

VII CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD BUCAL COLECTIVA.

“Retos de la salud bucal en un modelo de atención integral”

Medellín, 23 y 24 de agosto de 2018



Uruguay: Inequidades en Salud Bucal



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Universidad de la República

Servicio de Epidemiología y Estadística

Cátedra de Odontología Social

Las Heras 1925

Teléfono 2 487 30 48. Interno 141

Equipo de trabajo:

Susana Lorenzo

Ramón Álvarez

Anunziatta Fabruccini

Mariana Musto

Fernando Massa

Matías Muñoz

Profesora de la Cátedra:

Silvana Blanco

Susana Margarita Lorenzo-Erro.
Montevideo, URUGUAY
Agosto 2018



Índice de la presentación

- + Introducción
- + Brevísimos Marco Teórico
- + Presentando al Uruguay en cifras:
 - + Algunos macro indicadores
 - + Perfil epidemiológico
- + Sistema Nacional de salud y salud bucal
- + Inequidades en Salud Bucal: algunas investigaciones
- + Conclusiones-propuestas

Brevísimo marco teórico

Determinantes sociales de la salud

La Comisión

Conceptos clave

↓ Versión PDF
pdf, 37kb



¿Qué son las inequidades sanitarias?

Se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermarse y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.

Meta 2020 FDI, OMS y IADR

Reducir las disparidades en la salud bucal entre los diferentes grupos socioeconómicos de cada país y las desigualdades en salud bucal de todos los países.

Figura 1: Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud.



- ❑ Concepto de salud
- Basado en los procesos de Determinación social
- ❑ Inequidad en salud
- concepto que permite analizar la reproducción social y las relaciones de poder que se expresan en desigualdades observables por ejemplo en salud bucal.

Uruguay en cifras

Uruguay : Macro-indicadores 2016- 2017

POBLACION: 48.653.419 hab. (*)



INGRESOS

PBI 280.091 mil millones de dólares

PBI per cápita: 6350 dólares (*)

DESARROLLO HUMANO()**

IDH 2014: 0,727

Puesto 97 : Desarrollo alto.

INEQUIDAD (*)

Gini 0,52 (2016)

POBREZA 2017 (***)

Pobreza por persona 264 cada
1000

POBLACION : 3.444.006 hab. (*)



INGRESOS

PBI: 52.688 mil millones de dólares.

PBI per cápita: 15.200 dólares. (*)

DESARROLLO HUMANO ()**

IDH: 0,8.

Puesto 54 desarrollo humano alto.

INEQUIDAD (*)

Coeficiente de Gini: 0,39 (2016)

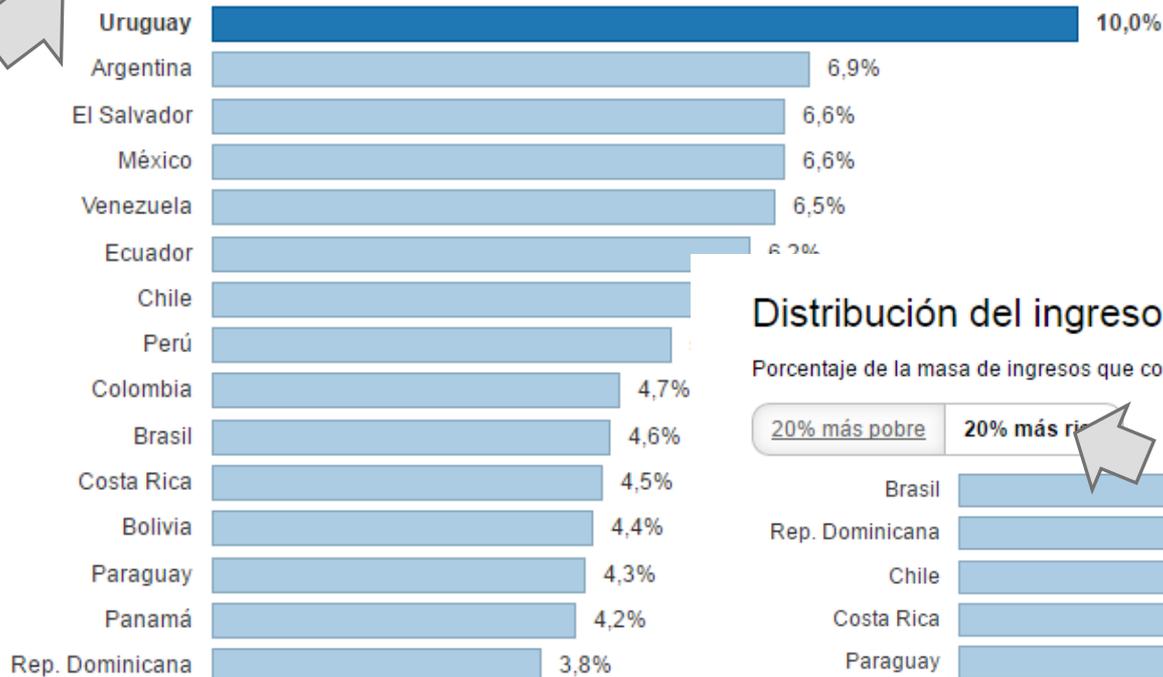
POBREZA 2017 (indicador: línea de
pobreza)

Pobreza por persona 79 cada 1000

Distribución del ingreso en América Latina

Porcentaje de la masa de ingresos que concentran el 20% más pobre y el 20% más rico de la población. Datos 2013.

20% más pobre 20% más rico



Source: El Observador con base en Cepal [Get the data](#)

Panorama Social de America Latina. CEPAL 2015

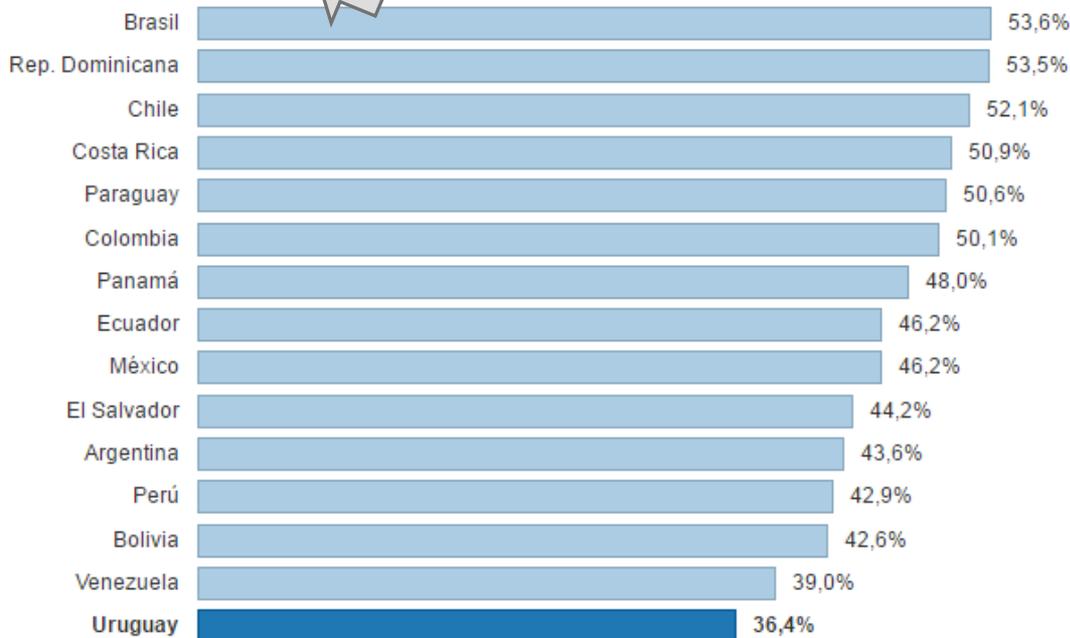
Susana Margarita Lorenzo-Erro. URUGUAY



Distribución del ingreso en América Latina

Porcentaje de la masa de ingresos que concentran el 20% más pobre y el 20% más rico de la población. Datos 2013.

20% más pobre 20% más rico

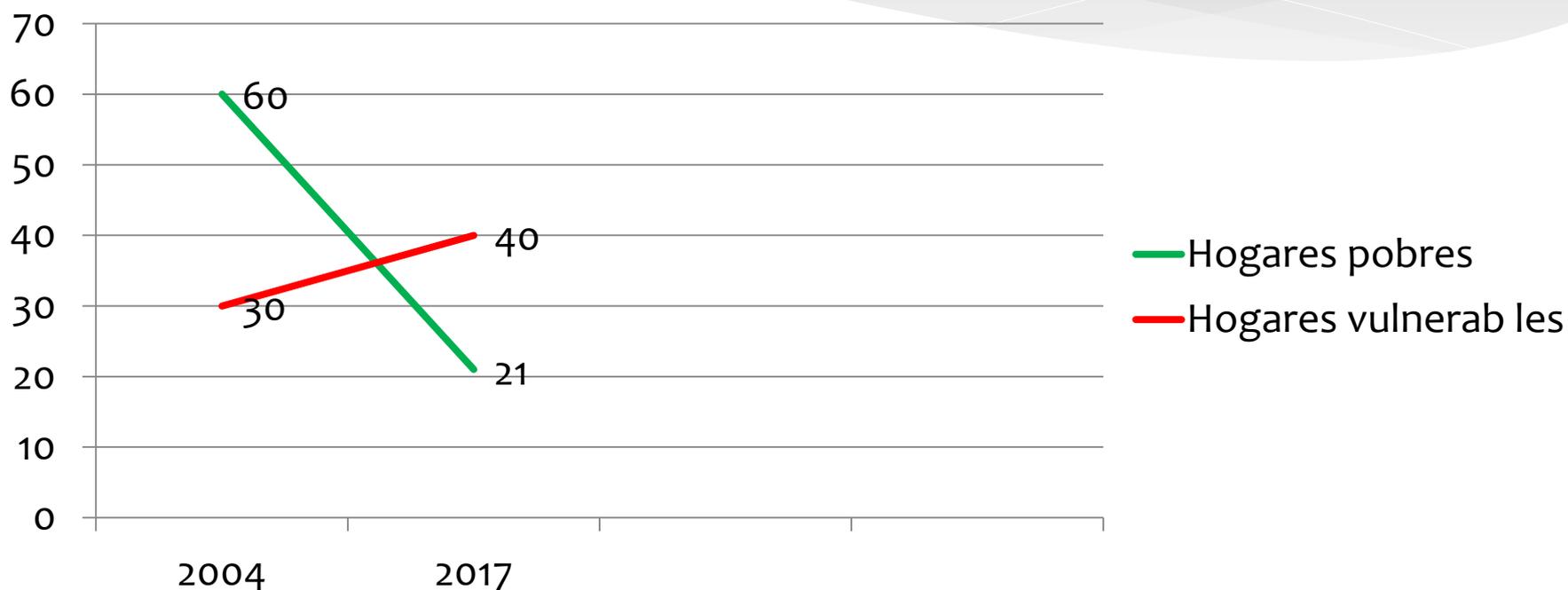


Source: El Observador con base en Cepal [Get the data](#)

Evolución de los hogares pobres y hogares vulnerables en el período 2004-2017

Martín Leites- Gonzalo Salas.

Facultad de Ciencias Sociales. Udelar



«Dinámica del Bienestar de las clases sociales en los últimos años»
<http://www.uy.undp.org/content/uruguay/es/home/presscenter/articles/2018/08/cuaderno11.html>

«Dinámica de las clases sociales en los últimos años»

Martín Leites- Gonzalo Salas.
Facultad de Ciencias Sociales. Udelar

2004- 2011-12 disminución progresiva de la pobreza
2011 - 2016-2017: Estancamiento (tasa de ocupación)

HOGARES:	%	DOLARES DIARIOS	SALARIOS MINIMOS
POBRES	20	Menos de 4	0,28
VULNERABLES	40	4-10	0,77
CLASE MEDIA	33	10-50	4,00
CLASE ALTA	7	Más de 50	

1 SM = 13 usd diarios

«Dinámica del Bienestar de las clases sociales en los últimos años»

<http://www.uy.undp.org/content/uruguay/es/home/presscenter/articles/2018/08/cuaderno11.html>

Pereira: "Aún hay 400 mil trabajadores que ganan menos de \$ 20.000"

Publicado: 1/05/2018 10:56 | Actualizado: hace 3 meses



600 USD mensuales ,
20 dólares diarios
que equivalen a 1.5 SMN)

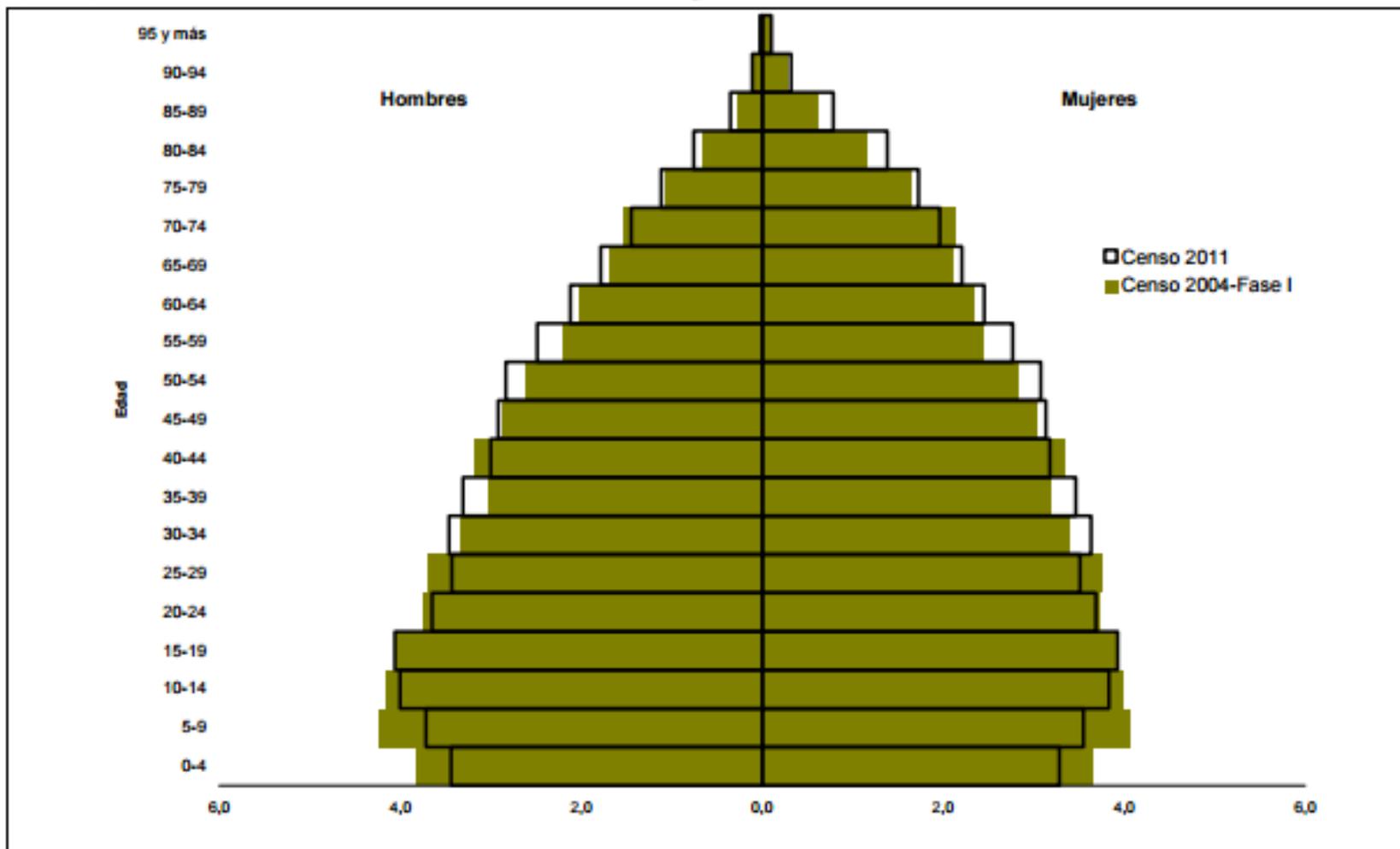
Susana Margarita Lorenzo-Erro. URUGUAY

HOY

20% de la PEA



Gráfico 3 – Distribución porcentual de la población censada por sexo y grupos quinquenales de edad. Censo 2004-Fase I y Censo 2011.



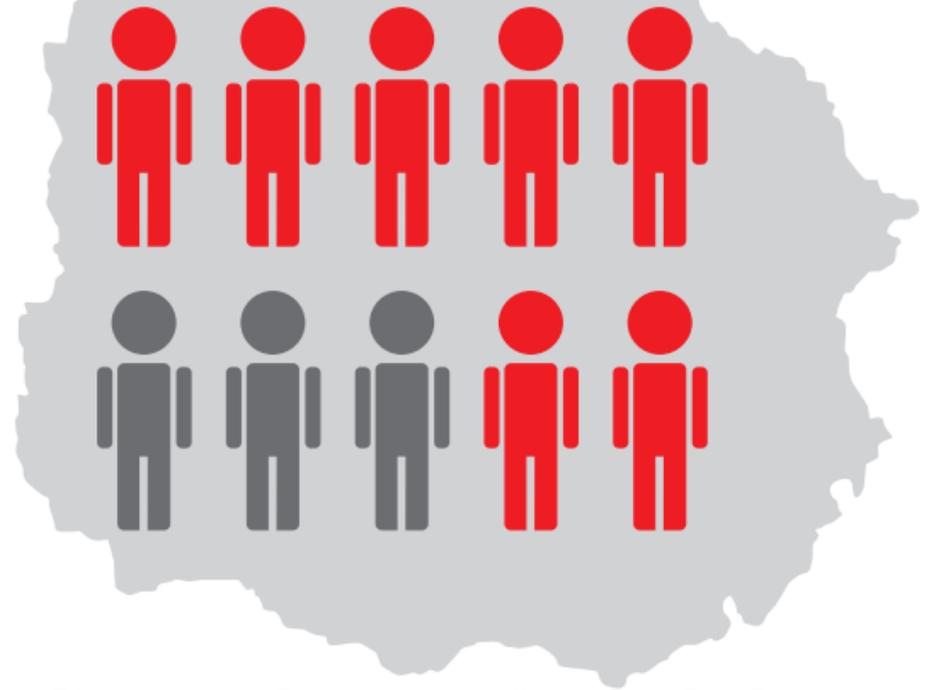
Fuente: INE – Censo 1963, Censo 1975, Censo 1985, Censo 1996, Censo 2004-Fase I y Censo 2011

TASA BRUTA NATALIDAD: 13,5

TASA FECUNDIDAD GENERAL: 1,86

Perfil Epidemiológico de Salud en el Uruguay

**7 de cada 10
muertes ocurren a
causa de
Enfermedades No
Transmisibles**



Cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y causas externas - lesiones.

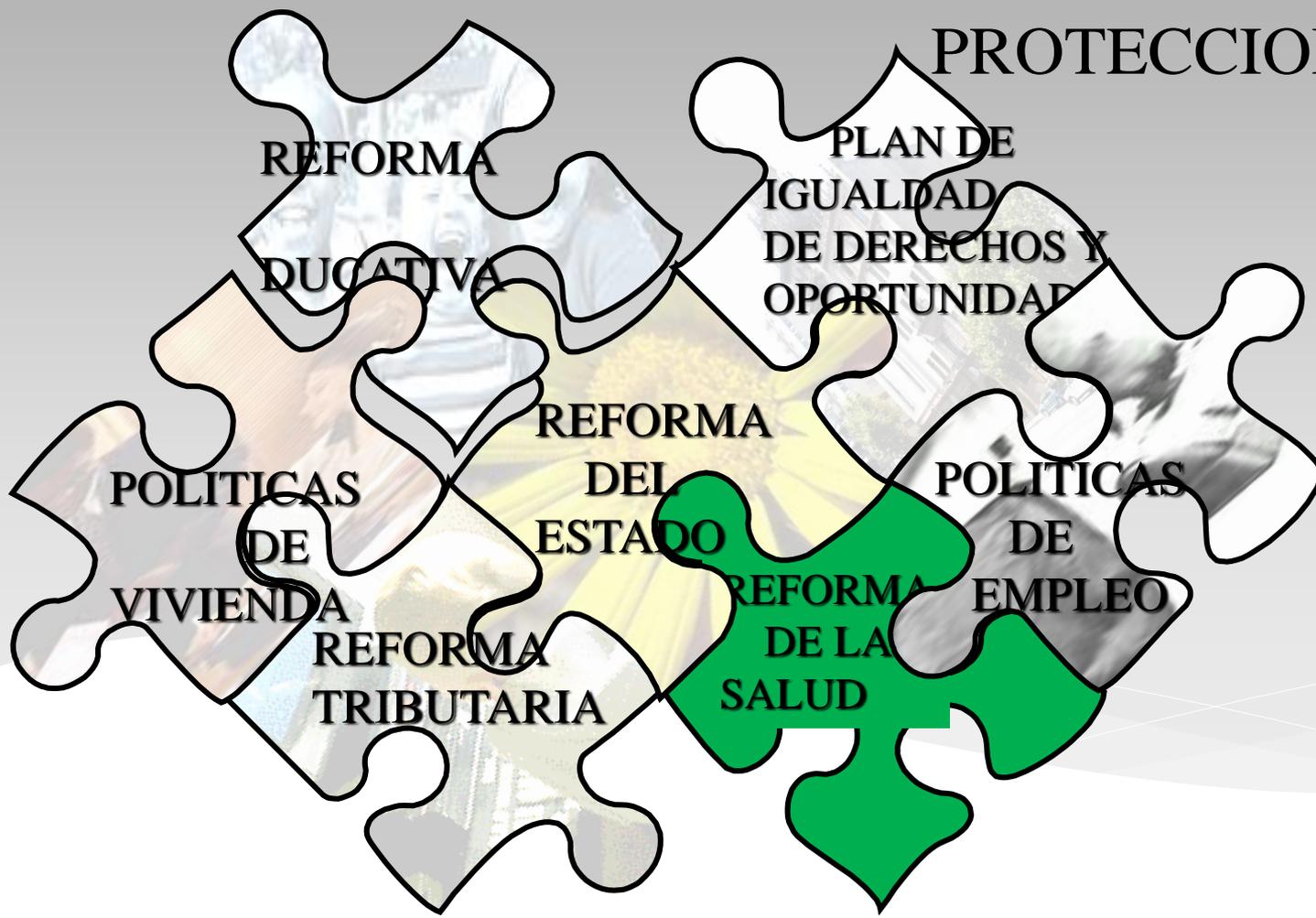
De que se enferman los uruguayos?

- * Enfermedades no transmisibles:
 - ✓ Enfermedades cardiovasculares
 - ✓ Hipertensión arterial
 - ✓ Diabetes Mellitus
 - ✓ Enfermedades mentales
 - ✓ Enfermedades reumáticas

Sistema Nacional integrado de salud (SNIS) Y LA SALUD BUCAL

SNIS y articulación del proceso de reforma

COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LA MATRIZ DE PROTECCION SOCIAL



SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Ley N° 18.211

Sistema Nacional Integrado de Salud

COMPONENTES DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

APORTES: ESTADO, HOGARES Y EMPRESAS

FONDO NACIONAL DE SALUD

APORTE SEGÚN INGRESO

CONTRATOS DE GESTIÓN
Pago por cápita: edad, sexo y metas prestacionales

CÁPITA & META

APORTE

PRESTADORES INTEGRALES

PRESTACIONES

USUARIOS

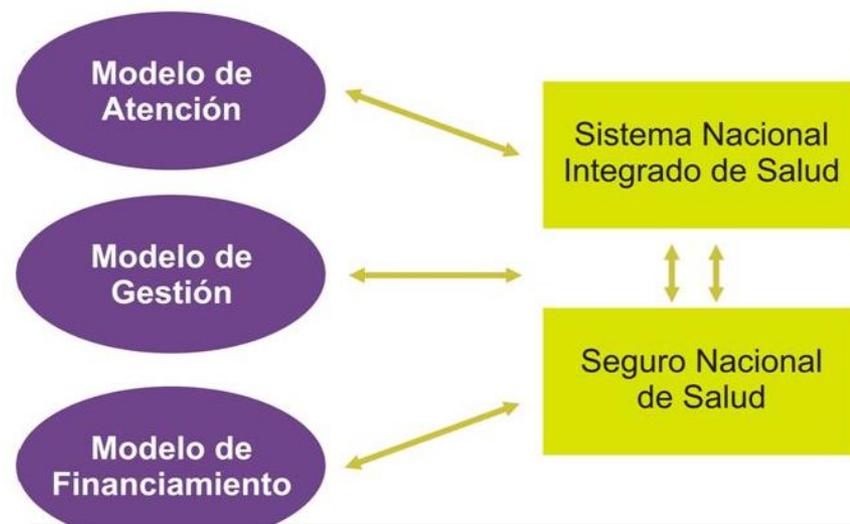
P.I.A.S.

ASSE
- IAMC
- SEGUROS PRIVADOS

FONDO NACIONAL DE RECURSOS
Medicina Avanzada Especializada

Brindan prestaciones integrales

Uno de los ejes es la Vigilancia epidemiológica e inves



Basado en el siguiente concepto de salud:

- Una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad;
- Resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, por tanto de carácter multicausal;
- Que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social;
- Que permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad.

Recuadro 4.4 - Contenidos del Plan Integral de Prestaciones de Salud

El listado explícito de prestaciones es una obligación para todos los **prestadores integrales**, y un **derecho de acceso universal** para la población de todo el país. El acceso a estas prestaciones se basa en el principio de equidad, por que cada habitante tendrá derecho a recibir la atención adecuada según las necesidades y problemas de salud que padezca. Contiene los programas prioritarios de salud, que describen los procesos necesarios para una atención de calidad y el catálogo de prestaciones obligatorias

Programas Integrales de Salud (*)

Contiene 11 Programas Prioritarios de: 1) Niñez, 2) Mujer y Género, 3) Adolescente, 4) Adulto Mayor, 5) Salud Bucal, 6) Salud Mental, 7) Discapacidad, 8) ITS-Sida, 9) Nutrición, 10) Usuarios Problemáticos de Drogas, 11) Control de Tabaco.

Catálogo de prestaciones

- Modalidades de Atención, según complejidad
- Especialidades Médicas y técnicas para el control y recuperación de salud
- Procedimientos diagnósticos
- Procedimientos terapéuticos y de recuperación
- Salud Bucal
- Formulario Terapéutico de Medicamentos y Vacunas
- Transporte Sanitario

Fuente: Decreto 464/2008. (*) Los contenidos de los programas están disponibles en:
http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html

MSP .La Construcción del Sistema
Nacional Integrado de Salud

La odontología y el SNIS

Si bien la atención Odontológica está prevista en el texto de la ley no se ha concretado hasta el momento.

Se han hecho algunos cambios positivos que no tienen gran impacto.

300 odontólogos para 1.200.000

En función de la normativa vigente, Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 48/1983:

- a) – Controles odontológicos periódicos preventivos;
- b) – Avulsiones dentarias, cirugía buco maxilar y buco maxilofacial.
- c) – Urgencias odontológicas.

A partir del 1° de enero de 1987, la atención de los afiliados tendría como mínimo el siguiente contenido:

- a) – Examen bucal, diagnóstico y plan de tratamiento.
- b) – Radiografías dentales.
- c) – Educación y prevención.
- d) – Técnica de Masler.
- e) – Sellantes selectivos.
- f) – Obturaciones en dientes temporarios y permanentes con amalgamas, silicatos, resinas compuestas, vidrio ionómero, etc.

CONSULTAS
Consulta de control incluye el examen clínico y las acciones preventivas de Educación para la salud, enseñanza de higiene bucal, profilaxis, aplicación tópica de flúor.
Examen clínico. Historia de salud enfermedad, diagnóstico y plan de tratamiento.
Consulta: Prestación destinada a la solución de un problema específico, no significa intención de continuidad en el tratamiento.
Consulta de emergencia, destinada a la solución de la urgencia y emergencia de origen bucal.
PRESTACIONES PREVENTIVAS
Educación para la salud, motivación, instrucción acerca de factores de riesgo y mecanismo de control. Enseñanza de Higiene Bucal. Test colorimétrico.
Profilaxis
Aplicación tópica de flúor en todas las piezas dentales.
Sellantes de fosas y fisuras, por pieza
Remineralizantes, por pieza
Cariostáticos, por pieza
Técnicas de mínima intervención, eliminación de tejido infectado y colocación de cementos temporarios o semipermanentes, por cuadrante.

CIRUGÍA
Extracción dental
Regularización alveolar
Descubierta submucosa
Reimplante
CIRUGÍA CORRIENTE: Extracción con pase a cirujano, Piezas retenidas, Frenillo biopsias de boca con técnica de colgajo, domaje de flumones buco céntrico faciales,

remoción de aparatología de inmovilización de fracturas, quistectomías, apicectomías
CIRUGÍA MAYOR: Alveoplastia, Litiasis de Wharron, Litiasis del Stenson (vía bucal), Plurias de comunicación buco sinusal y buco nasal, Fracturas del maxilar inferior dento alveolares, extirpación de los tumores de las mucosas bucales e intermaxilares por enucleación, rínulas, hiperplasia protéticas, vestibuloplastias.
ALTA CIRUGÍA: Fracturas basales maxilar superior e inferior, cierre de solución de continuidad de bóveda palatina, vestibuloplastias con injerto de piel, reparación de pérdida de sustancia: de cualquier etiología, glossectomías apical, sublinguectomías, quistes con relación de cavidades vecinas, tratamiento quirúrgico de osteomielitis de maxilares, neurectomía de infraorbitario y dentario inferior.
CIRUGÍA ALTAMENTE ESPECIALIZADA: Fracturas y disrupciones: cráneo faciales, extirpación de tumores: por resección, hemimandibulectomía, maxilectomía, reconstrucción de pérdida: mandibulares o maxilares mediante autoinjertos óseos, operación de Traliner (descenso de piso de boca), cirugía de ATM.
REHABILITACIÓN DENTAL Y OCLUSAL
Restauraciones de Amalgama
Restauraciones con materiales plásticos estéticos
REHABILITACIÓN PERIODONTAL
Profilaxis y eliminación de tártaro
DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO (convencional y digital)
Radiografías Periapicales
Radiografías oclusales
Radiografía bitewing
Tomografía computada

Ley N° 18.211

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:



SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)

ANEXO II

CATÁLOGO DE PRESTACIONES

La salud bucal en la reforma

14 de agosto de 2018 | Escribe: [Liliana Queijo](#), [Pablo Bianco](#) en [Posturas](#)

liliana queijo y pablo bianco.

Desde el inicio de la reforma de la salud se han logrado mejoras importantes en la atención de la población. Se universalizó la asistencia facilitando la accesibilidad. Se avanzó en la equidad, tanto en el aporte como en la distribución de los recursos. Se dignificó en gran medida la atención en el prestador público, que como resultado de las políticas de los partidos tradicionales era apenas algo más que ruinoso. No hay más policlínicas donde para revisar a los niños se apartan las hormigas que caen del techo, ni el agua contaminada de la enfermería se vierte en las cunetas, ni hay profesionales atendiendo a la población debajo de un árbol. La tecnología en los hospitales pasó del siglo XIX al XXI. Las

Hoy la situación es diferente, y parece muy inconveniente seguir postergando el logro de universalidad, integralidad y equidad en el acceso difiriendo la incorporación de prestaciones. Es imprescindible la incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de la atención en salud mental, salud bucal, y la rehabilitación integral de las discapacidades.

ALGUNAS INVESTIGACIONES QUE EVIDENCIAN LAS INEQUIDADES EN SALUD BUCAL

Evidencia sobre desigualdades en salud en Uruguay

- ❖ «Primer Relevamiento Nacional de salud bucal en población joven y adulta uruguaya» 2010-2011
- ❖ «Relevamiento y análisis de caries dental, fluorosis y gingivitis en adolescentes escolarizados de 12 años en la República Oriental del Uruguay» 2011.
- ❖ Situación de la población del programa «Uruguay Trabaja», 2007.
- ❖ Perfil de salud-enfermedad de los pacientes que demandan atención en la F.O.

Perfil epidemiológico de salud bucal de la población uruguaya adulta

Caries y necesidad de tratamiento de adultos con situación de exclusión social Montevideo, Uruguay, 2007.

- 85% eran mujeres.
- El 66% tenía primaria completa o incompleta.

Caries según la edad muestra de los protagonistas de TPU

Edad en años	CPO	CPO=0 (%)
De 18 a 34	15,39	1
De 35 a 44	19,94	0
Mayor a 45	23,16	0
Totales	18,32	0.3%

35-44
CPOD:
15

- Más del 99% de la población tiene o tuvo caries
- EL 80% de los pacientes necesitan algún tipo de prótesis

TITULO: PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD BUCAL EN POBLACIÓN JOVEN Y ADOLESCENTE URUGUAYA. 2010-2011

PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD BUCAL POBLACION ADOLESCENTE Y ADULTA URUGUAYA -¿Un instrumento para señalar inequidades?-

FACULTAD DE ODONTOLOGIA: SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA, CATEDRA DE ODONTOLOGIA SOCIAL

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA : COMISION SECTORIAL DE INVESTIGACION CIENTIFICA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS:INSTITUTO DE ESTADISTICA

FINANCIAMIENTO

Comisión Sectorial de Investigación Científica (Udelar)
Facultad de Odontología.

Sociedad Uruguaya de Investigación Odontológica (SUIO)

AUSPICIO

Ministerio de Salud Pública.

COLABORACIÓN:

Colgate Palmolive S.A. Uruguay.



CARRERA DE ODONTOLÓGIA



LA PRIMERA ENCUESTA DE SALUD BUCAL EN LA POBLACION ADOLESCENTE Y JUVENIL



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA



Relevamiento Nacional de
Salud Bucal

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en Población joven y adulta uruguaya

Escrito por Administrator

En el contexto del **Programa de Fortalecimiento de la Investigación de Calidad en la UdelAR**, financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), : "**Desarrollo de la Investigación Epidemiológica en la Facultad de Odontología**" se presentaron en el Consejo de la Facultad (jueves 3 de mayo) los resultados preliminares del "**Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en Población joven y adulta uruguaya**".

Se trata de una investigación descriptiva que da cuenta de la situación de salud Bucal (Lesiones de mucosa, Paradencipatías, Caries, Maloclusiones, Pérdida Dentaria y Necesidades de Prótesis) que ha impactado positiva mente en el desarrollo de la investigación en la Facultad y que corresponde a la **primera fase del proyecto global**, cuya **segunda y tercera fase apuntan a la formación de recursos humanos en investigación**.

[Descargue la presentación aquí](#)

Investigación transversal, descriptiva, basada en EBSO, OMS 1997

① Variables de Resultados nivel de salud bucal

- caries, paradenciopatías, lesiones de mucosa (pre-cancer y cáncer), maloclusiones.

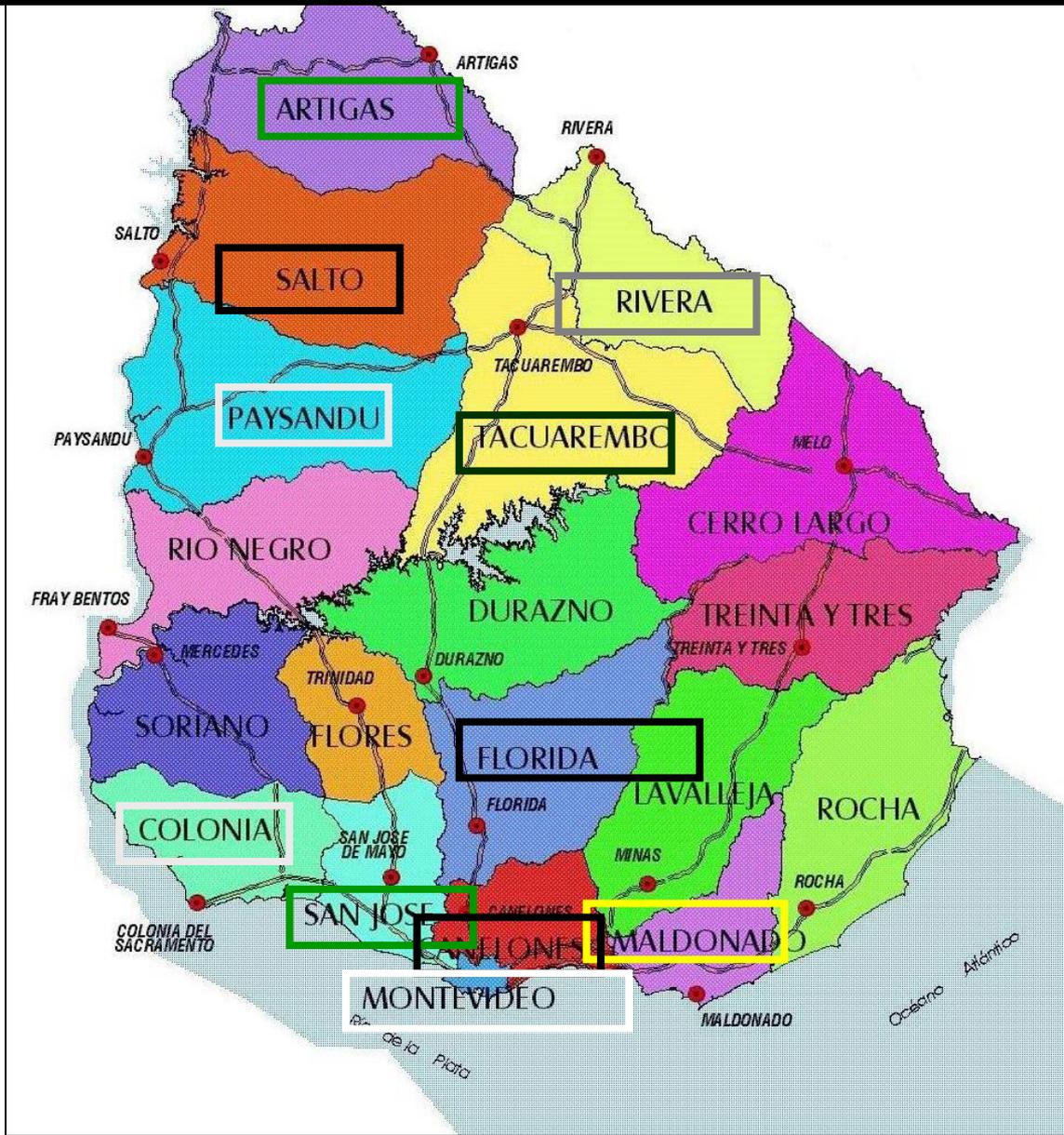
② variables clínicas epidemiológicas

- Caries: CPOD
- Paradenciopatias: IPC
- Maloclusiones: IED
- Lesiones de mucosa:
- Necesidades de tratamiento. Caries, de prótesis y de lesiones de mucosa.
- Factores de riesgo comunes: Hábitos (dieta, tabaco, alcohol).

③ Variables independientes:

- Demográficas y socioeconómicas: Edad y sexo.
- Enfermedades no transmisibles relacionadas por el paciente: cardiovasculares, hipertensión, diabetes.
- Caracterización socio-económica: Índice de Nivel Socio-económico para estudios de mercado y opinión pública, validado por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales para Montevideo e Interior.

- 1 Encuesta de base poblacional con a muestra probabilística con un diseño estratificado por conglomerados.
- 2 Estimación en 6 dominios (3 tramos de edad y 2 regiones Montevideo e Interior para ciudades de 20000 o mas habitantes).
- 3 Se usa como marco muestral hogares encuestados 4 olas de la ECH de 1 semestre 2010, seleccionando personas en los 6 dominios
- 4 Este diseño es una modificación importante al que sugiere Manual de Encuestas Básicas, OMS,1997 donde se decidió encuestar en hogares un tamaño muestral de 3000 personas en función de la variabilidad a ser observada, niveles de precisión y márgenes de confianza, un efecto diseño de 1,5 y una tasa de no respuesta del 20%.
- 5 Resulta entonces un muestreo en fases, donde hay que combinar los ponderadores de la ECH y los ponderadores de esta última submuestra



Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay

Enfermedad periodontal y factores asociados en la población adulta y adulta mayor: primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en Uruguay

A doença periodontal e fatores associados entre adultos e idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal no Uruguai

Susana M. Lorenzo ¹
Ramón Álvarez ¹
Ernesto Andrade ¹
Virginia Piccardo ¹
Alejandro Francia ¹
Fernando Massa ²
Marcos Britto Correa ³
Marco Aurélio Peres ⁴

ENFERMEDAD PERIODONTAL en adultos uruguayos de 35-44 años

Abstract

The aims of this study were to assess the prevalence of periodontal conditions in the Uruguayan adult and elderly population and its association with socioeconomic and behavioral characteristics. Data from adults (35-44, n = 358) and elderly (65-74, n = 411) who participated in the first National Oral Health Survey, Uruguay, 2011, were used. The survey included a household questionnaire addressing socioeconomic characteristics, and tobacco use. Bleeding on probing (BOP), periodontal pockets (CPI) and clinical attachment loss (CAL) were measured by clinical examination. A multivariable analysis was carried out. Considering both age groups, the prevalence of mild/severe periodontal disease was 21.8% and 9.12% for severe periodontitis. Adjusted analyses revealed an association between high education and all outcomes. Attendance at dental services was negatively associated with BOP and mild to severe periodontitis. Periodontal outcomes were higher in disadvantaged socioeconomic groups. Tobacco consumption has a strong association with periodontal disease in the elderly.

Periodontal Diseases; Dental Health Surveys; Adult; Aged

el análisis multivariado, se observó asociación entre nivel universitario de educación y todas las variables de respuesta. La asistencia odontológica estuvo negativamente asociada con la enfermedad periodontal moderada a severa. La prevalencia fue mayor en el grupo con menor nivel socioeconómico. En los ancianos, el hábito de fumar estuvo fuertemente asociado con la enfermedad periodontal.

prevalencia fue mayor en el grupo con menor nivel socioeconómico. En los ancianos, el hábito de fumar estuvo fuertemente asociado con la enfermedad periodontal.

Enfermedades Periodontales; Encuestas de Salud Bucal; Adulto; Anciano

INSE
Índice de nivel socioeconómico

¹ Facultad de Odontología, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

² Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

³ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

⁴ Australian Research Centre for Population Oral Health, Adelaide, Australia.

Correspondence

S. M. Lorenzo
Calle 3 s/n Soler 18, Manz. 73,
Tolado, Carmeloes
91100, Uruguay;
susana.of.lorenzo@gmail.com

PERDIDA DENTARIA

50% de
Perdida
severa

Tooth loss and associated factors in elders: results from a national survey in Uruguay

Patricia Nicola Laguzzi, DDS¹; Helena Silveira Schuch, DDS, MS²; Lucy Derrégibus Medina, DDS¹; Andrea Rodríguez de Amores, DDS¹; Flavio Fernando Demarco, DDS, PhD³; Susana Lorenzo, DDS¹

¹ School of Dentistry, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

² Australian Research Centre for Population Oral Health (ARCPHO), School of Dentistry, The University of Adelaide, Adelaide, SA, Australia

³ Social and Preventive Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, RS, Brazil

Keywords

tooth loss; elderly; epidemiology; caries; socioeconomic.

Correspondence

Prof./Dr. Flávio Fernando Demarco, Rua Gonçalves Chaves, 457, 5° andar, Centro. CEP 96015-560, Pelotas, RS, Brasil.

Tel: +55-53-3225-6741;

Fax: +55 53-3222-6690 R. 135;

e-mail: ffdemarco@gmail.com. Patricia Nicola Laguzzi, Lucy Derrégibus Medina, Andrea Rodríguez de Amores, Susana Lorenzo (PhD Student) are with the School of Dentistry, Universidad de la República. Helena Silveira Schuch (PhD Student) is with Australian Research Centre for Population Oral Health (ARCPHO), School of Dentistry, The University of Adelaide. Flavio Fernando Demarco is with

Abstract

Objectives: This study evaluated the prevalence and severity of tooth loss in Uruguayan elders, assessing its association with demographic, socioeconomic, and behavioral factors; the use of health services; and self-reported dental treatment need.

Methods: A population-based cross-sectional study was done among Uruguayan individuals of ages 65-74 years. Data were collected through questionnaires and clinical examinations. The dependent variable, tooth loss, was classified into three distinct outcomes: functional dentition (≥ 20 teeth), severe tooth loss (< 9 teeth), and edentulism. The independent variables were: sex, socioeconomic status, use of health services, hypertension, diabetes mellitus, tobacco use, frequent consumption of alcohol, hygiene habits, and need for dental care.

Results: The sample comprised 341 individuals, and the mean number of teeth present was 9.73 (95% confidence interval, 8.77-10.69) for each individual. After multivariate analysis, lack of a functional dentition, severe tooth loss, and edentulism were found to be associated with lower socioeconomic level, frequent

Table 2 Crude and Adjusted Analysis of Having at Least 20 Teeth in Mouth in the Elderly

Independent variables	PR (95% CI) [†]	P value	PR (95% CI) [*]	P value
Socioeconomic and demographic variables				
Sex		0.378	–	–
Male	1			
Female	1.07 (0.92-1.24)			
Family income		0.014		0.014
High/medium	1		1	
Low	1.18 (1.03-1.34)		1.18 (1.03-1.34)	

Caries Dental : Adultos uruguayos de 35-44 y 65-74 años

Dental caries findings :
National

Caries de
uruguayos
Uruguayo

Cárie dental
resultado
Uruguayo

¹ Facultad de Odontología
Universidad de la
Montevideo, Uruguay
² Programa de Pós-graduação em Odontologia
Universidade Federal de Pelotas,
Pelotas, Brasil.
³ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo investigar las condiciones de caries y factores asociados en población adulta y adulta mayor uruguaya, a partir de datos del primer Estudio Uruguayo de Salud Oral. Los datos fueron representativos del país. Las condiciones socioeconómicas fueron evaluadas por cuestionarios. La caries dental fue evaluada por examen clínico, mediante el índice CPO-D. La muestra final evaluada fue de 769 personas. El CPO-D medio fue de 15,20 y 24,12 para los tramos de 35-44 años y de 65-74 años, respectivamente. La media de dientes cariados fue 1,70 entre los adultos y 0,66 entre los adultos mayores. Análisis multivariantes mostraron una mayor severidad de caries: el tramo de 65-74 años, el bajo nivel socioeconómico, usuarios del servicio público de salud oral, y la presencia de sangrado gingival; mientras para caries sin tratar: el tramo de 35-44 años, el bajo nivel socioeconómico, el uso del servicio público de salud oral, el cepillado menor a dos veces al día, la necesidad auto-reportada para tratamiento dental y la presencia de caries radicular estuvieron asociadas. Adultos y adultos mayores uruguayos de bajo nivel socioeconómico concentran mayor carga de caries dental.

Table 2

Mean number of decayed teeth (D component) according to exposure variables in a sample of Uruguayan adults and elders, 2010-2011 (n = 769).

Variables	Mean values (95%CI)	p-value *
Socio-demographic variables – block 1		
Sex		0.302
Female	1.20 (0.96-1.44)	
Male	1.40 (1.07-1.73)	
Age (years)		< 0.001
35-44	1.70 (1.39-2.00)	
65-74	0.66 (0.48-0.84)	
Region of the country		0.782
Countryside	1.33 (1.09-1.58)	
Capital area	1.28 (0.97-1.59)	
Socioeconomic position		< 0.001
Low	2.02 (1.59-2.45)	
Medium/High	0.96 (0.76-1.16)	
Type of dental service		< 0.001
Public	2.16 (1.64-2.69)	
Private	0.96 (0.74-1.17)	

CARIES DENTAL

TC

Índice de concentración

-0,180

Población de 12 años

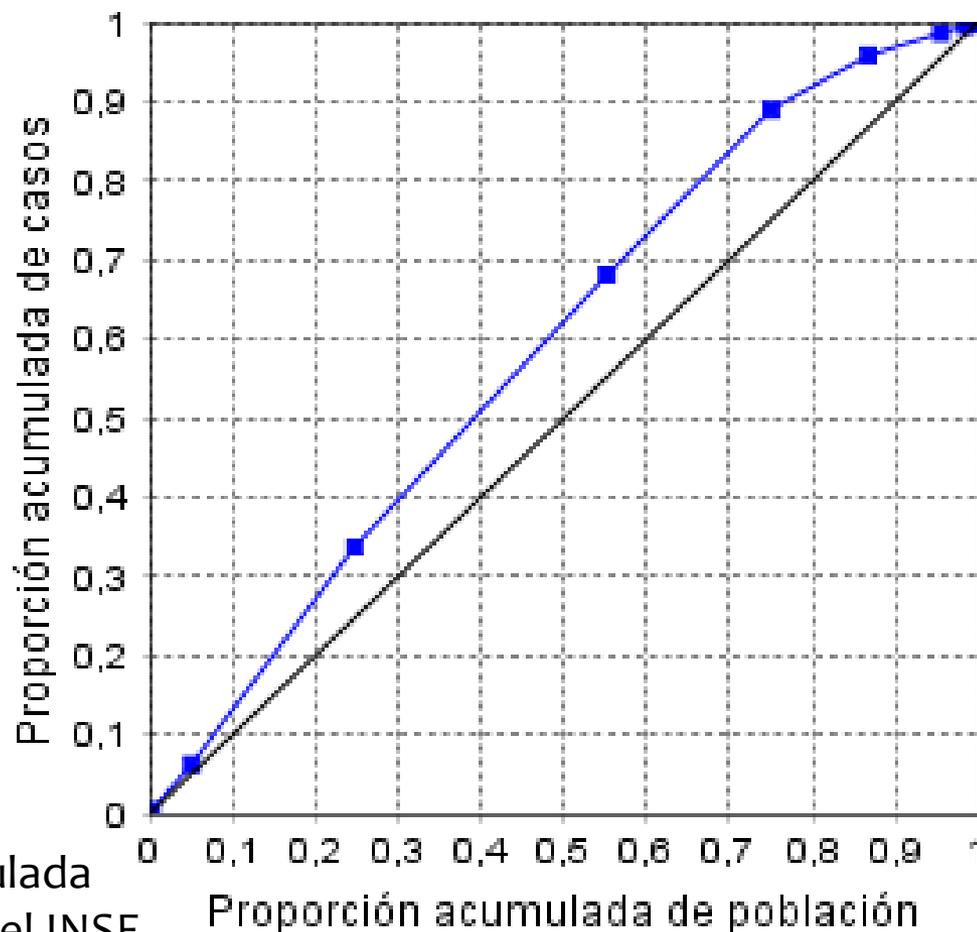
CPOD: 1.23

Libres de Caries: 49%

Caries no tratada:
Componente C del
CPOD

Criterio: caries de
esmalte

Curva de concentración



Población acumulada
ordenada según el INSE

CARIES DENTAL

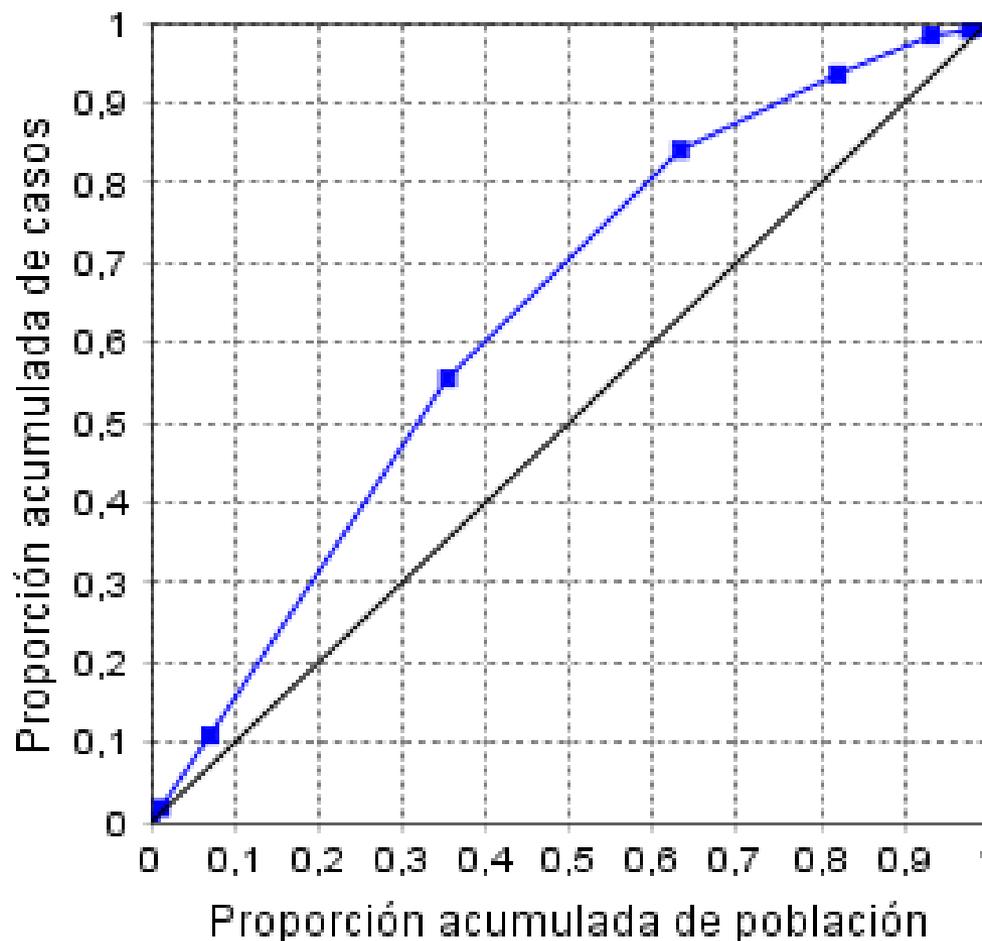
caries

Índice de concentración

-0,268

De 35 a 44 años

Curva de concentración



Caries no tratada:
Componente C del
CPOD
Criterio: OMS
(cavitación)

Se presentan a continuación avances correspondientes al interior

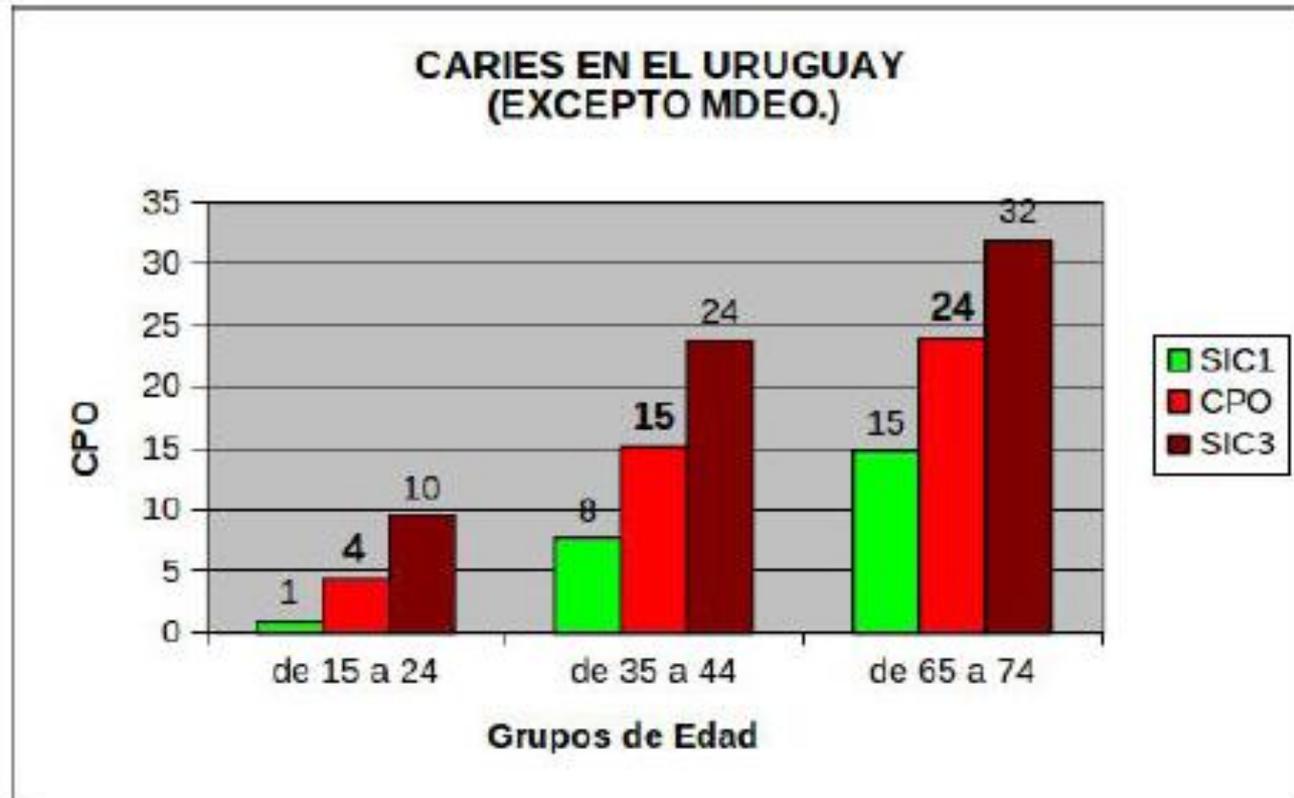


Figura: Distribución de CPO

FACTORES DE RIESGO: Pacientes de la Facultad odontología vs datos nacionales

Facultad de Odontología¹

Encuesta MSP*

* Tabaco: 33.7%	→	* 26%
* Alcohol: 21.8%	→	* 9.5%
* Bajo consumo FyV: 90.9%	→	* 91%
* AF insuficiente: 55.3 %	→	* 22%
* SP/Obesidad: 57.3%	→	* 59%
* HTA: 44%	→	* 30%
* Diabetes: 12.1%	→	* 6%

¹ Salud Bucal y ENT, 2015-2016

*2da. Encuesta Factores de Riesgo - MSP 2013

R
E
S
U
L
T
A
D
O
S

PERFIL EPI. DE LOS PACIENTES QUE CONCURREN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Salud Bucal

R
E
S
U
L
T
A
D
O
S

	Total	15 a 24	35 a 44	65 a 74
n	602	88	114	59
%				
Caries	72.8 (69.2 - 76.3)	71.6 (68.0 - 75.2)	79.8 (76.6 - 83.0)	44.1 (40.1 - 48.1)
n	602	88	114	59
%				
Periodontitis	42.9 (12.3 - 18.9)	14.8 (11.9 - 17.6)	38.1 (34.2 - 41.9)	66.7 (62.9 - 70.4)
n	602	88	114	59
%				
Pérdida severa	9.3 (7.0 - 11.7)	0 --	2.6 (1.4 - 3.9)	16.7 (13.7 - 19.7)

Datos Nacionales

56% - 29%

16% 35%

10% 53%

Conclusiones / Propuestas/dudas



Conclusiones / Propuestas/Interrogantes

LA SALUD COMO PROCESO SOCIO-HISTORICO



CONCLUSIONES

La salud bucal como práctica social, como parte de la salud integral, como derecho.

Las inequidades en salud bucal determinadas socialmente.

Existe mucho por hacer y nuestra agenda es por el cambio

PREGUNTAS:

- Viabilidad de las propuestas Vs recursos y escasez de demanda social.
- Rol de la Universidad en el reclamo del derecho a la salud bucal.

PROPUESTAS

- Enfoque de factores comunes de riesgo. Enfoque crítico.
- Unificar y mejorar los registros :OBSERVATORIOS EN SALUD BUCAL. Generar colectivos de trabajo en torno a proyectos.

URUGUAY: ABOGAR POR LA ODONTOLOGIA DE HECHO EN EL SNIS

Queremos agradecer la invitación al congreso
así como vuestra atención a esta presentación.



Susana.of.lorenzo@gmail.com