

Evaluación del programa “Atención odontológica integral en la población de 3 a 14 años de edad”

Navas, Rita *
Mejias, Morella **
Rojas, Thais ***
Zambrano, Olga ***

Resumen

Se evaluó el Programa “Atención Odontológica Integral en el grupo prioritario de 3 a 14 años de edad” en el Ambulatorio Carlos Márquez del Municipio Barinas Estado Barinas, Venezuela, durante el periodo Junio-Agosto de 1999. El entorno fue estudiado en lo referente a la descentralización del sector salud, y la elaboración de Programas odontológicos. Se abordaron aspectos relacionados con los recursos administrativos y los actores sociales involucrados. Se analizó también cobertura, rendimiento y efectividad, esta última basándose en dos componentes: fomento de salud-prevención específica, con especial énfasis en la determinación del nivel de riesgo a caries dental, y el diagnóstico-restitución de la salud. La metodología abarcó la revisión de documentos oficiales, aplicación de cuestionarios estructurados y un instrumento con los parámetros establecidos por Tomas Seif para medir nivel de riesgo a caries dental. Los resultados indican que el entorno y la estructura operativa del programa influyen en la baja cobertura, rendimiento y efectividad de éste para la resolución de la problemática de salud bucal de la población objetivo. Concluyéndose que se hace necesario retomar y profundizar los procesos de descentralización de la administración pública de salud, a fin de lograr más efectividad, equidad y participación social en sus programas; además, se debe tender a la sustitución del paradigma de la atención curativa, momentánea e individualizada, por un abordaje preventivo, masivo e integral, garantizando así la pertinencia de los programas de atención odontológica.

Palabras clave: Evaluación, atención odontológica, riesgo a caries, indicadores salud bucal.

Recibido: 00-11-27 . Aceptado: 01-07-03

- * Investigadora del Área de Epidemiología y Práctica Odontológica del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia. Autor para la correspondencia. Tel. (58-261) 7597346. E-mail ritaminp@yahoo.com
- ** Odontopediatra adscrita al Ambulatorio Carlos Márquez del Municipio Barinas. Barinas.
- *** Investigadoras del área Clínica y Patología del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia.

Evaluation of the Program "Integral Dental Aid for the Population of Patients from 3 to 14 Years of Age"

Abstract

The Program "Integral Dental Aid for the population of patients from 3 to 14 years of age" in the Carlos Marquez Ambulatory Clinic located in Municipio Barinas, Barinas State, Venezuela was evaluated from June to August in 1999. The environs were studied in reference to the decentralization of the health sector, and the preparation of dental programs. Some aspects related to financial resources and the social participants involved were also considered. Furthermore, program coverage, performance and effectiveness were analysed. The analysis of effectiveness was based on two components: promotion of specific health prevention, with special emphasis on the determination of the levels of risks in dental cavities, and the diagnosis and restoration of health. The methodology involved the review of official documents, the application of structured questionnaires and an instrument with parameters established by Tomas Seif to measure the level of cavity risk. The results indicate that the environment and the operative structure of the program influence its low levels of coverage, performance and effectiveness in the solution of oral health problems in the target population. To conclude, it is necessary to redesign the processes of public health administrative decentralization in order to achieve more effectiveness, equality and social participation in health programs. Moreover, the substitution of the momentary and individualized curative attention paradigm, for a preventive, massive and integral program is necessary in order to ensure the pertinence of the dental assistance program.

Key words: Evaluation, dental assistance, cavity risk, oral health indicators.

1. Introducción

En la actualidad, la evaluación de los programas sociales apunta hacia un abordaje metodológico integral o global; Sulbrant (1993: 335) señala que "... la perspectiva con la que se aborda la evaluación global permite por una parte estudiar los logros de un determinado programa en términos de la eficiencia y la eficacia de la organización para llevarlo a cabo, pero además toma en cuenta e incorpora el medio institucional y organizacional en que se desarrolla el programa, en particular las oportunidades y restricciones que surgen de esa institucionalidad para el éxito o fracaso de los programa-

mas, los procesos y actividades socio-burocráticos y técnicos que tienen lugar en el transcurso de su implementación, el ambiente social y físico en los cuales operan los funcionarios y los grupos objetivos o clientes y los principales actores sociales involucrados en el programa, sus intereses, valores, comportamientos y estrategias, incluyendo como actores centrales a los grupos beneficiarios, directivos y a los gerentes públicos".

Por su parte, Padrón (1995: 173) afirma que "la evaluación de programas sociales a través de sus distintos tipos, tiene cabida en todas las etapas de una intervención, desde su programación y diseño, apoyada en la identificación de

necesidades o problemas, hasta su puesta en marcha; de allí que se hable de tres momentos evaluativos: antes, durante y después de la ejecución de la intervención, los cuales vistos integralmente permiten conocer si el programa está bien diseñado, si funciona adecuadamente, si está cubierta la población objeto y si se están logrando los efectos esperados”.

Según Padrón (1995:177) la evaluación de impacto implicaría entonces la caracterización de la población objetivo, tomando en cuenta los rasgos y actores relevantes del problema social en consideración, en dos momentos: el primero, relativo a una situación inicial, antes de la ejecución de la intervención; el segundo, correspondiente a una situación final referida a una fecha durante o después de dicha ejecución, sostiene también que “la evaluación de impacto, se centra además en el análisis de la incidencia de los resultados del programa, en el sentido de los efectos que se derivan de la utilización de esos productos o servicios y en la generación de cambios en las condiciones de la población usuaria/beneficiaria. Supone documentar el estado de su implementación, es decir, si realmente se está cumpliendo con lo establecido, si este es el caso, la población usuaria estaría beneficiándose con el programa, generándose así un impacto”.

En Venezuela, los programas implementados en el sector salud, han venido siendo objeto de evaluación tanto por organismos nacionales como por organismos internacionales en un esfuerzo por atacar algunos aspectos de la crisis en que se encuentra inmerso este sector. Sin embargo, la mayoría de los procedimientos evaluativos que se han llevado a cabo hasta ahora están orientados hacia

la medición de los resultados de las gestiones hospitalarias.

Estudios realizados por Velásquez (1997) en el Instituto de los Seguros Sociales de Colombia, aportaron importantes avances a considerarse en todo proceso de evaluación dirigido a garantizar la calidad de los resultados; afirma que existen tres áreas fundamentales sobre las cuales puede efectuarse una evaluación: la estructura, los procesos y los resultados. Tradicionalmente se ha venido desarrollando ésta última; es decir, la evaluación de los resultados finales, utilizando indicadores que miden el mantenimiento o mejoramiento del estado de salud de la población. Aunque su medición resulta bastante exacta (indicadores de morbi-mortalidad) y permite establecer parámetros de comparación con otras regiones, por si solos constituyen estimadores globales acerca del tipo de atención que se presta y de las áreas de atención donde es necesario profundizar, y por lo general, miden más la capacidad científico - técnica de la medicina para enfrentar un problema en un momento dado, que la calidad misma de la atención. Por esto, la evaluación debe abarcar además del contexto, la estructura de salud y los procesos que en ella se desarrollan.

La salud oral, como componente de la salud general, no ha escapado a los determinantes de su deterioro en Venezuela. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1996) en su documento Propuesta de Cambio de la División de Salud Oral en el marco de la reforma del sector salud, señala que “en Venezuela la odontología, no ha sido capaz de dar respuestas a necesidades de salud de la comunidad. Las soluciones propuestas en el campo estrictamente odontológico, tanto

en lo preventivo como en lo curativo, no han sido eficaces y la población venezolana deviene cada vez más desasistida por una práctica tradicional parcial y de poca cobertura... Las principales causas de la situación planteada, se resumen en lo siguiente: enfoque bionatural centrado en la enfermedad, estructura departamental parcelada e ineficiente, función poco normativa y de control, programación vertical, inexistencia de reglas claras sobre desarrollo de los recursos humanos, deterioro creciente del espacio físico y equipamiento de los servicios, limitado acceso de la comunidad a los servicios y los programas; baja eficiencia de programas preventivos masivos; bajo impacto de los programas”.

Los resultados del estudio nacional realizado por Rivera y otros (1998:26) sobre prevalencia de caries y fluorosis dental en niños escolarizados, señalan que “la prevalencia de la enfermedad caries dental en dientes primarios, se evidenció desde los seis años con mas de tres dientes cariados. En los dientes permanentes el Promedio CPOD (Diente Cariado, Perdido, Obturado) hasta los ocho años, fue inferior a un órgano dental afectado; sin embargo, a los 12 años pasó a ser el doble y a los 15 años alcanzó valores promedio superiores a tres. Este crecimiento del índice es un predictor de que la enfermedad alcanzará valores no deseables cuando el individuo concluya la adolescencia”. También revela este estudio que “el componente cariado se destaca como el de mayor contribución al valor total del índice CPOD al alcanzar 73,6%; tal distribución es indicativa de grandes necesidades de tratamiento de la población infantil”.

El propósito de esta investigación fue evaluar el Programa “Atención Odontológica Integral en el grupo de población de 3 a 14 años de edad” del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (actual Ministerio de Salud y Desarrollo Social) en el ambulatorio Carlos Márquez del Municipio Barinas, Estado Barinas, con la finalidad de determinar la pertinencia del mismo en la resolución de la problemática de salud bucal de tan importante grupo poblacional. Se analizó el entorno donde se desarrolla el programa, indagando aspectos referidos a la descentralización del sector salud en ese municipio, la participación del nivel local en la elaboración de los programas odontológicos, y los recursos de financiamiento. También se analizaron los actores sociales involucrados, considerando importante incluir en este aspecto la satisfacción del usuario referida a conocimiento y participación de los padres en el programa, y su opinión sobre calidad y oportunidad en la atención recibida. Igualmente se evaluó la cobertura y rendimiento, así como la efectividad en dos componentes, el primero referido a fomento de salud-prevención específica, determinando el nivel de riesgo a caries dental, aplicando para ello los criterios definidos por Tomas Seif en una muestra de 79 pacientes a su ingreso y egreso del programa. El segundo componente analizó lo concerniente a diagnóstico -restitución de la salud, se realizó la medición del nivel de riesgo a caries dental atendiendo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud, la cual señala a esta enfermedad como el indicador global de las condiciones de salud bucal de los países.

2. Características del Programa Atención Odontológica Integral

El programa "Atención Odontológica Integral en la población de 3 a 14 años", contempla 4 áreas básicas (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1996):

1. Fomento de la Salud educación y/o promoción de la salud, que constituye el conjunto de actividades destinadas a evitar el riesgo de adquirir enfermedades bucales; por lo tanto, deberá identificar los grupos de población, a partir del diagnóstico realizado, para dirigir las acciones educativas y de promoción, y proponer acciones específicas para el área odontológica, o acciones generales destinadas a la incorporación del servicio en los programas y campañas diseñadas por el equipo de salud.
2. Protección Específica Prevención, consiste en el conjunto de acciones destinadas a evitar la instalación de las enfermedades bucales. Por lo tanto, deberá desarrollar acciones preventivas que abarquen las enfermedades bucales de mayor prevalencia en la población, ejecutar actividades de prevención específica que eduquen a la población en el consumo adecuado de sal fluorada y realizar actividades de detección de placa bacteriana, enseñanza de técnica de cepillado y profilaxis dental.
3. Restitución de la Salud Actividades Clínico - Curativas y Rehabilitación, representa el conjunto de actividades destinadas a curar o reparar el daño causado por las enfermedades buca-

les, una vez instaladas. Deberá sustentarse en los principios del enfoque de riesgo; por tanto, se propone brindar atención a los grupos de población más vulnerables, como son la población menor de 15 años y las embarazadas. Se plantea además, realizar actividades que permitan determinar el cuadro de necesidades de la comunidad asignada al servicio, utilizando una muestra mínima y sobre la base de sus resultados programar la demanda, realizar un diagnóstico clínico individual basado en la historia clínica integral, establecer plan de tratamiento, determinar la concentración de consulta por tratamiento terminado, que no debe exceder de 6 en los casos severos, ni de 3 en los casos de bajos valores CPOD - ceo. Se propone también utilizar como parámetro fundamental en la evaluación de la eficacia del servicio, el índice de tratamiento terminado (medir el índice de atrición o pérdida), emplear la técnica de tratamiento por cuadrante y obturación en sesión única, orientar el programa con criterio conservador, realizando sólo las extracciones necesarias, por destrucción severa y/o indicaciones ortodónticas, completar el tratamiento mediante la atención de las escuelas y la rehabilitación del daño causado por las enfermedades bucales, y por último, realizar actividades de tartrectomía (limpieza dental), curetaje y raspado radicular, ajuste de la oclusión, cirugía quirúrgica y periodontal (gingivectomía y colgajo), de acuerdo al diagnóstico establecido en los tejidos de sostén del diente.

4. Mantenimiento, Control y Evaluación, el plan de tratamiento deberá contemplar actividades de mantenimiento de los trabajos realizados y el control de la incidencia de enfermedades bucales, por lo que se deberá controlar semestralmente a los pacientes menores de 15 años, a través del control de caries y enfermedad periodontal y aplicación de medidas preventivas permanentes.

3. Metodología

La recolección de la información se realizó a través de las siguientes fuentes:

1. Documentos Oficiales, entre ellos el Programa de Atención Odontológica Integral, y ley es de presupuesto nacional y regional 1999.
2. Cuestionarios con preguntas estructuradas dirigidas al personal de odontología con cargo gerencial en la Dirección Regional de Salud, en el ambulatorio, y con cargo operativo en el servicio donde se desarrolla el programa. También se aplicó un cuestionario a los padres de los individuos que ingresaron al programa a fin de indagar conocimiento, participación y opinión sobre el mismo.
3. Instrumento Clínico, en el cual se registró lo referente al nivel de riesgo a caries dental de los sujetos a su ingreso y egreso del programa y los tipos de tratamientos aplicados.

La muestra para la determinación del nivel de riesgo a caries dental de la población beneficiaria estuvo conformada por Individuos de 3 a 14 años de edad que ingresaron al Programa de Atención Odontológica Integral desarrollado en el

ambulatorio Carlos Márquez del Municipio Barinas, Estado Barinas durante el período Junio-Agosto 1999.

De un total de 640 pacientes que ingresaron al servicio durante el periodo 01 de junio al 30 de agosto de 1999, 196 correspondían al grupo de 3 a 14 años, de los cuales solo 79 cumplieron con los criterios de inclusión referidos a:

- Pacientes sin enfermedad sistémica aparente.
- Cumplimiento del número de citas establecidas en el programa, no exceder de seis en los casos severos, ni de tres en los de bajos valores C.P.O.D (Diente cariado, perdido, obturado).

Un informe de consentimiento fue obtenido de los padres o representantes de los sujetos de la muestra luego de conocer el propósito del estudio. Cada paciente fue examinado desde su ingreso hasta completar las citas establecidas, para ser dado de alta, según el caso. Se determinaron cambios en el nivel de riesgo a padecer caries dental al ingreso y egreso de los individuos al programa, utilizando el "Sistema de clasificación simplificada del paciente con riesgo a padecer Caries Dental" de Tomas Seif (1997:300) el cual establece las siguientes niveles de clasificación de cero a 3: Fuera de riesgo; de bajo riesgo; riesgo moderado; alto riesgo.

Cada parámetro contiene una serie de criterios a los cuales se les asigna una valoración de 0 a 3 que corresponde con los niveles de riesgo ya mencionados; para clasificar al paciente en alguno de estos niveles, se suma el resultado obtenido en cada parámetro y luego se divide la cifra resultante entre el número de pa-

rámetros estudiado, que en nuestro caso fue de seis

Para determinar la ubicación del individuo en alguno de los niveles de riesgo definidos, se aplicaron seis de los diez parámetros establecidos por el autor, los cuales se refieren a existencia de caries clínica o radiográfica, presencia de restauraciones en boca (denota la actividad de caries en el pasado), utilización de agentes fluorados por parte del paciente, ingesta de carbohidratos (especialmente azúcares), higiene bucal y motivación del paciente, debido a que estos parámetros miden los aspectos morfológico y epidemiológico de la enfermedad, contemplados en el programa; los cuatro parámetros restantes relativos a niveles de infección por *Streptococcus mutans*, nivel de infección por *Lactobacillus* en saliva, niveles de flujo de saliva estimulado y capacidad buffer en saliva, se refieren a aspectos microbiológicos de la caries dental y son inherentes al individuo, razón por la cual no se incluyeron, ya que no podrían ser asumidos como elementos de intervención del programa y por consiguiente objeto de evaluación.

Los aspectos referentes a cobertura y rendimiento, se obtuvieron aplicando los criterios establecidos en la normativa del programa (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1995:8) la cual establece que:

- La Cobertura Programada, debe ser obtenida con base al cociente entre la población a ser atendida según normas y recursos y la población ideal.
- La Cobertura Lograda, se refiere a la población atendida durante el trimestre analizado, la cual está representa-

da por las primeras consultas. A fines evaluativos debe compararse con la población ideal en forma de expresión porcentual.

El rendimiento fue evaluado tomando como indicadores:

- El porcentaje de consultas logradas, definido como la expresión porcentual del total de consultas logradas (trabajadas) sobre el total de consultas programadas.
- El rendimiento del odontólogo referido, a las consultas logradas, durante el trimestre evaluado por el número de odontólogos por horas día.
- El Índice de Atrición o Pérdida, que representa el fracaso en alcanzar el objetivo de terminar todos los tratamientos que se inician. Cuanto menor, sea, mejor será el programa. El índice programado para el trimestre fue de 0 a 5%.

4. Resultados

4.1. Entorno

Se evidenció una administración centralizada de los servicios de salud en los aspectos, referidos a planificación, organización y toma de decisiones. Hasta el momento de concluir este estudio, en la región de Barinas no se había dado inicio al proceso de transferencia de competencias, por lo que las unidades gerenciales regionales o locales seguían desempeñando funciones de gestorías y los programas odontológicos continuaban siendo diseñados por el nivel central, sin tomar en cuenta a la región para determinar la población del área de influencia, ni su situación sociodemográfica. Esto no pro-

picia la participación activa de la población en la toma de decisiones y en la ejecución del programa, quedando reducida su participación a simple usuario del servicio. A su vez, la centralización de las actividades y funciones del programa, produce limitaciones en su funcionamiento y por tanto en la ampliación de su cobertura y eficacia. Esta situación coincide con lo observado en la mayoría de los programas sociales dependientes de organismos altamente centralizados, especialmente en el sector salud. Una estructura organizativa centralizada no permite respuestas efectivas y oportunas a funciones, operaciones y acciones exigidas para intervenir en la resolución de la problemática que aborda. Rondón (1996) sostiene que "la concentración y sectorización de la administración pública ha resultado costosa e ineficiente, incapaz de incorporar con agilidad nuevas demandas e intereses sociales y culturales; considera que los resultados positivos que aportaría la descentralización se refieren a que con ella se lograría mayor participación, más eficacia, mayor equidad y programas sociales más adecuados a las necesidades de la población".

Según Rodríguez (1997:345), la descentralización en Venezuela, puede ser considerada más como el producto de un proyecto modernizador, que como expresión de un progresivo incremento de fortaleza alcanzada por la sociedad civil a partir de la lucha por la conquista de mecanismos de participación, control del poder local e injerencia efectiva en la toma de decisiones.

4.2 Actores sociales: profesionales y usuarios

En cuanto a la formación, capacitación y actualización del personal que interviene en el programa, se evidenció el desempeño de odontólogos con formación general sin especialización y personal auxiliar con formación técnica. Pese a la existencia desde 1998, de un plan de capacitación masivo en apoyo a la reforma del sector salud, los niveles nacional, estatal y municipal no cuentan con incentivos económicos, ni gremiales para capacitarse a fin de prestar una atención de salud adecuada a las necesidades del grupo prioritario. El personal profesional realiza cursos eventuales de actualización y el personal auxiliar no asiste a cursos de capacitación por los costos que representan. El plan de capacitación no es conocido por el recurso humano que se desempeña en el programa y en consecuencia no se acogen a los beneficios que de este puedan derivarse.

Por otra parte, se constató que en el diseño del programa no se contempla la participación de los padres, por lo cual no se realiza actividad alguna que la propicie. El 94% de los padres refirió desconocer el programa y acudir al servicio sólo en calidad de usuario, con lo cual se pone en evidencia una vez más que se sigue obviando en la elaboración y ejecución de los mismos, la participación de los actores hacia los cuales se dirigen sus acciones, quienes continúan siendo concebidos como entes pasivos, simples receptores de sus beneficios; a este respecto,

Alvarado (1999: 129) señala que "si no se promueve un cambio de actitudes en los beneficiarios, su rol pasivo y conformista se eternizará e imposibilitará una participación activa, crítica y autogestionaria".

4.3. Financiamiento

Según el Proyecto Nacional de Ley de Presupuesto (Cordiplan, 1999) los recursos asignados al sector salud ascendían a Bs. 812.088,6 millones. Se estimó que el Ejecutivo Nacional realizaría un aporte de Bs. 365.400,8 millones a las Gobernaciones del país en el marco de la transferencia de competencias, lo que conferiría mayor autonomía y dinamismo a los programas de salud y garantizaría el fortalecimiento de la atención al niño y adolescente, a la mujer embarazada, en fin a los grupos poblacionales considerados vulnerables. Sin embargo, el principal obstáculo relacionado con el presupuesto se refiere a que las decisiones continúan centralizadas nacional y regionalmente. El Presupuesto destinado a Odontología en el Municipio Barinas, está incluido en un presupuesto global para las ramas de la salud; en consecuencia no existen asignaciones presupuestarias por programas, solo se efectúan estimaciones de las necesidades de recursos, a partir de las cuales el Ministerio de Salud y Desarrollo Social desde el ámbito central, establece el presupuesto para odontología regional. En este marco, no existe entonces financiamiento específico asignado al programa de Atención Odontológica Integral para la población de 3 a 14 años de edad, lo que origina que su ejecución se vea continuamente afectada en cuanto a la dotación de servicios básicos,

materiales y suministros, así como por fallas en el mantenimiento de los equipos.

4.4. Cobertura y rendimiento

La cobertura programada para el trimestre, fue de 26% y la real de 10.4%. Se puede notar que la diferencia entre lo programado y lo logrado fue de - 15.6%, es decir, se alcanzó menos de la mitad de las metas previstas. Por otra parte el programa ha desviado la atención de su población objetivo (3 a 14 años), hacia la población adulta, en efecto, de un total de 640 pacientes que ingresaron durante el trimestre evaluado, sólo 196 correspondían al grupo prioritario que equivale a un 30.6%; se produce entonces alta atención al adulto en detrimento de la atención al niño y adolescente, razón de ser del programa, quienes son atendidos sin tomar en cuenta la conducta de acuerdo a su crecimiento y desarrollo físico, biológico y psicológico, aspectos importantes a tomar en consideración para obtener su cooperación en el acto odontológico.

El rendimiento fue evaluado con base a tres elementos: porcentaje de consultas logradas; el producto del número de consultas realizadas por el número de odontólogos por hora/día y como tercer elemento, se consideró el índice de atrición o pérdida. Los hallazgos a este respecto se muestran en la Tabla No 1. Se observa que pese a que el porcentaje de consultas logradas se aproxima a lo programado, las diferencias más resaltables se ubican en el valor del indicador odontólogo/hora/día, el cual evidenció un 81% de desvío de lo programado y en cuanto al índice de atrición o pérdida representó el 60%, es decir, según su resul-

Tabla No. 1
Rendimiento programado y logrado del Programa Atención
Odontológica Integral. Ambulatorio Carlos Márquez.
Barinas, Venezuela 1999

	Indicadores del rendimiento		
	Clínicas logradas	Odontólogo /horas/ días	Índice de Atrición
Programado	100%	100%	0 - 5 %
Logrado	84.4%	19.0	60%
Diferencia	-15.6%	- 81.0%	60 - 55%

Fuente: Navas, et al (2001) Elaborada con base a los datos del instrumento de medición de índices Operacionales del programa.

tado, se fracasó en el objetivo de terminar todos los tratamientos odontológicos iniciados durante el trimestre, ya que un alto número de pacientes no regresaron a sus citas control, lo que podría traducirse en un aumento en la presencia de patologías bucodentales, que al no ser abordadas oportunamente, repercutirán en las condiciones generales de salud de la población objetivo.

4.5. Efectividad

4.5.1. Fomento de Salud-Prevención Específica y Niveles de Riesgo a Caries Dental

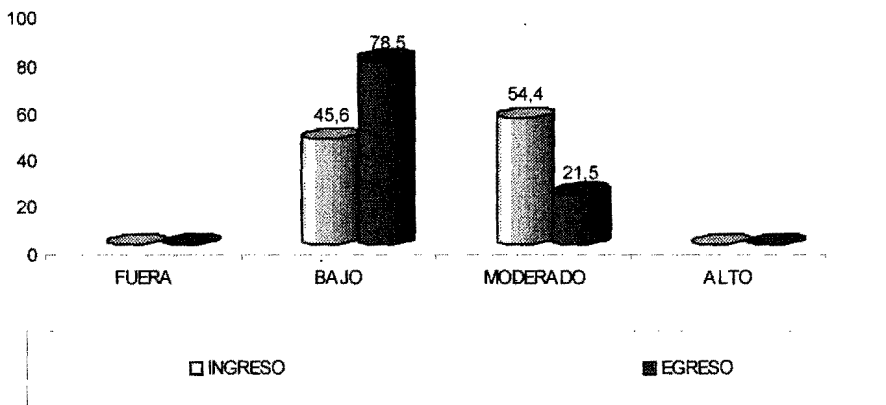
El programa propone como acciones específicas dirigidas a la prevención y educación de la salud bucal, la realización de cuatro charlas educativas al mes dirigidas a grupos de pacientes, y cuatro actividades mensuales de control de placa bacteriana por paciente; tales acciones se realizaron esporádicamente durante el trimestre evaluado, se observó la realización de solo una actividad de las establecidas, situación que no promueve

bajo ningún aspecto la prevención en forma individual, y mucho menos colectiva.

En cuanto al nivel de riesgo, el Gráfico 1 muestra el nivel de riesgo general a caries dental de los individuos al ingreso y egreso del programa. Se pudo observar un mayor porcentaje de individuos ubicados en el nivel riesgo moderado (54,49%) al ingresar al programa y a su egreso el mayor porcentaje se ubicó en bajo riesgo (78,5%). Sin embargo, al revisar el nivel de riesgo por componentes, se pudo detectar una serie de elementos, analizados a continuación, que nos llevan a proponer la urgente necesidad de revisar institucionalmente la pertinencia del programa.

El primer componente referido a la existencia de caries clínica, evidenció un cambio significativo de los individuos de un riesgo moderado (57%) a fuera de riesgo (97.5%). En cuanto al segundo componente, presencia de restauraciones en boca, se observó que el 53,2% de los sujetos estaban en bajo riesgo a su ingreso, mientras que para el momento de su egreso la mayor proporción (67,1) de individuos se ubicó fuera de riesgo.

Gráfico 1
Nivel General de Riesgo a Caries Dental.
Programa Atención Odontológica Integral.
Ambulatorio Carlos Marquez. Barinas 1999



Fuente: Navas, et al (2001). Elaborada con base a los datos de Instrumento niveles de riesgo a caries dental.

Estos resultados demuestran el hecho de que las actividades de mayor predominio de atención del programa, se centran en ambos componentes (clínico-restaurador) reflejando su objetivo fundamentalmente curativo, coincidiendo esto con lo planteado por Cervantes (1993) y Gómez (1998), quienes señalan que evaluaciones recientes realizadas a los programas de salud oral, muestran un aumento de su capacidad técnico-operativa, lo cual se refleja en la tendencia a mejorar las actividades de tipo curativo que se brinda a los grupos prioritarios.

Con respecto al tercer componente, la utilización de agentes fluorados, no se observaron cambios en los sujetos estudiados durante su ingreso y egreso; casi la totalidad de los individuos (83%) se mantuvieron fuera de riesgo; el hecho de mantenerse en este

nivel no puede ser atribuido al programa, por cuanto éste no contempla realizar ningún tipo de actividad relacionada con aplicación directa de flúor, ni tampoco se realizan actividades educativas orientadoras para el adecuado consumo de sal fluorada o el uso de agentes fluorados; esto podría explicarse posiblemente por las campañas de salud oral auspiciadas por entes privados que inducen al uso masivo de dentífricos y enjuagues fluorados disponibles en el mercado venezolano. Konic (1993) y mas recientemente Holt y Murray (1997) realizaron investigaciones relacionadas con el uso de las pastas y enjuagues fluorados recomendando su uso masivo como una de las medidas preventiva de salud pública mas fáciles de aplicar.

Para el cuarto componente, ingesta de carbohidratos, al comparar el ingre-

so con el egreso, no se observaron diferencias importantes, manteniéndose la mayoría de los individuos en alto riesgo, tanto a su entrada (84%) como a su salida del programa (86%) por lo que se refleja la escasa o nula actuación que se ejerce sobre este importante aspecto. Los hábitos de dieta relacionados con la ingesta de carbohidratos especialmente azúcares, se consideran factores fundamentales para el desarrollo de caries dental, por lo que su abordaje resulta determinante para contribuir a prevenir esta enfermedad. Los estudios de Driscoll (1985), Lewis (1995) y Burt (1998), demuestran que la ingesta frecuente de carbohidratos fermentables se encuentra asociada con la prevalencia de caries dental, por lo que se hace impostergable que los programas de atención odontológica asuman estrategias educativas, que conduzcan a motivar al paciente a cambiar sus hábitos alimentarios o a un moderado consumo de azúcares tanto en frecuencia como en cantidad, aún cuando se reconoce que tal tarea no es fácil por las influencias de tipo social que promueven el consumo de azúcares, sin embargo, se hace indispensable invertir en ello esfuerzo y tiempo, lo que redundará en el éxito de las actividades preventivas y por ende de la salud bucal de nuestra población.

Con relación al quinto componente, higiene bucal, este no mostró diferencias importantes al ingreso (55.7%) o egreso (53.6%) de los pacientes al programa. Los individuos se mantuvieron distribuidos casi uniformemente en el nivel moderado riesgo; se infiere que no se realizan actividades básicas de prevención referidas al control de la infección dentobacteriana mediante el saneamiento básico de

la cavidad cariosa, información y educación oportuna en cuanto a hábitos de higiene bucal, que involucren la enseñanza de una adecuada técnica del cepillado, uso de hilo dental y enjuagues fluorados. Los estudios de Rodríguez (1995) y Lewis (1995) señalan que para lograr una baja prevalencia de caries dental debe hacerse énfasis en las medidas preventivas, entre las cuales se encuentran: educación al paciente niño y sus padres sobre higiene bucal, detección de placa, aplicaciones tópicas de flúor y colocación de sellantes de fosas y fisuras entre otras.

Respecto al último componente, motivación del paciente, se observaron diferencias importantes, mostrando alto riesgo (57%) al ingreso y moderado riesgo (70,9%) al egreso; es decir, aunque hubo mejora, los pacientes continúan en situación de riesgo a caries dental, por la ausencia de estrategias válidas para motivar al paciente y/ o a su representante, para actuar de una manera efectiva y activa en los cuidados de su salud bucal.

Al indagar con los padres y representantes de los individuos su grado de satisfacción con el servicio prestado, se pudo apreciar que el 45% considera poco oportuna la atención que recibe, mientras que el 59% la califica como inadecuada.

Los resultados de nuestro estudio pudieran ser indicativos de que un alto porcentaje de la población objetivo permanece en situación de riesgo a padecer caries dental, lo que refleja falta de estímulos para despertar interés en el programa tanto en los pacientes como en sus representantes, evidenciándose entonces la necesidad de ampliar la participación de los odontólogos en la observación y seguimiento de la población asig-

nada mediante un sistema de vigilancia y control, cuya base sea la educación y promoción de la salud en la familia y la comunidad, como lo señalan los estudios de Cervantes (1993) y de Robinosa (1995) sobre la eficacia de los servicios prestados y el índice de eficiencia de la vigilancia de la salud bucal.

4.5.2 Diagnóstico y restitución de la salud

Un requisito mínimo indispensable que se debe cumplir cuando se trata de abordar clínicamente al sujeto-paciente para decidir el plan de tratamiento a seguir, es la elaboración de la historia clínica. En ella se debe abordar al sujeto como un ser integral, donde se registren diferentes aspectos biopsicosociales. En este estudio, se comprobó que tan importante instrumento no es elaborado por quienes ejecutan el programa, impidiéndose en consecuencia, la planificación y realización adecuada del tratamiento, así como el control y evaluación institucional para la definición de políticas de salud bucal, contribuyendo al aumento del índice de atrición o pérdida.

Pese a que el programa contempla la realización de endodoncias, cirugía menor, tratamientos periodontales y prótesis, no se registró la realización de estos tratamientos a los pacientes que acudieron al servicio durante el trimestre en estudio, a pesar de ser detectada la necesidad de los mismos y corresponder las actividades clínicas al primer y segundo nivel de atención, siendo referidos a los servicios odontológicos del hospital principal del Municipio, sin que exista la con-

trarreferencia posterior del caso para proseguir su evolución.

5. Conclusiones

El entorno donde se desarrolla el programa, se caracteriza por presentar una organización del sistema de salud excesivamente centralizado en todos los aspectos: en la planificación y diseño del programa, así como en la inexistencia de un presupuesto específico asignado al mismo. Esto se traduce en fallas en los materiales, suministros y en el mantenimiento de los equipos, lo que aunado a la falta de incentivos económicos y gremiales para la capacitación del personal de salud, origina una baja calidad e inadecuada atención odontológica integral.

El Programa ha desviado la atención de su grupo objetivo, población de 3 a 14 años, hacia la población adulta, lo cual conduce a en una inadecuada atención odontológica del niño y el adolescente, al obviar su abordaje como una unidad biosico-social en su proceso de crecimiento y desarrollo, aspectos necesarios para obtener su cooperación en el acto odontológico y dispensar así una atención integral.

El nivel general de riesgo a caries dental aparenta ser bajo; no obstante, al efectuar un análisis por componentes de este nivel, se puede observar que el programa es efectivo únicamente en las actividades curativas y restauradoras de la enfermedad caries dental, no así en el abordaje de otro tipo de afecciones. ni en la prevención este elemento pudiera considerarse importante, ya que se tiende a superar la práctica mutiladora prevale-

ciente hasta hace algunos años en nuestro país. Sin embargo, al no observarse variaciones significativas al ingreso y egreso de los pacientes en los componentes relativos a ingesta de carbohidratos, higiene bucal y motivación del paciente, aspectos fundamentales para fomentar su auto-cuidado, puede deducirse que los individuos que se encuentren en situación de alto o moderado riesgo en cualquiera de estos componentes, siguen siendo potencialmente susceptibles en un corto plazo, a padecer no solo caries dental sino cualquier enfermedad buco-dental. Evaluar el riesgo a caries, significa predecir si nuevas lesiones cariosas, consideradas como eventos perjudiciales, puedan desarrollarse o cuales lesiones cariosas ya existentes continúan creciendo; por ello es indispensable que los servicios públicos odontológicos se desarrollen estrategias que permitan establecer factores beneficiaria, alternativas que tiendan a privilegiar sus acciones; se hace imperativo sustituir el paradigma de la atención curativa, momentánea e individualizada, por un abordaje preventivo, masivo e integral, lo que garantizaría una alta efectividad de los programas odontológicos en la resolución de los problemas bucales de la población que atiende.

Bibliografía citada

Alvarado Chacín, Neritza (1999). La Ejecución del Programa Ampliado Materno-Infantil en el Estado Zulia y la Actitud de sus Beneficiarios. **Revista Venezolana de Gerencia** Año 4. No 9. Venezuela. La Universidad del Zulia. Vicerrectorado académico.

- Burt, B.A; Eklund, S.A.; Morgan, K.J. (1988). The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three-year longitudinal study. **Journal Dental Research** No. 67.
- Cervantes, Gerardo (1993). Prevalencia de Caries Dental en zonas urbanas y periurbanas marginadas. **Revista Salud Pública de México**. Volumen 35 No. 4 México. Universidad Nacional de México.
- Cordiplan (1999). **Proyecto de Ley de Presupuesto Nacional** Caracas. Venezuela.
- Driscoll, W. (1985). What we know and don't know about dietary fluoride supplements – the research basis. **ASDC Journal Dental Children**; 52.
- Gómez, Dilia (1998). Avances en la Salud Pública. **Informe Técnico**. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección General Sectorial de Salud. Caracas. Venezuela.
- Holt, R.D.; Murray, J.J. (1997). Developments in fluoride toothpastes. **Community Dent Health**. March 14 (1):4-10.
- Konig, K. (1993). Role of fluoride toothpastes in caries preventive strategy. **Caries Research**: 27 (suppl 1):23-28.
- Lewis, D. and Ismail, A. (1995). Prevention of dental caries. **Canadian Medical Association Journal** 152 (6).
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1996). Propuesta de Cambio de la División de Salud Oral en el Marco de la Reforma de Sector Salud. **Informe Técnico** Dirección General Sectorial de Salud, Dirección Técnica de Programas y División de Salud Oral. Caracas. Venezuela.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1995). **Evaluación de Índices Operacionales**. III Taller de Odontología Regional. Dirección de Epidemiología

- y Programas de Salud de la División de Salud Oral. Caracas. Venezuela.
- Padrón, José (1995). La Evaluación de Programas Sociales. **Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura**. Vol. 1. Nº 1. Universidad Central de Venezuela.
- Rivera, Luis; Acevedo, Ana y Núñez, Alberto (1998). Estudio Basal de Prevalencia de Caries y Fluorosis Dental en niños escolarizados. **Informe Técnico Final**. Mimeógrafo. Oficina Panamericana de la salud. Ministerio de Sanidad y Asistencia social. Maracaibo. Venezuela.
- Robinosa, Mario; Rodríguez, Calzadilla y Delgado, Luis (1995). Vigilancia y Evaluación de la Salud Bucal. Método de Observación y Control. **Revista Cubana de Estomatología. La Habana. Cuba**.
- Rodríguez, Isabel y Pérez, Jorge (1997). Balance y perspectiva de la participación social en salud, en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia. En la década de los noventas. **Revista Espacio Abierto**. Volumen 6, No 2. La Universidad del Zulia.
- Rondón, Roberto (1996). **La descentralización de la Salud en Venezuela**. 1era edición. Caracas. Venezuela.
- Seif, Tomas (1997). **Cariología. Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la Caries Dental**. Actualidades Médico Odontológicas. Latinoamericanas. 1era edición. Caracas. Venezuela.
- Sulbrant, José (1993). La evaluación de los programas sociales. Una perspectiva crítica de los modelos usuales en **Pobreza. Un tema impostergable, nuevas respuestas a nivel mundial**. Kliksberg Bernardo (Compilador) Fondo de Cultura Económica. México.
- Velásquez, Fabio (1997). Aplicación de una Metodología para evaluar programas y servicios de salud. **Revistas Gestión hospitalaria**. Santa Fe de Bogotá. Colombia. 1era Edición.