; posteriormente, se le presentarán los resultados y de ser necesario se realizará una segunda ronda de preguntas, para poder establecer un consenso sobre la temática, a partir del cuál, se pueda establecer la propuesta de programa de salud oral en el primer nivel de atención bajo el marco conceptual del derecho a la salud.

Para esta entrevista, SI____, NO____, autorizo, que la misma pueda ser objeto de grabación, la cuál, será guardada dentro de un archivo encriptado por un espacio de dos años, para su análisis e interpretación, de la cual se puedan extraer las conclusiones necesarias, para el abordaje del programa de salud oral en el primer nivel de atención bajo el marco conceptual del derecho a la salud.

- **Tiene usted conocimiento, o nos puede compartir documentos y/o experiencias relacionadas con la atención buco – dental en el primer nivel de atención. Especifique.**
- **Según su experiencia, o su conocimiento ¿Qué acciones e intervenciones en salud oral, cree usted, deben de aplicarse dentro del primer nivel de atención?**
- **De las acciones e intervenciones en salud oral, que usted refiere, puede mencionar dónde se han implementado y los resultados obtenidos; O darnos una idea a quién consultar o qué documento revisar.**

Instrumento No. 2

Salud oral en el primer nivel de atención: Propuesta de programa bajo el marco conceptual del derecho a la salud, Guatemala, 2017.

Investigador: Carlos R. Soto Fiallos

Instrucciones: A continuación se le presenta una guía de cuestionario, el cuál, se aplicará a manera de entrevista anónima entre los participantes, siendo éstos, única y exclusivamente hombres y mujeres que integran los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS) del Distrito Municipal de Salud de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala.

Esta guía de cuestionario, es un instrumento de recolección de datos, que forma parte del estudio de investigación titulado: *“Salud oral en el primer nivel de atención: Propuesta de programa bajo el marco conceptual del derecho a la salud, Guatemala, 2017”*, para lo cuál, es fundamental su colaboración en la resolución del mismo.

Para esta entrevista, SI____, NO____, autorizo, que la misma pueda ser objeto de grabación, la cuál, será guardada dentro de un archivo encriptado por un espacio de dos años, para su análisis e interpretación, y se puedan extraer las conclusiones necesarias, para el abordaje del programa de salud oral en el primer nivel de atención bajo el marco conceptual del derecho a la salud.

- **Cuáles son los problemas de salud oral más frecuentes que han encontrado al aplicar las tácticas operativas del Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)?**
- **De los problemas que se han mencionado, ¿Cuál es el camino del enfermo (remedios recibidos, quién proporcionó la atención)? ¿Ustedes como ECOS / EAPAS, qué hicieron respecto a tal situación?**
- **Dentro del Programa Comunitario de Atención en Salud (PCOS), ¿qué acciones se pueden proponer para mejorar la salud buco – dental de la población?**

Anexo No. 4
Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Salud oral en el primer nivel de atención: Propuesta de programa bajo el marco conceptual del derecho a la salud, Guatemala, 2017.

Investigador: Carlos R. Soto Fiallos

Este documento de consentimiento informado, se dirige a hombres y mujeres que integran los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS) del Distrito Municipal de Salud de Rabinal, Baja Verapaz, y que son invitados a participar en la investigación titulada: *Salud oral en el primer nivel de atención: Propuesta de programa bajo el marco conceptual del derecho a la salud, Guatemala, 2017.*

El objetivo de esta investigación, es determinar las acciones e intervenciones de salud buco – dental que se implementarán como parte de un programa de salud oral, para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala. Si usted requiere de información adicional, puede solicitármela en cualquier momento de la entrevista. Usted está en la total libertad de participar o no y en cualquier momento durante la entrevista usted puede cambiar de idea.

DECLARACIÓN

He leído o me ha sido leída la información de este documento. Se me ha brindado las explicaciones necesarias en cuanto a mi participación y colaboración en esta investigación y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta, las cuales, han sido contestadas a mi entera satisfacción. Asimismo, toda la información que proporcione será única y exclusivamente empleada para esta investigación. Para efectos del estudio, doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio anteriormente descrito y entiendo que tengo la libertad de retirarme de la investigación en el momento que así lo desee.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Anexo No. 5

**Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)
Viceministerio de Política Estratégica y Desarrollo Institucional
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)**

DR. JUAN CARLOS VERDUGO URREJOLA
VICEMINISTRO DE POLÍTICA ESTRATÉGICA
Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

Guatemala, 23 de junio de 2017
JCVU/VPEDI/261-2017

Doctor
Luis Enrique Castellanos
Director General
Sistema Integral de Atención en Salud

Doctor Castellanos:

Reciba usted un atento saludo, deseándole éxitos en sus labores diarias.

Por este medio, le solicito cordialmente se notifique al Dr. Carlos Rodolfo Soto Fiallos, Odontólogo del Distrito Municipal de Salud de Conguaco, Jutiapa, para que participe de la capacitación denominada "PROGRAMA INDIVIDUAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD" que se llevará a cabo del lunes 26 al jueves 29 de junio, en el horario de 08:00 a 17:00 horas, en el Hotel El Mirador, ubicado en la 2da. Calle 3-51 de la zona 1, Santa Lucía Milpas Altas, Sacatepéquez.

Agradeciendo de antemano el apoyo a esta gestión.



Dr. Juan Carlos Verdugo Urrejola
Viceministro de Política Estratégica
y Desarrollo Institucional
Ministerio de Salud Pública y A.S.



JCVU
C.C.: Dr. Adrián Chávez-Viceministro Técnico
Dr. Amalio Jiriquet-Coordinador Áreas de Salud
Dra. Irma Racines Godoy- Jefa del Distrito Municipal de Salud
Dr. Eduardo de Jesús Aguilar Morales, Director de Área de Salud

Of. Av. 3-4 Zona 11 - Teléfono: 2444 7474

Anexo No. 6
Carta – Dirección General
del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)

Guatemala, 09 de agosto de 2017

REF.OF-738-2017-LECL/a

NT-2017

Doctor
Eduardo De Jesús Aguilar Morales
Director Área de Salud Jutiapa
Presente

Respetable Doctor Aguilar:

De manera atenta me dirijo a usted, para informarle que el Doctor Cirujano Dentista Carlos Soto Fiallos, quien labora en el Distrito Municipal de Salud de Conguaco, Jutiapa, ha solicitado permiso para ausentarse de sus labores en dicho servicio con el fin de realizar un trabajo de campo en el Distrito Municipal de Salud de Rabinal, Baja Verapaz, en el marco del proceso de tesis la cual contribuye al desarrollo de nuevas tácticas operativas del Modelo Incluyente en Salud -MIS-.

En tal sentido le agradeceremos brindar todas las facilidades del caso para que el Doctor Soto, se desplace del 14 al 18 de agosto del año en curso, para realizar dicha labor, de la cual puede tener mayor información en los documentos adjuntos.

Por la atención que se sirva dar a la presente, me suscribo de usted, cordialmente.


Dr. Luis Enrique Castellanos López
Director General del Sistema Integral de
Atención en Salud-SIAS



C.C. Archivo

9ª. Avenida 14-65 Zona 1 Of. 101 Primer Nivel
PBX: 2492-0707 Ext. 101 y 113

Anexo No. 7

**Carta de Autorización – Trabajo de campo
Distrito Municipal de Salud (DMS)
Rabinal, Baja Verapaz.**



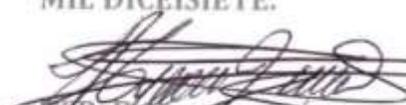
Rabinal, B.V., 11 de agosto de 2017

Doctor
Carlos Rodolfo Soto Fiallos
Presente

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL DISTRITO MUNICIPAL DE SALUD DE RABINAL, BAJA VERAPAZ, POR MEDIO DE LA PRESENTE HACE CONSTAR: -----

En respuesta a su solicitud, se le autoriza a realizar las actividades de trabajo de campo para el desarrollo de nuevas táctica operativas en el Distrito Municipal de Salud de Rabinal, Baja Verapaz, bajo la supervisión del coordinador de territorios del Modelo Incluyente en Salud, durante la semana del 14 al 18 de agosto del presente año.

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXTIENDE PARA LOS USOS LEGALES QUE AL INTERESADO CONVenga, EN UNA HOJA TAMAÑO CARTA CON MEMBRETE A LOS ONCE DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL DICEISIETE.


T.R. Bruno Corazon
Coordinador de Territorios
Modelo Incluyente en Salud MIS




Dr. Gonzalo Jeronimo Cortez
Director
Distrito Municipal de Salud
Rabinal, Baja Verapaz



Anexo No. 8
Matriz – Ruta Integral de Atención en Salud

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE SALUD

Intervención / acciones	Definición	Entorno					Destinatario			Tipo de intervención			Responsable Sectorial Institucional			Talento Humano en Salud
		H o g a r	E d u c a r t i v o	L a b o r a l	C o m u n i t a r i o	I n s t i t u c i o n a l	Persona l	Famili a	Comunida d	Individual	Colectiv o	Poblacion al	1er. Nivel de atención (Centro Comunitario de Salud, Puestos de Salud, Puesto de Salud Fortalecido)	2do. Nivel de atención (Centro de Salud tipo A, Centro de Salud tipo B, Centro de Atención Permanente CAP, Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios CENAPA, Centro de Atención Integral Materno Infantil CAIMI)	3er. Nivel de atención (Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de Referencia Nacional)	
Valoración Integral (Detección temprana y Protección Específica):																
Educación para la Salud:																

Fuente: Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)

Nota: se modificó el espacio: Responsable Sectorial Institucional.

Anexo No. 9
Respuestas de Cuestionarios a:
Expertos en Salud Oral dentro del Primer Nivel de Atención
Y
Equipos Comunitarios en Salud (ECOS) – Equipos de
Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS)

Respuestas obtenidas a través de la consulta inicial, por medio del instrumento de recolección de datos No. 1, que fue llevado a cabo entre los expertos de salud oral en el primer nivel de atención.

Tabla No. 1

TIENE USTED CONOCIMIENTO, O NOS PUEDE COMPARTIR DOCUMENTOS Y/O EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN BUCO – DENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. ESPECIFIQUE.

Experto	Respuesta
Experto 1	<p>Conocimientos y experiencias en atención de salud bucodental en el primer nivel de atención ya que inició el Servicio Social Obligatorio (SSO) en una unidad móvil odontológica del Ministerio de Salud, que ingresaba a sitios de difícil acceso para la población. En épocas escolares la unidad móvil se establecía en todos los centros educativos. Objetivo: llevar tratamientos curativos y promover técnicas de prevención en enfermedades orales. Población objetivo: poblaciones escolares, pre-escolares y embarazadas.</p> <p>A estudiantes de último año escolar que se encontraban con todos los dientes permanentes, se centraba en dejarlos con cero caries o “negativos” para que su paso al colegio y el inicio de la etapa adolescente llegaran sanos. Cuando la unidad no ingresaba al centro educativo, una asistente dental especialista en promoción y prevención daba seguimiento y capacitación a educadores para realizar ATF’s en enjuagues.</p> <p>Con la reforma del Sector de Salud a finales de los ´90, todas las unidades móviles del Ministerio de Salud, pasaron a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con el fin de que el MS asumiera el rol rector y la CCSS toda la parte asistencial. Con la introducción del Programa Nacional de Fluoración de la Sal (PNFS) se eliminaron los enjuagatorios escolares.</p>

<p>Experto 2</p>	<p>Actualmente el Sistema de Salud en Colombia incluye el desarrollo e implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, con un enfoque de APS, bajo la cual deben desarrollarse las intervenciones para el mantenimiento y atención de la salud bucal.</p> <p>Dentro del Modelo Integral de Atención en Salud, la ruta específica de atención aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación según sea el caso.</p> <p>El desarrollo de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), responde a los grupos de riesgo definidos para Colombia y a los eventos específicos priorizados por cada agrupación.</p> <p>Por tanto: uno de los Grupos de riesgo es la Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal y los eventos específicos a los que responden las RIAS son: caries, fluorosis, enfermedad periodontal, edentulismo, tejidos blandos, estomatosis.</p> <p>Para el caso de la salud bucal, las acciones bajo el enfoque de APS incluyen: 1. Trabajo intersectorial para el control de concentraciones de flúor en acueductos o alimentos, participación en acciones de control del consumo de tabaco y fomento de producción, provisión, y consumo de alimentos saludables. 2. Intervenciones para lograr mantener las mejores condiciones de salud bucal a través de acciones de protección específicas que especialmente contiene las principales acciones de protección específica (referencia: resolución 3202 de 2016).</p> <p>3. Intervenciones para la atención de eventos ya establecidos, en procura de incentivar, fortalecer y garantizar la atención en prestadores primarios para mejorar la resolutivez y la atención lo más anticipatoria posible. 4. Intervenciones para la atención de complicaciones o de consecuencias de eventos ya instaurados, para realizar a través de prestadores complementarios.</p> <p>Referencia: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx</p> <p>https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx</p>
<p>Experto 3</p>	<p>Programa Salud Bucal 2013 – 2018.</p> <p>Programa de Acción Específico Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018</p> <p>Objetivo: Fomentar, proteger y restablecer la salud bucal de la población mexicana, como parte de la salud integral del individuo, siendo condición necesaria para su participación en el proceso de transformación social en el territorio nacional y disminuir la carga de enfermedades para el año 2018.</p> <p>Objetivos Específicos: 1. Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del sistema nacional de salud, 2. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población, 3. Otorgar servicios curativos-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutivez y especial atención a grupos vulnerables, 4. Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal, 5. Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad, 6. Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.</p> <p>Programa: Salud bucal del preescolar y escolar. (Deriva del Programa Salud Bucal 2013-2018)</p> <p>Objetivo: mantener la salud bucal, creando una cultura en la que se fortalezca el autocuidado, se prevengan las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en los preescolares y escolares a través de promoción y educación para la salud, así</p>

como medidas de prevención y protección específica, cuyas medidas sean de tal impacto que se mantengan y apliquen por el resto de la vida de los niños.

Estrategias:

1. Atención preventiva grupal y promoción para la salud bucal

Esquema básico de prevención en salud bucal, otorgando acciones de prevención y educación para la salud

- Preescolar: Detección de placa bacteriana, instrucción de técnica de cepillado y pláticas educativas.
- Primaria y secundaria (6 años en adelante): detección de placa bacteriana, instrucción de técnica de cepillado, instrucción de uso de hilo dental, enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2%, pláticas educativas.

2. Atención a través del sistema de atención gradual

Estrategia asistencial en la que se otorga atención individualizada tanto en medidas de promoción, educación, prevención y de protección específica como en diagnóstico temprano y saneamiento básico.

Objetivo atención gradual: 1. incrementar gradualmente número de niños(a) preescolares y primaria sanos lo que disminuirá el índice de caries dental. 2. Incrementar gradualmente número de niños(a) preescolar y primaria con rehabilitación bucal lo que disminuirá el índice de necesidades de tratamiento y que los escolares aprendan con autocuidado.

Línea de acción: se agrupan a los niños por necesidades acumuladas de menor año en tres grupos: 1. Grupo inicial: niños(a) en primer grado. Este grupo siempre es prioritario. 2. Grupo de Mantenimiento: a partir del segundo año de iniciado el sistema de atención gradual, proceso que seguirá anualmente hasta concluir el sexto grado. 3. Grupo Selectivo: niños(a) inmediatamente mayor del grupo inicial que no entraron en tratamiento, por lo que su atención estará condicionada a la atención de emergencia o, a la referencia a la unidad de atención correspondiente.

Acciones:

- Grupo inicial: Examen clínico epidemiológico (examen clínico, índices CPO y ceo), Detección de niños(a) sanos (SFF, barnices fluorados, fluoruro en gel al 2%, según necesidades de cada escolar), Detección de niños con caries dental (acciones curativas para eliminar focos infecciosos de dientes temporales y permanentes, acciones de prevención individual dependiendo de la actividad cariogénica).
- Grupo de Mantenimiento: Examen clínico epidemiológico anual, Prevención, promoción y educación para la salud bucal (mismas acciones que grupo inicial), tratamiento clínico de nuevas necesidades (incidencia de lesiones).
- Grupo Selectivo: Mismas actividades que grupos inicial y de mantenimiento; Referencia en caso de lesiones de mayor complejidad a los niveles de atención correspondiente para su tratamiento y rehabilitación.

Manual para el uso de fluoruros dentales en la República Mexicana Atraumático (parte de la normativa del Programa Salud Bucal 2013-2018)

Manual para la aplicación de Tratamiento Restaurativo Atraumático (parte de la normativa del Programa Salud Bucal 2013-2018)

Objetivo: Brinda los conocimientos teóricos a los odontólogos para que cuenten con los elementos metodológicos necesarios en la aplicación del tratamiento restaurativo Atraumático en pacientes que habitan en zonas marginadas de difícil acceso.

Documento que menciona: fases, prevención y control de caries dental, Ionómero de vidrio como material restaurativo (clasificación, indicaciones, propiedades, manipulación, uso como sellador de fosas y fisuras, procedimiento para la restauración de un órgano dentario)

Manual para la Prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica en la República

Mexicana. (parte de la normativa del Programa Salud Bucal 2013-2018)
 Objetivo: Contribuir a la prevención y control de los riesgos de tipo biológico, físico, químico, psicosocial y postural en la práctica estomatológica a través de prácticas preventivas para la prevención y control de enfermedades bucales.
 Documento que menciona: prevención y control de infecciones, esquema de vacunación de las inmunizaciones para el personal de salud, barreras físicas para procedimientos clínicos, manejo y esterilización de instrumental, manipulación y disposición de residuos, etc.

Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas (parte de la normativa del Programa Salud Bucal 2013-2018)

Guía de consulta para el Médico y Odontólogo de Primer Nivel de Atención – Odontogeriatría (parte de la normativa del Programa Salud Bucal 2013-2018)
 Documento que menciona: biología del envejecimiento en la cavidad bucal, Medidas de prevención y autocuidado en la persona adulta mayor (Detección de PDB, uso de cepillo e hilo dental, revisión de tejidos bucales, revisión de higiene de prótesis), Alteraciones asociadas al envejecimiento

Manual para la atención odontológica en el paciente con diabetes (parte de la normativa del Programa Salud Bucal 2013-2018)
 Objetivo: unificar los procedimientos odontológicos para el tratamiento del paciente con diabetes con la finalidad de brindar la mejor atención posible.
 Documento que menciona: Clasificación de diabetes, prevención, complicaciones sistémicas agudas y crónicas de diabetes, relación diabetes – salud bucal, manifestaciones bucales en el paciente diabético, consideraciones para la consulta odontológica.

Manual de salud bucal en la adolescencia (parte de la normativa del Programa Salud Bucal 2013-2018)
 Manual que menciona: acciones de promoción de la salud, acciones de prevención (detección de PDB, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación de flúor, revisión de tejidos bucales y de higiene de prótesis, orientación para desalentar el uso de piercing), Principales problemas de salud bucal durante la adolescencia (caries, EP, maloclusiones, terceros molares, bruxismo, tabaquismo, trastornos de alimentación, trauma y piercing)
 Guía para la Atención Estomatológica en Personas con VIH (parte de la normativa del Programa Salud Bucal 2013-2018)
 Documento que menciona: información básica sobre VIH, Manejo del paciente con VIH y con SIDA en el consultorio estomatológico, Infecciones de transmisión sexual y cavidad bucal, Bioseguridad etc.

Referencias:
<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-salud-bucal-2013-2018-20044>
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_bucal.html
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/fluoruracion/index.html>
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_bucal.html
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/normatividad/index.html>
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/materialgrafico.html>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla No. 2

SEGÚN SU EXPERIENCIA, O SU CONOCIMIENTO ¿QUÉ ACCIONES E INTERVENCIONES EN SALUD ORAL, CREE USTED, DEBEN DE APLICARSE DENTRO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Experto	Respuesta
Experto 1	Atención a las actividades de promoción, prevención en poblaciones vulnerables, así como rehabilitación y educación de una población adulta mayor creciente, con marcada tendencia a las enfermedades crónicas.
Experto 2	En Colombia todas las acciones e intervenciones para promover, prevenir o intervenir en la atención de la salud bucal deben entregarse en el primer nivel de atención, lo que no es sinónimo de odontología general, sino también incluye atención con especialista, para lo cual debe hacerse esfuerzos con relación a fortalecimiento de talento humano, capacidades técnicas y tecnológicas, capacidades financieras y de sostenibilidad, y capacidades de trabajo integral con otras áreas de la salud y otros sectores (trabajo inter y transectorial).
Experto 3	<p>Primero habría que señalar cuáles grupos prioritarios son a los que deben enfocarse las acciones (preescolares, escolares, mujeres embarazadas y adultos mayores).</p> <p>Intervenciones preventivas como la aplicación de SFF, fluoruros (barniz de fluoruro, fluoruro diamino de plata), programas de cepillado dental en las escuelas.</p> <p>Una política que se aprobó en México fue la propuesta para implementar el cepillado dental OBLIGATORIO en las escuelas primarias de la Ciudad de México.</p> <p>Acciones recomendadas son: actividades de promoción y educación para la salud para preescolares y escolares, en la que los padres o tutores estuviese involucrados. Las actividades de promoción de la salud considera que deben estar incluidas en las actividades de promoción de la salud general, como lavado de manos, cepillado dental, desinfección de frutas y verduras, promoción de hábitos de alimentación, de higiene general, actividad física, no fumar y otras actividades que fomentan un estilo de vida saludable. También educación para la salud en adolescentes y en adultos mayores (auto-revisión bucal, cuidado de prótesis y dentaduras, cepillado dental).</p> <p>Como actividades preventivas tanto en niños y adultos mayores la aplicación de barniz de fluoruro en superficies en riesgo de caries coronal y caries radicular, éste método ha mostrado ser eficaz en la prevención de caries dental en ambos grupos de edad y requiere de menor infraestructura y su aplicación es rápida y sencilla.</p> <p>En los adolescentes es necesario promover la higiene bucodental, ya que en esta edad la prevalencia de gingivitis es muy alta, prevenir el tabaquismo y el consumo de otras sustancias que además del daño que causan a nivel personal, familiar, mental económico, también son factores de riesgo para la salud periodontal.</p> <p>Algún tipo de programa de prevención de bulimia en los adolescentes que tienen efecto en el esmalte dental por la exposición a los ácidos gástricos.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla No. 3

DE LAS ACCIONES E INTERVENCIONES EN SALUD ORAL, QUE USTED REFIERE, PUEDE MENCIONAR DONDE SE HAN IMPLEMENTADO Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS; O DARNOS UNA IDEA A QUIEN CONSULTAR O QUÉ DOCUMENTO REVISAR.

Experto	Respuesta
Experto 1	<p>En Costa Rica existe el Programa Nacional de Fluoración de la Sal desde el año 1987, demostrando una reducción importante en los indicadores CPOD y ceod, desde su implementación.</p> <p>En 2006, un estudio realizado por la Universidad de Costa Rica (UCR) demostró un estancamiento del indicador de CPOD; este estudio recomendó dirigir las acciones a las medidas de prevención y promoción por un cambio marcado en el componente de caries dental.</p> <p>En este momento el prestador de servicios a nivel nacional es la CCSS, y están realizando esfuerzos en retomar acciones de promoción y prevención a nivel escolar y esfuerzos por rehabilitar por medio de prótesis removibles a los adultos mayores.</p>
Experto 2	<p>El IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV 2013-2014), da cuenta de avances y hallazgos a intervenir en el sistema de salud colombiano, por lo que en respuesta a este estudio, se ha dado impulso a la estrategia SOY GENERACIÓN MAS SONRIENTE, en procura de reducir progresivamente la historia de caries dental mediante el incremento de la cobertura inicialmente de niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años) y sus familias, intervenidos con orientaciones para la realización de prácticas de cuidado y la aplicación de flúor.</p> <p>La higiene bucal, una alimentación sana y equilibrada, el no consumo de tabaco y otros cuidados a lo largo de la vida, son prácticas personales y cotidianas que favorecen mejores condiciones de salud bucal. Estas deben ser complementadas por las acciones profesionales de cuidado y protección específicas (RIAS varios grupos etarios, mencionado en la pregunta No. 2) incluyendo la aplicación de barniz de flúor, que ara el año 2015 se ha priorizado para la población de niños de 1 y 2 años de edad, a fin de reducir el riesgo de inicio de enfermedades que afectan la salud bucal, como la caries dental.</p> <p>Referencias: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-resultados-cuarto-estudio-nacional- salud-bucal.aspx https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/perspectiv a-uso-fluor.pdf https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/relatoria- foro-fluor.pdf</p>
Experto 3	<p>REFERENCIAS:</p> <p>1. Protocolo de investigación de un proyecto propuesto para la aplicación de barniz de fluoruro combinado con cepillo dental supervisado en las escuelas (2015-2018). Objetivo: evaluar el impacto de un programa de cepillado supervisado en la escuela y del cepillado combinado con la aplicación semestral de barniz de fluoruro en la disminución en la incidencia de caries dental en un periodo de tres años y compararlos con</p>

un grupo control que recibirá pláticas sobre higiene bucal y un cepillo dental cada 6 meses. (investigación en curso)

2. Artículo sobre la evaluación del programa de cepillado dental en las escuelas (Effect of a school-based supervised tooth brushing program in México City: a Clustered randomized intervention).
 Objetivo: evaluar la eficacia de tres meses de cepillado supervisado en la reducción de la placa dental, la inflamación gingival y el sangrado al sondear en los escolares participantes.
 Resultados: los principales resultados fueron, porcentaje medio de unidades gingivales sin inflamación. Superficies dentales sin placa dental y márgenes gingivales sin sangrado.
 Conclusiones: El programa de cepillado de dientes supervisado por la escuela mejoro la higiene bucal y tuvo un mayor impacto en la reducción de la placa y la gingivitis que en la reducción del sangrado gingival.
 Es necesario reforzar el componente de educación sobre salud bucodental.

3. Manual: Programa Educativo de Salud Bucal para un Grupo de la Tercera Edad.
 Presentación: ante la necesidad de establecer medidas profilácticas para el bienestar bucodental de los ancianos, se elaboró un manual de un programa de salud bucodental. Dicho programa se aplicó a una población de personas mayores de 60 años a un asilo de ancianos.
 Entre los temas importantes a promover en los ancianos para el mejoramiento de su salud bucodental están: caries dental, cuidados relacionados con la adaptación, uso y mantenimiento de dentaduras y puentes removibles, bienestar bucodental como componente de la salud integral, enfermedad periodontal, limpieza de la boca, examen de la boca, alimentación y nutrición en la edad avanzada. El manual se divide en tres partes: 1. Técnicas empleadas en la puesta en operación del programa de educación para la salud bucodental. 2. Se divide en ocho sesiones que conforman el programa, la cual cada una plantea los objetivos, procedimientos, materiales, etc. Y 3. Recomendaciones para el trabajo con la población anciana.

4. Propuesta de acciones de salud bucodental que pueden incluirse en el Seguro Popular de México 2010. (Consejos de cuidado e higiene a usuarios de dentaduras y prótesis parciales removibles. Tamizaje y diagnóstico oportuno de Cáncer bucal. Aplicaciones tópicas de fluoruro para prevención de caries coronal y radicular).
 Objetivo: Modificar e incluir nuevas actividades correspondientes al examen odontológico, que se encuentra entre las acciones preventivas para el adulto mayor de 60 años en adelante.
 Reflexión final: con la aplicación de estas medidas se espera que la incidencia de los problemas bucodentales (caries radicular y coronal, lesiones en mucosa bucal, cáncer bucal y mejore la calidad, funcionalidad e higiene de las prótesis removibles y dentaduras), disminuya en un periodo de cinco años, y que la calidad de vida relacionada con la salud bucal mejore en los adultos mayores usuarios del Seguro Popular.

5. Proyecto: Comparación de la eficacia de la solución de fluoruro diamino de plata y el barniz de fluoruro de sodio para la prevención y arresto de la caries radicular en un grupo de adultos (mayores).
 Objetivo: identificar si la aplicación anual de solución de fluoruro de diamino de plata es más eficaz que la aplicación semestral de barniz de fluoruro de sodio en la disminución de la incidencia de caries radicular y en el arresto de lesiones cariosas radiculares activas en un periodo de 30 meses en adultos de 55 años y más en el período 2017-2019. (Investigación en curso).

Respuestas obtenidas a través de la observación y entrevistas a integrantes de Equipos Comunitarios en Salud (ECOS) y Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS), por medio del instrumento de recolección de datos No. 2, a los cuales se les presento una guía de cuestionario, que se aplicó a manera de entrevista anónima entre los participantes.

Tabla No. 1

¿Cuáles son los problemas de salud oral más frecuentes que han encontrado al aplicar las tácticas operativas del Programa Individual de Atención en salud (PIAS)?

Integrantes entrevistados	Respuesta
Equipos Comunitarios en Salud (ECOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Caries • Gingivitis • Mala higiene • Edema en encías • Mal aliento • No hay educación en salud buco – dental • Sarro • Restos dentales • Abscesos • Dientes incompletos (amelogénesis, fracturas)
Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Caries • Gingivitis • Dientes manchados a temprana edad (generalmente por antibióticos como tetraciclinas y/o hierro) • Restos radiculares (caries y/o extracciones incompletas) • Abscesos dentales • Mal aliento • Edema en encías • Bajos recursos económicos para dedicarlos a la salud buco – dental • No hay educación • Alveolitis • Movilidad dental • Cálculos dentales

Fuente: Elaboración propia.

Tabla No. 2

De los problemas que se han mencionado, ¿Cuál es el camino del enfermo (remedios recibidos, quién proporcionó la atención)? ¿Ustedes como ECOS / EAPAS, que hicieron respecto a tal situación?

CAMINO DEL ENFERMO	
Integrantes entrevistados	Respuesta
Equipos Comunitarios en Salud (ECOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias obre problemas dentales son debido a que los dientes hacen erupción tardíamente. • Realizan lienzos de agua con sal (enjuagatorios). • Anestesia tópica en piezas dentales afectadas por caries. • Usan cascara de nance (para cicatrización de heridas post – extracción). • Utilizan plantas medicinales. • Enjuagues de orina de vaca, como desinflamatorio. • Utilizan apazote para alivio del dolor dental. • Los adultos utilizan bebidas alcohólicas para producir analgesia • Cuando hay dolor y viven cerca del puesto de salud, acuden a los ECOS que son la parte principal operativa del MIS, y ellos recetan ibuprofen cuando hay en stock en el puesto de salud. • Asisten al puesto de salud por medicamentos para el dolor • Automedicación con acetaminofén o ibuprofen. • Enjuagues con pimienta para alivio del dolor.
Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizan enjuagatorios con agua tibia y sal. • Utilizan plantas medicinales. • Realizan higiene con bicarbonato de sodio. • Utilizan paños mojados con gasolina para lograr algún tipo de analgesia. • Utilizan plantas medicinales como manzanilla como desinflamatorio. • Utilizan apazote para alivio del dolor. • Mascar tabaco o puro, para alivio del dolor dental. • Asisten a clínicas dentales privadas. • Asisten al puesto de salud por medicamentos para el dolor. • Automedicación con acetaminofén. • Utilizan la esencia del clavo como apósitos dentales para producir analgesia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente las personas siguen el camino del enfermo como tal porque viene de generación en generación y/o recomendación de un terapeuta maya o terapeuta popular.
INTERVENCIÓN DE ECOS / EAPAS	
Equipos Comunitarios en Salud (ECOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendación sobre buena higiene como cepillado dental. • Educación sobre cepillado dental 3 veces al día. • Recomiendan higiene bucal con ceniza para que este limpio y sin mal olor. • Recomiendan uso de sal para cepillado. • Referencia al Hospital Nacional de Salamá (desconocen si hay odontólogo) • Recomiendan uso de plantas medicinales según impresión clínica. • Se da tratamiento según normas de atención con tratamiento biomédico y plantas medicinales y referencias hacia hospital por servicios odontológicos.
Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones sobre higiene bucal. • Referencia a odontólogo privado. • Referencia al Hospital Nacional de Salamá. • Recomiendan Uso de plantas medicinales según impresión clínica. • Utilización de hierba buena (menta) para halitosis. • Intercambio educativo con la población que asiste al puesto de salud cuando las personas no encontraron la solución durante el camino del enfermo. • Se da tratamiento según las normas de atención con tratamiento biomédico y plantas medicinales y referencias hacia hospital por servicios odontológicos.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla No. 3

Dentro del Programa Comunitario de Atención en Salud (PCOS), ¿Qué acciones se pueden proporcionar para mejorar la salud buco – dental de la población?

Integrantes entrevistados	Respuesta
<p>Equipos Comunitarios en Salud (ECOS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En los diferentes intercambios con los líderes comunitarios se les da información sobre higiene bucal. • Talleres de lavado de dientes. • Enjuagues con flúor. • Jornadas con familias sobre aplicación de flúor. • Entrega física de cepillos y pasta dental. • Asambleas comunitarias para abordar temas de salud bucal. • Incentivar a la población con material didáctico y físico como cepillos y pastas durante los intercambios entre líderes comunitarios y la población. • Charlas educativas en escuelas sobre higiene bucal. • Intercambio educativo con adolescentes en salud buco – dental.
<p>Equipos de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover actividades en escuelas sobre salud buco – dental. • Reuniones y capacitación a terapeutas mayas. • Fortalecimiento de ECOS / EAPAS en materia de salud buco – dental. • Dar a conocer los principales factores de riesgo sobre la salud dental en la comunidad. • Intercambio con maestros para promover higiene bucal. • Intercambio con padres de familia. • Detección de problemas buco – dentales en el territorio de parte del área de salud. • Que exista personal permanente (odontólogo) para brindar atención sobre la situación de salud bucal. • A nivel de distrito contar con clínica dental y médica para referencia de casos y tratar complicaciones. • Intercambio educativo con grupos de familia y género sobre temas médicos y salud buco – dental.

Fuente: Elaboración propia.