

# ODONTÓLOGOS de hoy

EDICION ESPECIAL  
SESPO 2013



SESPO 2013  
SEVILLA



“ *Sevilla,  
capital mundial de  
la salud pública oral* ”





## Carta de Bienvenida

**POR: JESÚS RUEDA GARCÍA.  
PRESIDENTE DE SESPO.**



## XIX Congreso Nacional y I Internacional de SESPO. Sevilla 2013

**POR: ANTONIO CASTAÑO.  
PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR.**

Desde SESPO sentíamos la necesidad de volver a reunir a los mejores profesionales para compartir experiencias de trabajo en epidemiología y salud pública oral, de que nuestra sociedad siguiera siendo referente y foro de debate en las cuestiones relacionadas con la odontología preventiva y la salud pública oral.

Tomamos el testigo de los que siempre lo venían haciendo bien y apostamos, en esta ocasión, por Sevilla y por un equipo de profesionales que, con el Dr. Antonio Castaño a la cabeza, sienten y practican esta disciplina desde distintos ámbitos, desde hace mucho tiempo.

Sevilla ha sido, sin duda, durante unos días, la capital mundial de la salud pública oral. Nunca antes en nuestro país, tantos expertos llegados de distintas partes del mundo, habían coincidido en un foro como éste.

Las comunicaciones presentadas en este Congreso por profesionales de los distintos ámbitos, demuestran el interés por desarrollar la asistencia dental desde sólidas

bases científicas y por evaluar el resultado de sus actividades con el fin de cambiar lo necesario para mejorar la salud oral de los grupos de pacientes a su cargo.

Durante dos días, un amplio programa científico en un marco incomparable dentro de una inigualable ciudad, ha permitido que expertos, docentes, dentistas, higienistas y estudiantes intercambiáramos experiencias, programas, nuevas técnicas y también que disfrutáramos de esa “feria de abril en noviembre” que a alguien, de Sevilla, claro, se le ocurrió.

En este encuentro no ha habido sólo conferencias brillantes, ideas y ponentes extraordinarios. También ha supuesto una oportunidad excepcional para conocerse, hablar y hacer amigos.

Por todo ello, quiero daros las gracias en nombre de nuestra Sociedad a todos los que habéis hecho que esto fuera posible, al Comité científico y organizador, a la Universidad de Sevilla, a su Ayuntamiento, a la prensa y a la industria farmacéutica... Sin vuestra ayuda no hubiera sido posible. Gracias de corazón •

“*Nunca antes en nuestro país, tantos expertos llegados de distintas partes del mundo, habían coincidido en un foro como este.*”

En diciembre de 2012 la Directiva de SESPO nos honró al encargarnos la organización de la edición 2013 del Congreso de nuestra Sociedad Científica. Fue

un honor y a la vez un reto. Tras un año sin celebrarse el Congreso anual, teníamos que conseguir una reunión científica del máximo nivel académico y divulgador. Contábamos con dos fortalezas: la tradicional implicación en salud pública oral del grupo de docentes de la Universidad de Sevilla y las alianzas establecidas con algunas de las más prestigiosas universidades del mundo y con los servicios dentales comunitarios de referencia. Estos dos elementos permitieron el éxito del proyecto.

Nunca se habían reunido tantos profesionales para hablar de salud pública oral. Nunca habían trabajado de forma conjunta tantos líderes de opinión de la materia en territorio español. Nunca se habían agrupado dentistas, higienistas y estudiantes para formarse en salud bucal colectiva. Nunca había tenido tanto protagonismo la odontología

comunitaria en el ámbito profesional como en aquellos días. Nunca había habido una implicación tan manifiesta de la industria. Siempre quedará el hito del Congreso

“*Siempre quedará el hito del Congreso SESPO 2013 como el evento que ayudó a consolidar la realidad de la progresiva evolución de los servicios dentales de nuestro país.*”

SESPO 2013 como el evento que ayudó a consolidar y puso en valor lo que es una realidad: la lenta aunque progresiva evolución de los servicios dentales comunitarios en nuestro país.

Aún hoy, saboreamos las enseñanzas de los profesores Allukian, Swann, Beltrán-Aguilar, Carlsson, Ogunbodede, etc. Todos aprendimos con el testimonio de los profesores Peniche, Esmurdoc, Beltrán, Carcereri, etc. Los directores de servicios dentales comunitarios (País Vasco, Extremadura, Canarias, Andalucía), nos enseñaron como se pueden y se deben desarrollar los proyectos. Pero si tuviéramos que identificar un logro del Congreso, nos quedaríamos con la consecución de una masa crítica (docentes, congresistas y estudiantes) que desde noviembre de 2013 piensan y planifican en clave de promoción de la salud oral. Ello justifica todos nuestros esfuerzos •

secución de una masa crítica (docentes, congresistas y estudiantes) que desde noviembre de 2013 piensan y planifican en clave de promoción de la salud oral. Ello justifica todos nuestros esfuerzos •



# Premios Fundación Odontología Social Luis Seiquer

La inauguración del Congreso SESPO 2013 tuvo lugar en los Reales Alcázares de Sevilla. En un acto presidido por la Delegada de Familia, Asuntos Sociales y Zonas Especiales de Actuación del Ayuntamiento de Sevilla, en representación del Alcalde de la ciudad. Durante el acto de inauguración se hizo entrega de los premios FOS 2013.



## EN ESTA EDICIÓN 2013 LOS PREMIOS HAN RECAÍDO EN:

**Premio F.O.S 2013 Entidad Solidaria:** Fundación Hannan, Tetuan (Marruecos). Recogió el premio el Presidente de la Fundación Hanan el Dr. Adeslham Bakouri.

**Premio F.O.S 2013 Cooperante del año:** Javier Montero Martín, Profesor de Prótesis de la Universidad de Salamanca.

**Premio F.O.S 2013 Acción Internacional:** Oficina de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Sevilla recogió el premio el Director de la Oficina de cooperación, Francisco Medina.

**Premio F.O.S Entidad Colaboradora:** La Fundación La Caixa. Recogió el premio el Director Territorial de la Caixa D. Javier Herranz Martínez.

**Mención Especial por su Labor Solidaria** a la Universidad Anahuac Mayab del Yucatan. Recogió la mención, el Decano de la Facultad del Mayab, Dr Rolando Peniche.

**Premio F.O.S 2013 Delegación de Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación** del Ayuntamiento de Sevilla. Recogió el premio la Delegada de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Sevilla, M<sup>a</sup> Dolores Pablo Blanco.



LUIS ESMURDOC VICERRECTOR DE LA UCNE (R. D.) .



IZQUIERDA: REPRESENTANTES DE ALPHABIO JUNTO A F. GUTIÉRREZ Y PETER CARLSSON (SUECIA).

MESA PRESIDENCIAL



ARRIBA IZQUIERDA: ANTONIO CASTAÑO Y M<sup>a</sup> DOLORES DE PABLO.

ARRIBA DERECHA: JOSÉ ANTONIO COELLO Y FRANCISCO MEDINA.

IZQUIERDA: DAVID RIVAS CON JAVIER MONTERO.

DERECHA: ALVARO ALÉS.



ARRIBA: ROLANDO PENICHE, DECANO DE LA FACULTAD DEL MAYAD (MÉXICO), JUNTO A FERNANDO GUTIÉRREZ.

ABAJO: ANTONIO CASTAÑO CON ADESLHAM BARKOURIEL, PRESIDENTE DE LA F. HANAN.







# El Futuro de la Salud Pública Oral

## PONENTES

**ROBERTO BELTRÁN NEIRA**, Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

## BLANCA LONGÁS BRAVO

Responsable de Calidad Asistencial Nacional - Empresa de provisión de servicios de salud.

**D**ifícil como es predecir el curso de los acontecimientos históricos de una profesión, me he atrevido a bocetar mis intuiciones, producto de lo vivido desde que fui un paciente niño en el consultorio del Dr. Rómulo Hernández hasta hoy, pasados los ochenta a la sombra de nuestra bella Facultad de Estomatología de la UPCH. Claro que reconozco que mi visión de futuro está teñida de mis propios deseos, ello le merma objetividad, pero le suma emoción y sentimiento. El reciente Congreso Internacional de Epidemiología y Salud Pública Oral, celebrado en Sevilla, España, me brindó una oportunidad para reflexionar, cuando uno de los temas en los que participé se tituló “El Futuro de la Salud Pública Oral”. Propuse abordar tema tan incitante refiriendo el futuro a sus componentes: Investigación, Docencia y Servicio.

## INVESTIGACIÓN

La investigación en la problemática que atañe a la Odontología es un hecho cotidiano alrededor del planeta. La Asociación Internacional de Investigación Dental reúne anualmente lo mejor de la producción científica de cientos de investigadores, tanto odontólogos como de otras disciplinas que alimentan el desarrollo de nuestra profesión desde sus bases científicas y sus avances tecnológicos.

Una feliz coincidencia me facilitó la presentación. Un científico español informó reciente-



mente de la identificación de una bacteria caracterizada por su capacidad para neutralizar el efecto deletéreo de la placa dental bacteriana, responsable de la caries dental y de la patología gingivo periodontal. Pensé que este descubrimiento podía parecerse, por ser producto de la casualidad, con el de la penicilina y su papel en el tratamiento de la sífilis, propuse que así como este antibiótico había sustituido a los viejos tratamientos con arsenicales y mercuriales y sus efectos secundarios, una bacteria podría ser la mejor respuesta a nuestras enfermedades de mayor prevalencia.

Por este camino podemos avanzar en nuestro razonamiento y esperar del control biológico la mejor y natural respuesta a la placa dental microbiana.

## DOCENCIA

Si la prevención es el futuro de la salud bucal, la educación del futuro profesional habrá de centrarse en el mantenimiento de la salud del sistema oro-cérvico-facial. Se hará necesario el replanteamiento del currículo de pre y postgrado para entender la formación como un proceso pensado en términos de las necesidades sociales, cuya esencia preventivista constituye la au-

téntica respuesta a la infección de los tejidos duros y blandos de la boca en las personas, desde la gestación hasta el término de la vida. El daño producido por enfermedades sistémicas, los traumas y los problemas de oclusión, seguirán necesitando el aporte de las actuales disciplinas como son la medicina y cirugía, periodoncia, endodoncia, ortodoncia y prótesis, disciplinas que también tienen sus componentes preventivos.

## SERVICIO

El servicio odontológico tiene dos principales vías para su prestación: la atención individual en el consultorio privado y la atención de la población en los servicios de salud pública y de la seguridad social. En su primera forma, el nuevo odontólogo prestará la indispensable atención a la prevención, incorporando el concepto familiar sistemático y a la atención preferente de la madre gestante y del niño, desde su nacimiento. Para ello será conveniente contar con el apoyo de un profesional preparado especialmente para el mantenimiento de la salud bucal de la familia. Sin embargo, el odontólogo general no podrá abdicar de su rol preventivista en la educación y promoción

## El Futuro de la Odontología

### PONENCIA DEL PROFESOR ROBERTO J. BELTRÁN NEIRA

Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

[www.robortojbeltran.com](http://www.robortojbeltran.com)

de la salud con una visión integral de esta, como estomatólogo, médico y cirujano especializado.

La atención comunitaria tendrá dos grandes focos de atención: el sistema de salud pública y de la seguridad social para la atención preventiva y curativa del adulto y el sistema escolar para iniciar desde la etapa preescolar hasta el término de la educación secundaria una continua y sistemática programación para el mantenimiento de la salud del niño y del adolescente con el objetivo de lograr caries cero como meta certera.

Para que este panorama futuro llegue a realizarse será indispensable el aporte individual, la participación de la familia y de la comunidad organizada y el liderazgo del sistema de salud y del sistema escolar. Ello quiere decir que el Estado juega un papel fundamental, pero no exclusivo. Al Estado corresponde promover y financiar los servicios públicos de salud bucal. Estado y sociedad civil, en diálogo permanente, encontrarán vías de integración en torno al mantenimiento de la salud de la población, componente esencial de la felicidad humana, fin supremo del estado y la sociedad •



## El Futuro de la Salud Pública Oral. Alternativas Asistenciales.



**PONENCIA DE LA  
DRA. BLANCA LONGÁS BRAVO**

Responsable de Calidad Asistencial Nacional -  
Empresa de Provisión de Servicios de Salud.

Las alternativas asistenciales en el ámbito odontológico pueden estructurarse, entre otros sistemas, según la tipología del centro de trabajo. De este modo, se puede hablar del desempeño de la actividad en un modelo tradicional de clínica privada, en Sanidad Pública o en centro perteneciente a una cadena.

La Revista de Información Colegial y Profesional del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I región publicaba, en el 2013, un cambio en la distribución de los dentistas colegiados por tipología del centro de trabajo entre 1992-2005 y 2006-2012, explicado por el movimiento de estos colegiados desde clínicas privadas y Sanidad Pública a centros pertenecientes a una cadena.

El número de dentistas colegiados así como la población en España han aumentado entre los años 2007 y 2012, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a diciembre del 2012, siendo mayor el ritmo de crecimiento de los colegiados. Esto se traduce en una

reducción de la carga de trabajo por dentista en España en estos años, ascendiendo la cifra de 54,23 a 66,13 dentistas por cada 100.000 habitantes. Factores facilitadores: aumento del número de facultades de odontología y por tanto dentistas egresados anualmente, baja frecuentación de los españoles al dentista, intrusismo en la profesión e influencia de la crisis económica existente.

Una fuerte contención de los precios en relación a los servicios dentales (IPC, Base 2011) se ha venido observando (INE, diciembre 2012) en estos últimos años, que sumada al incremento en la oferta de servicios de salud oral nos ha mostrado un mercado en el que la demanda no ha respondido a dicha oferta como cabría esperar. Esta situación de debilidad en el mercado de las clínicas privadas con necesidad de pacientes junto a los recortes en Sanidad Pública, han facilitado el acceso al sector dental en España de los sistemas de seguros privados, donde han hallado su nicho de mercado.

Hoy en día, las once compañías aseguradoras de referencia en España ejercen un completo control de la oferta y la demanda mediante su sistema de tarificación de prima mensual/anual por la que el tomador recibe atención gratuita en algunos tratamientos (revisiones, tartrectomías, flúor, entre otros) más franquicia por cada servicio recibido del dentista con un porcentaje de descuento respecto al precio de mercado.

“ *El número de dentistas colegiados, así como la población en España, han aumentado entre 2007 y 2012, según datos publicados por el INE.* ”

No obstante, la tipología de centro de trabajo que triunfe en el futuro será la que fundamente sus bases sobre un modelo de gestión sanitaria con profesionales que ofrezcan sus servicios cimentados en la gestión de calidad, analizando las causas para lograr su propio control del mercado mediante la oferta de tratamientos sustentados en su calidad científico-técnica, formación, accesibilidad, efectividad y eficiencia, que faciliten el control de la demanda del usuario por su satisfacción en el servicio prestado.

Como dentistas, debemos asegurar una asistencia sanitaria de calidad tal y como la define la OMS desde 1985 y para alcanzarla, nuestro objetivo ha de ser lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos

y la máxima satisfacción del enfermo con el proceso.

### **THE FUTURE OF PUBLIC ORAL HEALTH - Dental Care Alternatives**

The alternatives in dental care field can be structured, among other systems, by the type of workplace. Thus, one can speak about the development of the activity in a traditional private practice model, in Public Health System or in a center belonging to a chain.

The Journal of Collegiate and Professional Information edited by the College of Dentistry and Stomatology of the First Region published in 2013 a change in the distribution of dentists by type of workplace between 1992-2005 and 2006-2012, explained by the movement of these dentists from private clinics and Public Health to centers belonging to a chain.

The number of registered dentists and the population in Spain have increased between 2007 and 2012, according to data released by the National Statistics Institute (NSI) in December 2012, being higher the growth rate of registered dentists. This translates into a reduction in workload per dentist in Spain in recent years, raising the number of dentists per 100.000 inhabitants from 54.23 to 66.13. Enabling factors: increased number of dental schools and dentists graduated annually, low attendance of Spanish people to the dentist, professional intrusion and influence of the current economic crisis.

A strong restraint of prices in relation to dental services (CPI, Base 2011) has been observed (NSI, December 2012) in recent years, coupled with the increase in the supply of oral health services, has shown a market where demand has not responded to the offer as expected. This weakness

in the market for private clinics in need of patients together with cuts in Public Health, have facilitated access to dental sector in Spain of private insurance systems, which have found their market niche.

Nowadays, eleven reference insurers in Spain exert complete control of the supply and demand by their charging system of monthly/annual premium. The policyholder receives free care in some treatments (reviews, professional tooth cleaning, fluoride, among others) and franchise price for each service received by dentist with a percentage discount on the market price.

However, the type of workplace to succeed in the future will be based on a health management model with professionals who provide their services inspired by quality management, analyzing the causes to achieve control of their own market by offering treatments supported by their scientific and technical quality, training, accessibility, effectiveness and efficiency, so as to facilitate the control of user demand by their satisfaction in the service provided.

As dentists, we must ensure quality healthcare as defined by WHO since 1985 and in order to reach it, our goal must be to achieve the best results with minimum risk of iatrogenic effects and the highest patient satisfaction with the process •



# Community Water Fluoridation



## PONENTES

**LAURA SAN MARTÍN** Doctor Mención Europea en Odontología. Máster en Salud Pública Oral. Personal Docente Investigador de la Universidad de Sevilla.

**MYRON ALLUKIAN** Jr. DDS MPH. Past President American Public Health Association.

**ÓSCAR GONZÁLEZ RAMOS**, Servicio Canario de Salud.

**EYITOPE OGUNBODEDE**, Professor of Preventive and Community Dentistry and Visiting Professor of Dental Medicine, Boston, USA.

## La Fluoración del Agua Comunitaria

### PONENCIA DE

#### LAURA SAN MARTÍN

Doctor Mención Europea en

Odontología. Máster en Salud Pública

Oral - Personal Docente Investigador de

la Universidad de Sevilla.

La fluoración del agua comunitaria es la medida de salud pública más eficaz para prevenir la caries dental. Se ha considerado como uno de los 10 grandes logros de la salud pública del siglo 20. La primera ciudad del mundo que realizó la fluoración de aguas públicas fue Gran Rapids (Michigan), en enero de 1945. Desde entonces, se ha extendido al 72.4 % de la población de los EE.UU.

La fluoración de los suministros de agua de una comunidad consiste en el ajuste de los niveles de fluoruro del agua potable a un nivel óptimo recomendado (0,7 a 1,2 partes por millón) para la prevención de la caries dental.

Los estudios realizados a lo largo de los últimos años han demostrado que la fluoración de las aguas comunitarias es una medida segura y eficaz en la prevención de la caries dental de niños y adultos, suponiendo la reducción de esta patología entre el 20% y el 40%.

Además, esta estrategia permite disminuir las desigualdades entre personas con distinto nivel socio-económico, ya que todos los miembros de una comunidad tienen acceso y pueden beneficiarse de ella haciendo uso del agua potable.

Sin embargo, la aplicación de esta medida ha generado una gran controversia implicando aspectos morales, éticos, políticos y sanitarios. Algunos de los argumentos que indican los opositores son posibles problemas de salud causados por la fluoración del agua, costos muy elevados y la dificultad para controlar la dosis con precisión.

La Asociación Dental Americana avala esta práctica desde hace años, basándose en la evidencia científica disponible sobre su seguridad y efectividad.

Actualmente, sociedades científicas, organizaciones locales y estatales siguen trabajando para aumentar el número de ciudades que pueden beneficiarse de esta estrategia preventiva.

### COMMUNITY WATER FLUORIDATION

Community water fluoridation is the single most effective public health measure to prevent tooth decay. It has proclaimed that community water fluoridation as one of 10 great public health achievements of the 20th century. On

January 25, 1945 Grand Rapids, Michigan became the world's first city to adjust the level of fluoride in its water supply. Since that time, approximately 72.4% of the U.S. population served by public water systems receive the benefit of optimally fluoridated water.

Fluoridation of community water supplies is simply the adjustment of the existing, naturally occurring fluoride levels in drinking water, to an optimal fluoride level recommended by the U.S. Public Health Service (0.7 – 1.2 parts per million) for the prevention of tooth decay.

Fluoridation of community water supplies is safe and effective in preventing dental decay in both children and adults, reducing tooth decay by 20 – 40%.



## Community Water Fluoridation

### TALK OF MYRON ALLUKIAN.

Jr. DDS MPH. Past President American Public Health Association.



It also allows reducing inequalities between people with different socio-economic level, since all members of a community can access and benefit of it by drinking community water.

However, the implementation of this measure has generated controversy involving moral, ethical, political and health aspects. Some of the arguments by opponents indicate health problems caused by water fluoridation, high costs and the difficulty to control the dose accurately.

The American Dental Association endorses this practice for years, based on the available scientific evidence on its safety and effectiveness.

Dental societies, continues to work with, state and local agencies to increase the number of communities benefiting from water fluoridation •

Tooth decay is a disease that affects almost everyone in most countries. In the United States, 95% of those between the ages of 50 and 64 have had tooth decay with an average of 54 affected tooth surfaces.

The most cost-effective preventive measure for tooth decay is community water fluoridation. Fluoride is naturally found in all water supplies, but often is not at high enough levels to prevent tooth decay. Fluoridation is the adjustment of the natural fluoride level of a community water supply to a level that prevents tooth decay. It is safe, effective, and economical. At the recommended level, fluoride is odorless, colorless, and tasteless. It has a cost-benefit ratio of 1:38.

Fluoride is the 13th most abundant element in the Earth's crust. Everyone's diet contains some fluoride, but not necessarily enough to prevent tooth decay. In the U.S., fluoridation prevents new tooth decay by 20-40%. In the United States, the recommended fluoride level is 0.7 to 1.2 parts per million. This may be changed to 0.7 ppm in the near future as studies show that in the U.S., people drink the same amount of water regardless of whether they are living in a hot or cold climate.

Internationally, about 420 million

people live in communities with water fluoridation and about 40 million people live in communities with salt fluoridation. Studies show that salt fluoridation is as effective as water fluoridation. Only 4.5 million Spanish people, about 11% of the population, have fluoridation. Singapore and Hong Kong are 100% fluoridated, and Australia is 80% fluoridated. In the U.S., about 67% of the total population has fluoridated water, but over 74% of Americans living in communities with a public water supply have fluoridation. The U.S. has the most people living in fluoridated communities, about 210 million people. In Europe, 73% of Ireland, 10% of the United Kingdom, and 11% of Spain receive optimally-fluoridated water.

Although fluoridation is safe and effective, a small minority of individuals have consistently been against fluoridation, using incorrect information and statements to mislead the public. On the Internet, a leading anti-fluoridation organization misinforming the public on a daily basis has 5 to 60 times more traffic each month than reputable scientific health agencies and organizations. The three leading anti-fluoridation arguments, with no scientific basis, are that fluoridation

causes cancer, it is useless, and that it is a poison. Anti-fluoridation organizations have a much better social media presence than reputable health and dental organizations like the U.S. Centers for Disease and Control (CDC) and the American Dental Association (ADA). Most reputable national health organizations in the United States support fluoridation as a safe and effective preventive measure.

### RECOMMENDATIONS FOR BETTER ORAL HEALTH:

**1.** Fluoridation is “the foundation for better oral health” for a community, and all communities should be fluoridated.

**2.** Public health, medical, and oral health professionals must better educate patients, students, and the public about the health, safety, and economic benefits of fluoridation, and use social media to more effectively promote fluoridation.

**3.** Public policy makers should utilize reputable sources of information on community water fluoridation, and should utilize social media to access, educate and engage the public on community water fluoridation •



## Fluorosis en la isla de Tenerife. España.

**PONENCIA DEL DR. ÓSCAR GONZÁLEZ RAMOS**

Máster en Salud Pública Oral, Experto en Salud Bucal Comunitaria y Experto en Gestión, Dirección y Marketing de la Clínica Dental. Servicio Canario de Salud.



La ubicación geográfica de las Islas Canarias, y su origen volcánico hacen que no sean favorables las condiciones en que tradicionalmente se ha obtenido el agua para el consumo. Sobre este tema la Dra. Gómez Santos aportó elementos esclarecedores para los profesionales del sector en su texto; "Flúor y fluorosis dental". Recientemente, Juan Carlos Santamarta nos ha desvelado un compendio muy completo sobre la hidrología de las islas; "Hidrología y Recursos Hídricos en Islas y Terrenos Volcánicos". Allí tenemos un capítulo del catedrático Arturo Hardisson y se constata la disminución progresiva de los niveles freáticos, produciendo un empeoramiento de la calidad del agua obtenida (plaguicidas, intrusión del mar, aguas antiguas).

La conducción actual de las aguas se hace, en cantidades significativas, a través de canales artificiales sin presión y en contacto con la atmósfera. Esto hace necesario que algunas plantas de tratamiento tengan que combinar aguas de diferentes procedencias para llegar al volumen deseado, provocando disminución de la calidad.

Cerca de 50 puntos de abastecimien-

to en Tenerife exhiben altos contenidos de flúor, rebasando los 2,50 mg/l. Garachico tiene 4 puntos con valores de 3 mg/l e Icod de los Vinos tiene 7 zonas de abastecimiento con cifras de 4,70 mg/l.

En ocasiones, la prensa ha creado un ambiente alarmista, que las entidades competentes, lejos de aclarar, han empeorado, entrando en un cruce de acusaciones nada saludables.

Los programas de Salud Oral, abordan el tema con diversa fortuna y acierto. "Cepillín Cepillán" arrastra el buen hacer de sus precursores en la medida que deposita en el dentista y el pediatra la responsabilidad de orientar. También establece una guía para profesorado y personal sanitario. Pero esto choca frontalmente con lo sugerido a pediatras en el área temática de salud bucodental donde poco menos se les dice que el flúor (según los canadienses) no se debe administrar ni aunque estén los valores en cero.

En el Congreso de Pediatría de Granada en junio de 2012, Suárez Guadalupe, Sánchez Matías y este autor concluyeron que los Servicios de Pediatría desconocían los entresijos del

programa PADICAN. No obstante, el Servicio Canario de Salud no acomete su reciclaje y actualización, mientras busca comparaciones de los mismos con Brasil, Italia, EE. UU., Canadá, India, Arabia Saudí, Bélgica. Esto, a pesar de saber cómo funcionan los de Tenerife y conocer los puntos débiles a solucionar.

No es sorprendente entonces, que con el problema de fluorosis existente, y el desconocimiento de las aportaciones de los entes sanitarios locales, se les recomiende, a los profesionales que quieran profundizar sobre las aguas no envasadas en Canarias, consultar <http://www.aguainfant.com/AGUAS-ESP/agua-lactante.pdf>, siendo esto un artículo del 2003 sobre aguas "embotelladas" en Valencia" para "lactantes".

En este Congreso SESPO, se presenta paralelamente, un trabajo que evidencia la baja información en manos de la población sobre calidad de agua y efectos de flúor.

Todo esto, conlleva a concluir que la fluorosis existe, la coherencia para combatirla no •

## Community Strategies in Sub-Saharan Africa

**TALK OF EYITOPÉ OGUNBODEDE**

Professor of Preventive and Community Dentistry, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria and Visiting Professor, Oral Health Policy and Epidemiology, Harvard School of Dental Medicine, Boston, USA.



Community strategies in sub-Saharan Africa must take cognisance of traditional oral health practices that are peculiar to the African continent. Some of these include; use of cleaning/chewing sticks or miswak, extraction of primary canine or the tooth buds, rubbing herbs into the gingiva of children, sharpening or trimming the teeth, filling the teeth to create diastema, removal of lower central incisors in adults, making a hole in the upper lip and inserting an ornament, putting gold crowns on healthy teeth, traditional tea drinking and rituals for natal and neonatal teeth. Also, traditional Healers outnumber doctors by 100 to 1 in sub-Saharan Africa. For example, in South Africa, healers outnumber doctors by between 7 and 13 to 1, and studies indicate that about 80% of South Africans who visited a professional nurse or doctor/dentist, first consulted a traditional healer<sup>1</sup>. Common oral diseases include dental caries, periodontal disease, malocclusion, oro-facial trauma, traumatized anterior teeth, oral cancers, dental fluorosis and HIV infection/AIDS with its oral manifestations. These dental diseases are often reported late due lack access to dental care.

### COMMUNITY ORAL HEALTH STRATEGIES

The main strategies used in tackling major community health problems include: whole population strategy which targets the community as a whole, and the High-risk strategy which targets groups of individuals most at risk for a disease or outcome. The common risk factors approach is also frequently used. The Common Risk Factor approach eliminates the duplication of efforts and eradicates the delivery of conflicting messages to the public. The approaches include integration of dental services into general Primary Health Care,

Community Oral Health Promotion programmes, use of Mobile Dental Units, use of Atraumatic Restorative Treatment and Community Education through student undergraduate projects. Almost all African countries have adopted Primary Health Care (PHC) as the strategy to achieve health for all their citizens. Oral Health is therefore widely incorporated into the PHC concept – Primary Oral Health Care (POHC). This is in accordance with the Nairobi Declaration<sup>2</sup>. The strategic principles of PHC are: Equity, Focus on prevention, Inter-sectoral collaboration, Community participation and Appropriate technology.

### SPECIFIC EXAMPLES OF PROGRAMMES

In Nigeria, some Community Clinics are run by University Dental Schools; The Ipetumodu Community Dental Clinic by Obafemi Awolowo University, The Idikan and Ibarapa Community Dental Clinics by the University of Ibadan, and The Benin Community Dental Clinic by the University of Benin. Oral Health promotion and clinical dental services are provided through these outlets. The Ipetumodu project, for example, is a community oral health project designed as a partnership between OAU and Ife North Local Government, Osun State and supported financially by the Carnegie Corporation of New York. The Goal of the project was to develop a sustainable model for community-based approach to Oral health training, prevention and care. The Components of the Project include; a fully functional dental clinic, Oral health promotion, Rural exposure for dental and other health sciences students and Integration into other health programs – heart health, Kidney disease prevention, de-worming and others. Community oral health services are also provided through undergraduate student projects •



### REFERENCES

1. Rudolph MJ, Ogunbode EO, Mistry M (2007). Management of the oral manifestations of HIV/AIDS by traditional healers and care givers. *Curationis* 30(1): 56-61.
2. WHO/FDI (2004). Nairobi Declaration on oral health in Africa. Planning conference for oral health in the African Region. 14-16 April 2004. Nairobi, Kenya.



[REPORTAJE FOTOGRÁFICO]

# Ambiente de SESPO 2013



# Tomas de impresión

EXCELENTE

REPRODUCCIÓN DE LOS DETALLES

LABORATORIOS



**Duplicate 22**

Silicona de duplicación

**Putty Lab 80**

Silicona de condensación

CLÍNICAS

**Bite registration**

Silicona de adición para el registro de mordida

**Body Ligth Quick**

Silicona de adición para impresión

**Putty Soft**

Silicona polimerizable por adición

**Monofase**

Silicona de adición para impresión Monofase



**CRONOLAB ESPAÑA, S.L.**  
Av. de Ajalvir, s/n 28806 ALCALA DE HENARES (Madrid)  
Tel: 00 34 918893465

[info@cronolabspain.com](mailto:info@cronolabspain.com)  
[www.cronolabspain.com](http://www.cronolabspain.com)





# Oklok

## Llegó el momento de la comunicación

Deja en nuestras manos tus planes de marketing, comunicación y presencia en redes sociales



### Gran éxito de asistencia



Tu agencia de diseño y publicidad

www.oklok.es / +34 91 366 55 24  
C/ Benito Gutiérrez, 33 Bajo B - 28008 Madrid

¡Siguenos!







# Programas Odontológicos Comunitarios en España

## PONENTES

**DR. FEDERICO SIMÓN**, Servicio Vasco de Salud.

**JAVIER VÁZQUEZ**, Servicio Canario de Salud.

**DAVID RIBAS PÉREZ**, Universidad de Sevilla.

El autogobierno y la transferencia de competencias sanitarias al País Vasco posibilitaron iniciar una política dental propia en respuesta a las necesidades de su población y a las carencias asistenciales heredadas, básicamente, la ausencia de aseguramiento de la atención dental infantil en el SNS que dificultaba a las familias, sobre todo en niveles menos favorecidos económicamente, el cuidado dental de sus hijos afectando su salud.

Así, en el País Vasco, hace 25 años, el 82% de los niños de 14 años tenía experiencia de caries, con una media de 4 piezas afectadas (CAOD=3,98), más de la mitad sin tratar (IR=38%). Esta situación, además de una importante carga de enfermedad en la infancia, determinaba una precaria salud dental en el adulto. Sin embargo, los enfoques preventivos y de promoción de la salud habían mostrado que esa dinámica era evitable.

El Gobierno Vasco estableció la salud dental infantil como un área de intervención prioritaria y puso en marcha una política de salud avanzada, en base a la mejor experiencia acumulada a nivel internacional. La meta de dicha política es reducir al mínimo la carga de enfermedad que soportan los niños y conseguir a medio y largo plazo una mejora sustancial en la salud dental de la población general conforme nuevas generaciones de ciudadanos llegan a la edad adulta y se mantienen sin lesiones de caries ni acumular tratamiento reparador. Para ello, la intervención institucional y las reformas estructurales emprendidas en la asistencia dental debían de adecuarse a la meta fijada, ser técnicamente operativas y económicamente sostenibles en el tiempo.



## El PADI, un programa estratégico en el País Vasco

PONENCIA DEL  
**DR. FEDERICO SIMÓN**

Servicio Vasco de Salud - Osakidetza.

El Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI), creado por el Decreto 118/1990, es parte sustancial de la estrategia que se sigue en la CAPV. El PADI, además de eliminar la barrera de acceso económico a la asistencia dental preventiva y reparadora para todos los niños de 7 a 15 años, edades críticas para su salud dental y general como adultos, incluye protocolos clínicos que impulsan expresamente la utilización de los selladores de fisuras y los enfoques preventivos y de promoción de la salud dental.

Actualmente, el 92% de los niños de la CAPV utilizan el PADI entre los 7 y 15 años, con un promedio de 6,3 ejercicios sobre los 9 de cobertura. Desde 1990, el PADI ha dado cobertura a 440.000 personas (sobre 2,1 millones de habitantes en la CAPV); 180.000 están actualmente incluidas en él y 120.000 de ellas lo utilizarán en 2013 como sistema asistencial. A través del PADI se ha realizado en estos años dos millones de revisiones dentales, un millón de selladores de fisuras y medio millón de obturaciones entre otros tratamientos preventivos y reparadores.

La asistencia del PADI es mayoritariamente concertada (92%) y se dispensa a través de un amplio cuadro facultativo de cerca de mil dentistas colegiados en la CAPV y una veintena de dentistas de Atención Primaria de Osakidetza. El coste de la asistencia concertada, que financia el Departamento de Salud, asciende a 5 millones de euros/año; el 97% corresponde a honorarios por capitación y el 3% a pagos por acto médico.

La política de salud dental de la CAPV está contribuyendo a mejorar la salud de niños y jóvenes en todas las clases sociales. En 2008, el 73,8% de los niños de 12 años estaban libres de experiencia de caries, con un CAOD=0,52, índices equiparables a los mejores publicados internacionalmente. Los resultados obtenidos refrendan e impulsan la estrategia desarrollada y fijan como objetivo del Plan de Salud 2013-2020 del Gobierno Vasco para la presente década: 80% de niños de 12 años libres de experiencia de caries •





## El Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN)

PONENCIA DE JAVIER VÁZQUEZ

Servicio Canario de Salud.



## Programas Odontológicos Comunitarios en España

PONENCIA DE DAVID RIBAS PÉREZ

Universidad de Sevilla.



La salud oral infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud modernas. El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud. La promoción de hábitos saludables, la prevención de las principales patologías orales y su detección precoz mediante revisiones de carácter anual, constituyen un conjunto de acciones de reconocida utilidad en la salud general de los individuos. Las patologías orales tienen una alta prevalencia en la población afectando a la calidad de vida tanto en la etapa infantil como en la etapa adulta. Igualmente se relacionan con otros problemas de salud más graves si no son correctamente tratadas.

Por tanto, es necesario reforzar y completar las actuaciones generales que desde el año 1988 se vienen desarrollando en esta materia en Atención Primaria, incorporando nuevas prestaciones y ampliando su cobertura. En este sentido, en cola-

boración con los Colegios Oficiales de Dentistas de nuestra Comunidad Autónoma, se puso en marcha en el año 2009 el Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN), que tiene como objetivo fundamental lograr una buena salud oral en la población infanto-juvenil de seis a quince años de edad, mediante la educación sanitaria y la aplicación de las medidas preventivas, y obtener con ello un mayor porcentaje de población de esas edades libre de enfermedades orales.

Su objetivo General es el de mejorar el nivel de salud oral de la población de entre 6 y 15 años a través de la realización de actividades preventivas, asistenciales y de educación sanitaria, aumentando la cartera de servicios y la mayor accesibilidad a los servicios sanitarios.

Está destinado a la población infantil, que nacida a partir del 1 de enero de 2000, al cumplir los 6 años permanece en el Programa hasta que cumplen los 15 años, incorporándose una cohorte nueva cada año. En

el año 2009 participaron en el Programa la población nacida en 2000, 2001, 2002 y 2003, incorporándose las cohortes sucesivas cada año, de modo que en el año 2013 se incorporaron la de los nacidos en 2007.

Otras aportaciones realizadas desde el Servicio Canario de Salud en materia de prevención, son la inclusión de la población en edad preescolar (de 3 a 5 años de edad) en la cartera de servicios del Programa de Salud Oral en Atención Primaria donde se llevan a cabo actividades asistenciales y de prevención y promoción de la salud.

Todas estas acciones vienen complementadas por un Programa de Educación Sanitaria que puso en marcha la Dirección General de Salud Pública en el año 2005 en colaboración con la Conserjería de Educación denominado: "Cepillín, Cepillán", cuya meta es la de mejorar la salud oral de los escolares que cursan educación infantil •

Tradicionalmente la asistencia dental pública en España ha sido altamente limitada y con un enfoque extraccionista y por lo tanto mutilador. A partir de la década de los 90 del pasado siglo, se desarrollan programas comunitarios para la población infantil con priorización de las estrategias preventivas. Estos programas se iniciaron en el País Vasco y en la actualidad, en mayor o menor medida, están implantados en la práctica totalidad del territorio español.

El comité científico de SESPO 2013 consideró pertinente evaluar lo realizado y conocer el estatus actual y las perspectivas de futuro. Para ello se contó con el Dr. Simón Salazar, Jefe del Servicio Dental Comunitario del País Vasco, y pionero y referente de estos programas. También con el Dr. Rueda, Jefe del Servicio Dental Comunitario de Extremadura, así como con los representantes de Andalucía y Canarias.

Se debatió la pertinencia de los programas, la idoneidad de la pobla-

ción diana, los resultados y las estrategias de mejora. También se analizaron las amenazas provenientes de la actual situación socioeconómica y de las inherentes al estado de la profesión dental.

Como conclusión final, hay que testificar que existió un consenso generalizado en la valoración global positiva de los programas. Todo ello, dentro de un marco de incertidumbres respecto al futuro inmediato de estos programas comunitarios •





Buen ambiente  
a cualquier  
hora del día

*Tomas de impresión*  
EXCELENTE REPRODUCCIÓN DE LOS DETALLES

LABORATORIOS



**Duplicate 22**  
Silicona de duplicación

**Putty Lab 80**  
Silicona de condensación

CLÍNICAS  
**Bite registration**  
Silicona de adición para el registro de mordida

**Body Ligth Quick**  
Silicona de adición para impresión

**Putty Soft**  
Silicona polimerizable por adición

**Monofase**  
Silicona de adición para Impresión Monofase







# LISTERINE®

Para una **buena higiene** bucodental, la Sociedad Española de Periodoncia recomienda el **uso diario** de productos avalados científicamente con sello SEPA



**LISTERINE**

- ✓ Siempre de la mano del profesional
- ✓ Avalado científicamente
- ✓ Único colutorio avalado con el sello SEPA\*

[www.listerine.es](http://www.listerine.es)

\* Los productos de Listerine avalados científicamente con el sello SEPA para indicación antiplaca y antigingivitis son: Listerine Menta Fresca - Listerine Plus - Listerine Mentol - Listerine Original - Listerine Advanced Dientes Blancos - Listerine Cuidado Total - Listerine Cuidado Total Sensible - Listerine Dientes y Encías - Listerine Cuidado Total Reparador Esmalte.



# La Odontología Social en Iberoamérica Investigación- Docencia-Servicio



## PONENTES

**DR. ROLANDO PENICHE MARCÍN**, Director de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab, México.

**DANIELA CARCERERI**, Universidad Federal de Santa Catarina.

**SILVINA BEATRIZ VILLALBA**, Univ. Católica de Córdoba, Argentina.

**RAÚL CHÁVEZ MOCTEZUMA**, Departamento de Salud Oral, San Luis de Potosí, México.

**IRENE VENTURA**, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz – Portugal.

**ROBERTO BELTRÁN NEIRA**, Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

En el pasado, los países cimentaron su competitividad en la explotación de sus recursos naturales y en el pago de salarios bajos; ahora, la competitividad se apoya en el valor agregado del conocimiento humano que transforma los recursos naturales en fuente de riqueza y bienestar. En este contexto nuestra profesión necesita odontólogos de mente flexible, capaces de emprender cambios en su aprendizaje y en su práctica profesional, con un perfil profesional muy específico, que tenga el elemento de la prevención inmerso dentro de su propio ser, es decir, un odontólogo que tenga la conciencia muy clara de que la prevención es fundamental en la práctica de la Odontología del pasado, presente y desde luego de este siglo XXI, y el otro aspecto que va de la mano es desempeñarnos con ética profesional. Desde luego si queremos ser éticos estamos comprometidos a hacer prevención, si queremos ser humanistas tenemos que hacer prevención.

Todos los países compartimos el deseo de mejorar la salud de la población y la salud bucal ocupa un lugar muy especial en ese deseo de mejora. Menciono el ejemplo de mi estado, Yucatán México que en agosto del año 2013 unimos esfuerzos la Secretaría de Salud de Yucatán, la Fundación de Odontología Social Luis Seiquer y la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab, de la que soy Decano, para mejorar la salud bucal a más de 2,300 pacientes en diferentes poblaciones de la zona maya y en la que se obtuvieron excelentes resultados.

En México desde mayo del 2012 el Gremio Odontológico organizado, integrado por: la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO); Consejo Nacional de Educación Odontológica (CONAEDO); Academia Mexicana de Odontología Pediátrica (AMOP); Asociación Dental Mexicana, Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas, A.C. (ADM); Fundación ADM, Ins-



## La Odontología Social en Iberoamérica (México)

### PONENCIA DEL

**DR. ROLANDO PENICHE MARCÍN**

Director de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab, México.

titución de Asistencia Privada (FADM); Alianza para un Futuro Libre de Caries, Capítulo México (ACFF); Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas (CNCD); Agrupación Mexicana de la Industria y el Comercio Dental (AMIC Dental), (Colgate-Palmolive, S.A. de C.V.), preocupado por generar conciencia acerca de la importancia de la salud bucal, propuso el programa Salud Bucal a las aulas con los siguientes acuerdos:

1. Considerar la prevención en Salud Bucal como una prioridad en las políticas públicas de atención a la salud.
2. Promover con mayor eficacia la Salud Bucal en las actividades y los programas educativos de nivel Preescolar y Primaria.
3. Integrar y actualizar el contenido educativo de Salud Bucal en todos los libros de texto gratuitos de Preescolar y Primaria y en sus respectivos manuales para educadores y maestros.
4. Ofrecer asesoría a la "Comisión de Libro de Texto Gratuito" en la generación de contenidos relacionados con la Salud Bucal.
5. Impulsar la capacitación sobre salud bucal en la Carrera Magisterial y Escuela para Padres.

Otro programa estratégico que menciono es el de salud bucal del preescolar implementado por la Asociación Dental Mexicana ADM que es un programa permanente, educativo, preventivo, dirigido a los alumnos de preescolar de 3 a 6 años, a sus maestros y a los padres de familia.

Este programa promueve el desarrollo de habilidades favorables para conservar la salud bucal.

Sus objetivos están enfocados a mejorar las condiciones de salud bucal de la población preescolar a través de:

- Educar sobre salud bucal a los preescolares de los jardines de niños.
- Establecer hábitos de higiene bucal y alimentación saludables en los preescolares.
- Disminuir el índice de caries dental en este grupo de edad, por medio de la prevención y promoción de la salud bucal.
- Orientar a los padres de familia y maestros en la preparación de comida saludable, para consumir durante el descanso, acción que contribuye a prevenir la caries dental y la obesidad.
- Implementar en los jardines de niños el cepillado dental después del

descanso y para esto se distribuyen cepillos y pastas dentales sin costo.

Lo importante de este programa, es que lo llevan a cabo los cirujanos dentistas, miembros de la Asociación Dental Mexicana, en forma honoraria.

Para concluir, expreso que los odontólogos tenemos el deber de realizar acciones preventivas como parte fundamental de nuestro ejercicio profesional, encaminemos nuestro trabajo en el combate de las principales enfermedades bucodentales, unamos esfuerzos, compartamos conocimientos sobre este importante tema de la Odontología Preventiva con los diferentes países como fue este excelente espacio SESPO 2013 de Sevilla, España y contribuyamos a la mejora de la Salud Bucal en beneficio de la sociedad mundial.

Mi felicitación a los organizadores de este extraordinario evento y en especial al Dr. Antonio Castaño Seiquer •





## La Odontología Social en Iberoamérica, (Brasil). Investigación - Docencia - Servicio



### PONENCIA DE DANIELA CARCERERI

Universidad Federal de Santa Catarina.  
daniela.lemos.carcereri@usf.br

Históricamente la práctica de la odontología en Brasil, en el servicio y en la docencia/investigación, estuvo marcada por la hegemonía del modelo liberal-privado. La sociedad brasileña se opuso a este modelo a través del movimiento de la reforma sanitaria que empezó en la década de los 70. En contraste con el modelo privado y en la búsqueda de políticas más universales de salud se inició un movimiento de transformación poniendo la salud pública en el corazón del sistema de salud brasileño. El ápice del movimiento fue la creación del Sistema Único de Salud (SUS) incorporado a la Constitución de 1988. En Brasil se hace un gran esfuerzo en la búsqueda de la operatividad del SUS, al hacer valer sus principios y dar concreción al derecho de todos a la salud, incluida la salud oral.

Bajo los principios constitucionales del SUS y con transformaciones políticas y sociales, Brasil está poniendo en marcha diferentes estrategias en el servicio y en la docencia/investigación con el objetivo de garantizar la salud como un derecho humano. Los

principales retos son la integración de los servicios y de las acciones de salud

“*En Brasil se hace un gran esfuerzo en la búsqueda de la operatividad del SUS, al hacer valer sus principios y dar concreción al derecho de todos a la salud oral.*”

basadas en la promoción de la salud.

El escenario actual de la Odontología Social en Brasil es de cambios y expansión. En los servicios con las nuevas directrices de la Política Nacional de Salud Oral Brasil Sonriente que incluye la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), Clínicas Especializa-

das en Odontología (CEO) y también los hospitales. En la docencia con la operatividad de las Directrices Curriculares Nacionales de las políticas de reorientación de la formación en la salud. Y en la investigación con la mejora de los 101 Cursos de Postgrado en Odontología, procesos evaluativos competentes y financiación para la investigación en el tema de la Odontología Social.

En el servicio se puede avanzar con la calificación del proceso de trabajo del CD en los diferentes puntos de la red de salud y en la docencia es deseable el desarrollo de métodos activos de enseñanza y aprendizaje mas allá de los modelos tradicionales basados en la transmisión de conocimientos. Un camino para seguir avanzando es la mejora de la integración investigación-docencia-servicio •

## La Odontología Social en Iberoamérica. Investigación - Docencia - Servicio



### PONENCIA DE SILVINA BEATRIZ VILLALBA

Universidad Católica de Córdoba, Argentina UCC.  
svillalba@centrovillalba.com.ar  
www.centrovillalba.com.ar



Para realizar prevención de la maloclusión en la comunidad, es imprescindible determinar previamente el origen de los problemas que los afectan, para poder evitar que se produzca maloclusión, o bien eliminar la causa lo antes posible, si es una cusa adquirida o ir compensando el crecimiento en los problemas genéticos.

La oclusión de los niños presenta alteraciones en los tres sentidos del espacio, y estos se pueden encontrar interrelacionados entre sí: falta de espacio, mordidas abierta, o cubiertas micrognatismos transversales, y relaciones anteroposteriores de Clase II o Clase III.

Algunas de las alteraciones, ocurren como consecuencia de la falta de mantenimiento de normas saludables relacionadas con la alimentación, higiene, controles tempranos que llevan a la pérdida total o parcial de los elementos dentarios.

Estudios realizados en niños a los 30 y 42 meses de vida en la ciudad de Córdoba Argentina. Se demostró la presencia de 75% de maloclusión a los 30 meses y 50 % a los 42 meses. Se encontró relación importante entre la maloclusión con los hábitos tales, como el uso de mamadera con la mordida abierta a los 30 meses y uso de mamadera y mordida cruzada a los 42.

Uno de los factores que predisponen a la maloclusión fue, la utilización del biberón a los 42 meses de vida de los niños. Cuando se evaluó la relación entre el tipo de alimentación desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, se observó que los niños que habían sido alimentados con lactancia artificial, tanto a los 30 como a los 42 meses, presentaban porcentaje alto de maloclusión.

Teniendo en cuenta estos parámetros y otros relacionados con la falta de prevención en la conservación de los elementos dentarios que producen pérdida total o parcial de los elementos dentarios, es que surge el Proyecto de Responsabilidad Social Universitaria (RSU) que comenzó en 2009, con actividades curriculares, que vincula contenidos de diferentes asignaturas de la carrera, con actividades de impacto comunitario en instituciones educativas y comunitarias de Barrio Villa el Libertador.

El objetivo fue contribuir a reconvertir los actuales perfiles de riesgo de enfermar de la población infantil que asiste a diferentes instituciones de barrio Villa El Libertador, a través de la incorporación y práctica de hábitos saludables y promover la formación en los alumnos de odontología con los conocimientos y competencias específicas

y contribuir al desarrollo de la sensibilidad y responsabilidad social.

Los alumnos de Odontología que cursan “Práctica Clínica Preventiva I” (2º año), asumen la planificación, desarrollo y evaluación de intervenciones en promoción de la salud con docentes, niños y familia.

Los alumnos de “Integral Pediatría I” (4º año), incorporan el diagnóstico de la salud bucal y maloclusión y en Práctica Profesional Supervisada” (5º año), realizan atención a nivel individual-familiar en consultorio en CAPREDI y sala clínica de UCC.

Los niños se mostraron muy motivados, los docentes de la escuela evaluaron positivamente la actividad de la UCC, el fortalecimiento de estas actividades y realizaron aportes para el enriquecimiento, en RSU. Las familias han acompañado el tratamiento de sus niños respondiendo a los turnos y han podido sostener con compromiso los hábitos en el hogar.

Los alumnos de Odontología valoraron integrarse al entorno comunitario, conocer a las familias y sus necesidades y asumir estrategias de intervención vinculadas a los objetivos del plan de estudios de la carrera •





## Odontología Preventiva y Social en los Servicios de Salud de San Luis Potosí, México



**PONENCIA DE RAÚL CHÁVEZ MOCTEZUMA**

Subdirector de Prevención y Promoción de la Salud.

En el tema de Odontología Comunitaria se otorga la prestación de servicios asistenciales, educativos y preventivos a todas las personas sanas o enfermas que componen una comunidad.

Se presentó un análisis de la problemática actual de salud bucal en el Estado de San Luis Potosí. Antecedentes históricos del programa, justificación, metodología de las actividades, estrategias realizadas, recursos humanos, materiales, bases de control, supervisión y la evaluación de los Indicadores de Caminando a la Excelencia.

El Programa de Salud Bucal en San Luis Potosí, sigue impulsando las siguientes acciones:

- Consolidación del comité estatal de salud bucal.
- Sistema de vigilancia epidemiológica en patología bucal.
- Semanas estatales de salud bucal.
- Escuelas y comunidades libres de caries.

Se compartió la reactivación del Comité Estatal de Salud Bucal en donde las diferentes instituciones del sector salud del estado confluyen en un objetivo en común: “mejorar la salud bucal de la población”, consolidándose en el Estado como uno de los comités de salud más sólidos en

los Servicios de Salud. En relación al sistema de vigilancia epidemiológica, se ha observado en base a los registros de información oficial, el cambio de cultura en la atención odontológica tradicional en donde las principales acciones eran mutilatorias (extracciones), a una odontología anticipatoria que nos permite educar, prevenir y curar con oportunidad. Y se está teniendo una opción de restauración de órganos dentales antes de perderlas, así como la alternativa de una odontología más a la vanguardia con la utilización de materiales dentales como resinas fotopolimerizables, lo que nos permite estar a la vanguardia en innovación en restauraciones dentales de mayor calidad y estética para la población y disminuyendo con esto las restauraciones libres de mercurio.

Se han desarrollado con gran éxito las Semanas Nacionales de Salud Bucal en el Estado implementando en el 2013 el primer concurso Estatal “dibujando una sonrisa”, con la participación de las seis jurisdicciones sanitarias. Además de continuar impulsando la estrategia de escuelas y comunidades libres de caries, en donde ya suman 950 escuelas certificadas y recertificadas como libres de caries y 49 comunidades certificadas. Otro

de los grupos prioritarios en donde se está trabajando de manera preventiva y restaurativa, son los grupos de crónico degenerativos con la certificación de Grupos de Ayuda Mutua como libres de caries, certificando a las fecha once grupos.

En la evaluación de los Indicadores de Caminando a la Excelencia el programa de salud bucal cerró en 2012 con un 99.5%, lo que nos permitió obtener, por sexto año consecutivo, el reconocimiento como el mejor programa en el país. Con esto queremos lograr establecer un cambio de cultura en la población beneficiada a través del fortalecimiento de acciones anticipatorias en la población potosina.

Otro de los aspectos relevantes para la entidad fué el establecimiento de la Alianza en Salud Oral México-España en febrero 2013, entre la Fundación Luis Seiquer-Servicios de Salud de San Luis Potosí y representada por el Presidente de la Fundación, Dr. Antonio Castaño Seiquer y el Dr. Francisco Javier Posadas Robledo, Secretario de Salud de San Luis Potosí México •

## La Odontología Social en Portugal

**PONENCIA DE IRENE VENTURA**

Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz – Portugal.



Portugal es un país de la Comunidad Europea que pasa diferentes dificultades económicas y sociales. Pero en la adversidad los portugueses siempre se han mantenido solidarios para los suyos y para el resto del mundo.

Se hablará en esta ponencia de las diferentes instituciones de solidaridad social no gubernamentales y gubernamentales que desarrollan su trabajo educacional y clínico, ayudando niños, jóvenes, embarazadas

y adultos, en Portugal y en los países de expresión oficial portuguesa, nombradamente Cabo-Verde, Guiné-Bissau y São Tomé e Príncipe.

Su trabajo es desarrollado a través de proyectos educacionales ayudando con responsabilidad y acción directa en la comunidad, previniendo el cáncer bucal, el bienestar y la salud bucal en poblaciones desfavorecidas de diferentes edades •



## La Odontología Social en América Latina

**PONENCIA DEL PROFESOR ROBERTO J. BELTRÁN NEIRA**

Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

[www.robertojbeltran.com](http://www.robertojbeltran.com)



En 1955, tres años después del Seminario sobre la enseñanza de la odontología, se realiza el primer seminario de educación médica y se crea la primera asociación nacional de facultades de medicina en Colombia, lo cual es replicado en otros países de América Latina, cristalizándose en la primera conferencia de facultades de medicina de América Latina reunida en México en 1957, bajo los auspicios de UDUAL.

Habría que investigar la documentación de estos desarrollos para precisar si el concepto social de la enseñanza y práctica de la medicina fue incluido.

No cabe duda que los desarrollos en la educación universitaria poste-

riores a la II Guerra Mundial recibieron el impacto de los acontecimientos económicos y políticos que le siguieron.

La guerra fría y el enfrentamiento de dos grandes corrientes ideológicas gravitaron sobre la concepción de la salud pública y la enseñanza de las ciencias de la salud.

Es entonces cuando, vistas las grandes desigualdades sociales y su efecto sobre la salud y el llamado orden público, aparece la consideración de lo social en la enseñanza y práctica de las ciencias de la salud. El paradigma social entra a rivalizar con el científico tecnológico biomédico.

En la década de los cincuenta el Dr. Phillip E. Blackerby, profesor de Me-

dicina Oral, formuló una pregunta:

¿Why not a Department of Social Dentistry?

Por esa misma época, la Fundación W.K.Kellogg decidió becar al Dr. Mario M. Chaves de Brasil para que hiciera estudios avanzados de Salud Pública en la Universidad de Michigan. El curso que dictaba el profesor Kenneth Easlick en la maestría daba la orientación hacia la salud bucal que los cursos ordinarios de salud pública no hacían.

Terminados sus estudios de Salud Pública el Dr. Mario M. Chaves pasó a dirigir la oficina de salud bucal en OPS OMS.

Otra vez, La Fundación W.K.Kellogg colaboró con OPS para que se creara





la oficina de salud bucal en su sede de Washington DC.

Poco después (1955-1956) la misma Fundación becó en la Universidad de Michigan a siete odontólogos de América Latina para que siguieran la misma maestría con el profesor Easlick. Los becarios pertenecieron a los siguientes países: Costa Rica, Guatemala, Haití, México, Panamá, Uruguay y Venezuela.

Una vez instalado en su oficina de Washington DC, uno de los primeros proyectos del Dr. Mario M. Chaves fue realizar una visita a los países de América Latina para reunir información sobre el estado de la salud bucal y de la educación odontológica. Sus observaciones aparecieron publicadas en la revista de la OPS.

Esta experiencia resultó en una propuesta: la realización de tres seminarios sobre la enseñanza de la odontología en América Latina.

El desarrollo de la odontología social recibió la influencia creciente de la educación médica y odontológica norteamericana y la progresiva declinación de la influencia europea.

En los años posteriores a la II Guerra Mundial, la Fundación Rockefeller promovió la creación de facultades de medicina en varias universidades de América Latina, siguiendo básicamente el Modelo Flexneriano, modificado por la conferencia de Colorado Springs y las ideas y principios expuestos en los documentos de la Asociación Médica Americana.

En 1955, tres años después del I Seminario sobre la enseñanza de la odontología, se realiza el primer seminario de educación médica y se crea la primera asociación nacional de facultades de medicina en Colombia, lo cual es replicado en otros países de América Latina, cristalizándose en la primera conferencia de facultades de medicina de América Latina reunida en México en 1957, bajo los auspicios de UDUAL. Habría que investigar la documentación de estos desarrollos para precisar si el concepto social de la enseñanza y práctica de la medicina fué incluido.

Por su parte, a partir de 1955, OPS apoya la realización de seminarios y grupos de trabajo sobre la enseñanza

de la medicina preventiva y social, así mismo, a partir de 1959 presta su apoyo a las conferencias de las escuelas de salud pública.

En 1972, en una reunión en Cuenca, se aborda el tema de los aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicados a la salud. En 1984 se crea ALAMES, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

En 1978, OMS se reúne en Alma Ata y formula la propuesta de Salud Para Todos mediante la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Las dificultades para alcanzar el objetivo de Salud Para todos en el año 2000 conducen a la adopción de los objetivos del Milenio.

Se reactiva el trabajo basado en el

“ *Las facultades participantes avanzaron en la profundización del concepto de odontología social y contribuyeron a la creación de sus departamentos.* ”

concepto de Atención Primaria.

El 2004 se sistematiza el concepto de determinantes sociales de la salud que conduce a la reorientación de las políticas, estrategias y acciones concretas.

Luego de esta mirada panorámica al desarrollo del concepto de compromiso social en la ciencia de la salud, volvamos sobre las acciones que se llevaron a cabo en odontología en la década de los sesenta.

El primer seminario sobre enseñanza de la Odontología se realizó en Bogotá en 1962. El siguiente en México en 1964 y el último, en Brasil en 1966. Por entonces, el Dr. Chaves ocupaba el cargo de Oficial Dental en la sede de Ginebra de la Organización Mundial de la Salud, organización especializada de las Naciones Unidas.

Estos tres seminarios marcaron un

sello indeleble en la historia de la educación odontológica de América Latina.

El primer seminario contó con la asesoría del Dr. Chaves, los otros dos fueron conducidos por el Dr. Darío Restrepo Gallego, que había asumido el cargo de Oficial Dental en OPS.

La pregunta del Dr. Blackerby sobre la creación de departamentos de Odontología Social en las facultades y escuelas de Odontología encontró respuesta en América Latina.

La Escuela de Salud Pública de Sao Paulo recibió estudiantes de salud pública dental para estudios de maestría en esa disciplina.

Uno de los graduados, el Dr. Darío Restrepo Gallego, de Colombia, de regreso a su facultad en Antioquia, creó el primer Departamento de Odontología Preventiva y Social en América Latina.

Pasaron once años, hasta que en 1977, a iniciativa del Dr. Mario Chaves, por entonces funcionario de la Fundación W.K.Kellogg, se dio inicio al programa llamado de Innovaciones en la enseñanza y el servicio odontológicos, organizado y conducido por OPS y financiado por la Fundación W.K.Kellogg, programa que me cupo coordinar desde una oficina instalada en la representación de OPS en Lima.

El programa de Innovaciones reunió a las facultades de odontología de América Latina con reconocidos proyectos de cambio en sus procesos educativos. Así mismo, convocó a dirigentes de los organismos de salud pública bucal de esos mismos países.

En el programa participaron: Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

El Oficial Dental en OPS en ese período era el Dr. George Gillespie.

Los responsables de los proyectos innovadores participantes se reunieron los años 1977, 1978, 1982 y 1986, en México, Perú, Ecuador, Venezuela y Costa Rica respectivamente, país donde se clausuró el programa.

En cada reunión se presentaron los avances y se discutieron nuevas ideas para continuar profundizando el proceso de innovación.

El programa contó con el boletín INNOVACIONES, donde se registraban los avances realizados y las visitas que el coordinador del programa realizaba a los países con fines de asesoría.

Aunque el programa no tuvo como propósito explícito el desarrollo de los departamentos de Odontología Social, las facultades participantes avanzaron en la profundización del concepto de odontología social y contribuyeron a la creación de sus respectivos departamentos.

“ *La Odontología tiene un reto enorme, para cuyo enfrentamiento se requiere de un fuerte liderazgo.* ”

Convendría hacer una encuesta para averiguar cuántas facultades y escuelas de odontología de América Latina cuentan con tales departamentos.

Frente a la decadencia que afectó a la Asociación Latinoamericana de Facultades de Odontología ALAFO, a iniciativa de la Universidad de Santo Domingo y con el apoyo de UDUAL se crea en 1980 OFEDO UDUAL, la organización dedicada al progreso de la enseñanza de la Odontología en América Latina.

Dos años después de creada, inicia un acercamiento a las asociaciones de las demás profesiones de la salud vinculadas a UDUAL, así como al gre-

mio odontológico. OFEDO UDUAL asumió el liderazgo en educación odontológica, reuniendo anualmente a los representantes de las facultades, escuelas y departamentos de odontología constituyentes.

En un primer momento contó con el apoyo de la Fundación Kellogg, pero este no se renovó. El trabajo de OFEDO UDUAL ha influido positivamente en la orientación social de la enseñanza de las ciencias de la salud en su conjunto y ha favorecido la aparición de nuevos líderes, que ahora las conducen. Es justo mencionar el continuo apoyo que el Dr. Patricio Yepez le viene prestando desde su creación hasta la actualidad como Asesor de UDUAL.

Los avances en Odontología llegan hasta la conceptualización de la práctica odontológica, como la respuesta científica, técnica, social y ética de la odontología a las necesidades y prioridades de salud bucal de la población.

Con este concepto, la práctica odontológica, que incluye a todos sus componentes: investigación, docencia, servicio y gremio, queda claramente centrada en 2011. Se presentó en las II Jornadas Internacionales de Odontología Social, reunida en Rosario, Argentina, una ponencia titulada: Deuda Social De La Odontología.

En ella se llamaba la atención sobre la falta de suficiente dedicación a la promoción y prevención en salud bucal, tanto en la docencia como en los servicios. Y, se proponía, la creación de una segunda carrera en las facultades de odontología, para la preparación de un profesional odontológico dedicado a la promoción y prevención, completando de esta manera, tanto el aporte de la odon-

tología tradicional, como atendiendo a las propuestas de la odontología social.

América latina sufre de la presencia de millones de mujeres gestantes, infantes y escolares, que carecen de la atención preventiva oportuna de su salud bucal y que esté al alcance de su ubicación geográfica y cultural y de sus recursos.

La odontología tiene un reto enorme, para cuyo enfrentamiento se requiere de un fuerte liderazgo odontológico capaz de llegar a los niveles de decisión política de los países.

El liderazgo de la odontología debe ser científico, tecnológico y social.

Sin capacidad para la acción política sanitaria se perpetuarán o agravarán las condiciones de salud bucal de nuestras poblaciones, tal como ocurrirá con las enormes poblaciones desprotegidas de otros continentes.

Ha llegado la hora de que la odontología social actúe en la arena política de los países.

Para ello, los profesionales odontólogos deberán educarse de modo integral, superando la imagen artesanal y lucrativa que los ha venido encerrando en pequeños espacios físicos y mentales. Ha llegado la hora •

#### ROBERTO J. BELTRÁN

- Gestor y fundador de la Facultad de Estomatología
- Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
- robertobeltranneira@gmail.com
- www.robertojbeltran.com
- Se agradece la generosa colaboración de los doctores Víctor López Cámara y Patricio Yepez Miño.





También en su Smartphone y Tablet

OnLine actualizadas **GUÍAS** PUNTEX

**PUNTEX informa** sanidad  
Newsletter Semanal +30.000 y GRATUITO

**Portal Salud**

Buscador único, temático y por guías

Contenido +135.000  
Visitantes +20.000

**TODO HOSPITAL** OnLine



**BBDD** +200.000 Direcciones

**Proyectos a medida**  
Nacionales y Extranjeros



360°

MARKETING & COMUNICACIÓN

ORGANIZADOR DE SESPO 2013

**SESPO**  
XIX CONGRESO NACIONAL  
I INTERNACIONAL  
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA  
Y SALUD PÚBLICA ORAL

“First class”

Profesor Brian Swann  
(Harvard School of Dental Medicine)

“El mejor Congreso de  
Salud Pública Oral en  
40 años”

Prof. Beltrán (Universidad Cayetano Heredia)

“Ha sido el mejor  
congreso SESPO  
de la historia”

Dr. Rueda, Presidente Sespo

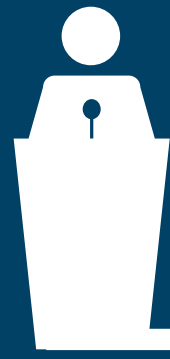


# Momentos de relax tras las jornadas





# Odontología hospitalaria



## PONENTES

**ANABELA NEVEZ**, Centro Clínico GNR. Portugal.

**DR. FEDERICO SIMÓN**, Servicio Vasco de Salud.

**JESÚS RUEDA**, Presidente de SESPO.

La Guardia Nacional Republicana de Portugal (GNR) es una institución militar que tiene cerca de 23.500 militares.

Desempeña funciones de seguridad y vigilancia en la sociedad civil en todo el territorio nacional, incluso en la orla marítima, encargándose también de las misiones internacionales como por ejemplo en Timor, Irak, Kosovo y Afganistán.

Una institución militar con estas características exige una atención pronta en todas las cuestiones de salud.

La GNR tiene, así, además de algunas clínicas en ciudades importantes del país, un hospital central en Lisboa, donde presta cuidados de salud preventiva y curativa en medicina y cirugía a todos los militares, así como a sus familiares directos, en un total de cerca de 96.500 pacientes.

La población militar tiene necesidades específicas, que sobrepasan las de la población civil.

Está sujeta a múltiples tareas de riesgo físico importante, habitualmente con grandes limitaciones en la integración normal en la vida social y familiar. Los militares están siempre sometidos a un alto nivel de stress que conlleva a daños psicológicos y, a veces, a abusos en el consumo de alcohol y tabaco. Las condiciones de trabajo y los horarios no son buenos, empeorando mucho cuando están en misiones en el extranjero, donde el peligro eminente los mantiene en alerta constante durante largos periodos de tiempo, con las secuelas inevitables que tales situaciones implican.

Si es importante asistir en el postrauma a un paciente, la prevención puede ayudar a mantener más saludable una población de riesgo con una media de edad muy joven, evitando evoluciones para patologías graves que pueden tener como resultados más periodos de absentismo, más gastos de la institución en cuidados de salud y más sufrimiento para los militares y sus familias.



## Odontología Hospitalaria

**PONENCIA DE ANABELA NEVEZ**

Centro Clínico GNR. Portugal.

Así, la actual dirección para la salud de este hospital militar es sensible a la necesidad de insistir en la medicina preventiva.

“Una institución militar con estas características exige una atención pronta en todas las cuestiones de salud”

Se hacen exámenes médicos a todos los jóvenes en el momento de candidatura al ingreso y, de una forma general, a los militares en los distintos sectores, adaptando los exámenes complementarios a las tareas específicas a las que

se dedican diariamente — militares en el tráfico, en la cinotecnia, en la cabañería, en las minas y armadijos, en los somorgujadores, en los de la higiene alimentaria, etc.

El Servicio de Estomatología, donde trabajan 2 médicos estomatólogos, 3 dentistas y 4 higienistas, no tiene aún capacidad para hacer foco en la medicina oral preventiva.

El trabajo diario es intenso y se basa en la prestación de cuidados de salud oral curativos y también en una consulta de Ortodoncia preventiva e interceptiva para los niños hijos de militares. Todavía, y porque es claro que la prevención en salud oral será el futuro en las actuales condiciones de desarrollo de las sociedades consientes, hace 3 años que el servicio de estomatología se esfuerza por realizar acciones en este ámbito.

Hicimos ya dos rastreos nacionales orales infantiles para caries y maloclusiones iniciales y otro rastreo oral de lesiones iniciales del cáncer oral para edades superiores a 55 años.

El número de médicos del Servicio no permite hacer lo que tenemos como meta: la ficha dentaria de cada uno de los militares de la institución, y apoyo para educación y prevención en la manutención de su salud oral.

En el momento empezamos por hacerlo para cada uno de los militares que sale en misión internacional con la ONU y la NATO, y gradualmente en la medida de lo posible, expandirlo a todo el efectivo.

Es fundamental tener el registro en archivo de las arcadas de todos los militares en trabajo activo, pero en las condiciones actuales la decisión es empezar por los que presentan un mayor riesgo, sobretodo en caso de catástrofe, donde el reconocimiento de cadáveres es obligatorio para los militares.

En un momento de crisis económica grave en nuestro país, nos resulta muy prometedor ver que en una institución militar tan jerarquizada hay actualmente apertura para permitir gastos inmediatos con vista a un ahorro futuro ●





## Odontología Hospitalaria en el País Vasco

**PONENCIA DEL DR. FEDERICO SIMÓN**  
Servicio Vasco de Salud - Osakidetza.



La creación de Osakidetza en 1983 permitió la transferencia de recursos humanos, técnicos y materiales del Insalud y de otras administraciones del ámbito sanitario al citado organismo autónomo dependiente del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. De esta forma, hace ahora 30 años, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud incorporó los recursos de odontología de titularidad pública existentes en el SNS integrándolos en su Atención Primaria. Desde 1989 la Atención Primaria de Osakidetza se estructura en organizaciones de servicios (OO.SS.), cada una con su propia gerencia y amplia autonomía de gestión, denominadas Comarcas Sanitarias-AP, de las que dependen orgánica y funcionalmente los recursos de odontología.

Por otra parte, los hospitales transferidos a Osakidetza, dotados de servicios de Cirugía Maxilofacial, continuaron desarrollando la función asistencial que venían ejerciendo en el Insalud. Actualmente, las deriva-

ciones de pacientes odontológicos que presentan mayor complejidad asistencial se realizan desde la odontología de Atención Primaria a los servicios de cirugía maxilofacial del ámbito hospitalario.

La incorporación, en 1990, de la atención dental infantil a través del PADI, propició la creación de nuevas plazas de odontología en la Atención Primaria de Osakidetza con el objeto de desarrollar el nuevo proceso asistencial, que incluía odontología preventiva y reparadora en edades pediátricas. Si bien en un principio dichas unidades se dedicaron exclusivamente al PADI, a partir de 1996 el proceso asistencial médico-quirúrgico de los adultos y la asistencia del PADI se fueron fusionando en gran parte de las unidades de odontología existentes en las Comarcas Sanitarias-AP, que pasaron a desarrollar ambos procesos asistenciales conjuntamente.

Actualmente, Osakidetza se encuentra inmersa en un ambicioso proyecto organizativo, para integrar

sus OO.SS. de Atención Primaria y Hospitalaria en una única estructura. Son las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), que se corresponden con un ámbito geográfico determinado, cuyo objetivo es favorecer la continuidad de los procesos asistenciales, mejorar la calidad de la atención al paciente y optimizar la gestión de los recursos humanos, técnicos y materiales disponibles.

Esta nueva organización de la estructura asistencial, con una única gerencia, facilitará una mayor colaboración entre los tradicionales ámbitos de atención primaria y hospitalaria. La organización de los procesos asistenciales de odontología, el médico-quirúrgico de los adultos y el de atención dental infantil del PADI, deberán ser replanteados para adecuarlos a la nueva organización de la asistencia en Osakidetza •

## Odontología Hospitalaria

**PONENCIA DE JESÚS RUEDA**  
Presidente de SESPO.



Exponemos nuestro modelo asistencial establecido hace más de diez años. Los pacientes atendidos en nuestra unidad son, básicamente, pacientes discapacitados y pacientes medicamente comprometidos.

Contamos con dos unidades asistenciales dedicadas a la atención ambulatoria de estos pacientes. Aquellos que, por razones de su patología o por su falta de colaboración, no son susceptibles de tratamiento ambulatorio, son derivados a una Unidad de Odontología Hospitalaria donde reciben atención con sedación intravenosa o bajo anestesia general, en la mayor parte de las ocasiones. Es absolutamente necesario que los Servicios de Salud que no lo hayan hecho incorporen unidades de estas características para dar respuesta, no sólo a esa vieja demanda asistencial reclamada por el colectivo de personas con discapacidad, sino también a la demanda, cada día más frecuente, de las actuaciones orales en pacientes con compromiso médico •







# Último día de SESPO 2013









# Oral Diseases, The Neglected Epidemic



## PONENTES

**MYRON ALLUKIAN**, Universidad de Harvard, USA.

**G**reetings, from Boston, Massachusetts--the home of the first public school in the United States founded in 1635, followed by Harvard, the first college in the United States, one year later. As President Kennedy once said, "The health of the nation is a key to its future." Good oral health is essential for good general health. The health status of most populations may be determined by a country's health policies, businesses, and disease-producing products such as sugared foods, candies, food supply, and tobacco.

Oral disease is a neglected epidemic because most of the population eventually suffers from oral diseases and may have new disease each year. Among Americans, ages 50-64 years, 95% have had tooth decay with an average of 54 affected tooth surfaces. Among Americans, ages 6-19 years, 67% have been affected by tooth decay with an average of 6 affected tooth surfaces.

The major cause of tooth decay is a sugar-rich diet. The soft drink industry in the United States spends about \$1 billion a year promoting sugary and energy drinks, and candy companies have about \$29 billion in sales each year. About 50% of Americans consume sugary drinks everyday. The best way to prevent tooth decay is to avoid eating sugary foods and candies, however it is very difficult to do this when sugar is present in most foods.

Another major cause for dental disease is tobacco-use. In the United States, the tobacco industries spends \$28 million a day to promote



## Oral Diseases, the Neglected Epidemic: What Can Be Done?

TALK OF  
**MYRON ALLUKIAN**

Jr. DDS MPH Past President  
American Public Health Association.

products that kill their best customers. 28% of Spanish people are current smokers, compared to 18% of Americans.

Community water fluoridation is the most cost-effective preventive measure for a population to prevent tooth decay. In the United States, about 74% of the population on public water supplies have fluoridation compared to only 11% in Spain.

Access to care is also a problem in the United States and Spain, primarily due to restrictive dental laws. Expanded duties for hygienists and assistants are important. Dental therapists, who are individuals with two years of training after high school to drill and fill teeth, have improved access to dental care in many countries. New Zealand has used dental therapists for over 88 years and about 96% of New Zealand children have received routine dental care.

### Recommendations for Better Oral Health:

**1.** Oral health must be made a higher priority in Spain on the local, provincial, and national levels.

**2.** Dentists must be role models for better oral health

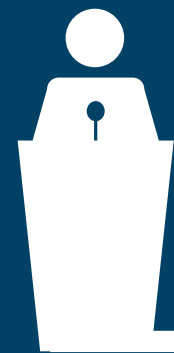
**3.** Prevention programs, especially fluoridation, should be made a higher priority

**4.** The dental workforce must be utilized to their highest level of competency

**5.** The three E-Ps:

- Educate the public
- Educate the professions
- Educate the policy and decision makers •





# Proyectos de Odontología Social

## PONENTES

**BETTINA ALONSO**, Fundación Etiopía-Utopía, España.

**VICENTE LOZANO**, Universidad de Barcelona.

**LUIS EL KHOURY**, Coordinador del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla.

**PABLO NUÑEZ ARCOS**, Profesor Máster Odontología Familiar y Comunitaria.



## PONENCIA DE BETTINA ALONSO

Proyecto Sonrisas.  
Fundación Etiopía-Utopía, España.

La Doctora Bettina Alonso presentó el proyecto Sonrisas de la Fundación Etiopía-Utopía, que en el año 2011 recibió el premio al mejor proyecto solidario que otorga la Sociedad Catalana de Odontología y Estomatología. Las impulsoras del Proyecto Odontológico “Sonrisas”, junto con la Doctora Alonso, son las doctoras Nuria y Margarita Serrano. En un amplio reportaje publicado en el número 2 de Odontólogos de Hoy se explican todos los detalles de los inicios de esta “aventura”, las dificultades que encontraron al llegar y esas pequeñas victorias que las siguen estimulando para continuar con esta desinteresada labor. ●



Para leer el reportaje completo visitar:  
<http://www.odontologosdehoy.com/la-revista/hemeroteca>



## PONENCIA DE VICENTE LOZANO

Universidad de Barcelona.

Vicente Lozano realizó una exposición basada en la Labor de la Fundación Vicente Ferrer y Dentistas sin Fronteras en la India.

La relación de la ONG Dentistas sin Fronteras (DSF) con la Fundación Vicente Ferrer se remonta a más de 15 años, cuando el anterior Presidente de la misma (Prof. A. Bascones de la UCM) viajó a India y puso en contacto a la ONG creada por él y por el Dr. Manso, con la FVF. Desde entonces el proyecto India forma parte de los objetivos de dicha ONG. Cada verano, y durante un mes, licenciados en Odontología van a desempeñar su labor a remotas aldeas, realizando operatoria conservadora, extracciones, periodoncia, y tartrectomias ●



Para leer el reportaje realizado por Odontólogos de Hoy, en su número 7, en el que se basa la intervención del Doctor Lozano ir a:  
<http://www.odontologosdehoy.com/la-revista/hemeroteca>





## Programa para drogodependientes. Fundación Odontología Social



**PONENCIA DE LUIS EL KHOURY**  
Coordinador del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla.

El Proyecto Bucodental forma parte del Programa de Integración de personas en máxima exclusión social. Al igual que en el “Programa Volver a Reír”, los criterios de inclusión son:

- Nivel de renta del paciente.
- Haber sido consumidor de algún tipo de sustancia que lo haya convertido en dependiente de la misma.
- Haber estado en algún programa de desintoxicación por consumo de sustancias drogodependientes.
- Consideración de boca catastrófica.

Por tanto llegados a este punto nos podríamos preguntar cuál es la diferencia entre ambos programas, y la discrepancia radica en el momento en el que se encuentra el paciente. Como anteriormente se mencionó en el “Programa Volver a Reír” los pacientes están en el primer escalón de la integración, son consumidores de drogas en activo y aún no se benefician de los servicios sociales, sanitarios y de empleo. Las pocas referencias son determinadas entidades que por identificación étnica o confianza específica derivan los pacientes.

Sin embargo, en el programa Bucodental los pacientes son antiguos consumidores de sustancias, ya se benefician de servicios sociales, sanitarios y comienzan a acudir a cursos de empleo, por lo que se encuentran en el último escalón de la integración.

La sistemática de trabajo comienza con la derivación de los pacientes desde los Centros de Día del Ayuntamiento de Sevilla. Los trabajadores sociales remiten a los pacientes a la Fundación de Odontología Social Luis Seiquer, donde se lleva a cabo la siguiente actuación:

- Anamnesis.
- Exploración estomatológica.
- Diagnóstico y consiguiente propuesta de tratamiento.
- Si el usuario acepta se pasaría a la firma del consentimiento informado.
- Se ha elaborado un documento dirigido al médico/a de referencia en el Centro de Salud correspondiente, informándole del programa y solicitando analítica completa si lo considera oportuno, así como su colaboración para la prescripción de fármacos que sean indicados).

- Aplicación de las técnicas terapéuticas y consultas de seguimiento pertinentes.

Actualmente se han tratado un total de 26 pacientes y se han realizado los siguientes tratamientos:

Exodoncias	169
Reconstrucciones	147
Tartrectomías	8
Raspados y alisados	61
Prótesis parciales de acrílico	6
Prótesis completas de acrílico	21
Prótesis esquelético parcial	13
Coronas metal cerámica	14
Muñones colados	3
Endodoncias unirradiculares	7
Endodoncias birradiculares	1
Endodoncias multirradiculares	3
Postes fibra de vidrio	2



## Integración Social, mediante la salud bucodental, de personas en máxima exclusión social



**PONENCIA DE PABLO NUÑEZ ARCOS**  
Profesor Máster Odontología Familiar y Comunitaria

Se dispone a Presentar un Proyecto de Salud Bucodental del Ayuntamiento de Sevilla, llamado “Volver a Reír”, en el Centro de Salud del polígono sur, mas conocido la zona como “Las tres mil viviendas”, este es un barrio no oficial de la ciudad de Sevilla, compuesto por varias barriadas, dos de ellas, la de Murillo y especialmente la de Martínez Montañés, también conocida como las Vegas, son considerados barrios marginales y peligrosos de Sevilla.

El “Proyecto Volver a reír” se realiza con pacientes toxicómanos que frecuentan estas zonas por su fácil adquisición de sustancias estupefacientes.

Dentro del Área de Familia, Asuntos Sociales y Zona de especial actuación del Ayuntamiento de Sevilla, se encuentra un equipo que lleva a cabo la prevención y la atención a las adicciones, abordando la problemática del consumo de drogas, partiendo de una responsabilidad compartida entre las instituciones y la comunidad en general. Dentro de este área se engloba el programa “Volver a Reír”, que va dirigido a personas afectadas por drogodependencia, en grave situación de exclusión social y carencias económicas, con un gran deterioro de la salud bucodental.

El Programa “Volver a Reír” incluye las siguientes actuaciones desde su creación en el año 2008:

- Captación de personas en situación de grave marginalidad mediante entidades mediadoras de implantación

en la zona, previamente implicadas y coordinadas por la Sección de Adicciones y selección priorizada según los criterios del proyecto:

- Renta del paciente
- Consumidor dependiente de algún tipo de sustancias
- Estar en algún programa de desintoxicación.
- Consideración de boca Catastrófica.
- Diagnostico en el Centro de Atención primaria del Polígono Sur (odontólogo y médico generalista de referencia, analíticas) realizando tratamientos semanales.
- Exploración extraorales e intraorales, exodoncias, tratamientos periodontales no quirúrgicos, rehabilitación protésica.
- Gestión de citas y acompañamiento para intervenciones complementarias en servicios sociales comunitarios.

- Revisiones periódicas tras el alta, supervisión de todo el proceso, evaluación y emisión de informes judiciales, etc.

“Volver a reír” es el único programa bucodental y municipal de atención a toxicómanos que se realiza en Sevilla desde el año 2008, con pacientes derivados de otras entidades, que llevan a cabo otras estrategias de inserción social, buscan conseguir que el paciente vuelva a introducirse en el sistema e intentar que aumenten su autoestima con diferentes factores motivadores. Uno de estos factores es mejorar el aspecto físico a través de la reposición de piezas dentales e intentar que estas personas estén mas seguras de sí mismas para poder volver a reintroducirse en la sociedad.

### Datos del Programa:

Esto son los datos del programa “Volver a reír” desde el año 2009 hasta la actualidad, donde se han atendido a casi 300 pacientes •

	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL 2009-2013
PACIENTES ATENDIDOS	83	47	43	63	57	293
REVISIONES		65	84	102	115	366
ENSEÑANZA HIGIENE ORAL	83	112	127	165	172	659
TTO.	43	64	67	84	133	391
PERIODONTALE						
REHAB.PROTESICAS	22	66	68	91	79	326
EXODONCIAS	29	357	348	427	398	1159



# LISTERINE®

Para una **buena higiene** bucodental, la Sociedad Española de Periodoncia recomienda el **uso diario** de productos avalados científicamente con sello SEPA



## LISTERINE®

- ✓ Siempre de la mano del profesional
- ✓ Avalado científicamente
- ✓ Único colutorio avalado con el sello SEPA\*

[www.listerine.es](http://www.listerine.es)

\* Los productos de Listerine avalados científicamente con el sello SEPA para indicación antiplaca y antigingivitis son: Listerine Menta Fresca - Listerine Plus - Listerine Menta - Listerine Original - Listerine Advanced Dientes Blancos - Listerine Cuidado Total - Listerine Cuidado Total Sensible - Listerine Dientes y Encías - Listerine Cuidado Total Reparador Esmalte