

Salud oral en el Ecuador. Perspectiva desde la salud pública y la bioética

[Cómo citar este artículo: Masson, M., Simancas-Racines, D., Viteri-García, A. Salud oral en el Ecuador. Perspectiva desde la salud pública y la bioética. *Práctica Familiar Rural*. 2019 noviembre; 4(3).]

María José Masson[a], Daniel Simancas-Racines[a] Andrés Viteri-García[a]

a. Universidad UTE. Centro de Investigación de Salud Pública y Epidemiología Clínica (CISPEC). Quito, Ecuador.

DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v4i3.121>

Recibido: 01/10/2019 Aprobado: 29/11/2019

RESUMEN

El estado ecuatoriano consagra la salud como un derecho fundamental a través de su consunción, para garantizar este derecho ha implementado múltiples estrategias de salud pública a través del Ministerio de Salud. Sin embargo, la inclusión de la salud bucal en estas políticas es una deuda sanitaria pues poco ha sido articulada en estas iniciativas. El presente artículo pretende hacer un resumen de las políticas en salud pública odontológica consideradas por los autores como un eje importante en la cobertura de servicios de la salud en el país. Además considerar que posiblemente la ausencia de información actualizada sobre el estado de salud bucal de los ecuatorianos, contribuye directamente en falta de implementación de nuevas intervenciones basadas en evidencia científica que apoye la toma de decisiones informadas.

Palabras Claves: salud pública, Ecuador, salud oral, odontología

Oral health in Ecuador. Perspective from public health and bioethics

ABSTRACT

The Ecuadorian state consecrates health as a fundamental right through its constitution, to guarantee this right it has implemented multiple public health strategies through the Ministry of Health. However, the inclusion of oral health in these policies is a health debt because little has been articulated in these initiatives. This article intends to summarize the policies in dental public health considered by the authors as an important axis in the coverage of health services in the country. Also consider that possibly the absence of updated information on the oral health status of Ecuadorians, contributes directly to the lack of implementation of new interventions based on scientific evidence that support informed decision making.

Keywords: Public health, Ecuador, oral health, dentistry

INTRODUCCIÓN

En Ecuador, la salud es consagrada como un derecho fundamental. La constitución del Ecuador en su artículo 32 establece a la salud como un derecho que garantizará el Estado, *“mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”*.(1)

La Ley Orgánica de Salud establece en su artículo 4 que *“la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública...”*, y en su artículo 6 que es su competencia *“diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares...”*(2)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) establece que uno de sus objetivos es la *“reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva...”*

El MAIS-FCI define al equipo de atención integral de salud como un médico general o familiar, enfermero y un Técnico en Atención Primaria de Salud (TAPS). Únicamente se menciona al personal odontológico en el anexo 2 del MAIS-FCI.(3) El Plan Nacional de Salud Bucal fue publicado por primera y única vez en 2009; a pesar de que en él se detallan las funciones que el MSP tiene respecto de la promoción, prevención y cobertura de salud, no ha podido ser cumplido en su totalidad. Es claro que la política pública respecto a salud oral es mínima en el Ecuador, la falta de normativas y control, o su incongruencia ocasiona que existan diversos problemas que ejemplificaremos a continuación.

El último estudio epidemiológico nacional de salud oral reportado fue el realizado por Ruiz et al. en 1996 (4). Hace más de 20 años que no se realiza un estudio epidemiológico nacional oficial respecto a la salud oral. Incluso el Plan Nacional de Salud Bucal hace únicamente referencia a este estudio cuando establece el perfil epidemiológico del país.

Tomaremos el ejemplo del flúor tópico para la prevención de caries, el tratamiento con la aplicación de flúor sobre dientes susceptibles indistintamente de la exposición

de la persona a agua fluorada o algún otro medio, ha mostrado grandes beneficios que incluso se aumentan en personas con alto riesgo cariogénico.(5) Los dentífricos o pastas dentales son de fácil acceso incluso en países en vías de desarrollo, por lo que se han constituido como el medio más importante para el control de caries, dado que durante el cepillado dentario se elimina el biofilm y se produce la incorporación de flúor en el tejido dentario, tras el empleo de un dentífrico fluorado, en la saliva las concentraciones de flúor se mantienen durante una a dos horas hasta llegar nuevamente a valores iniciales que encontramos antes del cepillado, sobre el biofilm, pese a ello, las concentraciones de flúor después del cepillado se mantienen hasta diez horas, de ahí la importancia de destacar que al prolongarse el tiempo del flúor en boca, puede llegar a actuar en áreas que el cepillado muchas no llega, concediendo una gran ventaja en cuanto al empleo de pastas fluoradas.(6)

El efecto de la reducción de caries por los dentífricos está influenciado a su concentración, como lo describe Walsh et al, en la última revisión sistemática Cochrane, publicada en marzo de 2019, las concentraciones en dentífricos de 1000 a 1250 ppm de flúor que evidencian una reducción de las lesiones cariosas en un 23%, en cuanto que concentraciones de 2800 ppm de flúor reducen la incidencia de caries hasta en un 36%.(5)

Según la Guía de Práctica clínica sobre prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental, publicada en España en el 2014, la recomendación internacional establece un mínimo de dos cepillados diarios con una pasta dental fluorada (Nivel de Evidencia 1++/Nivel de recomendación A-Extremadamente recomendable). Se evaluó la efectividad de pastas con distintas concentraciones de flúor, hallando un efecto dosis respuesta que sugiere que las pastas con mayor concentración de flúor tienen un mayor efecto preventivo, especialmente en estudios con cepillado supervisado y en grupos de alto riesgo. Este efecto parece significativo a partir de 1000 ppm, por lo que los autores apoyan la recomendación de indicar pasta con 1000 ppm para los niños pequeños y de 1500 ppm para los adolescentes-adultos.(7)

En el 2012, El Consejo de Asuntos Científicos de la Asociación Dental Americana (ADA), se pronunció sobre el uso de fluoruros en la pasta dental para niños pequeños. Emitiendo una recomendación unificada en base a una revisión sistemática de la evidencia. Los resultados de la revisión demostraron que para los niños menores de 6 años, el uso de pasta dental con flúor es eficaz para reducir la caries. La evidencia también mostró que la ingestión de cantidades del tamaño de un guisante o más puede conducir a una fluorosis leve. La ADA actualmente aconseja a los cuidadores que el cepillado vaya acompañado de agua, y se consulte con un odontólogo antes de usar pasta dental con fluoruro, para niños menores de 2 años. Además se

recomienda el uso de una cantidad de pasta dental con flúor del tamaño de un guisante para niños de 2 a 6 años de edad.(8)

Otras recomendaciones del 2011, de la Academia Americana de Odontopediatría, proponen el uso de una “mancha” de pasta dental con fluoruro (aproximadamente 0.1 gramos de pasta dental o 0.1 miligramos de fluoruro) para niños menores de 2 años y una cantidad del tamaño de un guisante (aproximadamente 0,25 g de pasta de dientes o 0,25 mg de fluoruro) para niños de 2 a 6 años de edad.(8)

En la guía de práctica clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries dental en niños y niñas del Ministerio de Salud de Perú, se establece que el cepillado dental con pasta fluorada debe iniciarse con la erupción de los incisivos primarios superiores (6-10 meses de edad), mínimo 2 veces al día, y con una pasta dental ≥ 1000 ppm de flúor.(9)

En Ecuador, la guía de práctica clínica, denominada Caries, del 2015, elaborada por el Ministerio de Salud Pública, afirma que los programas basados en información continua y repetitiva de salud bucal incluyendo hábitos dietéticos, sumados a un cepillado diario con pasta dental con flúor es efectivo para prevenir caries en niños de 2 a 3 años de escasos recursos económicos, pero no menciona las concentraciones recomendadas de flúor en dichas pastas, además se recomienda que los niños deben iniciar el cepillado dental y ser asistidos que inicia la erupción dentaria, es decir a los 6 meses de edad, pero nuevamente se omite la concentración adecuada de flúor para este rango de edad. (10)

En la Guía Clínica Salud Oral integral para niños y niñas de 6 años, presentada por el Ministerio de Salud Chileno, en 2013 se establece con Grado de recomendación A, el cepillado de los dientes 2 veces al día con pastas dentales fluoruradas de 1,000 a 1,500 ppm. (11)

En 2009, el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda recomendó que la pasta dental de al menos 1000 ppm debe usarse dos veces al día para todas las edades y se especifica que para los niños menores de 6 años que viven en áreas con riesgo de fluorosis que tienen bajo riesgo de caries dental, se puede considerar que la pasta dental con fluoruro de menos de 1000 ppm reduciendo la ingesta total de fluoruro.(12)

La asociación odontológica alemana afirma que solo se debe usar pasta de dientes que contenga no menos de 1,000 ppm de fluoruro, tan pronto como salgan los dientes en la boca, dos veces al día, en niños de 3 a 6 años, la cantidad de pasta de dientes adecuada es la del tamaño de un guisante para pastas dentales de entre 1.350 a 1.500 ppm de fluoruro(13)

La asociación de odontopediatras alemanes describe que entre los 6 meses- <2 años, se debería usar pasta dental de 500 ppm, dos veces al día en cantidad del tamaño de un guisante, y desde los 2- <6 años, la concentración adecuada es de 1000ppm, dos veces al día en cantidad del tamaño de un guisante, finalmente para 6 años y más, la pasta debe contener al menos 1450 ppm, ser usada dos veces al día, en cantidad de 1-2 cm.(14)

La guía irlandesa de salud oral en 2009, estableció que a partir de los 2 años de edad, los programas relacionados con la distribución de pasta dental con flúor deberían considerar el uso de pasta de dientes que contenga al menos 1,000 ppm de fluoruro. Para los niños <2 años de edad, se debe alentar a los padres / cuidadores a cepillar los dientes de sus hijos tan pronto como aparezca el primer diente, usando solo un cepillo de dientes suave y agua.(15)

Como se mencionó anteriormente, el efecto de la reducción de caries por los dentífricos está influenciado por su concentración. En Ecuador, en 2019 aún se comercializan pastas dentales con y sin flúor, indicadas para niños; en un censo que realizamos en octubre de 2019, verificamos que el 25% de pastas dentales para niños no contienen flúor, y el 37% contienen 500 ppm de fluor, pese a que existe vasta evidencia científica que indica que en los dientes primarios desde la erupción del primer diente, el cepillado debería realizarse con una cantidad de 0,1 mg de flúor dos veces al día, lo que significa usar una cantidad del tamaño de un grano de arroz con una crema dental que contiene 1000 ppm de flúor.(8)

Surge la pregunta desde la bioética, de por qué el Ministerio de Salud Pública no ha emprendido acciones necesarias para que los productos cumplan con las regulaciones recomendadas internacionalmente, si es justamente esta cartera de Estado quien ejerce la rectoría del sistema de salud.

La normativa propuesta por el MSP es contradictoria respecto a los profesionales relacionados con la salud oral. Por una parte el MAIS-FCI no los considera parte de los EBAS, su segundo anexo los considera como importantes actores de salud, que deberán trabajar junto a los EBAS en la comunidad, y finalmente el Plan Nacional de Salud bucal asegura que si existen odontólogos EBAS, así como odontólogos operativos y rurales.

CONCLUSIONES

La bioética en nuestro país ha estado asociada a la investigación con seres vivos o tejidos de estos; sin embargo, la bioética debería trascender los límites de la investigación biomédica y alcanzar otros espacios. La toma de decisiones basadas en evidencia, así como la utilización de la mejor evidencia científica para la generación

y aprobación de políticas públicas son ejemplos de cómo la bioética debe ser utilizada en nuestro medio.

La evidencia actual apoya la inclusión del flúor como medida de salud pública en la prevención de las lesiones cariosas, desde la erupción de los primeros dientes, si bien el uso de pastas dentales fluoradas debería ser analizada en áreas de fluorosis endémica, es una medida que podría aplicarse a gran parte de la población. Es deber del Ministerio de Salud, normatizar el expendio de pastas dentales para garantizar el acceso a medios preventivos que han demostrado efectividad y seguridad.

La inobservancia de la evidencia que se ha presentado a nivel internacional, y la falta de regulación en el expendio de pastas dentales que cumplan los requisitos mínimos de fluoración, podría contribuir al mantenimiento de los altos niveles de caries en la población infantil, que se ve reflejada en altos costos para el Estado ecuatoriano para su tratamiento.

De las estrategias contempladas en el plan nacional de salud bucal, no existe una evaluación sobre la implementación, alcance y efectividad de las mismas. El hecho de no contar con datos epidemiológicos nacionales, nos impide analizar dichas estrategias.

La odontología, desde una perspectiva de salud pública en el Ecuador, es una tarea pendiente del Estado. Es importante que se inicie el debate respecto a cuáles son los factores que han causado este retraso respecto a otras ramas de la ciencia de la salud, en desmedro de los derechos y salud de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. "Constitución de la República del Ecuador." In: Registro Oficial 449. 2008.
2. "Ley Orgánica de Salud". Registro Oficial 423, Quito, Ecuador 2006 p. Última modificación 18 de diciembre de 2015.
3. Ministerio de Salud Pública. "Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)." 2012.
4. Ruiz, O., Narvaez, A., Narvaez, E., Herdoiza, M., Torres, I., Pinto, G., ... & Catillo PPL. Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares Fiscales Menores de 15 Años del Ecuador. 1996;
5. Walsh T, Worthington H V., Glennly AM, Marinho VCC, Jeronic A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2019(3).
6. Fukushima R, Granjeiro JM, Taga EM, Buzalaf MAR. Cinética do flúor na saliva de adultos e crianças após o uso de dentifrícios fluoretados. Rev FOB. 2000;8(1/2):45-50.
7. Casals Peidró E, Pereiro G. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. RCOE Rev del Cons Gen Colegios Odontólogos y Estomatólogos España. 2014;19(3):189–248.
8. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Fluoride toothpaste use for young children. JADA. 2014;145(2):190–1.
9. Ministerio de Salud Pública Perú. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños: Guía técnica. 2017 p. 22–3.
10. Ecuador M de SP. Caries: (GPC). 2015. pg 13.
11. Ministerio de Salud Chile. "Guía Clínica Salud Oral integral para niños y niñas de 6 años." 2013. 26–27 p.
12. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme a division of the NHS. Prevention and Management of Dental Caries in Children: Guidance in Brief. 2010.
13. Alemania AF de D y DF. Evite la caries en la primera infancia: una guía para la práctica dental , Berlín, mayo de 2016. 2016.
14. Association of the Scientific Medical Societies in Germany. Fluoridation Measures for Caries Prevention. 2013.
15. Irish Oral Health Services Guideline Initiative. Oral Health Assessment. Best practice guidance for providing an oral health assessment programme for school-aged children in Ireland. 2012