

Estrategia para el Mejoramiento

De la Salud General en las Américas
A través de Avances Críticos
En la Salud Oral

El camino hacia delante:
2005 - 2015

DOCUMENTO BORRADOR

Tecnología y Prestación de Servicios de Salud
Organización de Servicios de Salud
Programa Regional de Salud Oral



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**Estrategia para el Mejoramiento de
la Salud General en las Américas a Través
de Avances Críticos en la Salud Oral
El Camino Hacia Delante: 2005-2015**



**Pan American
Health
Organization**

Regional Office of the
World Health Organization

**Tecnología y Prestación de Servicios de Salud
Organización de Servicios de Salud
Programa Regional de Salud Oral**

Julio de 2005

Copyright© 2005 Organización Panamericana de la Salud

Todos los derechos reservados por la Organización Panamericana de la Salud. El contenido de este documento puede revisarse, resumirse, reproducirse y traducirse por completo o en parte sin previa autorización, siempre que todo el crédito se dé a la fuente y el texto no se use con fines comerciales.

Grupo de Trabajo

Líder del Grupo:

Saskia Estupiñan-Day,
Asesora Regional de Salud Oral, Organización Panamericana de la Salud

Miembros:

Peter Cooney
Jefe de Salud Oral, Salud Canadá

Olaya Fernandez Fredes
Jefe de Salud Oral, secretaria de Salud de Chile

Norissa Giangola
Asesora, Organización Panamericana de la Salud

Farah Husain
Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Interna OPS

Trevor Milner
Asesor, Organización Panamericana de la Salud

Fanny Thompson
Jefe de Salud Oral, Secretaría de Salud, Barbados

Heriberto Vera
Jefe de Salud Oral, Secretaría de Salud, México

Reconocimientos

*Carissa Etienne, Director Adjunto
Organización Panamericana de la Salud*

*José Luis Di Fabio, Jefe de Área, AD/THS
Organización Panamericana de la Salud*

*Hernán Montenegro, Jefe de Unidad, THS/OS
Organización Panamericana de la Salud*

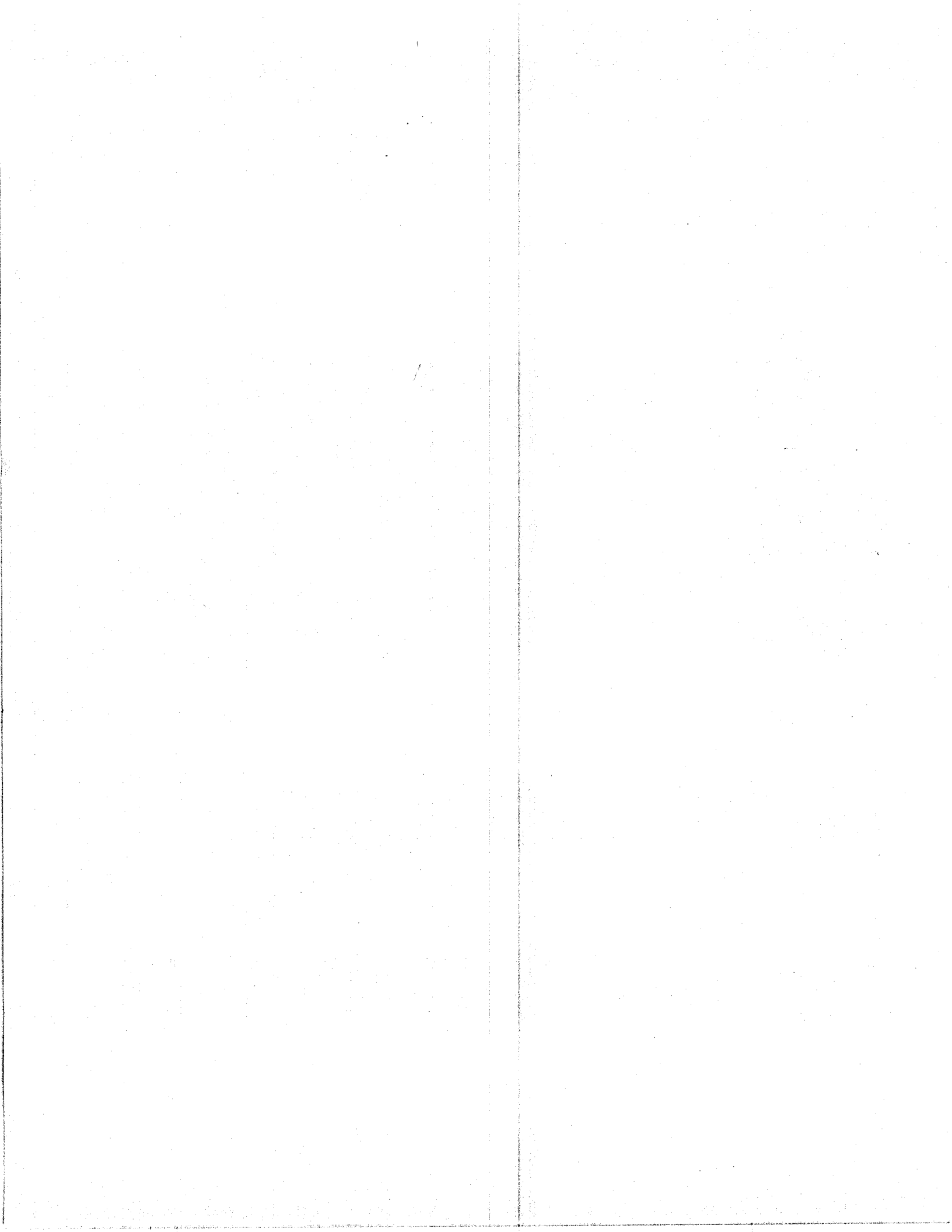


Tabla de Contenidos

Grupo de trabajo.....	iii
Reconocimientos	v
Compendio Administrativo	1
Antecedentes.....	3
Llamado Urgente a la Acción.....	3
La oportunidad.....	4
Compendio de la estrategia.....	5
Objetivo # 1: Terminación de la agenda inconclusa	7
Modelos de mejores prácticas.....	10
Medida de progreso.....	11
Consideraciones especiales.....	13
Socios	13
Objetivo #2: Enfrentando nuevos retos.....	14
Estructural Administrativo.....	15
Distribución de Servicios.....	16
Modelos de mejores prácticas.....	17
Consideraciones Especiales.....	17
Socios.....	18
Objetivo #3: Mantener los logros existentes.....	19
Fomentar los éxitos comprobados en la salud.....	19
Fluoración.....	19
Tratamiento Atraumático de Restauración (ART).....	21
Modelos de mejores prácticas	22
Consideraciones Especiales.....	23
Socios	23

Lista de Tablas

Tabla 1	Resultados de CPOD en países prioritarios de la OPS	8
Tabla 2	Tipología de Desarrollo en la salud oral (antes de 1990).....	20
Tabla 3	Tipología de Desarrollo en la salud oral (cerca de 1990).....	20

Lista de Figuras

Figura 1	Estructura para el Progreso en el Cuidado de la Salud Oral	12
Figura 2	Curso de los resultados de CPOD a la edad de 12 años para LAC 1987 – 2003.....	21

Lista de Anexos

Anexo 1	Muestra de un Auto examen oral	24
Anexo 2	Actividades Proyecto y Tiempo Límite.....	25
Anexo 3	Referencias.....	27

Compendio Administrativo

El propósito de este documento es esbozar la estrategia de salud a diez años para el Región de las Américas.

La meta de la estrategia es promover y proteger la salud total en las Américas a través de avances en el cuidado de la salud oral. Esta estrategia guiará el desarrollo de proyectos sustentables, políticas, mejores prácticas y fuentes que reducirán la carga de enfermedades relacionadas con la precaria salud oral a niveles individuales, locales, regionales y nacionales.

El cuidado mejorado de la salud oral se integra a la promoción de la OPS de la agenda de Salud Para Todos establecida en 1977 que aboga por una equidad sanitaria, y a las Metas de Desarrollo del Milenio (MDMs) establecidas en el 2000 que abogan por el desarrollo global total. Para dicho fin, esta estrategia

- Se desarrolló de acuerdo con la Agenda de Desarrollo de las Naciones Unidas, y soporta las tres MDMs relacionadas con la salud: mejoras en la salud de madres y niños mediante su dirección a grupos vulnerables; y el combate del VIH/SIDA y otras enfermedades mediante la influencia de la salud oral para promover la salud oral general. El conocimiento incrementado e inversión en las prioridades sanitarias establecidos por las MDMs debe completarse con una amplia gama de diálogos de políticas, sociedades y acciones intersectoriales.
- Enfatiza la integración funcional de la salud oral en el diagnóstico de atención primaria en salud para promover el desarrollo sanitario nacional y fomentar la protección social entre y dentro de los países.
- Enfatizar la cooperación en los cinco países prioritarios de la OPS: Bolivia, Haití, Honduras, Guyana y Nicaragua; y de manera secundaria en: Ecuador, Guatemala y Paraguay.

Cada objetivo de la estrategia se dirige a los tres retos principales de salud en la región, y cae en la estructura de la OPS de cooperación técnica:

- (1) **Terminación de la agenda inconclusa** – Equidad de cuidado para asegurar un nivel mínimo de acceso al cuidado de la salud oral para cada individuo, enfocándose a los grupos vulnerables.
- (2) **Enfrentar nuevos retos** – La integración del cuidado en la salud oral en servicios de cuidado sanitario primarios, como punto crítico para el diagnóstico y prevención tempranos de enfermedades, a través de mayor colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales, el sector privado y las instituciones dentales y médicas.

(3) Mantener los logros existentes– Mantener y mejorar los programas preventivos actuales; observación continuada; utilización y aplicación efectivas de los recursos de cuidado sanitario; y la transferencia de información y tecnología.

Esta estrategia depende de un sistema de hito científico para marcar el progreso en la salud oral para toda la población en cada país. Este nuevo enfoque en los avances de medición busca proclamar y promover el cambio positivo en nuestra región.

Antecedentes

La OPS tiene la responsabilidad de dirigir la política de mejores prácticas y resultados en la Región.

El Programa Regional de Salud Oral de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene la responsabilidad de encabezar la dirección de la política en salud oral hacia las treinta y cinco naciones la integran. La Unidad de Organización de Servicios de la OPS dentro del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS/OS) guía la implementación de estrategias y políticas de mejores prácticas, acopia los recursos internacionales y forma las sociedades que mejoran la implementación y los resultados.

Lo que hemos logrado. Hacia dónde vamos

La estrategia previa de diez años de la OPS observó éxitos sin precedente en el avance del cuidado de la salud oral. Las políticas, herramientas y entrenamiento provisto a los países miembros dieron como resultado una reducción significativa de caries a través de la Región. Los siguientes diez años no sólo se basarán en estos éxitos, sino que se abordarán brechas críticas en el cuidado de la salud general, como el acceso al cuidado entre los grupos más vulnerables y el reconocimiento de manifestaciones orales de enfermedades sistémicas.

Proceso: Bosquejando la Estrategia

En la formulación de esta estrategia se utilizó un planteamiento integrado para mejorar la salud oral. Este planteamiento incluyó la extensa colaboración con Jefes de Salud Oral (JSO) y expertos de la Región. El proceso ocasionó la recolección de datos científicos existentes en intervenciones de salud oral, conferencias con depositarios y someterse a asesores independientes de países desarrollados y en desarrollo para revisión y retroalimentación.

Llamado urgente para acción

Barreras para la Salud Oral

Se han llevado a cabo grandes adelantos en el mejoramiento de la salud oral y el cuidado de la salud oral en nuestra Región durante la década pasada. Los datos de los estudios de salud nacional han mostrado un declive marcado de caries dentales en nuestra población. Estas mejoras pueden atribuirse en gran medida a los programas preventivos

nacionales que incluyen fluoración con agua y sal, mayor conciencia sobre la higiene oral apropiada y mejores prácticas para el cuidado de la salud oral. (1)

El CPOD es una unidad de medición que describe la cantidad de caries en una población. La OMS [Organización Mundial de la Salud] recomienda un resultado de CPOD que sea inferior a tres en niños de doce años. A principios de los años noventa, los resultados de CPOD estuvieron por encima de cinco en catorce países, entre tres y cinco en diez países y de menos de tres en sólo seis países. Para el año 2000, sólo dos países tuvieron resultados de CPOD mayores de cinco, siete países tuvieron entre tres y cinco, y 29 países tuvieron menos de tres. Esto da como resultado una reducción de caries en un 35-85% y demuestra un cambio significativo en el perfil epidemiológico de caries dentales a través del Región.

A pesar de estas mejoras dramáticas, la carga de enfermedad es severa y permanece notablemente alta. El cuidado sanitario precario y sin equidad, el patrón cambiante de enfermedades orales tales como lesiones de VIH y una disminución de fondos, son señales prominentes de la crisis sanitaria existente en las Américas. (2)

Estos problemas profundos y consecuentes han impedido el progreso deseado en el estatus de la salud oral de nuestra Región. Existen varias disparidades en nuestra habilidad para llegar a todas las poblaciones. Las enfermedades orales afligen a algunos grupos de la población diferencialmente basados en sexo, ingresos, edad y raza o etnia. La cooperación técnica sistemática entre los países miembros de la OPS ha producido resultados detallados de CPOD; sin embargo, los datos nacionales y de provincia para otras enfermedades orales y craneofaciales para muchos de estos grupos están limitados o no existen. Deben identificarse los grupos en desventaja, sus necesidades deben ser valoradas y las diferencias en su estatus de salud oral entendidas para desarrollar intervenciones dirigidas a la reducción de dichas disparidades.

Agregado a nuestro reto se encuentra el cuerpo de evidencia creciente que demuestra el enlace entre la salud oral y el mal sistémico. Las manifestaciones tempranas de origen sistémico por lo regular pueden observarse inicialmente en la cavidad oral. (3) Los factores de riesgo para las enfermedades sistémica coexisten e interaccionan frecuentemente con la enfermedad oral. Dado lo anterior, la integración del cuidado de la salud oral como componente crítico de servicios primordiales es el primer paso para asegurar una mejor salud en las Américas. De hecho, la salud oral y la salud general están entrelazadas, interrelacionadas y están integradas una con la otra. Las estrategias de prevención deberían enfocarse a la reducción de estos riesgos, de manera que la población general así como individuos de alto riesgo produzcan beneficios.

La oportunidad

Es vital la integración de la salud oral en los servicios de atención primaria, el mejoramiento de la equidad del cuidado y el mantenimiento de los programas exitosos para el cuidado de la salud oral preventivos. La reciente evidencia que une a la salud oral y sistémica nos ha dado una nueva oportunidad de implementar la integración de la salud

oral y la salud general en un planteamiento de múltiples facetas. La salud oral significa mucho más que dientes sanos; está integrada a la salud general y es esencial para el bienestar. Esto implica no sufrir dolores oro-faciales crónicos, cáncer oral y faríngeo (garganta), lesiones a los tejidos orales, defectos de nacimiento tales como fisura palatina o labial y otras enfermedades y desórdenes que afectan a los tejidos orales, dentales y craneofaciales, colectivamente conocidos como el complejo craneofacial . (4)

Se requiere una combinación de acciones individuales, comunitarias y profesionales para tomar ventaja de esta oportunidad. Muchos países se han beneficiado a partir de logros a gran escala en la salud oral debido al conocimiento, mejores prácticas y experiencia técnica de todo el mundo. Los datos definitivos y un gran número de estudios sobre la efectividad de la fluoración con sal y agua se introdujeron en una nueva era de promoción sanitaria y prevención de enfermedades en la prevención de caries dentales. (5)

De este modo, existe una oportunidad de crear e implementar una estrategia efectiva de salud oral que además reducirá la morbilidad de las enfermedades orales a través de conceptos similares de una fuerte sociedad civil e interrelación internacional. Los modelos exitosamente implementados requieren un planteamiento que sea factible y aplicable dentro de diversas poblaciones, recursos materiales y humanos disponibles, instituciones existentes y tecnología actual. Es esencial la integración del cuidado de la salud oral en los servicios sanitarios primordiales para llegar a los grupos más vulnerables, entender las asociaciones oral y sistémica y mantener los programas preventivos de éxito. Las intervenciones efectivas que elevarán la calidad de vida y disminuirán la carga financiera permitirán a las comunidades gozar de vidas más sanas y largas.

Compendio de la Estrategia

Esta estrategia proporciona un plan que asistirá a los países miembros en el logro de los resultados óptimos de la salud oral para los siguientes diez años. Ésta se basa en dirigir las partes principales. Cada dogma está incluido y funciona al nivel de los siguientes objetivos:

- **Entrenamiento y diseminación de mejores prácticas** – Los países que ya han experimentado en el cambio positivo en su estatus de salud oral sirven como oportunidades de aprendizaje para otros países.
- **Sociedades** – El énfasis se ubica en las sociedades creadoras con agencias gubernamentales y no gubernamentales, oficinas regionales de la OPS, organizaciones internacionales y el sector privado para asistir en la implementación de esta estrategia y promover la capacidad de creación. Una propuesta que influencia a todos los depositarios hacia una meta común es central para esta estrategia.
- **Aumento en la Inversión Corriente** – El énfasis se encuentra en aumentar la inversión corriente en salud oral. Esta intervención deberá programarse en periodos críticos para prevenir enfermedades costosas y dañinas.

- **Medición del Progreso junto con Escala y Tiempo** – La estrategia tiene un horizonte a diez años, pero cada meta será evaluada en intervalos menores para el progreso. El perfil epidemiológico para los países y segmentos de poblaciones se medirá junto con el desarrollo continuo. Estos intervalos se definen como: **corto plazo** – uno a dos años; **mediano plazo** – tres a cinco años; **largo plazo** – seis a diez años.

Objetivo # 1: Terminación de la agenda inconclusa

Asegurar un nivel mínimo de acceso al cuidado de la salud oral para todos, dirigiéndose a las brechas en la atención para los grupos más vulnerables

A pesar de los avances en la reducción de los resultados de CPOD en los últimos diez años, todavía hay mucho trabajo por hacer. Existen disparidades profundas y consecuentes en la salud oral de nuestros ciudadanos. Por ejemplo, los resultados de CPOD-12, el único indicador confiable y disponible para todas las regiones, varían extensamente dentro y entre los países. El CPOD-12 para Montserrat es de 9.5 comparado con 0.2 en Bermudas. De manera similar, la ocurrencia de caries varía de 95% en Belice a 37% en Barbados. (6) Los problemas de las poblaciones seleccionadas y los efectos en su bienestar que dan como resultado una falta de acceso al cuidado, son más obvios al observar los indicadores de la salud oral dentro de las familias de bajos recursos, grupos marginalmente socializados, ciudadanos aislados geográficamente o con privación de derechos civiles u otros. Las mujeres pueden ser las que menos cuidado apropiado obtienen debido a las obligaciones familiares y responsabilidades de trabajo. Las caries tempranas en la niñez (ECC o caries en bebés) caracterizadas por caries rampante todavía prevalecen en muchas partes de la Región. (6) Los miembros de grupos minoritarios étnicos y raciales también experimentan un nivel desproporcionado de problemas de salud oral. Los individuos inhabilitados o comprometidos médicamente se encuentran en mayor riesgo de enfermedades orales, y, a su vez, las enfermedades orales exponen su salud. *En resumen, y de manera angustiante, aquellos que sufren la peor salud oral se encuentran entre la gente de bajos recursos de todas las edades, en donde los niños y las personas de edad avanzada de bajos recursos son particularmente vulnerables.*

Las siguientes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud realizadas en 1981 todavía no son cumplidas por los grupos más vulnerables del Región:

- 50% de niños entre 5-6 años sin caries
- Los resultados de CPOD promedio globales ≤ 3 por edades de 12 años
- 85% de la población general conservan su dentadura permanente a la edad de 18 años
- 50 % de reducción en el número de gente desdentada entre 35 – 44 años
- 25 % de reducción en el número de gente desdentada a los 65 años o mayores.

Los resultados de CPOD para los cinco países prioritarios son mejores que los de muchos países en desarrollo (Ver la Tabla no. 1). Sin embargo, todavía pueden existir

grandes discrepancias en estos países. El logro de la OPS al reducir el índice total de caries durante los pasados diez años demuestra que los resultados de CPOD son un índice apropiado para estimar las caries dentales, pero no es el único indicador para valorar las necesidades de salud oral de una nación. Los países que tienen un bajo resultado de CPOD en niños de 12 años de edad pueden tener lecturas mayores para otras edades tales como para las personas de edad avanzada, comprometidos médicamente o rurales de bajos recursos. Pueden también experimentar otros problemas de salud oral tales como el cáncer oral o fisura labial/palatina. Mejores métodos de observación que incluyan estos problemas, así como indicadores adicionales tales como enfermedades periodontales (CPTIN), lesiones orales de VIH (Índice de Melnick), trauma oro-facial o fluorosis dental (Índice de Dean) pueden ser necesarios para identificar las deficiencias e ilustrar el progreso futuro. Así, el estatus de salud oral de poblaciones seleccionadas dentro de estos países debe identificarse, evaluarse y dirigirse como pautas a seguir de la OPS y los países.

Tabla no. 1

Resultados de CPOD para los países prioritarios de la OPS

Bolivia	4.6
Honduras	4.0
Nicaragua	1.8
Guyana	1.3
Haití	1.0

Fuente: OPS/THS/ORH, 2005

Las razones de la disparidad en la salud oral son complejas. En muchos casos, los factores sociales, económicos y culturales son la explicación. En otros casos, la disparidad es exacerbada por la falta de programas de salud oral. La falta de transporte, demanda de casa habitación, incapacidad física u otros males pueden también limitar el acceso a los servicios. Otras razones pueden ser también los recursos insuficientes, la falta de entendimiento y conocimiento público sobre la importancia de la salud oral.

El control de las enfermedades orales depende de la disponibilidad y accesibilidad de los sistemas de salud oral; y la reducción de riesgo es posible a través de los servicios orientados hacia el cuidado y prevención primordiales de la salud. La valoración básica sobre la salud oral en el cuidado primordial debe estar disponible para todo individuo. Por tanto, esta estrategia debe facilitar posibles soluciones que se dirijan al surgimiento de las necesidades de la salud oral en las Américas en vista de las barreras sociales, políticas, de conducta y económicas existentes para la salud y el bienestar.

Metas a Corto Plazo: Uno a dos años

1. Identificación de grupos vulnerables de acuerdo con los lineamientos establecidos para el país y la OPS.
 - Vulnerabilidad geográfica – resultados de DMFT locales
 - Vulnerabilidad Social/Cultural – edad, género, SES, educación, raza/etnia
 - Vulnerabilidad Médica – inmunosupresión /VIH, embarazo, nutrición
2. Identificación de las necesidades en la salud oral de grupos vulnerables de acuerdo con una valoración del país.
 - Indicadores de la salud oral diferentes al CPOD – enfermedad periodontal, lesiones asociadas con el VIH, ECC, fluorosis, cáncer oral, trauma, defectos de nacimiento, etc.
 - Servicios de salud oral – acceso al atención, calidad de la atención, entrenamiento de proveedores/auxiliares, disposición de los proveedores/auxiliares.
3. Diseño, desarrollo e implementación de una intervención piloto apropiada con base en el grupo vulnerable.
 - Seleccionar un área o país para la intervención en coordinación con oficinas y socios del país.
 - Desarrollar un modelo de intervención segmentado que ofrezca un paquete básico preventivo de salud oral por grupos de edad y grupo de población.
 - Desarrollar estrategias para llegar a los niños en las escuelas, mujeres embarazadas y adultos mayores.
 - Probar estrategias innovadoras que se dirijan a las necesidades para cada grupo por edad.
 - Monitorear y evaluar el proyecto piloto.

Metas a Mediano Plazo: Tres a cinco años

4. Seleccionar y Difundir Modelos de Mejores Prácticas.
 - Reproducir y aumentar progresivamente los Modelos de Mejores Prácticas entre todos los grupos vulnerables
 - Promover la legislación de soporte para la Política Pública
 - Monitorear y evaluar

Metas a Largo Plazo: Seis a diez años

5. Penetrar el Mercado.

- 100% de acceso al servicio de primer nivel durante los diez años
- Monitorear y evaluar

Modelos de Mejores Prácticas

Promociones y Mercadeo de la Salud – Un principio dinámico para implementar metas

La mayoría de las enfermedades orales son prevenibles, y muchos de los servicios orales básicos son simplemente educación de prácticas e higiene oral básicos. Por lo tanto, es crítico integrar cuidadosamente comunicaciones y Mercadeo planeados tanto para los ciudadanos como para los proveedores de cuidado en la salud en cada una de las tácticas de este plan.

- Los métodos para cambiar el comportamiento individual deben estar acompañados por intervenciones con base en la población.
- La promoción y Mercadeo de la salud para involucrar socios y nuevas tecnologías serán críticas.
- Los mejores materiales de práctica en Mercadeo y educación serán reproducidos para su uso y adaptados para cada país.

Programas y Tecnologías – Reproducción de mejores prácticas para implementar metas

Se han desarrollado técnicas efectivas en costo que asegurarán los servicios de salud oral a los grupos más vulnerables. Los ejemplos de programas con éxito en la región y otras ideas que se han generado se listan a continuación:

- Implementación de la técnica ART (Tratamiento Atraumático de Restauración) como un programa con básico escolar.
- Promoción del cepillado dental con bases escolares, con la completa incorporación del sector privado como donadores/promotores, etc.
- La expansión del programa escolar para incluir y desarrollar escuelas libres de caries.
- Trabajar con programas de nutrición para restringir el consumo de azúcar, especialmente en el sector escolar.
- Trabajar con programas de salud a indígenas para proporcionar el ART en áreas rurales y aisladas.
- Trabajar con programas para la salud familiar y la salud para personas adultas mayores para incorporar buenas prácticas sobre la salud oral a sus componentes.
- Establecer programas para “Mantener Niños Sanos”.

Países ejemplo para los Modelos de Mejores Prácticas (ART)
Perú, Uruguay

Medida de Progreso

Crítico para el éxito de cualquier estrategia es un camino sin obstáculos para rastrear y medir el progreso de metas predeterminadas. Esta escala permite que cada país mida el progreso de su población contra sus inversiones de acuerdo con las metas establecidas. Los países y la OPS pueden entonces evaluar dónde los éxitos son venideros y dónde se necesita más trabajo para lograr cada una de las metas del Plan de Estrategia.

Figura # 1 – Estructura de Comprensión para el Progreso del Cuidado de la Salud Oral

Esta estructura sirve como una herramienta hito para cada país para poder entender su Estatus de Servicios de Salud Oral actual (por la población) y luego valorar y medir el progreso.

1. Prevención a la Comunidad

Programas de Fluoración

Sal
Agua
Leche

Promoción Sanitaria: con base en la población

Importancia de la salud oral para la salud general
Importancia de la nutrición y las prácticas para la buena salud oral
Costos económicos y sociales
Promociones Sanitarias: Objetivo
Enlaces & Grupos de Medios
Organizaciones no gubernamentales
Grupos de promoción de la salud que manejen: la obesidad, el tabaco, la nutrición, la salud en la tercera edad
Instituciones académicas
Sector Privado

2. Prevención Específica

Programas de Sellado

Convencional
ART

Distribución de Fluoruro

Resinas
Aplicaciones tópicas
Enjuagues

Programas con base en las escuelas

Educación sanitaria
Distribución de fluoruro
Seda dental

Programas de Cepillado

Niños vulnerables
Adultos

3. Identificación y Mantenimiento de la Salud mediante la Prevención de Enfermedades y Enfermedades Ulteriores

Modelos de educación, cuidado, instrucción e intervención por segmento

Elementos de Empaque	0-20	20-40	40-60	60+	VG	Sin Acceso
Detección de Placa	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Instrucción de uso del cepillo dental	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Instrucción de uso de seda dental	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Autoaplicación de Fluoruro	☺					
Autoexamen (ver procedimiento estándar, Anexo México)		☺ Incl. cáncer	☺ Incl. cáncer	☺ Incl. cáncer	☺ Incl. cáncer	☺ Incl. cáncer
Higiene/cuidado de prótesis				☺	40-60	☺

Nivel Fundamental – Tratamiento restaurador comprensible
Mantener la salud dirigiéndose y curando patrones de enfermedades corrientes

Mejorar la Salud
Mejorar la salud total reconociendo y asociando la enfermedad oral con otras enfermedades
Prácticas dentales avanzadas

Consideraciones Especiales

La definición de los grupos vulnerables todavía se encuentra en desarrollo y variará en su operación de país en país.

Los planes sobre la salud oral para las poblaciones vulnerables deben incorporarse en la política pública nacional existente para ser efectivos.

Socios

Recursos Humanos tanto de los programas de la OPS, tales como APS (Atención Primaria en Salud), Salud del Adulto Mayor, Salud Familiar, Nutrición, así como los Ministerios de Salud.

Otros socios del sector privado serán alentados para ayudar en el desarrollo de proyectos y programas específicos, compañías de suministro dental, escuelas dentales, asociaciones dentales, instituciones de investigación y organizaciones no gubernamentales.

Objetivo #2: Enfrentando nuevos retos

Integración de la atención de la salud oral en los servicios de atención primaria en salud

La interrelación entre la salud oral y general se demuestra de manera creciente mediante evidencia científica. De hecho, la boca es la ventana a la salud y bienestar total. Es lugar de millones de microorganismos e infecciones oportunistas que pueden afectar varios órganos. La enfermedad oral ha sido asociada con enfermedades cardiovasculares, diabetes, apoplejía y resultados obstétricos adversos. La cavidad oral es también el primer lugar en donde pueden diagnosticarse enfermedades críticas. Por ejemplo, las manifestaciones orales son usualmente los primeros signos clínicos de HIV, deficiencia de la vitamina B-12, cáncer oral y desórdenes alimenticios. Los hábitos de estilo de vida como fumar, mala nutrición, uso de drogas intravenosas o prácticas sexuales no seguras pueden detectarse a través de exámenes orales regulares. Los daños a partir del trauma oro-facial pueden extenderse más allá del complejo craneofacial y deben incluir un planteamiento multidisciplinario (4) . Por lo tanto, el cuidado en la salud oral debe incorporarse en la promoción de la salud general, como una herramienta tanto preventiva como de diagnóstico para fomentar alternativas de estilo de vida saludables.

De manera importante, la integración de la salud oral en las estrategias primordiales para el cuidado de la salud también influenciará en el progreso hacia los MDMs en la nueva agenda de desarrollo global. La salud de la madres, la salud de los niños y el VIH/SIDA se han destacado en tres de las ocho metas de desarrollo. Todas tienen implicaciones directas en la salud oral (ver el recuadro). Tal variedad de enfermedades y condiciones tiene el potencial para interferir con el funcionamiento diario y calidad de vida. De este modo, la salud general óptima no puede lograrse sin la salud oral óptima. La salud oral debe ser incorporada en el proceso de Triage (selección médica para tratamiento a seguir) al dar prioridad a gente enferma o lastimada para tratamiento, de acuerdo con la gravedad de su enfermedad. Una definición más amplia de salud oral tendrá importantes implicaciones en las disposiciones de salud y al volverse una parte integral de los programas sobre el cuidado de la salud general.

Es un hecho que el papel del trabajador en el cuidado de la salud dental en el reconocimiento temprano de enfermedades sistémicas ha sido extensamente subutilizado. Esto es cierto, por ejemplo, en la detección de VIH . Parece lógico que la coordinación mejorada de servicios entre el practicante de la atención de la salud oral, quien está entrenado en la identificación de la manifestación oral de VIH/SIDA, el médico y los trabajadores auxiliares en el cuidado de la salud pudiera permitir la detección y diagnóstico tempranos de enfermedades.

La salud oral apropiada durante el embarazo es esencial para la madre y el niño, los cambios hormonales durante el embarazo pueden contribuir a la sensibilidad y sangrado de encía, tumores benignos y/o cambios dietéticos. La mala salud oral puede exacerbar estas condiciones y afectar de manera adversa el desarrollo del bebé. Las enfermedades periodontales avanzadas durante el embarazo han sido asociadas con el parto prematuro y los bebés con bajo peso al nacer. (4)

Las personas adultas mayores, los comprometidos médicamente y los individuos con discapacidad física o mental presentan también un alto riesgo de enfermedades orales. Las deficiencias nutricionales, interacciones droga/droga y disfunción inmune pueden presentar otros problemas y contribuir a la mala salud oral y sistémica. El acceso por lo regular es difícil para estos individuos y el tratamiento es usualmente complejo. Así, es necesario un planteamiento en equipo multidisciplinario. (4)

Esto habla elocuentemente de las razones por las cuales la salud oral tiene que ser integrada en todos los aspectos de la estructura de salud general y servicios de ejecución. Como simplemente se expresa, la salud general óptima no puede lograrse sin la salud oral óptima.

La estrategia regional orientará su planteamiento hacia la integración de la atención de la salud oral como una estrategia hermana a la Atención Primaria en Salud, debido a la importancia del cuidado oral como medida tanto preventiva como de diagnóstico para la salud general. El reto recae en establecer una estrategia coordinada, efectiva y sostenible para incorporar los servicios de salud oral y general. La integración organizacional requerirá de asistencia por parte de las instituciones existentes, Secretarías de Salud, líderes comunitarios y el sector privado. Las agendas anteriores no se han dirigido a la absorción funcional del cuidado de salud oral dentro de los servicios primarios de cuidado de la salud. El siguiente es un boceto que se propone para la fusión de sus aspectos estructural, administrativo y operacional.

Dado esto, existen dos perspectivas que tienen que ser atajadas en conjunto con las Secretarías de Salud de los países.

- Una es la integración de los Programas de Salud Oral y actividades dentro de los programas de salud general en las Secretarías de Salud, en todos sus aspectos estructurales y administrativos.
- La otra es la integración de la salud oral en la distribución de servicios de salud y los aspectos operacionales de ejecución y promociones de la salud.

Estructural/Administrativo

Integración estructural y administrativa de la salud oral en los programas de salud general a nivel nacional (MOH)

Corto Plazo – Uno a dos años

1. Establecer una red de Jefes de Salud Oral (JSO).
 - Establecer/Ocupar la posición de JSO en el país con poder de decisión en las políticas y asignación de presupuesto (75% de participación por país)
 - Promover la red de JSO
 - Incorporar un mecanismo para la fácil transferencia de información entre los países.
2. Desarrollar estrategias y mecanismos para la distribución de programas de salud oral dentro de los servicios de APS actuales/existentes (es decir, centros de salud comunitarios, programas nacionales/regionales existentes) específicos para las necesidades y recursos de salud del país.

- Promover/elevar la conciencia de los lazos entre la salud oral y general
 - Educación continua en salud oral para todos los profesionales de la salud
3. Identificar y difundir los modelos de mejores prácticas de herramientas de políticas públicas y políticas de formación para los sistemas de identificación y control de enfermedades críticas.

Mediano Plazo – Tres a cinco años

4. Monitorear, evaluar y crear programas de salud oral adaptados a las necesidades del país.

Largo Plazo – Seis a diez años

5. 100% de participación del país en la red de FDJs.

Distribución de Servicios

Integración operacional de la salud oral en la atención primaria en la salud

Corto Plazo

1. Desarrollar e implementar una estructura de disposiciones de atención de salud oral básicas en los servicios de atención primaria en salud.
 - Definir servicios básicos de salud oral apropiados a la edad, requeridos dentro de la estructura.
 - La revisión oral deberá ser parte de las visitas de rutina.
 - Incluir la salud oral como un componente de otras enfermedades preventivas objetivo (HTN, diabetes, VIH, cuidado antenatal).
 - Diseñar y crear módulos de adiestramiento para proveedores de atención en salud no dental para identificar las manifestaciones orales unidas al mal sistémico.
 - Incorporar tecnologías emergentes e intervenciones de buen costo.

2. Identificar o crear modelos de mejores prácticas específicos para los servicios de salud en el país, para integrar la salud oral en la prestación de atención primaria en salud.
 - Seleccionar modelos básicos de mejores prácticas para la distribución de servicios.
 - Desarrollar un plan de Mercadeo para “vender” el modelo.
 - Utilizar la costo efectividad del ART.

Mediano Plazo

3. Integración completa de personal para la atención de la salud oral en la distribución de servicios.
 - Integrar al 100% de los proveedores de salud pública dental, como parte de la estrategia de atención primaria en salud.
 - Incorporar la técnica ART como parte del currículum escolar dental.
4. Difundir los modelos de mejores prácticas.
5. Promover creatividad con instituciones dentales y médicas, agencias gubernamentales y no gubernamentales y el sector privado para integrar estrategias.

Largo Plazo

6. 100% de integración de la atención de salud oral en el proceso de Triage (selección médica para tratamiento a seguir) de servicios de salud.
 - Aceptación del ART como una modalidad estándar para tratamiento restaurador
 - 100% de penetración de intervenciones en los establecimientos privados y públicos en establecimientos regionales y nacionales.
 - 100% de participación dental y médica en la distribución de salud oral en los servicios de APS.

Modelo de Mejores Prácticas

Chile, Barbados, México

Consideraciones Especiales

Debe realizarse la valoración de las necesidades con base en la evidencia a partir de estudios e investigación. A partir de estos resultados, deben tomarse nuevas líneas de investigación que se dirijan a las necesidades de salud oral más críticas.

Debería esperarse resistencia al cambio dentro de la profesión dental, y que la preparación y educación a profesionales de la atención de la salud dental y no dental será un primer paso crítico dentro de cada una de las tácticas de este objetivo.

Socios

Recursos Humanos tanto dentro de los programas de la OPS, tales como la APS, Salud de los adultos mayores, Salud Familiar, Nutrición, VIH/SIDA, etc., como dentro de las Ministerios de Salud. Socios externos incluirán el sector privado, compañías de suministro dental, escuelas y asociaciones dentales, instituciones de investigación y Organizaciones no gubernamentales.

Objetivo #3: Mantener los logros existentes

Fomentar los éxitos comprobados en la salud

Fluoración

Durante los diez años pasados, la OPS ha enfocado la magnitud de sus esfuerzos en el suministro de políticas de mejores prácticas, implementación y asistencia técnica a la Región para promover la fluoración con sal y agua.

Los programas de fluoración han sido una de las intervenciones de salud pública con más éxito, y han ayudado en el cambio del perfil epidemiológico de cada país en la región, como se ve en las Tablas nos. 2 y 3/Figura 2. Han logrado grandes ganancias en la salud pública en casi todos los países de las Américas. Han ahorrado millones de dólares en costos de tratamiento asociados con caries dental y el dolor relacionado, sufrimiento y ausentismo en el trabajo y escuelas. Los programas de fluoración con sal y agua en la Región han probado tener un costo efectivo, ser científicamente válidos y sostenibles. (7)

Se desarrolló una tipología que utiliza resultados de CPOD-12 a principios de los noventa para medir el progreso de las naciones junto con un desarrollo de salud oral continuo. En esta tipología, el resultado de CPOD-12 fue el único criterio utilizado debido a su disponibilidad y fácil medición en muchos países de la Región. Este indicador permitió las comparaciones confiables y válidas a través del país. La tipología usada para indicar el perfil de CPOD fue dividida en tres etapas que corresponden a la severidad de caries dentales:

- *Emergente* referido a un resultado de CPOD-12 mayor de cinco y ausente de un programa nacional de fluoración con sal;
- *Crecimiento* fue definido por un resultado de CPOD-12 entre tres y cinco, y ausente de un programa nacional de fluoración con sal; y
- *Consolidación* fue definida por un resultado de CPOD-12 menor de tres, y con la presencia de un programa nacional de fluoración con sal.

Tabla 2: Tipología de desarrollo en la salud oral

TABLA DE TIPOLOGÍA	Emergente CPOD > 5 14 países	Crecimiento CPOD 3-5 10 países	Consolidación CPOD < 3 6 países
<i>(Antes de 1990)</i>	Belice Bolivia Brasil Chile Costa Rica República Dominicana El Salvador Guatemala Haití Honduras Jamaica Nicaragua Paraguay Uruguay	Argentina Canadá Colombia Ecuador Islas Caimán México Panamá Perú Trinidad y Tobago Venezuela Argentina Canadá	Bahamas Bermuda Cuba Guyana Dominica EUA Bahamas Bermuda Cuba Guyana Dominica

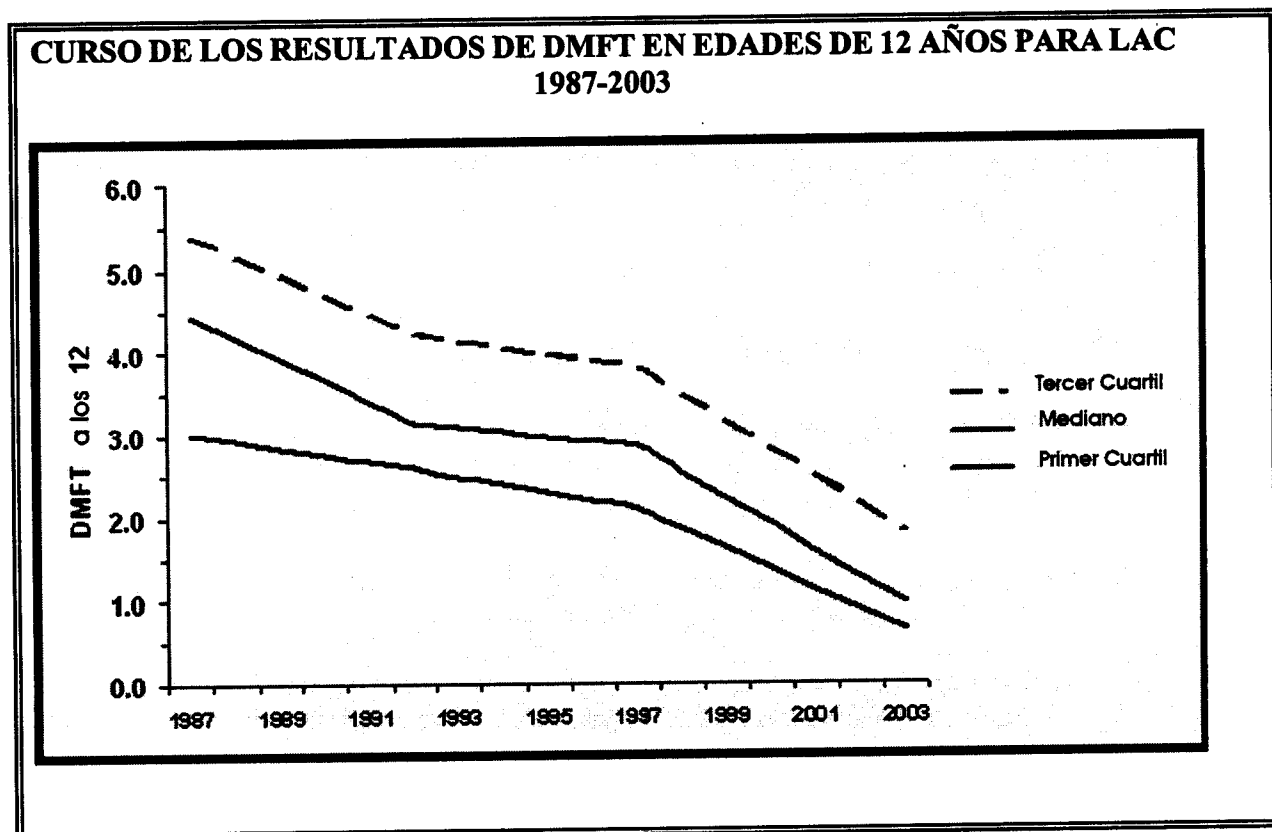
Tabla 3: Tipología de Desarrollo en la salud oral

TABLA DE TIPOLOGÍA	Emergente DMFT > 5 2 países	Crecimiento DMFT 3-5 7 países	Consolidación CPOD < 3 29 países
<i>(Cerca de 2004)</i>	Guatemala St. Lucia	Argentina Bolivia Chile República Dominicana Honduras Panamá Paraguay	Anguila Aruba Bahamas Barbados Belice Bermuda Brasil Canada Islas Caimán Colombia Costa Rica Cuba Curacao Dominica Ecuador El Salvador Granada Guyana Haití Jamaica México Nicaragua Perú Suriname Trinidad y Tobago Turk y Caicos Uruguay EUA Venezuela

Fuente: OPS, 2004

El cambio en la tabla de tipología es un testimonio a la eficacia de los éxitos comprobados en los programas de fluoración acompañados por una fuerte campaña de promoción sanitaria. Debido a este progreso, la tipología debe redefinirse para alentar un progreso adicional y asegurar el avance. Hoy, la mayoría de los países listados como Emergentes hoy se han movido de dicha categoría, requiriendo con ello nuevos parámetros para clasificar a los países que están en las etapas de Emergente, Crecimiento o Consolidación. El objetivo es que cada país involucrado en un programa de fluoración de acuerdo con su estado actual, deba avanzar al menos una etapa. Por tanto, es crítico que la OPS continúe proporcionando el liderazgo y conducción para asegurar que las metas establecidas se protejan y mantengan.

Figura # 2



Fuente: OPS – Tecnología y Prestación de Servicios de Salud; AD/THS/OS y Gobernación, Política & Sociedades; DPM/GPP/SP; Washington, DC, 2005

Tratamiento Restaurador Atraumático (ART)

Con la alta carga de enfermedades y el precario acceso al cuidado de la salud, son necesarias innovaciones que traten los dientes que ya están cariados, para prevenir otras

infecciones o la pérdida de los dientes. El tratamiento tradicional para caries dentales progresivas es costoso y muy poco disponible. Sin embargo, los procesos de ART requieren una tecnología mínima y pueden implementarse por grupos de trabajo sanitarios entrenados sin un grado en odontología. Las ventajas son claras: el ART es un proceso biológico simple que requiere una mínima preparación mecánica para restaurar los dientes cariados. No destruye o invade dientes no infectados y por tanto reduce tanto la pérdida de dientes como otras caries. Además, no requiere un equipo costoso. El proceso remueve tejidos de los dientes cariados utilizando solamente instrumentos manuales, y restaura la cavidad con un ionómero de vidrio, un material que se adhiere al diente. El proceso no inflama la pulpa dentaria o encía, y ayuda a liberar el fluoruro que acelera la curación. Es un simple procedimiento de tratamiento que reduce infecciones, requiere mínima preparación, está asociado con poco o nada de dolor, utiliza equipo limitado y es móvil y muy efectivo. Un profesional de la salud entrenado puede llevar consigo suficiente equipo y suministros de tratamiento en una pequeña mochila para un día completo de trabajo. Existen unas pocas limitaciones del ionómero de vidrio, pero las ventajas pesan por mucho sobre las desventajas.

Pequeño – Mediano Plazo

1. Redefinir la tipología de fluoración
Clasificar y dar prioridad a los países de acuerdo con nuevos lineamientos y programas nacionales.
2. Países sin programas de fluoración exitosos
Implementar programas con una observación apropiada, monitoreo consistente y uso efectivo de la mano de obra.
3. Países con programas de fluoración exitosos
Consolidar los programas de fluoración con la observación apropiada, monitoreo consistente y uso efectivo de mano de obra.
4. Ayudar a Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay en la completa implementación de los programas de fluoración.
5. Ayudar a Canadá, Chile, Cuba, República Dominicana, Ecuador, México, Panamá, El Salvador, Perú, y la parte del Caribe de habla inglesa, con la completa consolidación de los programas de fluoración.

Largo Plazo

6. Completa consolidación

Modelos de Mejores Prácticas

Sal: Costa Rica, Jamaica, México, Uruguay
Agua: Chile, EUA

Consideraciones Especiales

La fluorosis dental (calcificación excesiva del esmalte) se está atendiendo en los programas de fluoración, y se necesita su supervisión. Se establecerán fondos especiales aparte en programas para esta actividad.

En el Anexo 1 puede encontrarse un perfil detallado con un tiempo límite tentativo para el plan operacional del documento estratégico.

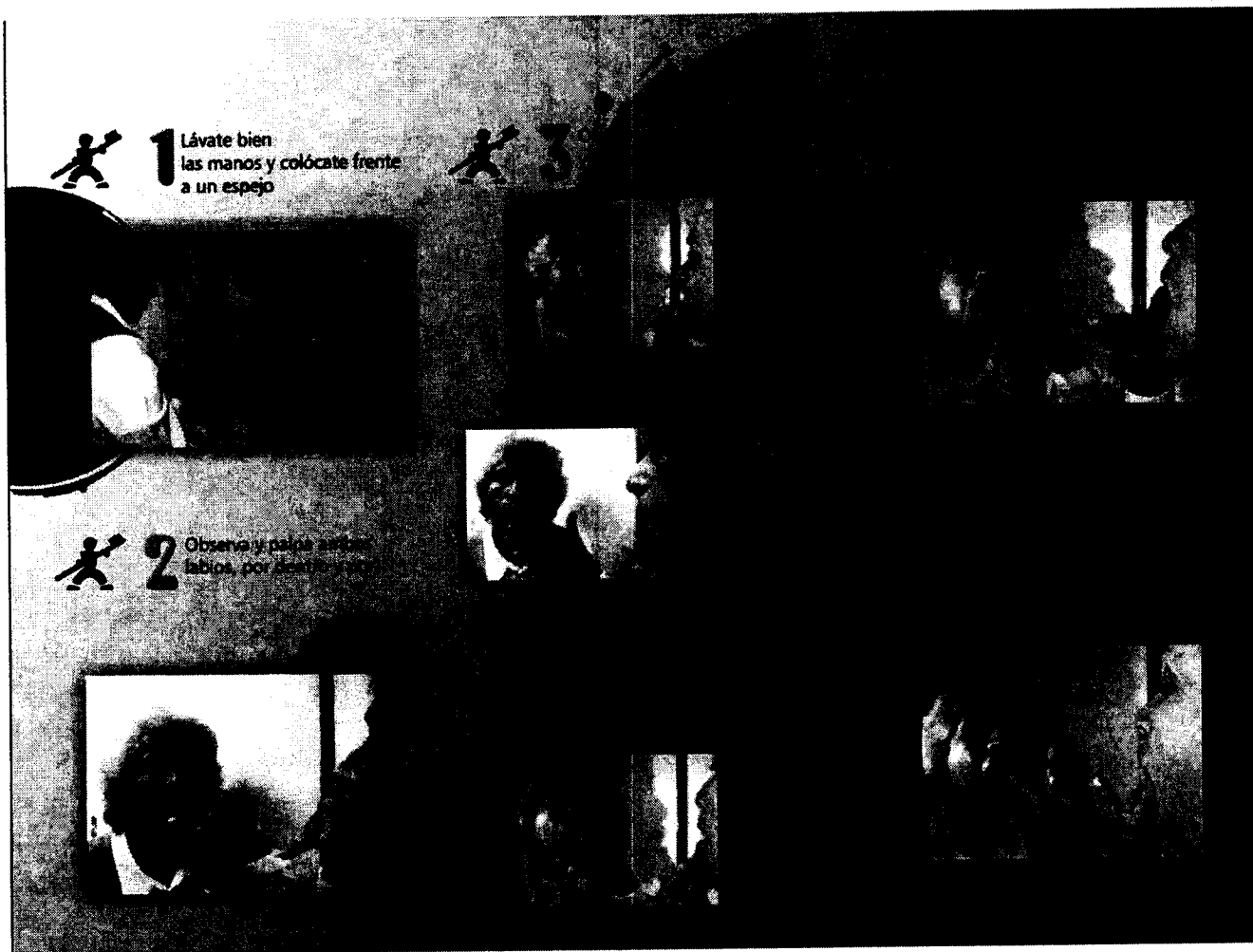
Socios

Los programas de salud que utilizan la sal como una estrategia de intervención, por ejemplo, el yodo, y programas de DEC. La OPS, Kellogg, Rotary, la Industria de la Sal, Organizaciones no gubernamentales, por ejemplo, CARE, HOPE.

Este documento de estrategia ha sido preparado para dirigir los retos de salud oral persistentes y cambiantes para el nuevo milenio. La meta fundamental de esta estrategia es reducir la carga de enfermedades a partir de varias condiciones de salud oral para el año 2015. Los objetivos propuestos en este plan son reducir el CPOD-12 actual en todos los países, la valoración y tratamiento mejorados para otros problemas de salud oral en la Región y el mayor acceso a los servicios de salud oral para cada individuo. Esta estrategia fue diseñada para crear modelos de mejores prácticas usados en el éxito de los programas de fluoración de los diez años pasados. Estos objetivos pueden completarse con un sistema de salud amalgamado que combina la salud oral con los servicios de salud general; éstos deben esforzarse por una agenda común de salud oral para los proveedores de salud dental privados y públicos y yacer en sociedades fuertes en todos los niveles del sistema de distribución del cuidado de la salud. Mejorar el estatus de salud oral de las Américas contribuirá en el logro de las MDMs y hacia el desarrollo global total.

Anexo 1

Cartel para la AutoDetección de Cáncer Oral en México



El ejemplo del cartel de auto examen es una aportación de la Secretaría de Salud de México

Anexo 2

Actividades del Proyecto y Tiempo Límite

<u>Actividad</u>	<u>Año 1</u>	<u>Año 2</u>	<u>Año 3</u>
Objetivo 1: Mejorar la equidad de los servicios del cuidado de la salud oral para los grupos vulnerables a través de la implementación de políticas y prácticas mejoradas para la salud pública.			
Subcomponente 1: Identificar los grupos vulnerables de acuerdo con los lineamientos establecidos por el país y la OPS.			→
Valorar la vulnerabilidad geográfica incluyendo resultados de DMFT, indicadores de las necesidades de salud oral de los grupos vulnerables y la disponibilidad de servicios de salud oral.	→		
Valorar la vulnerabilidad cultural y social a través de indicadores de estatus socio-económicos, género, edad, educación, etc.	→	→	
Valorar los factores de riesgo de enfermedad concurrentes a través de indicadores de la salud total, exposición al VIH, diabetes, nutrición, etc.	→	→	
Subcomponente 2: Identificar las necesidades de salud oral de los grupos vulnerables de acuerdo con la valoración del país.			→
Valorar la penetración de campañas previas de salud oral y el Mercadeo de prácticas de salud oral.	→		
Analizar los indicadores del país para valorar el porcentaje de la población sin acceso a la atención en salud oral.		→	
Trabajar con los países en la identificación de áreas y grupos de población sin acceso a la atención.			→
Subcomponente 3: Diseñar, desarrollar e implementar una intervención piloto apropiada con base en grupos de edad y las necesidades de salud oral.			→
En coordinación con las oficinas y socios del país, seleccionar un área o país de intervención.	→		
Desarrollar un modelo de intervención segmentado, que ofrezca un paquete de prevención básico para grupos de edad y las necesidades de salud oral.	→	→	
Desarrollar estrategias para llegar a los niños en las escuelas, mujeres embarazadas y adultos mayores (grupos vulnerables).			→
Poner a prueba estrategias innovadoras que se dirijan a las necesidades únicas de diferentes grupos de edad.			→
Monitorear y evaluar los proyectos piloto de manera cercana para los ajustes/cambios necesarios.			→
Seleccionar y Difundir los Modelos de Mejores Prácticas para su reproducción, el aumento progresivo y la promoción de políticas de soporte.			→
Objetivo 2: Integrar el cuidado de la salud oral en los servicios de cuidado sanitario primarios.			
Subcomponente 1: Integración de los aspectos estructurales y administrativos de los programas de Salud Oral en los programas de salud general en los Ministerios de Salud.			→
Reforzar y establecer los puestos de los Jefes de Salud Oral (JSO), que estarán empoderados para tomar decisiones en las políticas y distribución presupuestal en los Ministerios de Salud.			→

Actividad	Año 1	Año 2	Año 3
Promover el establecimiento de la red de Jefes de Salud Oral en el país en los niveles central y provincial		→	→
Establecer una red regional de la OPS de Jefes de Salud Oral	→		→
Desarrollar estrategias y mecanismos para la distribución de servicios de salud oral en los niveles provincial y nacional (es decir, programas de salud comunitarios o programas nacionales/regionales existentes)		→	→
Subcomponente 2: Integrar la salud oral en los aspectos operacionales de las promociones y distribución de salud y cuidados de la salud primarios	→		
Promover los lazos entre la salud oral y la salud general	→		→
Desarrollar e implementar una estructura de provisión de paquetes básicos de cuidado de la salud oral en la distribución de servicios de atención primaria en salud.	→		→
Identificar o crear varios mejores modelos de práctica para integrar la salud oral en la distribución de Cuidado de Salud Primario en el Región, teniendo en mente los diferentes tipos de sistemas de salud.	→		→
Incrementar la colaboración con instituciones dentales y médicas, agencias gubernamentales y no gubernamentales y el sector privado.	→		→
Objetivo 3: Continuar con el progreso en las áreas que incluyen programas preventivos, observación, uso efectivo de la mano de obra y la transferencia de información y tecnología.			
Subcomponente 1: Fomentar los Éxitos Comprobados en la Salud: La Fluoración	→		→
Redefinir la tipología de los países para clasificar el estatus de fluoración	→		
Clasificar y dar prioridad a los países de acuerdo con los nuevos lineamientos y la existencia de programas nacionales.		→	
En países sin programas exitosos: implementar los programas de fluoración con la observación apropiada, monitoreo consistente y la efectiva utilización de la mano de obra.	→		→
En países con programas exitosos: implementar los programas de fluoración con la observación apropiada, monitoreo consistente y la efectiva utilización de la mano de obra.		→	→
Apoyar a Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay para la completa implementación de los programas de fluoración.	→		→
Apoyar la consolidación de los programas de fluoración en Canadá, Chile, Cuba, República Dominicana, Ecuador, México, Panamá, El Salvador, Perú, y la parte del Caribe de habla inglesa.		→	→
Subcomponente 2: Promover y apoyar las nuevas innovaciones y estrategias para modelos de distribución de salud oral que incluyan nuevas tecnologías y mejores prácticas.	→		→
Definir la mejor práctica apropiada en los modelos básicos de servicios de distribución.	→	→	
Promover el papel de los proveedores de atención de salud dental en el diagnóstico temprano de VIH a través de manifestaciones orales de SIDA y pruebas de saliva en el nivel de entrada.		→	→
Promover el ART como una modalidad estándar de tratamiento restaurador a través de la Región.	→		→
Monitoreo y Evaluación	→		→
Recolección de datos para los esfuerzos de Monitoreo y Evaluación		→	→
Reporte del Progreso a mitad del término			→
Evaluación y Reporte final del programa		→	→

Anexo 3

Referencias

1. Abel A, Croser D, Fischman SL, Glick M, Phelan JA. "Principles of Oral Health Management for the HIV/AIDS Patient." Oral Health Care. Dental Alliance for AIDS/HIV Care. U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
2. Caribbean Atlantic Regional Dental Association. Oral Health for the Caribbean". A Strategic Policy Document. 2005.
3. Estupiñán-Day, S. 2004. International Perspectives and Practical Applications on Fluorides and Fluoridation. *Journal of Public Health Dentistry*, 40-43.
4. Estupiñán-Day, S. Improving Oral Health in Latin America". Oral Care Report/Harvard 1999, Volume 9, Number 3, 1999.
5. Estupiñán-Day, S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. Washington, DC: Pan American Health Organization; (In Press Scientific Publication).
6. U.S. Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000.
7. World Health Organization. Selected Publication: The World Oral Health Report 2003. Geneva: World Health Organization, 2003.

