

**SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS DE BAJOS INGRESOS
PRÁCTICA DE RESTAURACIÓN ATRAUMÁTICA (PRA)**

(TC-98-07-02-7-RG)

RESUMEN EJECUTIVO

Solicitantes:	Ecuador, Panamá y Uruguay		
Organismo ejecutor:	Organización Panamericana de la Salud (OPS) por medio del Programa Regional de Salud Bucal de la División de Desarrollo de Servicios y Sistemas de Salud.		
Beneficiarios:	Ecuador, Panamá y Uruguay.		
Financiamiento:	BID:	US\$ 870.200 (FJ)	
	Financiamiento de contrapartida local:	US\$ 462.000	
	Total:	US\$1.332.200	
Plazos:	Plazo de ejecución:	36 meses	
	Período de desembolso:	42 meses	
Revisión ambiental y social:	No hubo recomendaciones por parte de la revisión.		
Objetivos:	Establecer la aplicabilidad del tratamiento de restauración atraumática (TRA) en los países de América Latina y del Caribe, al evaluar la eficiencia y la eficacia de la técnica en comparación con los tratamientos convencionales entre los niños en edad escolar (de 7 a 12 años de edad).		
Descripción:	Por medio del proyecto propuesto se evaluaría la eficacia y la eficiencia relativas de dos modalidades de preservación de la salud bucal y de tratamiento de las caries dentales entre los niños en edad escolar (de 7 a 12 años de edad): i) una sobre la base exclusiva de amalgama provista en un servicio público de salud o en una unidad odontológica móvil por personal odontológico profesional, y ii) una alternativa sobre la base del ionómero vítreo (glass ionomer) como el sellador y el relleno de elección, proporcionado en la escuela por personal de salud de menor calificación, lo que se complementa con un tratamiento de amalgama como en el grupo anterior para aquellos pacientes en los cuales el		

ionómero vítreo no es indicado.

La Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA) de los Estados Unidos ha aprobado, sin limitaciones, el uso de los ionómeros vítreos. Más recientemente, el 23 de mayo de 1995 con el código de referencia K961555 y el 8 de julio de 1996 con el código K961448, fueron aprobados en forma específica por la FDA el GC Fuji IX y el GC Fuji IX GP. La Asociación Dental Estadounidense (ADA) incluye el tratamiento TRA bajo el Programa de Aprobación ADA desde fines de los años 70.

Componentes del proyecto:

1. Se contratará un **coordinador del proyecto** para la administración general de éste y será la persona que sirva de contacto principal para el BID y la OPS, que supervisará el proyecto desde la sede de la OPS. Supervisará también el desarrollo del proyecto, incluidos el diseño, la ejecución, supervisión y el suministro de apoyo técnico para todas las partes involucradas en el proyecto.
2. En cada uno de los países beneficiarios se efectuará un **análisis de eficacia de costos (AEC)** con el fin de evaluar la eficacia y los costos relativos de las dos modalidades de cuidado de la salud bucal y del tratamiento de las caries dentales entre los niños de edad escolar (de 7 a 12 años de edad): i) una sobre la base exclusiva de amalgama provista en un centro de salud o en una unidad odontológica móvil por personal odontológico calificado; y ii) una alternativa en base al ionómero vítreo como el sellador y el relleno de preferencia, proporcionado en la escuela por personal de salud de menor calificación, el tratamiento de restauración atraumática (TRA), el cual es complementado por un tratamiento de amalgama como en el grupo anterior para aquellos pacientes para quienes el ionómero vítreo no es indicado.
3. **Capacitación:** profesionales y personal de apoyo de servicios dentales de salud pública serán capacitados en los aspectos técnicos y clínicos del TRA, y en la administración de ambos tipos de servicio (TRA y sobre la base de amalgama).
4. **Evaluación:** conforme a los resultados del AEC, el coordinador del proyecto con el apoyo de los jefes del equipo del país elaborará un plan de acción de manera que los gobiernos de Ecuador, Panamá y Uruguay puedan proporcionar atención dental efectiva y de bajo costo a sectores de la población que, de otro modo, están desatendidos debido a la ausencia de instalaciones,

equipo y materiales de tratamiento.

Beneficios:

El proyecto propuesto proporcionará una contribución importante en las siguientes áreas: el potencial del TRA para reducir el avance de las caries dentales; los campos clínicos de acción en los cuales el TRA es superior, inferior y complementario a las alternativas convencionales; el diseño y la orientación óptimos de los programas TRA por grupos socioeconómicos y de edad, y el grado de ejecución; las instalaciones clínicas y operativas necesarias para lograr los máximos resultados clínicos, mientras se mantiene los costos de los servicios TRA; la capacidad del sistema actual de financiamiento de la salud para llevar el tratamiento convencional a las comunidades y a la población previamente mal atendidas, sobre una base sostenible.

La selección de un tratamiento alternativo para las caries dentales, simple, de bajo costo, sostenible, y técnica y científicamente comprobado, permite a los servicios dentales de salud pública de la región reducir la acumulación de necesidades dentales insatisfechas, especialmente en la población de alto riesgo.

Riesgos:

Los riesgos de este proyecto son, por una parte, la no aceptación y, en realidad, el rechazo de los protocolos y técnicas del TRA por parte de sectores de la profesión odontológica, debido a la carencia actual de información adecuada sobre sus ventajas y limitaciones. También existe el riesgo de que la aplicación inadecuada de la técnica pueda conducir a malas restauraciones o a restauraciones que causen abscesos y dolor al paciente. En consecuencia, el componente de capacitación del proyecto es crítico para minimizar estos riesgos.

La estrategia del Banco en el país:

La participación del Banco en los servicios de salud bucal ha sido limitada. El potencial para la ejecución a gran escala de esta técnica nueva del TRA, que surja del éxito de este proyecto, colocará al Banco en la posición de facilitar la incorporación de servicios dentales de bajo costo en el conjunto de beneficios de los esfuerzos de reforma del sector de salud. Esto es totalmente compatible con su mandato del Octavo Aumento y su amplia estrategia del sector de salud, que pone de relieve el desarrollo de servicios de salud efectivos, eficaces y orientados a la población.

Condiciones contractuales especiales:

Como una condición para el primer desembolso de los fondos del Banco, una carta de compromiso entre la OPS y los Ministerios de Salud de cada uno de los países detallará en forma específica la contribución de recursos hechos por cada uno de ellos para la ejecución del proyecto.

I. ANTECEDENTES

- 1.1 En términos de los años de vida perdidos, ajustados en función de la discapacidad (AVAD)¹ las caries dentales en los países de América Latina y el Caribe producen individualmente el mismo efecto que el cáncer a los pulmones, la deficiencia de yodo, las enfermedades transmitidas sexualmente (excluido el SIDA) y la malaria. Las caries dentales en los países en desarrollo afectan a todos los segmentos de la población. Sin embargo, la prevención y el tratamiento de esta condición está más al alcance de los grupos de ingresos medianos y altos. En consecuencia, las caries dentales y sus efectos negativos tienen un impacto desproporcionadamente mayor sobre los pobres, constituyendo una fuente de infección y perjudicando las oportunidades de empleo.
- 1.2 La población otorga, en general, una alta prioridad a la salud dental medida de acuerdo a los gastos privados de salud. En algunos países de la región, tales como el Ecuador, el gasto privado en servicios dentales y similares representa hasta el 3,5% del total del gasto en los servicios de salud, siendo aún mayor si se toman en cuenta los gastos institucionales en el cuidado dental. En el Ecuador, el 1,5% del presupuesto del Ministerio de Salud está asignado al programa de salud bucal, que incluye la prevención, el cuidado dental, la educación de la salud y otros², casi exclusivamente para los estratos socio-económicos bajos.
- 1.3 Debido a los requisitos tecnológicos asociados, el tratamiento dental ha sido históricamente caro. De acuerdo con ello, el acceso al tratamiento ha sido restringido y las prioridades asignadas por las instituciones a cargo ha estado limitada por la disponibilidad de fondos, aún más escasos. Los nuevos tratamientos para la restauración de las caries dentales, proporcionados por el desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos menos costosos usando materiales menos caros, dan la posibilidad de hacer el tratamiento dental adecuado fácilmente disponible para la gente de ingresos más bajos. Este nuevo modelo permitirá una mejor sincronización entre la percepción por parte del público de la importancia del problema y la accesibilidad a servicios eficaces.
- 1.4 Se ha efectuado diversos esfuerzos de investigación clínica orientados a lograr un relleno dental más simple y ambientalmente neutral. El tratamiento de restauración atraumática (TRA) se hace sobre la base del retiro del tejido dental cariado usando instrumentos de mano y rellenando las caries con una resina denominada ionómero vítreo (glass ionomer). Los ionómeros vítreos son materiales que se adhieren

¹ Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993.

El estimado de los AVAD perdidos por condiciones particulares es aún tentativo. En consecuencia, Murray y López, usando datos para 1990 llegaron a un cálculo ligeramente inferior de enfermedades debido a las caries dentales frente a la diabetes y a las enfermedades transmitidas sexualmente.

² Cuentas Nacionales de Salud, Ecuador, 1995.

químicamente a los tejidos dentales, disminuyendo en consecuencia la necesidad de preparaciones de retención que son requeridas normalmente por otros materiales de relleno. Algunos ionómeros vítreos emiten también fluoruros, que tienen un efecto de prevención de las caries. El material es fácil de manipular y su aplicación no requiere electricidad. En la actualidad, hay por lo menos tres proveedores comerciales en el mundo (dos de ellos alemanes y uno japonés).

- 1.5 Esta técnica ha sido estudiada en forma amplia y probada en ensayos clínicos (Frecken J., Phantumvanit P., Pilot T., Songpaisan Y., Van Ameronge E., Centro de Cooperación para los Servicios de Investigación en la Salud Bucal de la OMS, Gronigen, 1997). Pruebas clínicas efectuadas en Tailandia (1991-1994) y Zimbabwe (1993-1995) han mostrado proporciones no mayores de problemas después del tratamiento que aquellas de la restauración con resinas compuestas (más caras). Cuando se usa el TRA para tratar los dientes permanentes para la prevención de caries, la experiencia muestra sólo un 3% de problemas de retención. En la actualidad, se está realizando estudios adicionales en varias instituciones en los Países Bajos, Tailandia y Australia. El TRA ha recibido apoyo amplio de la Organización Mundial de la Salud y es un tratamiento alternativo válido en los Estados Unidos. La Dirección de Alimentos y Medicinas de Estados Unidos aprobó el ionómero vítreo como un material dental sin restricciones a mediados de los años 70.
- 1.6 Numerosos países en la región están llevando a cabo programas de fluorización desarrollados con la asistencia del Programa Regional de Salud Bucal de la OPS. A pesar de esto, más del 80% de los niños de 12 años de edad están afectados por caries dentales. La restauración mediante el relleno de las caries con amalgama o un material mejor llega únicamente de 5% al 10% de aquellos afectados. La extracción dental es el único tratamiento efectivamente disponible para una gran proporción de la población, porque es relativamente barato. Esto es especialmente verdadero en aquellos del estrato socio-económico más bajo y en las zonas geográficamente aisladas. El complementar el programa preventivo de fluorización con la aplicación de procedimientos de restauración simplificados y de costo efectivo mejorará significativamente el efecto sobre la salud dental de la población en general. Esto será especialmente importante para los niños de edad escolar, de 7 a 12 años, que son los que están seriamente afectados por el dolor y el trauma de las caries dentales.
- 1.7 El avance del cuidado de la salud básica, incluidos los servicios dentales básicos, hacia la disponibilidad universal ha sido y continúa siendo obstaculizado por falta del conocimiento operativo. No hay correspondencia entre el conocimiento de los últimos adelantos de la medicina y la forma cómo puede aplicarse técnicas potencialmente efectivas en los países en particular, orientados a poblaciones específicas, y apoyados por la comunidad y la infraestructura de salud. "Aún se necesita aprender mucho acerca de la aplicación (del cuidado de la salud básica) bajo condiciones locales, y durante su operación, control y evaluación surgirán cuestiones que requerirán investigación. Estas pueden estar relacionadas con temas

tales como la organización del cuidado de la salud primaria dentro de las comunidades y de los servicios de apoyo; la movilización del apoyo y participación comunitarios; la mejor manera de aplicar la tecnología (existente y adecuada); el planeamiento para y la capacitación de los trabajadores de salud de la comunidad, su supervisión, su remuneración y su sistema de carrera profesional; y los métodos de financiamiento de la atención de la salud primaria”³.

- 1.8 La situación descrita anteriormente es particularmente cierta cuando examinamos los tratamientos más avanzados y la forma cómo son aplicados en países en la región de América Latina y el Caribe. En el caso del TRA, pese a que hay suficientes datos internacionales respecto a cuán exitoso es el tratamiento, no hay información relevante sobre las experiencias adecuadas a los países latinoamericanos y cómo se compara con las formas tradicionales de tratamiento de las caries dentales en la región. Varios países de la región han manifestado recientemente su interés en efectuar investigación operativa sobre la aplicación de la técnica TRA y cómo se compara en términos de eficacia y eficiencia con los tratamientos convencionales (sobre la base de amalgama) y/o la falta de tratamiento debido a la carencia de fondos disponibles.
- 1.9 La región de América Latina y el Caribe tiene un amplio conjunto de diferentes entornos sociales, económicos y culturales que se caracterizan por diferencias en rusticidad, ingreso, desarrollo institucional y perfiles epidemiológicos. Ecuador, Panamá y Uruguay han solicitado recientemente la asistencia del Banco para determinar si la técnica TRA puede ser una alternativa de costo eficaz para mejorar el nivel de la salud bucal en sus ambientes particulares. Debido al hecho de que estos países tienen una amplia variedad de entornos sociales, económicos, culturales y epidemiológicos que en alguna forma “representan” la diversidad de la región de América Latina y el Caribe, la investigación realizada en estos países puede fácilmente ser extrapolada a otros de la región.
- 1.10 Hasta el momento la participación del Banco en el suministro de los servicios de salud bucal ha sido limitada. El potencial para una mayor escala de ejecución de la técnica TRA, después de los resultados de este proyecto, permitirá que el Banco influya en forma positiva en el desarrollo de la salud bucal de la región. Esto se lograría al incorporar técnicas simplificadas y de bajo costo en el conjunto de beneficios de los servicios de salud distribuidos a personas de bajos ingresos mediante los esfuerzos de reforma del sector de salud. Esto es totalmente compatible con el mandato del Octavo Aumento y su amplia estrategia del sector de salud, que pone énfasis en el desarrollo de servicios de salud eficaces, eficientes y orientados a la población.

³ “Declaración de Alma Ata”, Atención de la Salud Primaria, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención de la Salud Primaria, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, OMS/UNICEF, Ginebra: OMS, 1978.

II. OBJETIVO

- 2.1 El objetivo es establecer la aplicabilidad del tratamiento de restauración atraumática en los países de América Latina y el Caribe al evaluar la eficiencia y eficacia de la técnica comparados con los tratamientos convencionales en niños en edad escolar (7-12 años de edad).

III. DESCRIPCIÓN

- 3.1 Por medio del proyecto propuesto se evaluaría la eficacia y eficiencia relativas de las dos modalidades para preservar la salud dental y tratar la caries dental entre los niños en edad escolar (de 7 a 12 años de edad): i) una sobre la base exclusiva de amalgama provista en un centro de salud o en una unidad odontológica móvil por personal odontológico calificado, y ii) una alternativa en base al ionómero vítreo como el sellado y el relleno de preferencia, proporcionado en la escuela por personal de salud de menor calificación, la cual es complementada por un tratamiento de amalgama como en el grupo anterior para aquellos pacientes para los cuales el ionómero vítreo no es indicado.
- 3.2 La Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA) de los Estados Unidos ha aprobado, sin limitaciones, el uso de los ionómeros vítreos. Más recientemente, el 23 de mayo de 1995 y bajo el código de referencia K951555 y el 8 de julio de 1996 bajo el código K961448, la FDA aprobó en forma específica el GC Fuji IX y el GC Fuji IX GP. La Asociación Dental Estadounidense (ADA) incluye el tratamiento TRA bajo el Programa de Aprobación ADA desde fines de los años setenta.
- 3.3 Sobre la base de los resultados de este estudio, el proyecto financiará la elaboración de un programa de acción para introducir una modalidad de tratamiento de restauración para las caries, de costo eficaz y altamente eficiente, con la posibilidad de diseminación por toda la región. El estudio se efectuará en Ecuador, Panamá y Uruguay considerada como una zona de experimentación, representativa de la mayoría de las situaciones sociales, culturales, económicas y epidemiológicas a través de la región.
- 3.4 El proyecto propuesto tendrá tres componentes: a) análisis de eficacia de costos; b) capacitación de recursos humanos; y c) supervisión y evaluación de actividades.

A. Coordinación del proyecto US\$252.000

- 3.5 Se contratará un coordinador para que tenga a su cargo la administración general del proyecto y será la persona principal de contacto para el BID y la OPS, que supervisará el proyecto desde la sede de la OPS. El coordinador supervisará también el desarrollo del proyecto, incluidos el diseño, ejecución, supervisión y abastecimiento del apoyo técnico a todas las partes involucradas en el proyecto.

Este componente financiará también los pasajes y los viáticos necesarios para la movilización del coordinador durante la duración del proyecto.

B. Análisis de eficacia de los costos (AEC)⁴ US\$730.200

- 3.6 El AEC será efectuado junto a las actividades clínicas relacionadas al TRA y se hará sobre la base de una prueba comunitaria de campo de carácter longitudinal que comprenda un ejemplo de intervención TRA y un ejemplo de control diferente al TRA. Dado el caudal significativo de evidencia documentada sobre los beneficios clínicos y epidemiológicos del TRA, el próximo estudio no será en sí una prueba de la eficacia clínica del TRA, sino primordialmente una evaluación de la eficacia de costos del TRA en relación con las alternativas convencionales. Los tratamientos sobre la base de la amalgama cumplirán el papel de tales alternativas.
- 3.7 El estudio generará una clasificación comparativa de eficacia de costos del TRA que refleje lo correcto de su aplicación en términos del cumplimiento por los proveedores del cuidado de un país específico respecto a los requisitos de planificación, organización y clínicos. Según el diseño del estudio propuesto, el AEC estará orientado a establecer la aplicabilidad de la ejecución del TRA frente a las restauraciones sobre la base de amalgama, aumentadas de acuerdo al nivel de las necesidades.
- 3.8 Con el fin de considerar las restauraciones de amalgama como una alternativa competitiva al TRA, debe suponerse que la amalgama está disponible al mismo nivel (conforme a la necesidad) de abastecimiento que se pretende para el TRA, por ejemplo como si la amalgama estuviera a disposición de las comunidades mal atendidas. El estudio básico de la muestra del AEC incluirá el cálculo de la insuficiencia de abastecimiento existente en la actualidad y el grado en que puede ser cubierta por las clínicas y los consultorios dentales sobre la base de la operación de sus oficinas. Se identificará la demanda de servicios de extensión. Para incorporar este componente, tendrá que tomarse en cuenta una vez el costo de adquisición o alquiler de las unidades móviles. La dotación de personal y los costos de operación de tales unidades se añadirán a los costos periódicos de la atención dental convencional. En resumen, no se comparará la alternativa TRA con los tratamientos de amalgama disponibles actualmente sino con los tratamientos sobre la base de amalgama puestos a disposición en una escala mayor y sobre una forma más equitativa.
- 3.9 En forma coincidente con la definición del estudio como una prueba comunitaria controlada, la muestra del AEC (a ser definida dentro del ámbito de las actividades del proyecto) consistirá de dos subgrupos: intervención y control. Los niños en el grupo de intervención tendrán exámenes dentales anuales y recibirán los procedimientos TRA según las necesidades determinadas primordialmente por el

⁴ El diseño del estudio y el protocolo del AEC está detallado en el Anexo I.

número de dientes cariados en el momento del examen. Los niños en el grupo de control también tendrán exámenes anuales y recibirán tratamiento sobre la base de amalgama financiado en lo posible mediante fuentes disponibles localmente. El proyecto cubrirá la insuficiencia de financiamiento, en caso de que ésta resulte de la incapacidad de las fuentes locales para cubrir todo el costo de las restauraciones con amalgama.

- 3.10 Tanto las muestras de control como de intervención estarán conformadas por un número similar de niños y se obtendrán en las mismas comunidades de la población, con el fin de controlar las variables de antecedentes del estado de la salud dental, tales como la edad, ingresos, educación, lugar de residencia. El promedio de los dientes cariados, perdidos y con relleno (DCPR) debe ser también similar en ambos grupos al comienzo del proyecto. El tamaño de la muestra se determinará en dos formas: 1) sobre la base del presupuesto predeterminado del PRA; 2) por medio de muestras estadísticas. Eventualmente, los resultados de ambos esquemas serán reconciliados con el fin de hacer que la muestra sea tanto correcta como accesible económicamente. El tamaño de la muestra a nivel específico de país dependerá de la situación epidemiológica de cada uno de los tres países.
- 3.11 Además de producir la proporción “principal” de costo-eficacia (C/E) para cada alternativa que se derivará de un conjunto central de medidas y supuestos, el AEC está diseñado para generar una serie de resultados complementarios, cada uno de ellos como producto de valores establecidos alternativamente de variables de insumos en la ecuación de costo-eficacia. Tales simulaciones de hipótesis múltiples (conocidas como análisis de sensibilidad) permitirán evaluar cómo la modificación de la estructura de edad del paciente, la reducción o aumento de las tasas de supervivencia de las restauraciones, el cambio de la adquisición y el sistema de precios internacionales a los nacionales, el cambio de la tasa de descuento y el nivel de confianza estadística afectarán las proporciones C/E. Se determinará cuál de las hipótesis es la mejor, la peor y la de equilibrio para el TRA. Una hipótesis de equilibrio producirá parámetros de “principio” para la aplicación del TRA en los cuales un programa TRA se convertiría de perdedor en ganador, o al revés, dependiendo de la forma cómo su nivel comparativo se haya definido de acuerdo con la proporción “principal” de C/E.

C. Capacitación de recursos humanos US\$222.400

- 3.12 La tendencia general en el uso del componente de restauración en los servicios de salud bucal usando técnicas y métodos convencionales, así como el desarrollo reciente y limitado del PRA en la región, lleva a concluir que el personal odontológico capacitado para el suministro del PRA es muy limitado en la mayoría de los países. A pesar de que el PRA es más fácil de realizar que los procedimientos convencionales de tratamiento de restauración dental, requiere que todas sus etapas clínicas sean adecuada y correctamente ejecutadas.

- 3.13 La capacitación será proporcionada por dos tipos distintos de grupos de trabajo en cada país, que serán conocidos como los **Grupos Nacionales de Trabajo PRA**. El primer tipo incluye la transmisión de todos los aspectos técnicos y clínicos de la técnica TRA. Será dirigido al personal local que participará en el AEC como los proveedores de la atención del TRA. Será un esfuerzo para ampliar el personal de la salud bucal más allá de sus fronteras actuales, con el fin de incluir como proveedores del TRA a los maestros auxiliares y, eventualmente, a los profesores de escuelas primarias.
- 3.14 El segundo tipo de capacitación se concentrará en el entrenamiento del personal odontológico que participará en el AEC como proveedor del tratamiento sobre la base de amalgama. Ya que el AEC comparará al TRA y al tratamiento sobre la base de amalgama, y los servicios de este último serán aumentados al nivel de la demanda, debe mejorarse la administración de estos servicios, de manera que este tipo de capacitación no se concentre sólo en los aspectos técnicos de este tratamiento, sino en los aspectos del suministro de servicios tales como su administración, el mantenimiento del equipo, etc.
- 3.15 Un aspecto importante en el ejercicio general de capacitación será la preparación, reproducción y distribución del material educativo en español. Como la mayor parte del material sobre el TRA ha sido escrito en inglés hasta la fecha, se necesitará la traducción del material publicado más recientemente.
- 3.16 Los cursos de capacitación serán organizados y dirigidos por el coordinador de servicios e investigación con el apoyo del gerente regional del proyecto y de los jefes de los equipos nacionales de cada país. Habrá un grupo de trabajo sobre la **técnica del TRA** y otro sobre la **administración de los servicios convencionales** en cada país, en una etapa inicial de la ejecución del proyecto (ver el calendario de actividades en el Anexo II).

D. Evaluación y ampliación del PRA US\$76.000

- 3.17 Conforme a los resultados del AEC, los directivos de los equipos nacionales elaborarán, con el apoyo de la OPS, un programa de acción de manera tal que los gobiernos de Ecuador, Panamá y Uruguay puedan ampliar y proporcionar cuidado dental eficaz y de bajo costo a poblaciones que, de otra manera, están desatendidas debido a la falta de disponibilidad de instalaciones, equipo y servicios de tratamiento.

E. Organización y ejecución

- 3.18 El Programa Regional de Salud Bucal de la OPS, bajo la División de Sistemas y Servicios de Salud, será responsable de la ejecución del proyecto propuesto. La responsabilidad técnica dentro del Banco estará en la División de Programas Sociales del Departamento de Desarrollo Sostenible (SDS/SOC). La unidad

responsable para los temas administrativos será la División de Cooperación Técnica Regional del Departamento de Integración y Programas Regionales (INT/RTC).

- 3.19 Se contratará un coordinador regional del proyecto con la contribución del Banco para trabajar en cooperación estrecha con el Asesor Regional para Salud Bucal de la OPS. El coordinador del proyecto estará a cargo de la continuidad técnica y de todos los aspectos administrativos diarios del proyecto. Ver los términos de referencia adjuntos en el Anexo III.
- 3.20 Se contratará un odontólogo con pleno conocimiento de los aspectos técnicos del TRA como el especialista de servicios e investigación durante el proyecto, con el cometido de supervisar la transferencia de tecnología y proporcionar la asistencia técnica en los tres países para asegurar la ejecución adecuada de ambas modalidades de servicios, así como una coordinación fluida entre el abastecimiento de los servicios y las actividades de investigación (ver los términos de referencia en el Anexo III).
- 3.21 Se contratará un economista-estadístico hasta por cinco meses durante la duración del proyecto para que supervise el AEC. Deberá asegurar que se obtiene datos adecuados sobre los costos y los resultados, que las muestras son diseñadas y seleccionadas adecuadamente, y analizará los datos y redactará los informes (ver los términos de referencia en el Anexo III).
- 3.22 El Ministerio de Salud de cada país beneficiario, por medio de su Departamento de Salud Bucal, designará un jefe del equipo nacional, que será un miembro actual del Equipo de Salud Bucal del Ministerio y será empleado del Ministerio de Salud. En consecuencia no habrá necesidad de pagos adicionales por tal función. Esta persona será responsable por la coordinación y ejecución local del programa, actuará como contacto entre los respectivos Ministerios de Salud y el proyecto PRA y asegurará el suministro de apoyo material local y de los fondos locales de contrapartida. Además, el funcionario ayudará a seleccionar las comunidades y el personal que participen en el proyecto, informará sobre la reacción ante los problemas y obstáculos potenciales al coordinador del proyecto y coordinará las actividades locales del proyecto.
- 3.23 El personal local del Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud en cada país será asignado para ayudar a los jefes de los equipos nacionales en las actividades de obtención de información, el ingreso de datos, el trabajo de encuestas de campo y las tareas administrativas. Este personal será compensado por su apoyo por los Ministerios de Salud de cada país.
- 3.24 Se contratará un consultor en cada país para preparar y realizar los talleres nacionales PRA. Estos consultores deberán ser odontólogos con pleno conocimiento de ambos métodos de tratamiento dental (TRA y sobre la base de amalgama). Serán responsables por la capacitación del personal local que

participará en el AEC, como proveedores de la atención TRA y del tratamiento sobre la base de amalgama (ver el Anexo III para los detalles).

- 3.25 Se contratará un especialista en evaluación para la coordinación del componente de evaluación del proyecto. Proporcionará asistencia técnica y coordinará la preparación del Programa de Acción de Salud Bucal para cada país beneficiario (ver el Anexo III para los detalles).
- 3.26 Como una condición para el primer desembolso de los fondos del Banco, una carta de compromiso entre la OPS y cada uno de los Ministerios de Salud de los países deberá detallar en forma específica la contribución de los recursos hechos por cada uno de ellos para la ejecución del proyecto.
- 3.27 El proyecto propuesto deberá ser completado en 36 meses y desembolsado en 42 meses a partir de la fecha del acuerdo.
- 3.28 Todo el procedimiento de adquisiciones, la contratación de servicios de consultoría, y la compra de bienes y servicios serán realizados de acuerdo a las normas y procedimientos del Banco. Todos los esfuerzos de difusión de los resultados de este proyecto deberán reconocer el patrocinio conjunto de la OPS, el BID y el Fondo Especial Japonés.

F. Supervisión y presentación de informes

- 3.29 Para los propósitos del proyecto PRA, deberán ser presentados al Banco los siguientes informes por parte del organismo ejecutor:
 - a. **Informes técnicos** serán presentados en las etapas críticas del proyecto a la SDS/SOC para la aprobación del Banco. Estos informes serán entregados en las siguientes etapas: i) una vez que se hayan determinado el tamaño de la muestra y los ámbitos geográficos de la AEC (seis meses después de la firma del contrato); ii) a los seis meses de la colección de información (12 meses después de la firma del contrato), y cada seis meses posteriores, hasta que el AEC se haya completado; iii) cuando se complete el AEC, un informe sobre sus resultados y hallazgos; y iv) un informe con el programa de acción para Ecuador, Panamá y Uruguay, para proporcionar y otorgar atención dental de bajo costo a poblaciones que están, de otro modo, descuidadas.
 - b. **Informe final.** Dentro de los 30 días de la conclusión del proyecto, se presentará un informe final a SDS/SOC. Este informe deberá incluir: i) una descripción breve del proyecto; ii) las principales comprobaciones del proyecto; y iii) las conclusiones y recomendaciones respecto a los programas de salud bucal en el contexto de la reforma del sector de salud.

- c. **Informe financiero.** Dentro de los 90 días del desembolso final de fondos, un informe financiero revisado de los gastos del proyecto será presentado al Banco.

G. Costo y financiamiento

- 3.30 El costo estimado del proyecto es de US\$1.332.200. Hasta la suma de US\$870.200 provendrá del Fondo Especial Japonés y US\$462.000 de la contrapartida local. La contribución local será obtenida de los propios presupuestos de los Ministerios de Salud en cada país.

PRESUPUESTO DEL PROYECTO
(dólares de EE.UU.)

CATEGORÍA	TOTAL BID	PAÍSES	TOTAL
1. COORDINACIÓN DEL PROYECTO Y FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS			
1.1 Coordinador del proyecto	216.000		216.000
1.2 Viajes y viáticos	36.000		36.000
Subtotal 1: Coordinación del proyecto y fortalecimiento de servicios	252.000		252.000
2. ANÁLISIS DE EFICACIA DE COSTOS			
2.1 Coordinador de servicios e investigación	75.000		75.000
2.2 Economista/especialista en estadística	36.000		36.000
2.3 Jefes de equipos nacionales		108.000	108.000
2.4 Materiales dentales de ionómero vítreo	40.800	81.500	122.300
2.5 Costos del tratamiento de amalgama	30.800	30.700	61.500
2.6 Equipo operativo dental y computadores	23.000	18.800	41.800
2.7 Materiales para cirugía dental	35.000	70.600	105.600
2.8 Viajes y viáticos	180.000		180.000
Subtotal 2: Análisis de eficacia de costos	420.600	309.600	730.200
3. CAPACITACIÓN			
3.1 Traducción y preparación de materiales de capacitación	6.000	41.400	47.400
3.2 Consultores	50.000		50.000
3.3 Talleres nacionales PRA		75.000	75.000
3.4 Viajes y viáticos	50.000		50.000
Subtotal 3: Capacitación	106.000	116.400	222.400
4. EVALUACIÓN/AMPLIACIÓN DEL PRA			
4.1 Especialista en evaluación	20.000		20.000
4.2 Publicación de materiales educativos		36.000	36.000
4.3 Publicación del informe final	20.000		20.000
Subtotal 4: Evaluación	40.000	36.000	76.000
5. IMPREVISTOS	51.600		51.600
COSTO TOTAL DEL PROYECTO	870.200	462.000	1.332.200

IV. BENEFICIOS Y RIESGOS

A. Beneficios

- 4.1 El AEC propuesto hará una contribución importante al conocimiento específico por país en las siguientes áreas: el potencial del TRA para reducir el avance de la caries dental; las áreas clínicas en las cuales el TRA es superior, inferior y complementario a las alternativas convencionales; el diseño y enfoque óptimos de los programas del TRA por grupos de edad y socioeconómicos, y por escala de la ejecución; las instalaciones clínicas y operativas necesarias para lograr el máximo de resultados clínicos al tiempo de impedir el aumento de los costos de los servicios del TRA; la capacidad del sistema actual de financiamiento de la salud para proporcionar tratamiento convencional sobre una base sostenible a comunidades y poblaciones previamente mal atendidas.
- 4.2 La selección de un tratamiento alternativo para las caries dentales, simple, de bajo costo, sostenible, técnica y científicamente probado, permite a los servicios dentales de salud pública de la región reducir una acumulación de demanda insatisfecha de servicios dentales, especialmente en las poblaciones de alto riesgo.
- 4.3 Los países beneficiarios de este proyecto tienen una gran necesidad de una solución a corto plazo para cubrir una demanda insatisfecha de servicios dentales. Además, las características de su población y su ubicación geográfica determinarán la aplicabilidad del PRA a todo el país, y a otros países en la región con similares características demográficas y necesidades insatisfechas de tratamiento.
- 4.4 La evaluación específica de la duración de las restauraciones hechas usando la metodología del PRA será efectuada en cada país participante en el programa. Los resultados de estos datos ofrecerán información valiosa, que será utilizada para apoyar y promover la ampliación de los procedimientos de tratamiento dental de costo más eficaz dentro del país y en toda la región.

B. Riesgos

- 4.5 La comunicación y la divulgación del avance del proyecto logrado en cada país en forma inadecuada puede conducir a una mala promoción y al conocimiento inapropiado por parte de las instituciones del Servicio Nacional de Salud y de la comunidad en general.
- 4.6 Existe el riesgo de la falta de aceptación y, en realidad, rechazo de los protocolos y técnicas del TRA por parte de sectores de la profesión odontológica debido a la falta de disponibilidad actual de información adecuada sobre sus ventajas y limitaciones. Es esencial, en consecuencia, que el apoyo científico adecuado esté disponible y que literatura ética y material de publicidad sean producidos y estén disponible durante todo el programa. El programa de capacitación orientado hacia

los profesionales odontológicos en los servicios de salud pública, práctica privada y a los estudiantes de odontología es, en consecuencia, particularmente crítico con el fin de minimizar este riesgo.

- 4.7 Existe el riesgo de que la aplicación impropia de la técnica conduzca a malas restauraciones o a restauraciones que causen posteriormente abscesos y dolor para el paciente. Esto tendría el efecto de desacreditar la técnica. Con el fin de reducir este riesgo es imperativo que se preste atención adecuada al componente de capacitación y calibración de este proyecto.

PROYECTO DE RESOLUCION

REGIONAL. COOPERACION TECNICA NO REEMBOLSABLE PARA LA
SALUD BUCAL DE NIÑOS DE BAJOS INGRESOS: PRACTICA
DE RESTAURACION ATRAUMATICA

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo o al representante que él designe para que, en nombre y representación del Fondo Especial del Japón, proceda a formalizar los acuerdos necesarios con la Organización Panamericana de la Salud, y a adoptar las medidas pertinentes para la ejecución de la propuesta de proyecto contenida en el Documento AT- , sobre una cooperación técnica no reembolsable para la salud bucal de niños de bajos ingresos: práctica de restauración atraumática.
2. Destinar, para fines de esta resolución, hasta la suma de US\$870.200, con cargo a los recursos de Fondo Especial del Japón.
3. Establecer que la suma anterior sea suma anterior sea concedida con carácter no reembolsable.