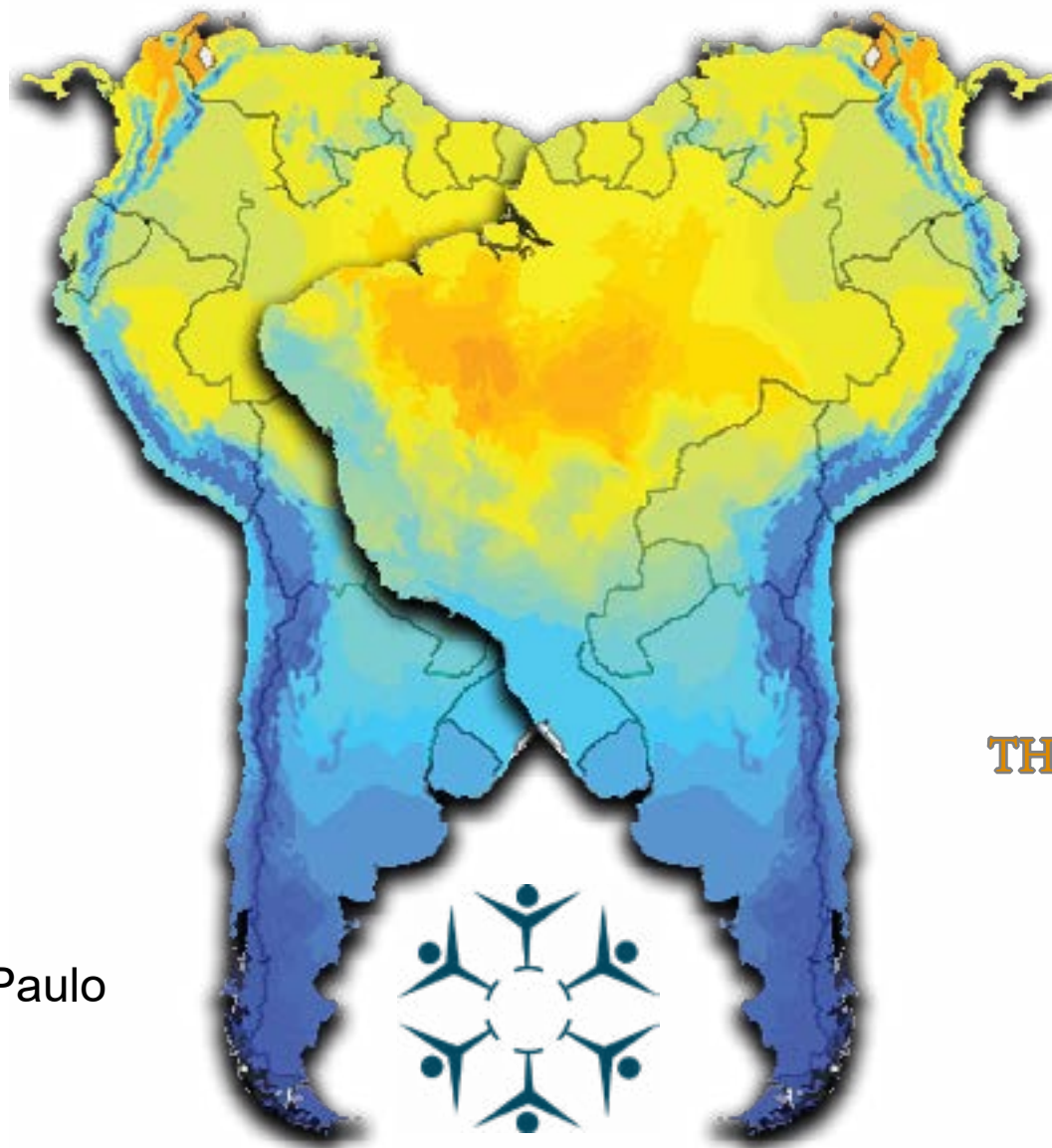


CANADA

IBEROAMERICAN OBSERVATORY OF PUBLIC POLICIES IN ORAL HEALTH



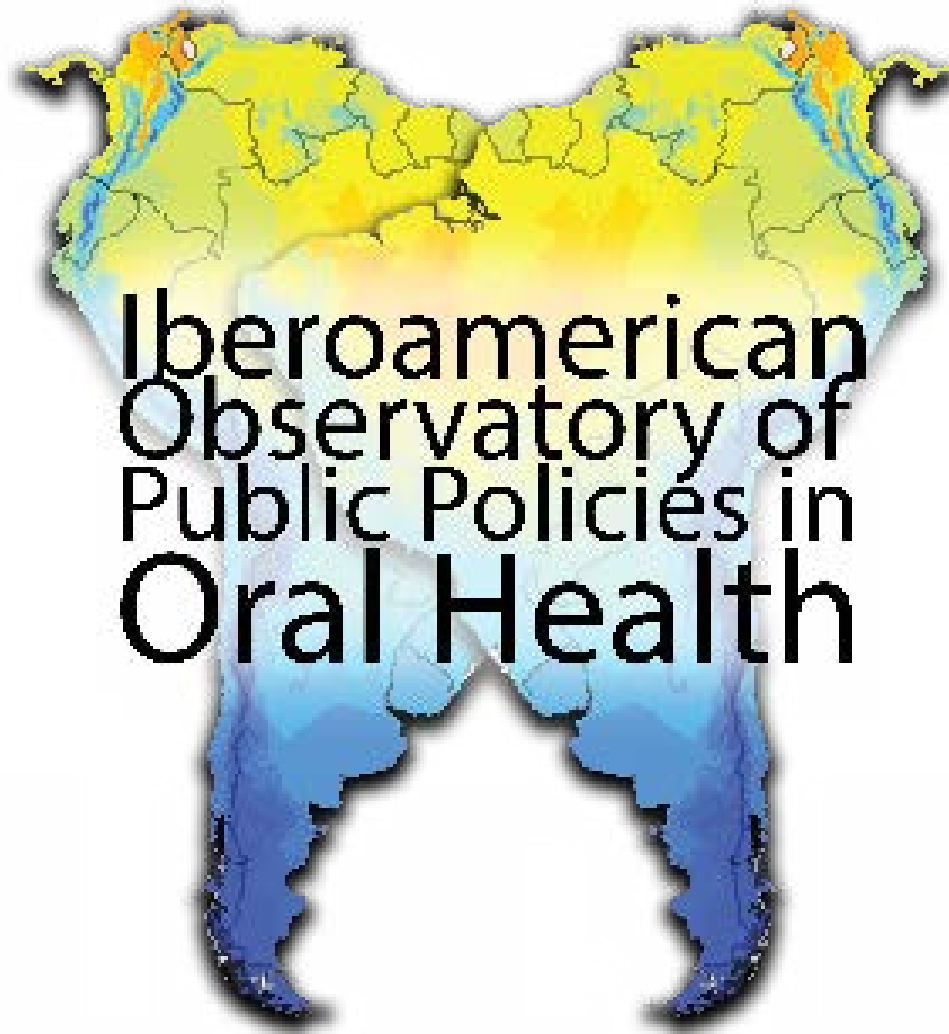
**Developing a team
to improve oral health:
THE CANADIAN DENTAL
CARE SYSTEM**

Universidade de São Paulo
São Paulo, 2019
1ª edição

Mark TambeKeboa,
Mary Ellen Macdonald,
Belinda Nicolau

CANADA

ENGLISH



Observatório Iberoamericano de
Políticas Públicas en Salud Bucal

One project, so many hands!
Un proyecto, muchas manos!
Um projeto, muitas mãos!



Observatório Iberoamericano de
Políticas Públicas em Salud Bucal



One project, so many hands!
 Un proyecto, muchas manos!
 Um projeto, muitas mãos!



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



UNIVERSIDAD DE CHILE



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



CONFEDERACION ODONTOLOGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA



Escuela Nacional
de Salud Pública



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA



Data Sheet

Cataloging of the Publication
Dental Documentation Service
School of Dentistry - University of São Paulo

P977d Pucca Júnior, Gilberto Alfredo.
Developing a team to improve oral health: the Canadian dental care system [livro eletrônico] / [Coord.] Gilberto Alfredo Pucca Junior, Dorival Pedroso da Silva, Mary Caroline Skelton de Macedo. [Org.] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Mariana Lopes Galante, Marcelo Moreira de Jesus. [Aut.] Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau. [Trad.] Mariana Lopes Galante... [et al.]. – São Paulo : Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

100p. ; Publicação digital

ISBN 978-85-7040-027-7

1. Sistema de Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Canada. I. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. II. Pucca Junior, Gilberto Alfredo. III. Silva, Dorival Pedroso da. IV. Título

CDD 614.0971

CANADA

DEVELOPING A TEAM
TO IMPROVE ORAL HEALTH

GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR
DORIVAL PEDROSO DA SILVA
MARY CAROLINE SKELTON MACEDO

FOUSP, 2019

CONTENTS

Organization

Coordinators

Gilberto Alfredo Pucca Junior

Dorival Pedroso da Silva

Mary Caroline Skelton Macedo

Organizers

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Mariana Lopes Galante

Marcelo Moreira de Jesus

Translation

Mariana Lopes Galante

Dorival Pedroso da Silva

Amanda Iida Giraldes

Nicole Pischel

CONTENTS

English - Contents

[Organization](#)
[Presentation](#)
[Preface](#)
[LAOHA](#)
[Countries](#)
[Introduction](#)
[CANADA](#)
[Health care system](#)
[Oral health professionals](#)
[Dental care delivery models](#)
[Financing dental care](#)
[Private dental care model](#)
[Predominant dental care model](#)
[Dental tourism](#)
[Suggestions to current dental care model](#)
[Conclusion](#)

Español - Contenidos

[Organización](#)
[Presentación](#)
[Prefacio](#)
[LAOHA](#)
[Naciones](#)
[Introducción](#)
[CANADA](#)
[Sistema de salud](#)
[Profesionales de salud bucal](#)
[Modelos de prestación de cuidados dentales](#)
[Financiamiento del servicio odontológico](#)
[Modelo privado de asistencia odontológica](#)
[Modelo de atención odontológica predominante](#)
[Turismo Odontológico](#)
[Propuestas para el modelo de servicios odontológicos](#)
[Conclusión](#)

Português - Conteúdos

[Organização](#)
[Apresentação](#)
[Prefácio](#)
[LAOHA](#)
[Nações](#)
[Introdução](#)
[CANADA](#)
[Sistema de saúde](#)
[Profissionais de saúde bucal](#)
[Modelos de prestações de cuidados odontológicos](#)
[Financiamento do serviço odontológico](#)
[Modelo privado de assistência odontológica](#)
[Modelo de atendimento odontológico predominante](#)
[Turismo Odontológico](#)
[Sugestões para o atual modelo de serviços odontológicos](#)
[Conclusão](#)

[REFERENCES](#)

Presentation

When I received the copies “Developing a team to improve oral health - São Paulo 2018” created by the Ibero-American Observatory of Public Health Policies in Oral Health, it can be observed that the proposal is the identification of scenarios and strategies of health systems in some Latin American countries, with emphasis on oral health policies.

The quality of the articles and the representativeness of the professors’ present in this proposal establishes reflections and challenges that aim to favor discussions and divulgations of studies and researches of models that are more suitable to reach indices and the ideal advances in oral health of the populations involved, able to collaborate with the integral health of people. In this way, as a social responsibility, universities and dental schools play a fundamental role, as they can, through innovation emphases, strategic planning and transformation perspectives of socially motivated education, contribute to the formation of leaders in education and health.

Congratulations to professor Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante and Mary Caroline Skelton Macedo, publishers, as well as the team of collaborating professors of Brazil, Argentina, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Haiti, México, Paraguai, Peru, Dominican Republic and Uruguai for their endeavour in the preparation of this information. Also a special thanks to the Dean of Culture and University Extension of the University of São Paulo for the support in financing this disclosure through the Santander USP Edict of Fundamental Rights and Public Policies (2017.1.238.23.4).

Rodney Garcia Rocha (PhD)
Director of the Faculty of Dentistry of USP
2017/2021



Preface

“The utopia is there on the horizon. I approach two steps, she steps away two steps. I walk ten steps and the horizon runs ten paces. As much as I walk, I will never reach. What is utopia for? It's for this: so that I can not stop walking.”

Eduardo Galeano

Live together. Work together. Search together. Group. By working together builds the collective, so is the exegesis of Collective Oral Health.

This work is the result of the collective production of scientific knowledge, in an area that aims to develop public policies for the Iberoamerican communities. Collective Oral Health is the field of Health, based on an Interdisciplinary principle, which is dedicated to the Oral Health of Populations and Individuals in their contexts, as well as to Health Services and Systems.

In developing the activities of the Ibero-American Observatory of Public Policies in Oral Health, the authors seek to present a picture of the oral health of their countries and, thus, reflect on their Oral Health policies, and on how to improve the quality of life and health of their populations.

From this point of view, the collective is placed in a philosophical or social perspective emphasizing the interdependence of local populations and concentrating their objectives on the community, society, nation or country, and therefore does not require a system of government or politics to exist, but should provide an equal amount of freedom and equality of opportunity to develop their own skills and talents. This is the intentionality of this project.

The prefix ibero- and the Iberian adjective refer to the Iberian Peninsula in Europe, which covers Portugal and Spain. Ibero-America includes all Spanish-speaking countries in North, Central and South America, as well as the only Lusophone country in the region, Brazil. Portugal and Spain are included in some definitions. In this way, we are all connected, both historically and culturally, and now in a progressive vision of collectively building the improvement of Oral Health in the Americas.

CONTENTS

Within this approach, this first product gives us the dimension of a work carried out by a group of researchers, acting for the collective, in the area of Oral Health. In this way, I congratulate those who have conceived the format of the book, because it conveys a strong image of what the past was and what the future could reveal. Several are the paths that, when followed, lead to good oral health, and the concept of construction also implies that there is a beginning, a current state and a time ahead. There is a way to be developed, which should be better than the one of the past. Countries must prepare to work with a wide range of Oral Health needs and seek the appropriate tools to address multiple problems simultaneously.

It is important that works like this, which tell the state of Oral Health in their countries, leave a legacy so that future generations can know and observe historical health events in the context of other social circumstances and appreciate the solutions that had to be found

The history of progress in these countries is important for the Americas and points out the differences that exist between Ibero-American regions.

Work collectively every day with the countries of the region to improve and protect the oral health of their populations and in this way promote the right of everyone to health.

The mission of the Latin American Observatory of Public Health Policies in Oral Health is to strengthen oral health services through communication and collaboration among member countries to provide information and resources necessary to promote oral health care, equality and for all people in the Americas, especially for the most vulnerable.

Maria Ercília de Araújo (PhD)
Professor of Collective Health at FOU SP



Latin American Oral Health Association - LAOHA

LAOHA - Latin American Oral Health Association was founded in Brazil in May 2015 with the support of professors from two major Brazilian higher education institutions, the University of São Paulo (USP) and UNG University. Both institutions and their affiliates are responsible for the technical and / or scientific development of the Association.

LAOHA is an association of private, non-economic, scientific, educational, philanthropic and assistance, whose main objective is to support the formation of new researchers and, through the granting of scholarships and research projects, disseminate new knowledge that may contribute to improving the oral health of the population in Latin America and other regions.

The support is focused on professionals who present differentials of academic excellence and leadership, but who for geographical and / or financial reasons, have not been able to deepen their studies in their countries or places of origin. They are then given the opportunity to improve their training in centers of excellence and, upon concluding, return committed to promoting positive changes in health and dental research in their region of origin.

In promoting changes in public health policies, the Association seeks to support clinical and epidemiological intervention actions that should be part of the work activities of the population service units.

Thus, LAOHA seeks to contribute to the scientific development of dentistry and improvement of oral health of the Latin American population through research and education.

Giuseppe Romito - President

Magda Feres - Vice President

Luciana Saraiva - Supervisory Board

Cassiano Rosing - Supervisory Board

Juliano Cavagni - Supervisory Board

Marcelo Faveri - 1st Secretary

Cristina Villar - 2nd Secretary

Luciene Figueiredo- 1st Treasurer

Claudio Mendes Panutti - 2nd Treasurer

Executive Director

Dr. Bernal Stewart

Dr. Zilson Malheiros

<https://www.latamoralhealthassociation.org/>



COLLABORATORS STAFF
BRAZIL: Mauricio Bartelle Basso, Carina de Souza Paiva, Fernanda Wandembruck Goedert, Patricia Araújo Pereira Azevedo, Renata Presti Alves, Luiza Santos Scontre, Fábio Carneiro Martins, Ronald Pereira Cavalcanti, Said Yasser Said Abdallah, Samuel Jorge Moysés
ARGENTINA: Melania González y Rivas,, Colombo Yolanda A, Herrera María A, Ulloque M, Jorgelina Villafañe. Deborah F, Zarza José F
BOLIVIA: Shirley M. Flores Villegas
CANADA: Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau
CHILE: Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Viguera
COLOMBIA: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia

COLLABORATORS STAFF
COSTA RICA: William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana Cristina Parra, Susan Lugo
CUBA: Maritza Sosa Rosales
ECUADOR: Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisa Coloma
GUATEMALA: Doctor Carlos Enrique Soto Menegazzo, Doctor Oscar Hugo López Rivas, Licenciada María Antonieta González, Licenciada Carolina Martínez, Doctor Edgar Sánchez Rodas, Doctor Ernesto Villagrán Colón, Ingeniera Natalia Espinal, Ingeniero Mario Álvarez, Licenciada Indira Marroquín, Doctora Carmen Lissette Vanegas, Doctor Samuel Cohen, Doctora Wendy Sáenz
HAITI: Jean-Raymond Ernst Joseph
MEXICO: Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal
PARAGUAY: Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García
PERU: Carlos Francisco Garcia Zavaleta, Flor de María Pachas Barrionuevo, Ana Soledad Arana Sunohara
DOMINICAN REPUBLIC: Adolfo Rodriguez Nuñez
URUGUAY: Pablo Bianco, Liliana Queijo

INTRODUCTION

The Ibero-American Observatory of Public Policies in Oral Health, aims to bring together researchers from Latin America, Central America and Spain, who are dedicated to the study of public policies in oral health, in their countries and outside them.

This group aims to promote research in the area and increase collaboration among member countries so that research in the area of public health and collective oral health can gain in quality and quantity of publications and cooperation.

A strengthened collaboration network among our neighbors, can establish new theoretical frameworks that allow progress in the construction of a model of health system that has oral health as one of its priorities and that is capable of offering integral health care fair and socially sustainable way.

In parallel, the group must develop educational material that enables and encourages discussion around the issue of the insertion of oral health in health systems around the world.

Both in undergraduate and postgraduate courses, but fundamentally in society in general, the discussion on public health and the inclusion of comprehensive and universalized care for the population is a priority. It is not possible to guarantee comprehensive care for individuals and communities without guaranteeing access to oral health care at all levels of care, and this must be a fundamental right of citizenship.

Our group believes that information is a strategic instrument of empowerment so that there is pressure from society and that it is a catalyst for political will and interest on the part of public policymakers so that we can guarantee effective health for all.

Observatory Iberoamerican of
Public Policies for Oral Health



[CONTENTS](#)



CANADA

THE CANADIAN DENTAL CARE SYSTEM

Mark TambeKeboa,
Mary Ellen Macdonald,
Belinda Nicolau

[CONTENTS](#)

CANADA

BRIEF OVERVIEW OF THE CANADIAN HEALTH CARE SYSTEM



Canada is a confederation state made up of 10 provinces and 3 territories. The federal and provincial governments play complementary roles to ensure access to health care for the over 35 million inhabitants. The federal government enacts major legislations and transfers funds to support the provincial health care programs.

Each province and territory operates a health insurance plan designed in conformity with the Canada Health Act (CHA) of 1984. This legislation outlined five core principles:

BRIEF OVERVIEW OF THE CANADIAN HEALTH CARE SYSTEM

Public administration: this implies the provincial and territorial health insurance plans must be administered by a public agency on a not-for-profit basis;

Comprehensiveness: the health plans must insure all medically necessary services provided within a hospital;

Universality: the health plans should ensure uniform coverage for all insured persons;

Accessibility: the health plans must provide reasonable access to medical services that is devoid of financial and other barriers; and

Portability: the health plans must cover insured persons when they move from one province or territory to another within Canada, and restricted coverage when individuals travel abroad ⁽¹⁾.

The CHA principles ensure universal access to publicly insured medical services for all Canadians. In contrast, the dental care system is mainly a private sector service which sits outside of the general health system. This chapter presents a description of the key components of the oral health care system.



Oral health professionals in Canada

Oral health care professionals in Canada include dentists (general dentists and specialists) and dental hygienists. There are also dental therapists in a limited number of jurisdictions.

Dentists: There were over 21,000 dentists in Canada in 2013. Nine out of every 10 dentists (92%) owned or worked in a private clinic. Dentists provide clinical services to restore form, function, and enhance esthetics of the oro-facial complex. A small proportion of dentists (8%) were employed in academic sector, hospitals, or other public institutions ^(2, 3).

Dental hygienists: Canada has close to 30,000 dental hygienists who provide preventive and therapeutic services in clinics, and oral health promotion activities in communities. Since 2007, dental hygienists in most of the provinces and territories, except Quebec, can own a private practice where they administer simple therapeutic procedures without the supervision of the dentist ⁽⁴⁾.

Dental therapists: There are approximately 300 dental therapists in Canada. Their role is to educate individuals and communities on disease prevention, and to provide emergency care for children and adults. Dental therapist training was originally designed to improve access to oral health care in remote areas, especially in Indigenous communities. However, the last dental therapy-training program in Canada was terminated in 2011 ⁽⁵⁾.



Dental care delivery models

Private Model

Dental professionals working in private clinics provide most of the oral health care in Canada. Dentists own and manage the dental clinics as a private business that offers generalized or specialized oral care services. All procedures have a code and a fee guide that are determined by each provincial and territorial professional order of dentists. Dentists are not obliged to charge the suggested fees. However, a government-negotiated fee guide must be applied for beneficiaries of publicly funded dental programs.

The organization and delivery of oral care through the private sector is similar across all provinces and territories. An individual can walk in or call to take an appointment with the dental clinic of their choice. It is possible to receive treatment on the same day, depending on the client's symptoms and the work schedule of the clinic. The individual can use their private dental insurance or make direct payment to pay for services. According to the Canadian Health Measures Survey of 2007-2009, two thirds of Canadians had dental insurance (private- 62%; public- 6%). Clients who have partial dental insurance have to pay the uninsured portion of the treatment costs. The private dental hygienist clinics operate on similar format ⁽⁶⁻⁸⁾.



Dental care delivery models

Hospital-based dental programs

The majority of hospital-based dental programs are affiliated to local universities. The programs provide services such as: oral health care for patients with disabilities, 24-hour emergency service to the community, and help manage patients who require hospital-based care. Examples include patients who need maxillofacial surgery and prosthetic reconstruction secondary to trauma or cancer therapy, and hospitalised patients scheduled for organ transplant. Further, the programs serve as a 'safety net,' for some, providing care to individuals with acute dental pain who lack the financial means to access private care.

Dental faculties also offer more affordable oral care as part of the undergraduate and graduate training programs. Potential patients are screened against established financial and treatment guidelines and receive supervised treatment from the dental students ⁽⁹⁾.

Ad hoc models

One third of Canadians do not have dental insurance. This subpopulation must pay from their own finances in order to obtain oral health care; yet, many find oral care in Canada to be an expensive service ⁽¹⁰⁻¹²⁾. Some provinces have not-for-profit community-based dental clinics that deliver more affordable oral care to vulnerable populations ⁽¹³⁾. Dentists volunteer their time and the community organizations provide the physical space for these clinics in order to minimize operational costs. Further, a number of provincial dental associations are collaborating with universities and communities to implement projects intended to facilitate oral care for vulnerable population groups ⁽²⁾.



Financing dental care

The private sector almost exclusively finances oral health care in Canada. For example, the private sector contributed 12.7 billion (93.8%), of the over \$13 billion dental care expenditure in 2015. Close to two-thirds (60%) of the amount was payments through private dental insurance and 40% came from out-of-pocket payments⁽¹⁴⁾. The provincial and territorial health insurance plans do not cover oral care except limited care for specific population groups (e.g. persons on last resort financial support). Therefore, individuals are expected to acquire private dental insurance either personally or as a group through their employers.

Government contributes approximately 6% of the total dental expenditure annually⁽¹⁴⁾. According to the Canada Health Act, only oral care provided in hospital qualifies as “medically necessary services”⁽⁷⁾. However, the federal government finances limited oral care for veterans, Indigenous peoples, detainees, refugees and asylum seekers, and members of the Royal Canadian Mounted Police (RCMP). The provincial and territorial governments finance limited oral care for persons receiving social assistance and some children (the age limit varies across jurisdictions). Beneficiaries of the publicly-funded dental programs access oral care from private dental clinics⁽²⁾. Figure 1 shows a breakdown of the dental expenditures in 2015.



Figure 1: Dental Service Expenditures in Canada 2015 (Source: Health Expenditure Trends, CIHI, 2015)



Advantages of the private dental care model

The private dental care delivery model has been commended for improving access to oral care, offering quality services, and reducing the burden of oral diseases in Canada. Canada has a dentist-citizen ratio of approximately 1:1,600, and is ranked 5th among the OECD countries in terms of average or total number of annual visits to the dentist ⁽²⁾. Up to 75% of Canadians visit a dentist annually and the waiting time is minimal (even non-existent in some cases). These data compare favorably to that of similar OECD countries ⁽³⁾. Further, over 80% of patients are satisfied with the quality of oral health services ^(3, 15). Improved access to oral care over the last decades has contributed to better oral health outcomes of Canadians. Compared to the 1970's, untreated caries in children has declined three folds and the proportion of adults who have lost all of their natural teeth (edentulous) has dropped from 23% to 6% ⁽¹⁶⁾.

Challenges of the predominant dental care model

Oral health Inequalities: Despite these improvements, oral health inequalities persist, especially affecting vulnerable populations: older adults, Indigenous peoples, refugees and new immigrants, people with disabilities, social welfare recipients, children, and working poor. Families and individuals with low income and low socio-economic status experience worse oral health outcomes and limited access to oral care compared to the general population ^(2, 13). Family income and dental insurance are key determinants of access to oral care and oral health status in Canada. Figure 2 illustrates that persons without dental insurance were four times more likely not to visit the dentist compared to individuals who had dental insurance.



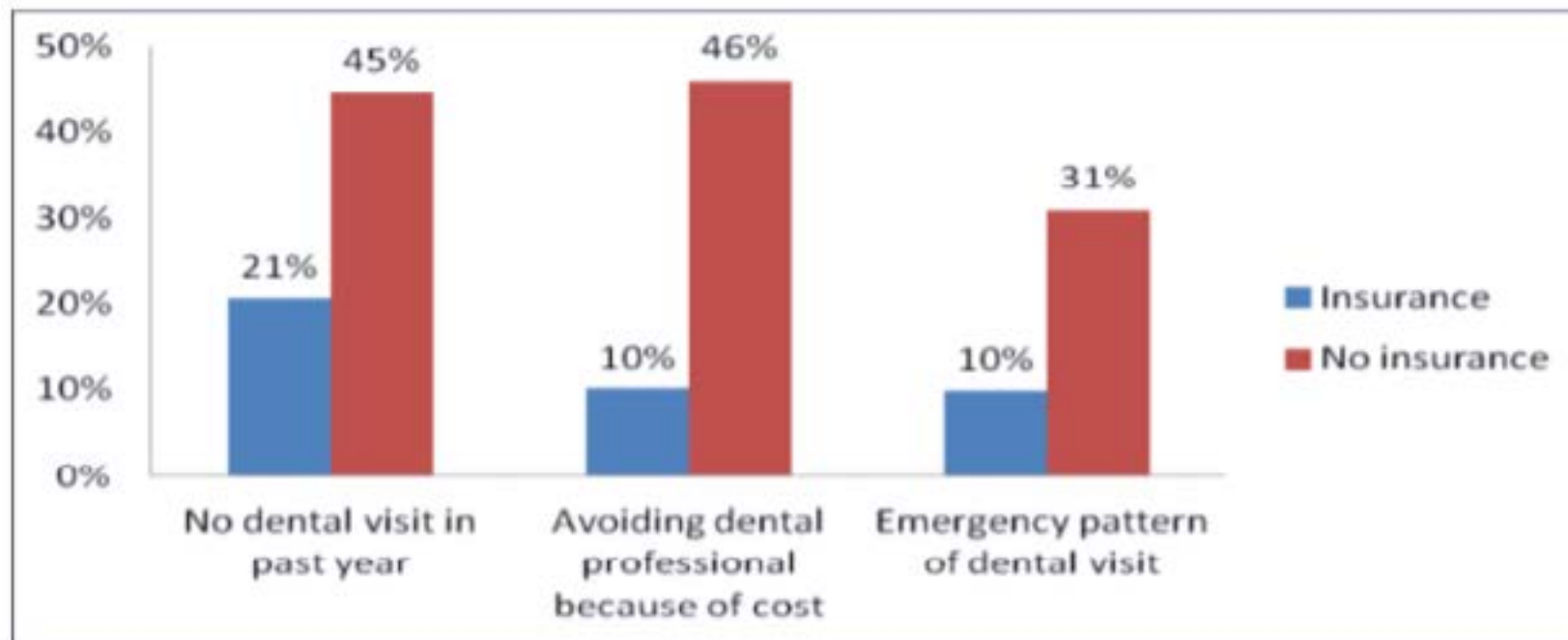
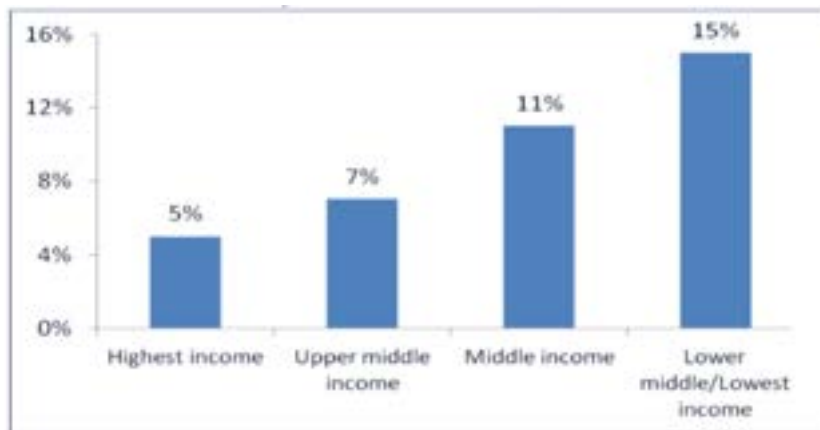


Figure 2 Insurance and access to oral health care among adults Source: ⁽¹³⁾



Challenges of the predominant dental care model

About one third of the population do not have dental insurance and cannot afford out-of-pocket payments. This proportion is increasing as recent data indicates that middle-income workers find it difficult to afford private dental insurance. Individuals who cannot afford to access private dental care suffer the consequences of untreated disease^(8, 10, 12, 17-19), and often end up receiving emergency hospital care^(20, 21). Figure 3 shows that children from low-income families had a three-fold higher experience of dental pain compared to their peers from wealthier families.



In terms of accessibility to oral care, Indigenous peoples in remote communities sometimes have to wait up for 12 months in order to receive needed oral care. Such northern communities depend on dental professionals flown in from southern cities.

Figure 3 Percentage of children and adolescents experiencing dental pain during the past year by household income level.

Source:⁽¹³⁾.



Dental tourism

The private dental care delivery model is likely to encourage dental tourism, a practice where people travel to seek dental care out of their country of habitual residence. Financial barriers to oral health care may cause Canadians to engage in dental tourism. Canadian immigrants, the working poor, and underinsured Canadians are prone to seek oral health care abroad ⁽²²⁾. However, there are no official figures on the number of Canadians, the type of treatment, and quality of care offered through dental tourism ⁽²³⁾.



Suggestions to improve the current dental care model

Increasing public spending on dental care

Oral health stakeholders have suggested ways to improve the current dental care system. The population ⁽²⁴⁾ and dental professionals ⁽²⁵⁾ expect the federal and provincial governments to increase their expenditure on oral care. This could take one of two approaches: governments can extend the range of services offered through funded programs benefitting vulnerable populations; or including oral care in the provincial and territorial health insurance plans ^(24, 26, 27). Integrating oral care in the public insurance has the potential to curb extant inequalities and inequities to vulnerable groups. Furthermore, the governments could increase funding for public health initiatives such as water fluoridation.

Developing and scaling up alternative dental care systems

The Canadian Dental Association (CDA) supports alternative models of dental care delivery that will involve the dental industry, dental professionals, government, and non-profit organizations. The CDA believes that such an approach has the potential to render equitable access to oral care ⁽⁶⁾. Further, dental hygienists and dental therapists have also argued that granting them the authorization to perform less complex treatment procedures can contribute to improving access and reducing the oral health inequality gap.

Conclusion

The Canadian dental care system depends mainly on the private sector that finances and delivers oral health services. The system has contributed to improvements in the oral health status of Canadians, and access to oral health care in Canada compares favourably to that of other advanced economies. However, certain population groups still struggle with considerable burden of oral disease. The public sector plays a limited role in the current dental care system that has its advantages, disadvantages, and potentials for improvements.



CANADA

ESPAÑOL



Observatório Iberoamericano de
Políticas Públicas en Salud Bucal

CANADA

CONSTRUYENDO
UN BLOQUE POR MAS
SALUD BUCAL

GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR
DORIVAL PEDROSO DA SILVA
MARY CAROLINE SKELTON MACEDO

FOUSP, 2019

[CONTENIDOS](#)

Organización

Coordinadores

Gilberto Alfredo Pucca Junior

Dorival Pedroso da Silva

Mary Caroline Skelton Macedo

Organizadores

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Mariana Lopes Galante

Marcelo Moreira de Jesus

Traducción

Mariana Lopes Galante

Dorival Pedroso da Silva

Amanda Iida Giraldes

Nicole Pischel

Presentación

Al recibir las copias “Construyendo un bloque por más Salud Bucal - São Paulo 2018”, elaborado por el Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, en portugués y español, señalo que la propuesta es la identificación de escenarios y estrategias de los sistemas de salud de algunos países de América Latina, con énfasis en las políticas de salud bucal.

La calidad de los artículos y la representatividad de los profesores presentes en esta propuesta establecen reflexiones y desafíos que favorecen discusiones y divulgaciones de estudios y de investigaciones de modelos más concordantes, para alcanzar índices y avances ideales en la salud bucal de las poblaciones involucradas, capaz de colaborar con la salud integral de las personas. En este sentido, como responsabilidad social, las Universidades y las Escuelas de Odontología asumen un papel fundamental, pues pueden, por medio del énfasis en la innovación, en la planificación estratégica y en las perspectivas de transformación de la enseñanza con motivación social, para contribuir a la formación de líderes en la educación y la salud.

Estoy muy contento y felicito a los maestros Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante y Mary Caroline Skelton Macedo, organizadores, así como a los equipos de académicos y profesores colaboradores de Brasil, Argentina, Bolivia, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Haiti, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay por el empeño en la preparación de estos informes. Dejo también un agradecimiento especial a la Pro Rectoría de Cultura y Extensión Universitaria de la Universidad de São Paulo por el apoyo en financiar esta divulgación a través del Edital Santander USP de Derechos Fundamentales y Políticas Públicas (2017.1.238.23.4).

Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha
Director da Universidad
de Odontologia da USP
2017/2021



Prefacio

“La utopía está allí en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte corre diez pasos. Por más que yo camine, jamás alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Sirve para eso: para que no deje de caminar.”

Eduardo Galeano

Vivir juntos. Trabajar juntos. Buscar juntos. Conjunto. Al hacer junto se construye el colectivo, así es la exégesis de la Salud Bucal Colectiva.

Este trabajo es fruto de la producción colectiva del conocimiento científico, en un área que busca el desarrollo de políticas públicas para las comunidades iberoamericanas. La Salud Bucal Colectiva (SBC) es el campo de la Salud, por principio Interdisciplinario, que se dedica a la Salud Bucal de las Poblaciones e Individuos en sus contextos, así como a los Servicios y Sistemas de Salud.

Al desarrollar las actividades del Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, los autores buscan presentar un retrato de la salud bucal de sus países, y así, reflexionar sobre sus políticas de Salud Bucal y, en cómo mejorar la calidad de vida y salud de sus poblaciones.

De este punto de vista se coloca el colectivo, desde una perspectiva filosófica o social, enfatizando la interdependencia de las poblaciones locales y concentrando sus objetivos en la comunidad, en la sociedad, nación o país, no requiriendo, por lo tanto, un sistema de gobierno o político para existir, pero debe proporcionar una igual cantidad de libertad e igualdad de oportunidades para desarrollar habilidades y talentos propios. Esta es la intencionalidad de este emprendimiento.

Lo prefijo Ibero- y el adjetivo Ibérica se refieren a la Península Ibérica en Europa, cubriendo Portugal y España. Iberoamérica incluye todos los países que hablan español en América del Norte, Central y del Sur, además del único país de habla portuguesa en la región, Brasil. Portugal y España están incluidos ellos mismos en algunas definiciones. De esta manera, todos estamos conectados, tanto desde un punto de vista histórico como cultural y, ahora una visión progresiva para construir colectivamente la mejora de la salud bucodental en las Américas.

Dentro de ese enfoque, este primer producto nos da la dimensión del trabajo conjunto realizado por un grupo de investigadores, actuando por el colectivo, en el área de Salud Bucal. Por lo que es felicitar a los que concibieron el formato de libro, ya que transmite una imagen fuerte de lo que era el pasado y lo que el futuro podría descubrir. Muchos son los caminos que, cuando seguidos, conducen a la buena salud bucal, y el concepto de construcción también implica que hay un comienzo, un estado actual y un espacio adelante. Hay un camino adelante a ser construido, el cual deberá ser mejor que el del pasado. Los países deben prepararse para actuar con una gama inmensa de necesidades en Salud Bucal y buscar las herramientas apropiadas para abordar, simultáneamente, los múltiples problemas.

Es importante que productos como éste, que cuentan el estado de la Salud Bucal en sus países, dejan un legado para que las generaciones futuras puedan conocer y observar los eventos históricos de salud en el contexto de otras circunstancias sociales y apreciar las soluciones que tuvieron que ser buscadas.

La historia de los progresos realizados en estos países es importante para las Américas y señala las diferencias que existen entre las regiones iberoamericanas.

Trabajar en conjunto todos los días con los países de la región para mejorar y proteger la salud bucal de sus poblaciones y por lo tanto promover el derecho universal a la salud.

La misión del Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal es la de fortalecer los servicios de salud bucal, a través de la comunicación y colaboración entre los países miembros, para proporcionar informaciones y recursos necesarios en la promoción de atención de salud bucal, de igualdad y calidad para todas las personas en las Américas, especialmente para las poblaciones más vulnerables.

Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo
Profesora Titular de Salud Colectiva da
FOUSP



Latin American Oral Health Association - LAOHA

La LAOHA - Latin American Oral Health Association fue fundada en Brasil, en mayo de 2015, con el apoyo de docentes de dos importantes instituciones de enseñanza superior brasileñas, la Universidad de São Paulo (USP) y la UNG Universidad. Ambas instituciones y sus filiales son responsables del desarrollo técnico y/o científico de la Asociación.

LAOHA es una asociación de derecho privado, sin fines económicos, de carácter científico, educativo, filantrópico y asistencial, cuyo principal objetivo es apoyar la formación de nuevos investigadores y, a través de la concesión de becas de estudios y proyectos de investigación, disseminar nuevos conocimientos que puedan contribuir a la mejora de la salud bucal de la población en América Latina y demás regiones.

El apoyo tiene su enfoque en profesionales que presenten diferenciales de excelencia académica y liderazgo, pero que por motivos geográficos y/o financieros, no pudieron profundizarse en los estudios en sus países o lugares de origen. A ellos se les da entonces la oportunidad de mejorar su formación en centros de excelencia y, al final, regresar comprometidos en promover cambios positivos en la salud a la investigación odontológica en su región de origen.

En la promoción de cambios en las políticas públicas de salud bucal, la Asociación busca apoyar acciones de intervención clínico- epidemiológicas que deben formar parte de las actividades de trabajo de las unidades de atención a la población.

Por lo tanto, LAOHA busca contribuir al desarrollo científico de la odontología y mejorar la salud bucal de la población latinoamericana a través de la investigación y la educación.

Giuseppe Romito - Presidente
Magda Feres - Vice Presidente
Luciana Saraiva - Consejo Fiscal
Cassiano Rosing - Consejo Fiscal
Juliano Cavagni - Consejo Fiscal
Marcelo Faveri - 1° Secretario
Cristina Villar - 2° Secretaria
Luciene Figueiredo- 1°Tesorero
Claudio Mendes Panutti - 2°Tesorero

Director Ejecutivo
Dr. Bernal Stewart
Dr. Zilson Malheiros

<https://www.latamoralhealthassociation.org/>

CONTENIDOS



EQUIPO DE COLABORADORES
BRASIL: Mauricio Bartelle Basso, Carina de Souza Paiva, Fernanda Wandembruck Goedert, Patricia Araújo Pereira Azevedo, Renata Presti Alves, Luiza Santos Scontre, Fábio Carneiro Martins, Ronald Pereira Cavalcanti, Said Yasser Said Abdallah, Samuel Jorge Moysés
ARGENTINA: Melania González y Rivas,, Colombo Yolanda A, Herrera María A, Ulloque M, Jorgelina Villafañe. Deborah F, Zarza José F
BOLIVIA: Shirley M. Flores Villegas
CANADA: Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau
CHILE: Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Viguera
COLOMBIA: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia

EQUIPO DE COLABORADORES
COSTA RICA: William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana Cristina Parra, Susan Lugo
CUBA: Maritza Sosa Rosales
ECUADOR: Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisa Coloma
GUATEMALA: Doctor Carlos Enrique Soto Menegazzo, Doctor Oscar Hugo López Rivas, Licenciada María Antonieta González, Licenciada Carolina Martínez, Doctor Edgar Sánchez Rodas, Doctor Ernesto Villagrán Colón, Ingeniera Natalia Espinal, Ingeniero Mario Álvarez, Licenciada Indira Marroquín, Doctora Carmen Lisette Vanegas, Doctor Samuel Cohen, Doctora Wendy Sáenz
HAITI: Jean-Raymond Ernst Joseph
MEXICO: Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal
PARAGUAY: Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García
PERU: Carlos Francisco Garcia Zavaleta, Flor de María Pachas Barrionuevo, Ana Soledad Arana Sunohara
REPUBLICA DOMINICANA: Adolfo Rodriguez Nuñez
URUGUAY: Pablo Bianco, Liliana Queijo

INTRODUCCION

El Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, tiene como objetivo reunir investigadores de América Latina, América Central y España, que se dediquen al estudio de las políticas públicas en salud bucal, en sus países y fuera de ellos.

Este grupo pretende potenciar las investigaciones en el área y aumentar la colaboración entre los países miembros de modo que la investigación en el área de la salud pública y en la salud bucal colectiva pueda ganar en calidad y cantidad de publicaciones y cooperaciones. Una red de colaboración fortalecida entre nuestros vecinos, puede establecer nuevos marcos teóricos que permitan avanzar en la construcción de un modelo de sistema de salud que tenga a la salud bucal como una de sus prioridades y que sea capaz de ofrecer el cuidado en salud integral de forma justa y socialmente sostenible.

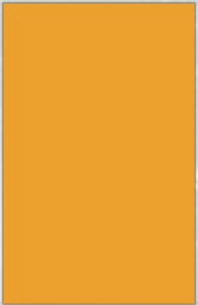
Paralelamente, el grupo debe desarrollar material educativo que posibilite y fomente la discusión alrededor del tema de la inserción de la salud bucal, en los sistemas de salud alrededor del mundo. Tanto en los cursos de grado y de postgrado, pero fundamentalmente en la sociedad en general, la discusión sobre salud pública y la inclusión del cuidado integral y universalizado a la población es prioritaria. No es posible garantizar el cuidado integral a los individuos y a las colectividades sin que se garantice acceso a los cuidados en salud bucodental, en todos los niveles de atención, y éste debe ser un derecho fundamental de la ciudadanía.

Nuestro grupo cree que la información es un instrumento estratégico de empoderamiento para que haya presión por parte de la sociedad y, que ésta sea catalizadora de la voluntad política e interés por parte de formuladores de políticas públicas para que podamos garantizar salud efectiva para todos.

Observatorio Iberoamericano de
Políticas Públicas en Salud Bucal



CONTENIDOS



CANADA

SISTEMA DE SALUD CANADIENSE

Mark TambeKeboa,
Mary Ellen Macdonald,
Belinda Nicolau

CANADÁ

BREVE VISIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD CANADIENSE

Canadá es un estado confederado compuesto por 10 provincias y 3 territorios. Los gobiernos federales y provinciales desempeñan funciones complementarias para garantizar el acceso a la salud para los más de 35 millones de habitantes. El gobierno federal promulga legislaciones importantes y las transferencias de fondos para apoyar los programas de salud provinciales.

Cada provincia y territorio cuenta con un plan de seguro de salud diseñado de conformidad con CanadaHealthAct (CHA) de 1984. Esta legislación describe cinco principios básicos:

BREVE VISIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD CANADIENSE

Administración pública: esto implica que los planes de seguro de salud provinciales y territoriales deben ser administrados por una agencia pública sin fines de lucro;

Integralidad: los planes de salud debe asegurar que todos los servicios médicos necesarios se presten en un hospital;

Universalidad: los planes de salud deben garantizar una cobertura uniforme para todos los asegurados;

Accesibilidad: los planes de salud deben proporcionar un acceso razonable a los servicios médicos que carecen de recursos financieros y otras barreras;

Portabilidad: los planes de salud deben cubrir a los asegurados cuando sedesplazan a otra provincia o territorio dentro de Canadá, y cobertura restringida a los individuos cuando viajan al exterior¹;

Los principios de la CHA aseguran el acceso universal a los servicios médicos asegurados públicamente para todos los canadienses. Por el contrario, el sistema de atención dental es principalmente un servicio del sector privado que se encuentra fuera del sistema de salud general. En este capítulo se presenta una descripción de los componentes clave del sistema de atención de la salud oral.



Profesionales de salud bucal en Canadá

Los profesionales de la salud oral en Canadá incluyen dentistas (dentistas generales y especialistas) e higienistas dentales. También hay terapeutas dentales en un número limitado de jurisdicciones.

Dentistas: existían cerca de 21 mil dentistas en Canadá en 2013. Nueve de cada diez dentistas (92%) eran propietarios o trabajaban en una clínica privada. Los dentistas proporcionan servicios clínicos para restaurar la forma, la función y mejorar la estética del complejo orofacial. Una pequeña proporción de dentistas (8%) eran empleados en el sector académico, hospitales u otras instituciones públicas ^{2,3}.

Higienistas dentales: Canadá tiene cerca de 30 mil higienistas dentales que prestan servicios preventivos y terapéuticos en clínicas y actividades de promoción de la salud bucal en las comunidades. Desde 2007, los higienistas dentales en la mayoría de las provincias y territorios, con excepción de Quebec, pueden tener consultorio particular donde realizan procedimientos terapéuticos simples sin la supervisión del dentista ⁴.

Terapeutas dentales: hay aproximadamente 300 terapeutas dentales en Canadá. Su papel es de educar a los individuos y las comunidades en la prevención de enfermedades, y para proporcionar una atención de emergencia para niños y adultos. La capacitación de terapeutas dentales se diseñó originalmente para mejorar el acceso a la atención de salud bucodental en áreas remotas, especialmente en comunidades indígenas. Sin embargo, el último programa de capacitación en terapia dental en Canadá terminó en 2011 ⁵.



Modelos de prestación de cuidados dentales

Modelo privado

Los profesionales dentales que trabajan en clínicas privadas proporcionan la mayor parte de la atención de la salud oral en Canadá. Los dentistas poseen y administran las clínicas dentales como una empresa privada que ofrece servicios de atención bucal generalizados o especializados. Todos los procedimientos tienen un código y una guía de tarifas que están determinados por cada orden profesional provincial y territorial de los dentistas. Los dentistas no están obligados a cobrar las tarifas sugeridas. Sin embargo, se debe aplicar una guía de honorarios negociada por el gobierno para los beneficiarios de programas dentales financiados con fondos públicos.

La organización y la prestación de asistencia oral a través del sector privado es similar en todas las provincias y territorios. Un individuo puede llegar directamente o llamar para marcar una consulta en la clínica dental de su elección. Es posible recibir tratamiento el mismo día, dependiendo de los síntomas del paciente y del horario de trabajo de la clínica.

El individuo puede utilizar su seguro dental privado o hacer pago directo para pagar servicios. De acuerdo con el Canadian Health-Measures Survey de 2007-2009, dos tercios de los canadienses tenían seguro odontológico (privado - 62%, público - 6%). Los clientes que tienen seguro dental parcial tienen que pagar la porción Programas odontológicos hospitalarios.



Modelos de prestación de cuidados dentales

Programas odontológicos hospitalarios

La mayoría de los programas odontológicos hospitalarios se afilian a las universidades locales. Los programas ofrecen servicios como: atención de salud bucal para pacientes con discapacidad, servicio de emergencia 24 horas para la comunidad y ayuda a pacientes que necesitan atención hospitalaria. Por ejemplo, incluyen pacientes que necesitan cirugía maxilofacial y reconstrucción protética debido a trauma o terapia contra cáncer y pacientes hospitalizados para trasplante de órganos. Además, los programas sirven como una “red de seguridad” prestando atención a individuos con dolor dental agudo para algunos individuos que no poseen los medios financieros para acceder a cuidados privados.

Las facultades de odontología también ofrecen cuidados orales más accesibles como parte de los programas de formación de graduación y posgrado. Los pacientes potenciales se seleccionan de acuerdo con las directrices establecidas financieras y de necesidad de tratamiento, y reciben tratamiento de los estudiantes de odontología bajo supervisión⁹.

Modelos ad hoc

Un tercio de los canadienses no tienen seguro odontológico. Esta subpoblación hará cargo de sus propios recursos para el cuidado de la salud oral; Sin embargo, muchos encuentran atención bucal en Canadá un servicio caro¹⁰⁻¹². Algunas provincias tienen clínicas dentales comunitarias sin fines de lucro que ofrecen atención bucal más accesible a poblaciones vulnerables¹³. Dentistas ofrecen tiempo y las organizaciones comunitarias proporcionan el espacio físico para estas clínicas con el fin de reducir al mínimo los costos de operación. Además, varias asociaciones dentales provinciales están colaborando con universidades y comunidades para implementar proyectos diseñados para facilitar el cuidado oral para los grupos de población vulnerables².



Financiamiento del servicio odontológico

El sector privado financia casi exclusivamente el cuidado de la salud oral en Canadá. Por ejemplo, el sector privado contribuyó con 12.700 millones (93,8%), de los más de US\$13 mil millones gastados en salud oral en 2015. Cerca de dos tercios (60%) del valor fueron pagados por medio de seguro odontológico privado y el 40% de los recursos propios ¹⁴. Los planes provinciales y territoriales del seguro de salud no cubren cuidados bucales, excepto cuidados limitados para grupos específicos de población (por ejemplo, personas con recursos financieros escasos). Por lo tanto, los individuos deben adquirir seguro dental privado, individualmente o en grupo, a través de sus empleadores.

El gobierno contribuye anualmente con cerca del 6% del gasto odontológico total ¹⁴. De acuerdo con el Canadá HealthAct, sólo los cuidados bucales suministrados en el hospital se califica como “servicios médicamente necesarios” ⁷. Sin embargo, el gobierno federal financia, con límites, el cuidado oral para los veteranos, los pueblos indígenas, los presos, los refugiados y los solicitantes de asilo y los miembros de la Policía Montada Real Canadiense (RCMP - Royal Canadian Mounted Police). Los gobiernos provinciales y territoriales financian cuidados orales limitados para las personas que reciben asistencia social y algunos niños (el límite de edad varía de acuerdo con las jurisdicciones). Los beneficiarios de los programas odontológicos con financiación pública tienen acceso a cuidados orales de clínicas dentales privadas ². La Figura 1 muestra una composición de los gastos dentales en 2015.

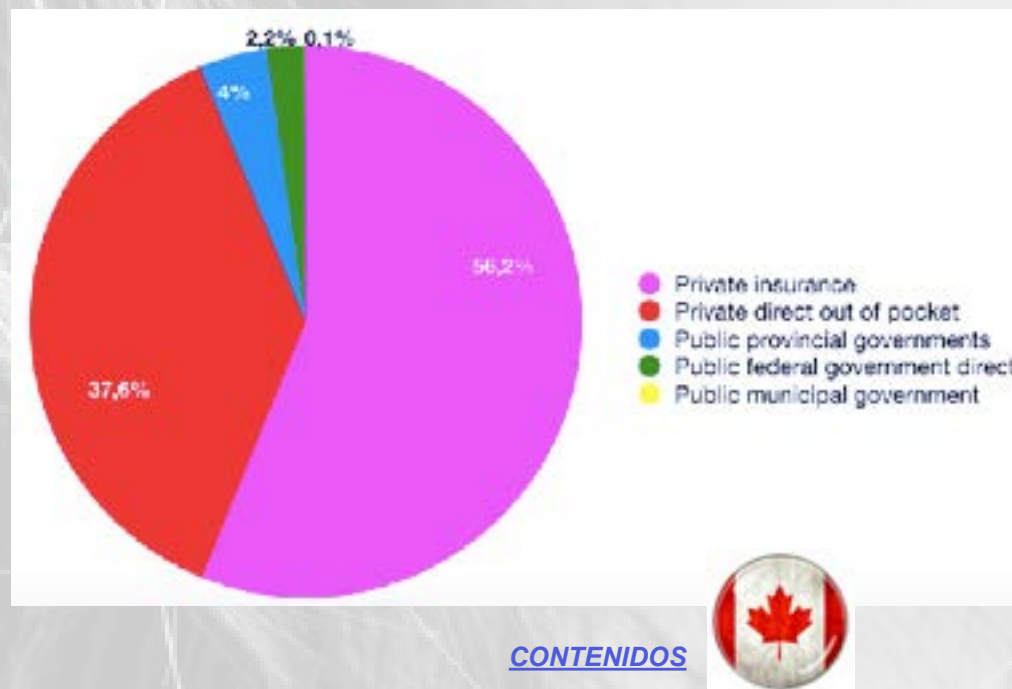


Figura 1: Gastos de Servicios Odontológicos en Canadá 2015 (Source: Health Expenditure-Trends, CIHI, 2015).

Ventajas del modelo privado de asistencia odontológica

El modelo de prestación de asistencia odontológica privada ha sido elogiado por mejorar el acceso a la atención oral, ofreciendo servicios de calidad, y reducir la carga de enfermedades bucales en Canadá. Canadá tiene una relación dentista-ciudadana de aproximadamente 1:1.600, y ocupa el 5º lugar en los países de la OECD en términos de número medio o total de visitas anuales al dentista ². Hasta el 75% de los canadienses visitan al dentista anualmente y el tiempo de espera es mínimo (incluso inexistente en algunos casos). Estos datos se comparan favorablemente con los países de la OCDE similares ³. Además, más del 80% de los pacientes están satisfechos con la calidad de los servicios de salud bucal ^(3,15). El mejor acceso al cuidado en salud oral en las últimas décadas ha contribuido a mejorar los resultados de salud bucal de los canadienses. En comparación con la década de 1970, la caries no tratada en niños disminuyó tres veces y la proporción de adultos que perdieron todos los dientes naturales (edéntulos) cayó del 23% al 6% ¹⁶.

Desafíos del modelo de atención odontológica predominante

Desigualdades en salud bucal: A pesar de las mejoras, las desigualdades en salud bucal persisten, afectando especialmente a las poblaciones vulnerables: ancianos, pueblos indígenas, refugiados y nuevos inmigrantes, personas con discapacidad, beneficiarios de asistencia social, niños y trabajadores pobres. Familias e individuos con bajos ingresos y bajo nivel socioeconómico tienen los peores resultados de salud oral y el acceso limitado a la atención oral en comparación con la población general ^(2,13). La renta familiar y el seguro odontológico son los principales determinantes en el acceso al cuidado oral y al estado de salud oral en Canadá. La Figura 2 ilustra que las personas sin seguro dental eran cuatro veces más propensas a no visitar al dentista en comparación con las personas que poseían seguro dental.



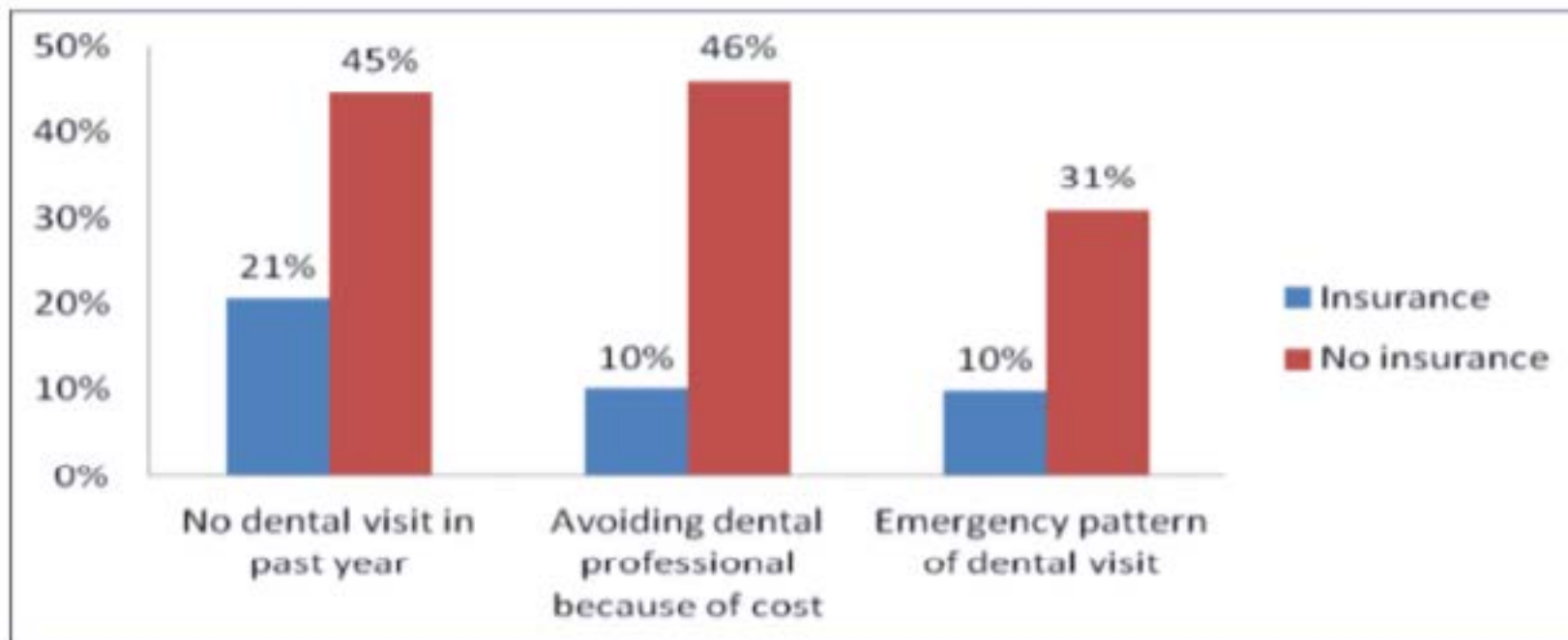
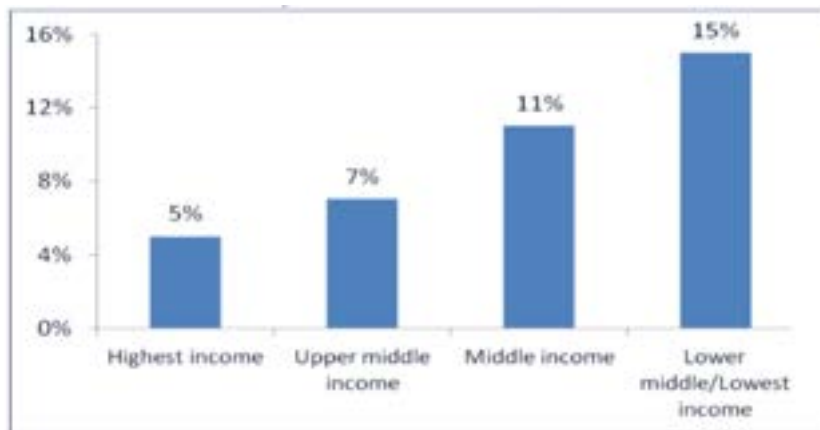


Figura 2: Seguro y acceso a la salud oral entre adultos ¹³



Desafíos del modelo de atención odontológica predominante

Alrededor de un tercio de la población no tiene seguro odontológico y no pueden costear los costos. Esta proporción está aumentando, los datos recientes indican que los trabajadores de renta media tienen dificultades para pagar el seguro dental privado. Los individuos que no pueden darse el lujo de acceder a la atención odontológica privada sufren las consecuencias de la enfermedad no tratada ^(8, 10, 12, 17-19) y muchas veces acaban recibiendo atención hospitalaria de emergencia ^(20, 21). La Figura 3 muestra que los niños de familias de bajos ingresos tenían una experiencia tres veces mayor de dolor dental en comparación con las de familias más ricas.



En cuanto al acceso al cuidado de la salud oral, los pueblos indígenas en comunidades remotas a veces tienen que esperar hasta 12 meses para recibir los cuidados necesarios. Las comunidades del norte dependen de profesionales dentales traídos por las ciudades del sur.

Figura 3 Porcentaje de niños y adolescentes con dolor dental durante el año pasado de acuerdo con la renta familiar ¹³.



Turismo Odontológico

El modelo de atención odontológica privada puede incentivar el turismo dental, una práctica en la que las personas buscan atención odontológica fuera de su país de residencia habitual. Las barreras financieras a la atención de la salud bucal pueden hacer que los canadienses se involucren en el turismo dental. Los inmigrantes canadienses, los trabajadores más pobres y los canadienses sin seguro son propensos a buscar atención de salud bucal en el exterior²². Además, no hay cifras oficiales sobre el número de canadienses, ni sobre el tipo de tratamiento y la calidad de los cuidados ofrecidos a través del turismo dental²³.



Propuestas para mejorar el actual modelo de servicios odontológicos

Aumento del gasto público en atención odontológica

Los tomadores de decisión en salud bucal sugirieron formas de mejorar el actual sistema de atención odontológica. La población ²⁴ y los profesionales odontológicos ²⁵ esperan que los gobiernos federal y provincial aumenten sus gastos con cuidados bucales. Esto puede llevar a uno de los dos enfoques: los gobiernos pueden ampliar la gama de servicios ofrecidos a través de programas financiados que benefician a las poblaciones vulnerables; o la inclusión de los cuidados en salud orales en los planes de seguro de salud provinciales y territoriales ^(24, 26, 27). Integrar el cuidado bucal en el seguro público puede reducir las desigualdades e injusticias existentes con los grupos vulnerables. Además, los gobiernos podrían aumentar el financiamiento para iniciativas de salud pública, como la fluoración de agua.

Desarrollar y ampliar sistemas alternativos de cuidado dental

La Canadian Dental Association(CDA) respalda modelos alternativos de atención dental que involucrarán a la industria dental, a los profesionales dentales, al gobierno y a las organizaciones sin fines de lucro. La CDA cree que ese enfoque tiene el potencial de brindar un acceso equitativo a la atención oral ⁶. Además, los higienistas dentales y los odontólogos también han argumentado que otorgarles la autorización para realizar procedimientos de tratamiento menos complejos puede contribuir a mejorar el acceso y reducir la brecha de desigualdad en salud oral.

Conclusión

El sistema de salud bucal canadiense depende principalmente del sector privado que financia y presta servicios en salud. El sistema contribuyó a mejorar el estado de salud oral y el acceso de los canadienses, Canadá se compara favorablemente con el de otras economías avanzadas en relación a la salud oral. Además, ciertos grupos de población todavía presentan problemas con enfermedades bucales. El sector público desempeña un papel limitado en el actual sistema de atención odontológica que tiene sus ventajas, desventajas y potenciales de mejoras.



CANADÁ

PORTUGUÊS



Observatório Iberoamericano de
Políticas Públicas en Salud Bucal

CANADÁ

CONSTRUINDO UM BLOCO
POR MAIS SAÚDE BUCAL

GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR
DORIVAL PEDROSO DA SILVA
MARY CAROLINE SKELTON MACEDO

FOUSP, 2019

CONTEÚDOS

Organização

Coordenadores

Gilberto Alfredo Pucca Junior

Dorival Pedroso da Silva

Mary Caroline Skelton Macedo

Organizadores

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Mariana Lopes Galante

Marcelo Moreira de Jesus

Tradução

Mariana Lopes Galante

Dorival Pedroso da Silva

Amanda Iida Giraldes

Nicole Pischel

Apresentação

Ao receber os exemplares “Construindo um bloco por mais saúde bucal – São Paulo 2018”, elaborado pelo Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, no idioma português e espanhol, observamos que a proposta é a identificação de cenários e estratégias dos sistemas de saúde em alguns países da América Latina, com ênfase nas políticas de saúde bucal.

A qualidade dos artigos e a representatividade dos professores presentes nesta proposta estabelecem reflexões e desafios que favorecem discussões e divulgações de estudos e de pesquisas de modelos mais condizentes para atingirmos índices e avanços ideais na saúde bucal das populações envolvidas, capaz de colaborar com a saúde integral das pessoas. Neste sentido, como responsabilidade social, as Universidades e as Escolas de Odontologia assumem um papel fundamental, pois podem, por meio de ênfases na inovação, em planejamento estratégico e em perspectivas de transformação do ensino com motivação social contribuir para a formação de líderes em educação e saúde.

Congratulo e parabenizo os professores Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante e Mary Caroline Skelton Macedo, organizadores, bem como a equipe de professores colaboradores do Brasil, Argentina, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Haiti, México, Paraguai, Peru, República Dominicana e Uruguai pelo empenho na preparação destas informações. Deixo também um agradecimento especial à Pró Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo pelo apoio em financiar esta divulgação por meio do Edital Santander USP de Direitos Fundamentais e Políticas Públicas (2017.1.238.23.4).

Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha
Diretor da Universidade
de Odontologia da USP
2017/2021



Prefácio

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.

Eduardo Galeano

Viver junto. Trabalhar junto. Pesquisar junto. Conjunto. Ao fazer junto constrói-se o coletivo, assim é a exegese da Saúde Bucal Coletiva.

Este trabalho é fruto da produção coletiva do conhecimento científico, numa área que visa ao desenvolvimento de políticas públicas para as comunidades Ibero-Americanas. A Saúde Bucal Coletiva (SBC) é o campo da Saúde, por princípio Interdisciplinar, que se dedica à Saúde Bucal das Populações e Indivíduos em seus contextos, bem como aos Serviços e Sistemas de Saúde.

Ao desenvolver as atividades do Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, os autores buscam apresentar um retrato da saúde bucal de seus países e, assim, refletir sobre suas políticas de Saúde Bucal, e em como melhorar a qualidade de vida e saúde de suas populações.

Desse ponto de vista é que se coloca o coletivo, numa perspectiva filosófica ou social enfatizando a interdependência das populações locais e concentrando seus objetivos na comunidade, na sociedade, nação ou país, não requerendo, portanto, um sistema de governo ou político para existir, mas devendo proporcionar uma igual quantidade de liberdade e igualdade de oportunidades para desenvolver habilidades e talentos próprios. Essa é a intencionalidade deste empreendimento.

O prefixo ibero- e o adjetivo ibérica referem-se à Península Ibérica na Europa, que abrange Portugal e Espanha. A Ibero-América inclui todos os países de língua espanhola na América do Norte, Central e do Sul, além do único país lusófono da região, o Brasil. Portugal e Espanha são, eles próprios, incluídos em algumas definições. Desta forma, estamos todos ligados, tanto do ponto de vista histórico como cultural e, agora numa visão progressista de construir coletivamente a melhoria da Saúde Bucal nas Américas

Dentro desse enfoque, este primeiro produto nos dá a dimensão do trabalho conjunto realizado por um grupo de pesquisadores, atuando pelo coletivo, na área de Saúde Bucal. Assim é de se felicitar os que conceberam o formato do livro, pois ele transmite uma forte imagem do que foi o passado e do que o futuro poderá descortinar. Muitos são os caminhos que, quando seguidos, conduzem à boa saúde bucal, e o conceito de construção também implica que há um começo, um estado atual e um espaço adiante. Há um caminho adiante a ser construído, o qual deverá ser melhor que o do passado. Os países devem se preparar para atuar com uma gama imensa de necessidades em Saúde Bucal e procurar as ferramentas apropriadas para abordar, simultaneamente, os múltiplos problemas.

É importante que obras como esta, que contam o estado da Saúde Bucal em seus países, deixam um legado para que as gerações futuras possam conhecer e observar os eventos históricos de saúde no contexto de outras circunstâncias sociais e apreciar as soluções que tiveram de ser buscadas

A história dos progressos realizados nesses países é importante para as Américas e aponta as diferenças que existem entre as regiões ibero-americanas.

Trabalhar coletivamente todos os dias com os países da região para melhorar e proteger a saúde bucal de suas populações e desta forma promover o direito de todos à saúde.

A missão do Observatório Latino-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal é a de fortalecer os serviços de saúde bucal, através da comunicação e colaboração entre os países membros, para fornecer informações e recursos necessários na promoção de cuidados de saúde bucal, de igualdade e qualidade para todas as pessoas nas Américas, especialmente para as populações mais vulneráveis.

Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo
Professora Titular de Saúde Coletiva da
FOUSP



Latin American Oral Health Association - LAOHA

A LAOHA - Latin American Oral Health Association foi fundada no Brasil, em maio de 2015, com o apoio de docentes de duas importantes instituições de ensino superior brasileiras, a Universidade de São Paulo (USP) e a UNG Universidade. Ambas instituições e suas afiliadas são responsáveis pelo desenvolvimento técnico e/ou científico da Associação.

A LAOHA é uma associação de direito privado, sem fins econômicos, de caráter científico, educacional, filantrópico e assistencial, cujo principal objetivo é apoiar a formação de novos pesquisadores e, através da concessão de bolsas de estudos e projetos de pesquisas, disseminar novos conhecimentos que possam contribuir para a melhoria da saúde bucal da população na América Latina e demais regiões.

O apoio tem seu foco em profissionais que apresentem diferenciais de excelência acadêmica e liderança, mas que por motivos geográficos e/ou financeiros, não conseguiram se aprofundar nos estudos em seus países ou locais de origem. A eles é dada então a oportunidade de melhorar a sua formação em centros de excelência e, ao final, regressar comprometidos em promover mudanças positivas na saúde e na pesquisa odontológica em sua região de origem.

Na promoção de mudanças nas políticas públicas de saúde bucal, a Associação procura apoiar ações de intervenção clínico-epidemiológicas que devem fazer parte das atividades de trabalho das unidades de atendimento à população.

Assim, a LAOHA busca contribuir para o desenvolvimento científico da odontologia e melhoria da saúde bucal da população latino-americana através da pesquisa e educação.

Giuseppe Romito - Presidente

Magda Feres - Vice Presidente

Luciana Saraiva - Conselho Fiscal

Cassiano Rosing - Conselho Fiscal

Juliano Cavagni - Conselho Fiscal

Marcelo Faveri - 1º Secretário

Cristina Villar - 2º Secretária

Luciene Figueiredo - 1º Tesoureiro

Claudio Mendes Panutti - 2º Tesoureiro

Diretor Executivo

Dr. Bernal Stewart

Dr. Zilson Malheiros

<https://www.latamoralhealthassociation.org/>

CONTEÚDOS



EQUIPE DE COLABORADORES
BRASIL: Mauricio Bartelle Basso, Carina de Souza Paiva, Fernanda Wandembruck Goedert, Patricia Araújo Pereira Azevedo, Renata Presti Alves, Luiza Santos Scontre, Fábio Carneiro Martins, Ronald Pereira Cavalcanti, Said Yasser Said Abdallah, Samuel Jorge Moysés
ARGENTINA: Melania González y Rivas,, Colombo Yolanda A, Herrera María A, Ulloque M, Jorgelina Villafañe. Deborah F, Zarza José F
BOLIVIA: Shirley M. Flores Villegas
CANADA: Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau
CHILE: Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Viguera
COLOMBIA: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia

EQUIPE DE COLABORADORES
COSTA RICA: William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana Cristina Parra, Susan Lugo
CUBA: Maritza Sosa Rosales
EQUADOR: Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisa Coloma
GUATEMALA: Doctor Carlos Enrique Soto Menegazzo, Doctor Oscar Hugo López Rivas, Licenciada María Antonieta González, Licenciada Carolina Martínez, Doctor Edgar Sánchez Rodas, Doctor Ernesto Villagrán Colón, Ingeniera Natalia Espinal, Ingeniero Mario Álvarez, Licenciada Indira Marroquín, Doctora Carmen Lissette Vanegas, Doctor Samuel Cohen, Doctora Wendy Sáenz
HAITI: Jean-Raymond Ernst Joseph
MEXICO: Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal
PARAGUAY: Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García
PERU: Carlos Francisco Garcia Zavaleta, Flor de María Pachas Barrionuevo, Ana Soledad Arana Sunohara
REPUBLICA DOMINICANA: Adolfo Rodríguez Nuñez
URUGUAY: Pablo Bianco, Liliana Queijo

INTRODUÇÃO

O Observatório Ibero Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, tem como objetivo reunir pesquisadores da América Latina, América Central e Espanha, que se dediquem ao estudo das políticas públicas em saúde bucal, em seus países e fora deles.

Este grupo pretende potencializar as pesquisas na área e, aumentar a colaboração entre os países membros, de modo que a pesquisa na área da saúde pública e na saúde bucal coletiva possam ganhar em qualidade e quantidade de publicações e cooperações. Uma rede de colaboração capilarizada entre nossos vizinhos pode estabelecer novos marcos teóricos, que permitam avançar na construção de um modelo de sistema de saúde, que tenha a saúde bucal como uma de suas prioridades e que seja capaz de oferecer o cuidado em saúde integral, de forma justa e socialmente sustentável.

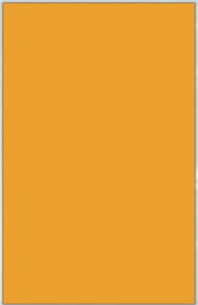
Paralelamente, o grupo deve desenvolver material educativo que possibilite e fomente a discussão ao redor do tema da inserção da saúde bucal nos sistemas de saúde ao redor do mundo. Tanto nos cursos de graduação, quanto de pós-graduação, mas fundamentalmente na sociedade em geral, a discussão sobre saúde pública e a inclusão do cuidado integral e universalizado à população deve ser discutida. Não é possível garantir cuidado integral aos indivíduos e às coletividades sem garantir o acesso aos cuidados em saúde bucal, em todos os níveis de atenção, e este deve ser direito fundamental de cidadania.

Nosso grupo acredita que a informação é um instrumento estratégico de empoderamento, para que haja pressão por parte da sociedade e, que esta seja catalizadora da vontade política e interesse por parte de formuladores de políticas públicas na busca de garantir saúde efetiva para todos.

Observatório Iberoamericano de
Políticas Públicas em Saúde Bucal



CONTEÚDOS



CANADA

SISTEMA DE SAUDE CANADENSE

Mark TambeKeboa,
Mary Ellen Macdonald,
Belinda Nicolau

BREVE DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE CANADENSE

CANADÁ



O Canadá é um Estado confederado composto por 10 províncias e 3 territórios. Os governos federal e provincial desempenham papéis complementares para garantir o acesso aos cuidados de saúde para mais de 35 milhões de habitantes. O governo federal decreta as principais legislações e transfere fundos para apoiar os programas provinciais de saúde.

Cada província e território opera um plano de seguro de saúde projetado de acordo com a Canada Health Act (CHA) de 1984. Esta legislação delineou cinco princípios fundamentais:

BREVE DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE CANADENSE

Administração pública: isso implica que os planos provinciais e territoriais de seguro de saúde devem ser administrados por uma agência pública sem fins lucrativos;

Integralidade: os planos de saúde devem garantir que todos os serviços médicos necessários sejam fornecidos dentro de um hospital;

Universalidade: os planos de saúde devem garantir uma cobertura uniforme para todos os segurados;

Acessibilidade: os planos de saúde devem proporcionar acesso razoável aos serviços médicos que são desprovidos de recursos financeiros e outras barreiras;

Portabilidade: os planos de saúde devem cobrir os segurados quando se deslocam para outra província ou território dentro do Canadá, e cobertura restrita aos indivíduos quando viajarem para o exterior ¹ ;

Os princípios da CHA asseguram o acesso universal a serviços médicos com seguro público para todos os canadenses. Em contraste, o sistema de cuidados dentários é principalmente um serviço do setor privado que fica fora do sistema geral de saúde. Este capítulo apresenta uma descrição dos principais componentes do sistema de saúde bucal.



PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO CANADÁ

Os profissionais de saúde bucal no Canadá incluem dentistas (dentistas e especialistas em geral) e higienistas dentários. Há também terapeutas dentários em um número limitado de jurisdições.

Dentistas: existiam cerca de 21 mil dentistas no Canadá em 2013. Nove em cada dez dentistas (92%) eram proprietários ou trabalhavam em uma clínica privada. Os dentistas fornecem serviços clínicos para restaurar a forma, a função e melhorar a estética do complexo orofacial. Uma pequena proporção de dentistas (8%) eram empregados no setor acadêmico, hospitais ou outras instituições públicas ^{2,3}.

Higienistas dentais: o Canadá tem cerca de 30 mil higienistas dentários que prestam serviços preventivos e terapêuticos em clínicas e atividades de promoção da saúde bucal nas comunidades. Desde 2007, os higienistas dentários na maioria das províncias e territórios, com exceção de Quebec, podem ter consultório particular onde realizam procedimentos terapêuticos simples sem a supervisão do dentista ⁴.

Terapeutas dentais: existem aproximadamente 300 terapeutas dentários no Canadá. O papel deles é educar os indivíduos e as comunidades na prevenção de doenças e prestar cuidados de emergência para crianças e adultos. O treinamento de terapeutas dentários foi originalmente projetado para melhorar o acesso à atenção bucal em áreas remotas, especialmente em comunidades indígenas. No entanto, o último programa de treinamento de terapia dentária no Canadá foi encerrado em 2011 ⁵.



MODELOS DE PRESTAÇÕES DE CUIDADOS ODONTOLÓGICOS

Modelo privado

Profissionais dentais que trabalham em clínicas privadas fornecem a maioria dos cuidados de saúde bucal no Canadá. Os dentistas possuem e gerenciam as clínicas dentárias como uma empresa privada que oferece serviços de cuidados bucais generalizados ou especializados. Todos os procedimentos têm um código e um guia de tarifas que são determinados por cada ordem profissional provincial e territorial de dentistas. Os dentistas não são obrigados a cobrar as taxas sugeridas. No entanto, um guia de taxas negociadas pelo governo deve ser aplicado para beneficiários de programas odontológicos com financiamento público.

A organização e prestação de cuidados orais através do setor privado é semelhante em todas as províncias e territórios. Um indivíduo pode chegar diretamente ou ligar para marcar uma consulta na clínica dentária de sua escolha. É possível receber tratamento no mesmo dia, dependendo dos sintomas do paciente e do horário de trabalho da clínica.

O indivíduo pode usar seu seguro dental privado ou fazer pagamento direto para pagar serviços. De acordo com o Canadian Health Measures Survey de 2007-2009, dois terços dos canadenses tinham seguro odontológico (privado - 62%, público - 6%). Os clientes que têm seguro dental parcial têm que pagar a parcela não segurada dos custos de tratamento. As clínicas privadas de higiene dental operam em formato similar ⁶⁻⁸.



Modelos de prestação de cuidados odontológicos

Programas odontológicos hospitalares

A maioria dos programas odontológicos hospitalares são afiliados a universidades locais. Os programas oferecem serviços como: cuidados de saúde bucal para pacientes com deficiência, serviço de emergência 24 horas para a comunidade e auxílio a pacientes que necessitam de cuidados hospitalares. Por exemplo, incluem pacientes que precisam de cirurgia maxilofacial e reconstrução protética devido a trauma ou terapia contra câncer e pacientes hospitalizados para transplante de órgãos. Além disso, os programas servem como uma “rede de segurança” prestando atenção a indivíduos com dor dental aguda para alguns indivíduos que não possuem os meios financeiros para acessar cuidados privados.

Faculdades de odontologia também oferecem cuidados orais mais acessíveis como parte dos programas de formação de graduação e pós-graduação. Pacientes em potencial são selecionados de acordo com diretrizes estabelecidas financeiras e de necessidade de tratamento, e recebem tratamento dos estudantes de odontologia sob supervisão ⁹.

Modelos ad hoc

Um terço dos canadenses não tem seguro odontológico. Esta subpopulação deve arcar com seus recursos próprios para obter cuidados de saúde bucal; No entanto, muitos acham atendimento bucal no Canadá um serviço caro ¹⁰⁻¹². Algumas províncias têm clínicas dentárias comunitárias sem fins lucrativos que oferecem atendimento bucal mais acessível a populações vulneráveis ¹³. Os dentistas oferecem o tempo e as organizações comunitárias fornecem o espaço físico para essas clínicas, a fim de minimizar os custos operacionais. Além disso, várias associações odontológicas provinciais estão colaborando com universidades e comunidades para implementar projetos destinados para facilitar o atendimento bucal para grupos populacionais vulneráveis ².



Financiamento do serviço odontológico

O setor privado financia quase que exclusivamente os cuidados em saúde oral no Canadá. Por exemplo, o setor privado contribuiu com 12,7 bilhões (93,8%), dos mais de US \$ 13 bilhões gastos em saúde oral em 2015. Cerca de dois terços (60%) do valor foram pagos por meio de seguro odontológico privado e 40% de recursos próprios ¹⁴. Os planos provinciais e territoriais de seguro de saúde não abrangem cuidados bucais, exceto cuidados limitados para grupos específicos de população (por exemplo, pessoas com recursos financeiros escassos). Portanto, os indivíduos devem adquirir seguro dental privado, individualmente ou em grupo, por meio de seus empregadores.

O governo contribui anualmente com cerca de 6% do gasto odontológico total ¹⁴. De acordo com o Canadá Health Act, apenas cuidados bucais fornecidos no hospital qualificam-se como “serviços medicamente necessários” ⁷. No entanto, o governo federal financia, com limites, o cuidado oral para os veteranos, os povos indígenas, os presos, refugiados e requerentes de asilo e membros da Polícia Montada Real Canadense (RCMP – Royal Canadian Mounted Police). Os governos provinciais e territoriais financiam cuidados orais limitados para pessoas que recebem assistência social e algumas crianças (o limite de idade varia de acordo com as jurisdições). Os beneficiários dos programas odontológicos com financiamento público têm acesso a cuidados orais de clínicas dentárias privadas ². A Figura 1 mostra uma composição dos gastos dentários em 2015.



Figura 1: Gastos de Servicios Odontológicos en Canadá 2015 (Source: Health Expenditure-Trends, CIHI, 2015).

Vantagens do modelo privado de assistência odontológica

O modelo de prestação de assistência odontológica privado tem sido elogiado por melhorar o acesso aos cuidados oral, oferecendo serviços de qualidade e reduzir a carga de doenças bucais no Canadá. O Canadá tem uma relação dentista-cidadão de aproximadamente 1:1.600, e ocupa o 5º lugar nos países da OECD em termos de número médio ou total de visitas anuais ao dentista ². Até 75% dos canadenses visitam o dentista anualmente e o tempo de espera é mínimo (mesmo inexistente em alguns casos). Esses dados se comparam favoravelmente aos países da OECD similares ³. Além disso, mais de 80% dos pacientes estão satisfeitos com a qualidade dos serviços de saúde bucal ^(3,15). O melhor acesso ao cuidado em saúde oral nas últimas décadas contribuiu para melhorar os resultados de saúde bucal dos canadenses. Em comparação com a década de 1970, a cárie não tratada em crianças diminuiu três vezes e a proporção de adultos que perderam todos os dentes naturais (edêntulos) caiu de 23% para 6% ¹⁶.

Desafios do modelo de atendimento odontológico predominante

Desigualdades em saúde bucal: Apesar das melhorias, as desigualdades em saúde bucal persistem, afetando especialmente as populações vulneráveis: idosos, povos indígenas, refugiados e novos imigrantes, pessoas com deficiência, beneficiários de assistência social, crianças e trabalhadores pobres. Famílias e indivíduos com baixa renda e baixo status socioeconômico apresentam os piores resultados de saúde bucal e acesso limitado a cuidados orais em comparação com a população em geral ^(2,13). A renda familiar e o seguro odontológico são os principais determinantes no acesso ao cuidado oral e ao estado de saúde oral no Canadá. A Figura 2 ilustra que as pessoas sem seguro dental eram quatro vezes mais propensas a não visitarem o dentista em comparação com indivíduos que possuíam seguro odontológico.



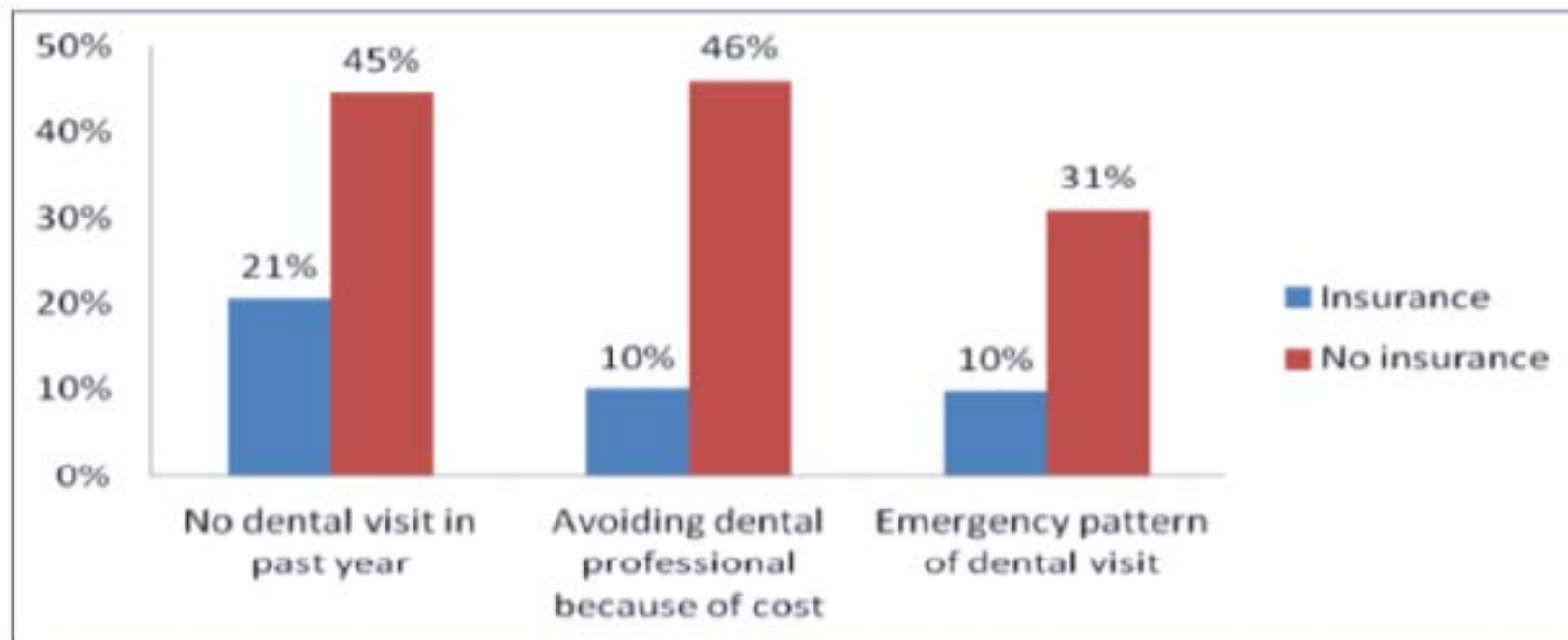
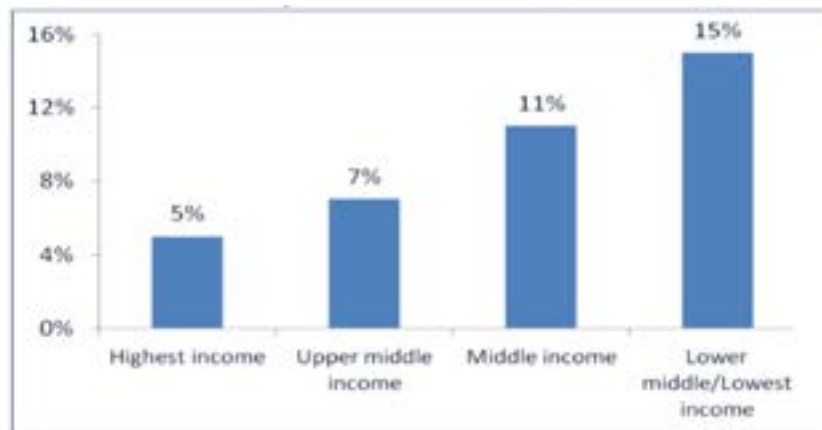


Figura 2: Seguro e acesso à saúde oral entre adultos ¹³



Desafios do modelo de atendimento odontológico predominante

Cerca de um terço da população não tem seguro odontológico e não conseguem arcar com os custos. Esta proporção está aumentando, dados recentes indicam que os trabalhadores de renda média têm dificuldade em pagar o seguro dental privado. Indivíduos que não podem se dar ao luxo de acessar o atendimento odontológico privado sofrem as consequências da doença não tratada ^(8, 10, 12, 17-19) e muitas vezes acabam recebendo atendimento hospitalar de emergência ^(20, 21). A Figura 3 mostra que crianças de famílias de baixa renda tinham uma experiência três vezes maior de dor dental em comparação com as de famílias mais ricas.



Em termos de acesso ao cuidado de saúde ral, os povos indígenas em comunidades remotas às vezes têm que esperar até 12 meses para receber os cuidados necessários. Comunidades do norte dependem de profissionais dentários trazidos pelas cidades do sul.

Figura 3 Porcentagem de crianças e adolescentes com dor dental durante o ano passado de acordo com renda familiar ¹³.



Turismo Odontológico

O modelo de prestação de cuidados odontológicos privado é capaz de encorajar o turismo odontológico, uma prática onde as pessoas viajam para buscar atendimento odontológico fora do seu país de residência habitual. As barreiras financeiras aos cuidados de saúde bucal podem fazer com que os canadenses se envolvam no turismo odontológico. Os imigrantes canadenses, os trabalhadores mais pobres e os canadenses sem seguro estão propensos a procurar cuidados de saúde bucal no exterior ²². No entanto, não há números oficiais sobre o número de canadenses, nem sobre o tipo de tratamento e a qualidade dos cuidados oferecidos através do turismo odontológico ²³.



Sugestões para melhorar o atual modelo de serviços odontológicos

Aumento do gasto público em atendimento odontológico

Os tomadores de decisão em saúde bucal sugeriram formas de melhorar o atual sistema de atendimento odontológico. A população ²⁴ e os profissionais odontológicos ²⁵ esperam que os governos federal e provincial aumentem suas despesas com cuidados bucais. Isso pode levar a uma das duas abordagens: os governos podem ampliar a gama de serviços oferecidos através de programas financiados que beneficiam as populações vulneráveis; ou a inclusão dos cuidados em saúde orais nos planos de seguro de saúde provinciais e territoriais ^(24, 26, 27). Integrar o cuidado bucal no seguro público pode reduzir as desigualdades e injustiças existentes com os grupos vulneráveis. Além disso, os governos poderiam aumentar o financiamento para iniciativas de saúde pública, como a fluoretação de água.

Desenvolvendo e ampliando sistemas alternativos de cuidados odontológicos

A Canadian Dental Association (CDA) apoia modelos alternativos de atendimento odontológico que envolverão a indústria odontológica, profissionais odontológicos, governamentais e organizações sem fins lucrativos. O CDA acredita que essa abordagem tem potencial para tornar o acesso equitativo aos cuidados bucais ⁶. Além disso, os higienistas dentais e os terapeutas dentais também argumentaram que a concessão de autorização para executar procedimentos de tratamento menos complexos pode contribuir para melhorar o acesso e reduzir a lacuna de desigualdade na saúde bucal.

Conclusão

O sistema de saúde bucal canadense depende principalmente do setor privado que financia e presta serviços em saúde. O sistema contribuiu para melhorar o estado de saúde oral e o acesso dos canadenses, o Canadá se compara favoravelmente com o de outras economias avançadas em relação à saúde oral. No entanto, certos grupos populacionais ainda apresentam problemas com doenças bucais. O setor público desempenha um papel limitado no atual sistema de atendimento odontológico que tem suas vantagens, desvantagens e potenciais de melhorias.



1. Government of Canada. Canada's Health Care System. Available at: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>. 2012.
2. Canadian Dental Association. The State of Oral Health in Canada. Available at: <http://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/flip/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. 2017.
3. Labrie Y. The Other Health Care System: Four Areas Where The Private Sector Answers Patients' Needs. Montreal Economic Institute; 2015. p. 44.
4. Ducas I. Les cliniques hygiène dentaire est pour bientôt? : La Presse; 2012.
5. Leck V, Randall GE. The rise and fall of dental therapy in Canada: a policy analysis and assessment of equity of access to oral health care for Inuit and First Nations communities. International journal for equity in health. 2017; 16:131.
6. Canadian Dental Association. Position Paper on Access to Oral Health Care for Canadians. Available at: https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/accesstocarePaper/2010.
7. Quiñonez C. Why was dental care excluded from Canadian Medicare?. Available at: <http://ncohr-rcrsb.ca/knowledge-sharing/working-paper-series/content/quinonez.pdf> 2013 Contract No.: 1.
8. Ramraj C, Sadeghi L, Lawrence HP, Dempster L, Quinonez C. Is accessing dental care becoming more difficult? Evidence from Canada's middle-income population. PloS one. 2013; 8:e57377.
9. Canadian Dental Association. CDA Position on Provincial Funding of Hospital-Based Dental Services and Postgraduate Dental Education. 2005 [Dec. 10, 2017]; Available from: http://www.cda-adc.ca/_files/position_statements/fundingHospitalDentalServices.pdf.
10. Wallace B, Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Wathen N, Long PM, et al. Self-reported oral health among a community sample of people experiencing social and health inequities: cross-sectional findings from a study to enhance equity in primary healthcare settings. BMJ Open, 5(12), e009519 <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009519>. 2015; 5:e009519.
11. Thompson B, Cooney P, Lawrence H, Ravaghi V, Quinonez C. Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a Canadian population-based study. Journal of public health dentistry. 2014; 74:210-8.
12. Duncan L, Bonner A. Effects of income and dental insurance coverage on need for dental care in Canada. Journal (Canadian Dental Association). 2014; 80:e6.
13. Canadian Academy of Health Sciences. Improving Access To Oral Health Care For Vulnerable People Living In Canada. Available at: http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_EN.pdf. Ottawa, Canada 2014.
14. Canadian Institute for Health Information C. National Health Expenditure Trends, 1975 to 2015,. 2015.
15. Macdonald ME, Beaudin A, Pineda C. What do patients think about dental services in Quebec? Analysis of a dentist rating website. Journal (Canadian Dental Association). 2015; 81:f3.
16. Health Canada. Technical report on the findings of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey, 2007-2009. Ottawa (ON) 2010.



17. Wallace B B, MacEntee M, I. . Access to dental care for low- income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. *Journal of community health*. 2012; 37:32-9.
18. Elani H, W., Harper S, Allison P, J. , Bedos C, Kaufman J, S. Socio-economic inequalities and oral health in Canada and the United States. *J Dent Res*. 2012; 91:865–70.
19. Quiñonez C, R F. Sorry doctor, I can't afford the root canal, I have a job: Canadian dental care policy and the working poor. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2010; 10:481–5.
20. Ramraj CC, Quinonez CR. Emergency room visits for dental problems among working poor Canadians. *Journal of public health dentistry*. 2013; 73:210-6.
21. Singhal S, McLaren L, Quinonez C. Trends in emergency department visits for non-traumatic dental conditions in Ontario from 2006 to 2014. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2017; 108:e246-e50.
22. Adams K, Snyder J, Crooks V, A. The Perfect Storm: What's Pushing Canadians Abroad for Dental Care? *Journal (Canadian Dental Association)*. 2017; 83:h10.
23. Turner L. "Dental Tourism": Issues Surrounding Cross-Border Travel for Dental Care. Available at: http://www.jcda.ca/sites/default/files/back_issues/vol-75/issue-2/117.pdf 2009.
24. Ramji S, Quinonez C. Public preferences for government spending in Canada. *International journal for equity in health*. 2012; 11:64.
25. Quinonez CR, Figueiredo R, Locker D. Canadian dentists' opinions on publicly financed dental care. *Journal of public health dentistry*. 2009; 69:64-73.
26. Allison P. Why dental care should be included in the public health system. *The Globe and Mail*. 2014.
27. McClymont E. Dental Care in Canada: the Need for Incorporation into Publicly Funded Health Care. . *UBCMJ*. 2015; 7:28-9.

