

Ministerio de Salud Pública  
Dirección Nacional de Estomatología

## **ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A NIÑOS Y ADOLESCENTES DURANTE EL AÑO 1999 EN CUBA**

*Dr. Amado Rodríguez Calzadilla<sup>1</sup> y Dra. Carolina Valiente Zaldívar<sup>2</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó un análisis descriptivo de los datos estadísticos al nivel nacional sobre los resultados de la atención estomatológica a niños y a adolescentes de 0 a 18 años de edad. Se enfatizó acerca de las actividades de promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Se estableció una clasificación para valorar el grado de salud bucal alcanzado en la población beneficiaria que se divide en niños y adolescentes saludables, moderadamente saludables y no saludables. Se describe un método sencillo y fácil de manejar, lo cual permite establecer una valoración cuantitativa del estado de salud de esta población y medir el efecto que tiene sobre esta el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población.

**DeCS: ATENCION DENTAL PARA NIÑOS; PROMOCION DE LA SALUD; PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD; CUBA.**

La atención estomatológica al niño y al adolescente, está centrada en la población de 0 a 18 años de edad, y para ello nos apoyamos en el ciclo vital del individuo. Se observa que en los niños de la primera infancia (0 a 2 años), nos dedicamos a darle consejos a las madres acerca de la alimentación y el control de hábitos nocivos a la salud. En la segunda infancia (niños de 2 a 4 años) comenzamos la atención estomatológica aplicando todas las acciones de salud. De igual forma continuamos con pre-escolar (de 4 a 5 años), los escolares (de 5 a 10 años) y los adolescentes (de 10 a 18 años).

Cada una de estas etapas presenta características específicas o particulares que debemos tener en cuenta para tener éxito en la ejecución de las acciones de salud.<sup>1-4</sup>

Para facilitar la planificación, organización, ejecución y control de las actividades se ha clasificado este grupo de población en niños de 0 a 4 años, niños de 5 a 11 años, adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 18 años, pues así están clasificados en las instituciones infantiles y educacionales.

Las acciones de salud promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno así como la rehabilitación, se ejecutan

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Administración de Salud. Magister en Salud Pública. Profesor Auxiliar del Departamento de Salud. Facultad de Estomatología.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Ortodoncia. Instructora. Facultad de Estomatología.

sistemáticamente mediante la organización de sistema incremental en todos los servicios del subsistema de atención estomatológica del Sistema Nacional de Salud, lo cual se fundamenta en la atención primaria de Estomatología: su articulación con el médico de la familia.<sup>5</sup>

Para el éxito de la promoción y prevención de la salud bucal de la población referida, uno de los aspectos de mayor relevancia se le confiere a la atención primaria de estomatología con enfoque de riesgo, que consiste en la identificación y control de los riesgos a enfermar de las principales afecciones bucales<sup>6</sup> basados en los factores determinantes del estado de salud bucal.

La promoción de salud bucal y su herramienta principal, la educación sanitaria, constituye un factor importante y está centrada en el desarrollo de los servicios de higiene bucal o áreas de control de placa dentobacteriana, donde evaluamos el resultado final cuando el niño o adolescente mantiene un índice de higiene oral de 20 % o menos, según el método de Love que se viene ejecutando progresivamente en el país desde el año 1976.<sup>7</sup>

Las actividades de prevención, conjuntamente con las de promoción, basadas en el enfoque de riesgo para la atención primaria, se vienen desarrollando en el país desde 1970, y es en el año 1985 que se logra dar una cobertura del 100 % de la población estudiada, tanto en zonas urbanas como rurales, la cual se ejecuta en las instituciones de salud por un pequeño equipo integrado por técnicas de atención estomatológica dirigidas y controladas por el estomatólogo responsabilizado con la actividad o servicios correspondientes, basado en un esquema de prevención, confeccionado a partir de las actividades preventivas del Programa Nacional de Salud Bucal.<sup>8</sup>

El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno se realiza cada año en los niños y adolescentes matriculados en las instituciones infantiles y de la educación primaria y

media del sistema nacional de enseñanza general, para lo cual existen documentos normativos oficializados mediante resoluciones de los Ministerios de Educación y Salud Pública. Una vez realizado el diagnóstico de salud bucal, se procede a confeccionar un plan de acción-ejecución y se establece el sistema de vigilancia y evaluación del estado de salud bucal, el cual se realiza mensualmente en los servicios municipales, trimestral en las direcciones provinciales y semestral en el nivel nacional, aunque puede tener una frecuencia menor según el comportamiento en las diferentes instancias de dirección,<sup>9,10</sup>

El modelo para clasificar a la población de 0 a 18 años según su estado de salud en saludable, moderadamente saludable y no saludable, permite una evaluación sistemática en todas las instancias de la dirección estomatológica del país de forma sencilla y confiable, a través del sistema de información estadística de salud pública.

## OBJETIVOS

### *General:*

Evaluar mediante valoración cuantitativa el estado de salud bucal de niños y adolescentes, basado en el modelo propuesto de saludable, moderadamente saludable y no saludable.

### *Específicos:*

1. Valorar el estado de salud bucal mediante los datos seleccionados en el informe anual de actividades del Programa Nacional de Estomatología.
2. Valorar la ejecución de las actividades de promoción y prevención de salud bucal, y su correspondencia con el modelo de evaluación propuesto.

## Métodos

El presente análisis es de corte evaluativo, cuantitativo, retrospectivo, con enfoque dirigido a medir los efectos del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, fundamentalmente de los objetivos relacionados con las actividades educativo-preventivo-curativas de niños y adolescentes.

En primer orden la información analizada la obtuvimos de los datos registrados en la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, utilizando para ello el informe anual correspondiente al año 1999. Los datos seleccionados nos permitieron valorar la situación de salud bucal en la población referida.

Propusimos un método sencillo, de fácil aplicación para clasificar a la población en *saludable*, *moderadamente saludable* y *no saludable*, según el estado de salud bucal, y para ello consideramos:

- *Saludables*: los niños y adolescentes que al ser examinados no requerían tratamientos, y a los pacientes con todos los tratamientos terminados (datos de alta).
- *Moderadamente saludables*: a los ingresados no dados de alta (están tratándose).
- *No saludables*: a los afectados no ingresados (no están tratándose).

Clasificación	Características
–Saludables	Examinados N.N.T. + altas.
– Moderadamente saludables	Ingresados-altas.
– No saludables	Afectados-ingresos.

Las actividades seleccionadas se relacionan con:

- Población estimada para el año 1999.
- Población examinada.

- Examinados que no necesitan tratamiento (N.N.T.).
- Examinados afectados (examinados menos los examinados N.N.T.).
- Examinados ingresados (que necesitan tratamiento o afectados).
- Ingresados dados de alta (con todos los tratamientos terminados).

En segundo orden analizamos los datos relacionados con las actividades de promoción y prevención como población con diagnóstico y control de placa dentobacteriana, población beneficiada con aplicaciones de laca o barniz flúor y/o solución de flúor al 0,2 %.

## Resultados

El efecto del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población basado en el cumplimiento de los objetivos relacionados con la atención a niños y adolescentes, presenta un nivel de ejecución muy favorable, dada la situación económica característica de un país subdesarrollado. Así podemos apreciar que se examinó al 80,01 % de una población de 3 011 579 niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad. Se observó que el 47,18 % no necesitaba tratamiento, el 32,83 % se encontraba afectado y se ingresó al 27,49 %. Se dio de alta al 14,53 % de la población total de estos grupos de edades (tabla 1).

También observamos que el 37,85 % se benefició con las aplicaciones de laca o barniz flúor, el 90,43 % se benefició con solución de flúor al 0,2 % y se realizó diagnóstico y control de placa dentobacteriana al 70,12 % (tabla 2).

En general se detecta que en la población de 15 a 18 años, los resultados del efecto del programa nacional son inferiores al de los otros grupos de edad y no están beneficiándose con las aplicaciones de solución de flúor al 0,2 %.

TABLA 1. Población de 0 a 18 años atendida según grupos de edad

Grupo de edad	Examinados %	No necesita tratamiento %	Afectados %	Ingresados %	Altas %
De 0 a 4	84,49	72,88	11,62	9,07	5,19
De 5 a 11	83,71	42,76	40,94	35,05	19,95
De 12 a 14	82,50	43,31	39,19	32,40	15,91
De 15 a 18	63,21	25,35	37,87	31,23	14,22
Total	80,01	47,18	32,83	27,49	14,53

El porcentaje se corresponde con el total de población.

TABLA 2. Población de 0 a 18 años beneficiada con actividades de prevención, según grupos de edad

Grupo de edad	Población de 0 a 18 años	Laca flúor	Porcentaje de beneficiados con:	
			Sol. flúor 0,2 %	Control placa bacteriana
De 0 a 4	747 397	54,03 %	-	-
De 5 a 11	1 240 506	28,14 %	88,18 %	78,49 %
De 12 a 14	476 240	-	96,34 %	75,52 %
De 15 a 18	542 136	-	-	46,42 %
Total	3 011 579	37,85 %	90,43 %	70,12 %

El porcentaje se corresponde con la población beneficiada, no con el total de población.

## Discusión

El país cuenta con una población de 3 011 579 niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad, según la reciente investigación "Encuesta del estado de salud bucal de la población". Según OMS/OPS, 1987 se aprecia una gradual disminución de la morbilidad por afecciones bucales, así como la disminución de su severidad, sobre todo en la población objeto de estudio.

La aplicación del método propuesto para clasificar a la población en *saludable*, *moderadamente saludable* y *no saludable* nos permitió valorar cuantitativamente los resultados del efecto del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, relacionados con los objetivos de la atención a niños y adolescentes. Apreciamos que el 61,71 % es saludable, el 12,96 % es moderadamente saludable y el 5,33 % es no saludable. Se puede observar

el elevado porcentaje de población saludable y el pequeño porcentaje de población no saludable (tabla 3).

Los resultados se corresponden con la población examinada (80,01 %). El 20 % restante (población no examinada), no se pudo clasificar, pero puede hacerse una inferencia acerca de ella y obtendríamos similares resultados. Consideramos que los resultados obtenidos son bastante demostrativos.

En segundo orden valoramos como muy positivas las actividades de promoción, prevención y diagnóstico y tratamiento oportuno, medidas que vienen aplicándose progresivamente en todo el país desde hace más de 25 años mediante la organización del sistema incremental de atención estomatológica.

Los datos generales obtenidos del Informe Anual Estadístico del año 1999 se muestran en la tabla 4.

**TABLA 3. Población de 0 a 18 años según clasificación propuesta por grupos de edad**

Grupo de edad	Población de 0 a 18 años	Saludable %	Moderadamente saludable %	No saludable %
De 0 a 4	747 397	78,07	3,88	2,54
De 5 a 11	1 245 506	62,52	15,29	5,89
De 12 a 14	476 240	59,22	16,48	6,78
De 15 a 18	542 136	39,59	17,00	6,63
<b>Total</b>	<b>3 011 579</b>	<b>61,71</b>	<b>12,96</b>	<b>5,33</b>

Saludable: examinados que no necesitan tratamiento más altas. Medianamente saludable: examinados ingresados menos altas. No saludable: examinados afectados menos ingresos.

**TABLA 4. Datos obtenidos del Informe de Actividades Estomatológicas, año 1999. Dirección Nacional de Estadísticas**

Actividades	Grupos de edades (años)			
	De 0 a 4	De 5 a 11	De 12 a 14	De 15 a 18
Población*	747 397	125 506	476 240	542 136
Laca flúor	807 738	700 987	-	-
Sol. flúor	-	17 572 867	7 340 931	-
C. placa D.B.	-	977 689	358 026	251 656
Examinados	631 526	1 042 665	390 129	342 726
Ex. N.N.T.	544 690	532 687	206 257	137 417
Ex. afectados	86 836	509 978	183 872	205 309
Ingresos	67 838	436 601	154 324	169 317
Altas	38 829	246 087	75 795	77 103
Consultas	506 765	2 352 105	873 255	1 020 997

\* Población total de niños y adolescentes de 0 a 18 años: 3 011 579.

## **Conclusiones**

La aplicación del método de clasificación propuesto nos ha permitido realizar una valoración de los resultados del efecto del programa nacional sobre la población de referencia, lo cual estimula a los profesionales de nuestra especialidad a continuar esforzándose para lograr incrementar el

porcentaje de población saludable, a la vez que disminuya la población no saludable. Dicho propósito puede alcanzarse aplicando con mayor eficiencia y eficacia las acciones de salud bucal establecidas. También esto nos permite informar positivamente a profesionales del Sistema Nacional de Educación y a la población de las comunidades, ya sea en las instituciones o en las familias.

**SUMMARY:** A descriptive analysis of the statistical data on the results of dental care to children and adolescents aged 0-18 at the national level is made. Emphasis is given to the activities of promotion, prevention, early diagnosis and timely treatment. A classification is established to assess the oral health degree achieved by population the receiving the benefits from this service. It

is divided into healthy, moderately healthy and unhealthy children and adolescents. A simple and easy to manage method is described that allows to establish a quantitative assessment of the health status of the population and to determine the effect the National Program of Comprehensive Dental Care has on the population.

Subject headings: **DENTAL CARE FOR CHILDREN; HEALTH PROMOTION; NATIONAL HEALTH PROGRAMS; CUBA.**

### **Referencias bibliográficas**

1. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Salud Familiar. Santiago de Chile: Editora Corporación de Promoción Universitaria, 1996;75-94, 125-44.
2. Núñez de Villavicencio F. Psicología para médico. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1991;t1:207-31.
3. Narey RB, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:158-77.
4. Torre E de la, Cavette SF, González VJ, Gutiérrez MJ, Jordán DJ, Pelayo G PE. Pediatría. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1996;t1:35-56.
5. Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997;34(1):28-39.
6. \_\_\_\_\_. Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Rev Cubana Estomatol 1997;34(1):40-9.
7. \_\_\_\_\_. Proyecto para el funcionamiento de un servicio de higiene bucal o área de control de placa dentobacteriana. Rev Cubana Estomatol 1988;25(2).
8. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992.
9. \_\_\_\_\_. Diagnóstico de salud bucal. Rev Cubana Estomatol 1996;32(2).
10. \_\_\_\_\_. Vigilancia y evaluación del estado de salud bucal. Método de observación y control. Rev Cubana Estomatol 1995;32(1):9-15.

Recibido: 12 de abril del 2001. Aprobado: 10 de julio del 2001.

Dr. *Amado Rodríguez Calzadilla*. Facultad de Estomatología. Ave. Salvador Allende y calle G, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.