

Condición de la Salud Bucal en el Uruguay

Dr. OMAR OLANO PAGOLA(*)

PALABRA CLAVE:
SALUD PUBLICA

ANTECEDENTES E INFORMACION GENERAL

Los países latinoamericanos presentan distintas posibilidades en lo relativo a obtener valores estadísticos, indicadores de salud bucal, como expresión final de un estudio representativo de la realidad nacional. Actúan condicionantes que inciden en grado variable tales como: área geográficas, volumen poblacional, contornos geo-políticos de los países, demografía, grados y niveles de desarrollo, sistemas sanitarios a nivel nacional, programas de salud en ejecución, interés de los gobiernos y autoridades sanitarias, etc.

En el Uruguay, por sus características, la obtención de datos se ve facilitada por: condiciones de extensión territorial, homogeneidad de área, red de comunicaciones, accesibilidad a nivel nacional, sistemas de salud, departamentos de censos y estadísticas de los diferentes Ministerios, etc.

La condición de salud bucal ha sido estudiada previamente en el Uruguay por diferentes instituciones: Facultad de Odontología, Asociación Odontológica Uruguaya, Salud Pública, Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, etc. Estos relevamientos epidemiológicos se han efectuado con muestras de distinta sig-

nificancia estadística, algunos se han publicado constituyendo referencias importantes de información epidemiológica. Además de mantener su validez como datos estadísticos facilitan los cálculos de incidencia de patología y necesidades, obteniéndose simultáneamente cálculos estimativos importantes en el área de la Salud Pública.

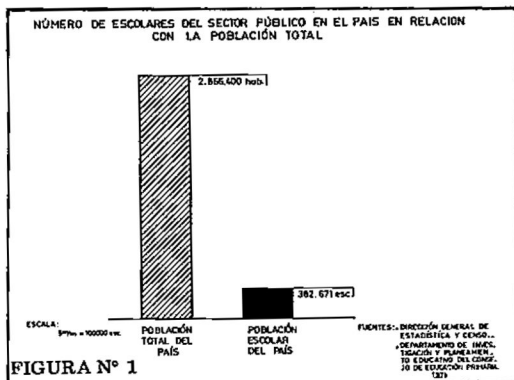


CARACTERISTICAS DE LAS MUESTRAS

El estudio que a continuación se presenta está basado, fundamentalmente, en una muestra

(*) Master en Salud Pública (MPH) de la Universidad de Michigan, USA. Diploma de Mérito otorgado por el Servicio de Salud Pública de los EE.UU. Director del Servicio Odontológico del Consejo del Niño (Ministerio de Educación y Cultura). Consultor de la OEA en el área sub-americana en odontología infantil (Inst. Interamericano del Niño). Miembro de la Comisión Nacional de Fluoruración de agua del Ministerio de Salud Pública. Miembro del "International College of Dentists". Ex-profesor adjunto de la Facultad de Odontología.

de alta significancia estadística (76.328), que correspondió a los ingresos observados en las diferentes clínicas del Consejo del Niño (Ministerio de Educación y Cultura), a nivel nacional, por el término de 5 años. Se procesaron también datos procedentes de muestras del Servicio de Salud Laboral del Menor y de certificaciones magisteriales, etc., del mismo organismo.



Los datos se obtuvieron de 64 áreas geográficas repartidas en todo el país correspondiendo 30 al interior y 34 a la capital y distribuidas de la siguiente forma: 72% zonas metropolitanas y urbanas; 16,6% zonas sub-urbanas; 9,40 % zonas rurales concentradas; 2% zonas rurales dispersas.

Desde el punto de vista estadístico se trata

en su mayoría de muestras cronológicas y mediatas sobre un universo moderadamente variable. Dadas las propiedades epidemiológicas de la patología estudiada los resultados pueden generalizarse a la población total del país en un 95% por las siguientes razones:

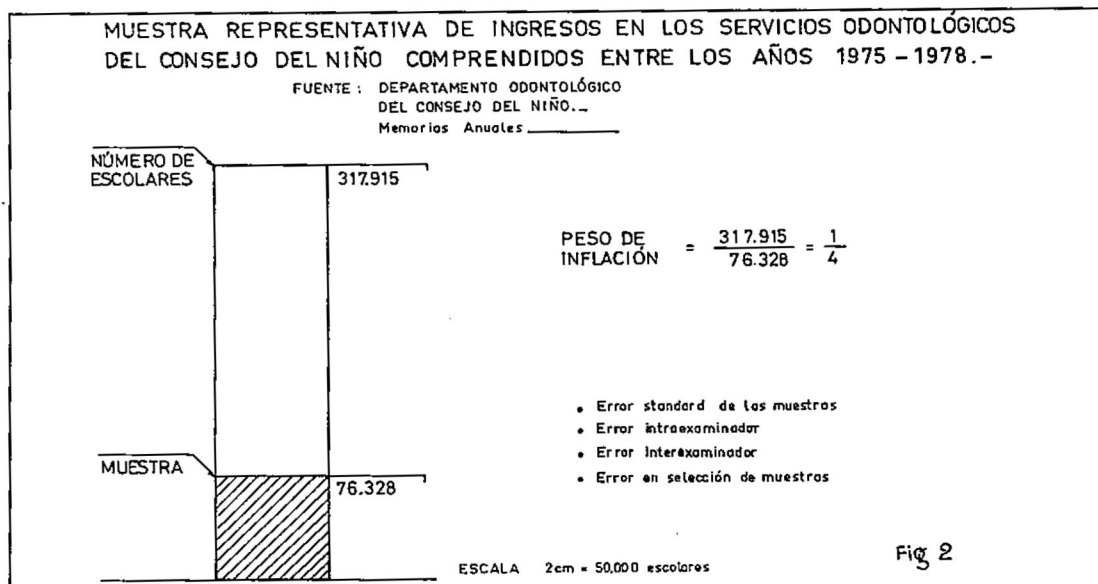
a) Las condiciones observadas en los grupos estudiados tienen una elevada posibilidad de ser representativas de la patología pasada de los actuales grupos de adultos.

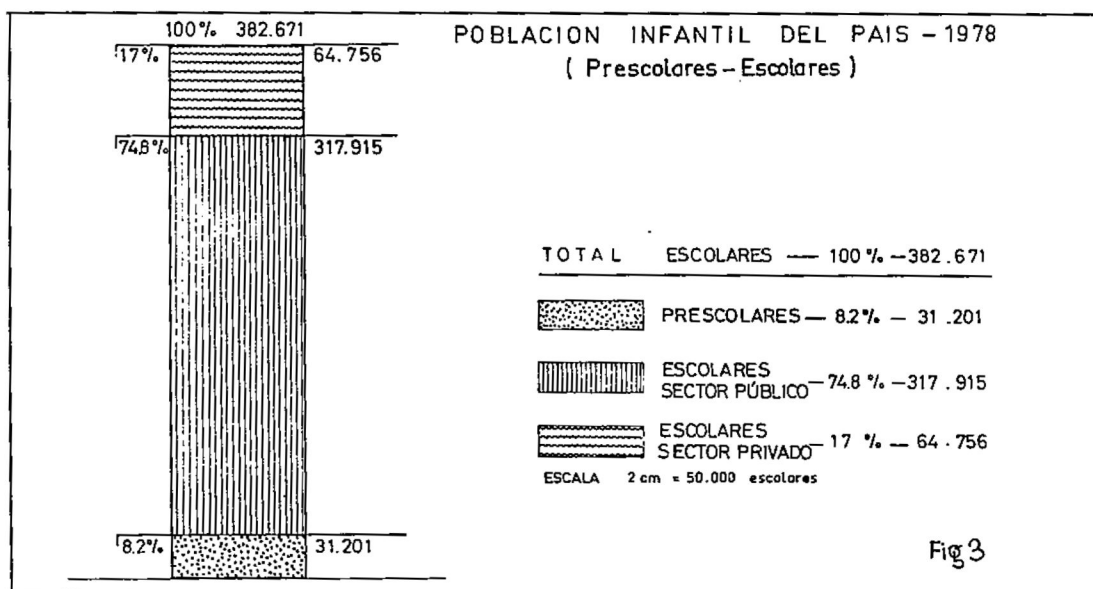
b) Estudios epidemiológicos efectuados en adultos presentaron condiciones de salud bucal que corresponden a la proyección y secuencia de la condición actual con su dinámica acumulativa.

c) No ha existido ningún factor que haya cambiado sensiblemente las condicionantes etiológicas o ambientales alterando simultáneamente los indicadores de salud en el período de niñez y adolescencia de los grupos actualmente adultos de la población del país.

d) Por el elevado volumen de la muestra (76.328).

Se considera innecesario describir las etapas de obtención y registro de datos. Las fichas permiten anotaciones para tres exámenes, pudiéndose obtener cálculos de incidencia así como realizar estimaciones sobre otras variables estadísticas. La intención de este estu-





dio es presentar valores de prevalencia de afecciones bucales ordenados en un esquema general con el fin de no conferirle demasiada extensión no obstante, la conformación de la ficha se presta para extraer de ella múltiples informaciones.

En la Fig. No. 1 se presenta en barras la población total del Uruguay de la población escolar según datos de 1978. En la ilustración siguiente (Fig. No. 2) se puede observar, también en barras, el volumen del universo y el de la muestra respectiva. Peso de inflación, en este caso 1/4, es la cantidad de veces que la unidad muestra representa a unidades de universo, siendo en esta oportunidad altamente significativa. Los errores standard, intra e inter-examinador y de selección de muestras se encuentran sensiblemente reducidos. Los falsos positivos y negativos se neutralizan en grado considerable por el elevado número de la muestra y el número también considerable de examinadores que intervinieron.

La Fig. No. 3 presenta la totalidad de los escolares del país y sus categorías.

El cuadro siguiente (Fig. No. 4) expresa en forma numérica el total de la muestra y la media estadística (X) de distribución anual. En la figura No. 5 se observan los sectores socio-económicos de los cuales solamente no tiene acceso a la muestra el 12% del sector auto-abastecido o posiblemente un porcentaje aún menor.

ANALISIS DE DATOS

Se analizan datos con el propósito de determinar valores indicativos de caries, gingivitis y maloclusiones.

En la Fig. No. 6 se aprecian las cifras de ingresos de la capital e interior observados en un período de 5 años calculándose la (X) media estadística de caries teniendo en cuenta el componente C del índice CPO.

TOTAL DE INGRESOS DE ESCOLARES Y ALUMNOS DEL CONSEJO DEL NIÑO OBSERVADOS DESDE EL AÑO 1974 - 1978 DE AMBOS SEXOS EN TODO EL PAÍS.

AÑO	MONTEVIDEO	INTERIOR	TOTAL
1974	6.115	7.562	13.677
1975	5.530	8.806	14.336
1976	4.802	7.731	12.533
1977	6.443	10.508	16.951
1978	5.619	13.212	18.831
TOTAL	28.509	47.819	76.328

TOTAL INGRESOS = 76.328
X DE DISTRIBUCIÓN ANUAL = 15.265

Fig 4

$$C = \bar{X} 3.2$$

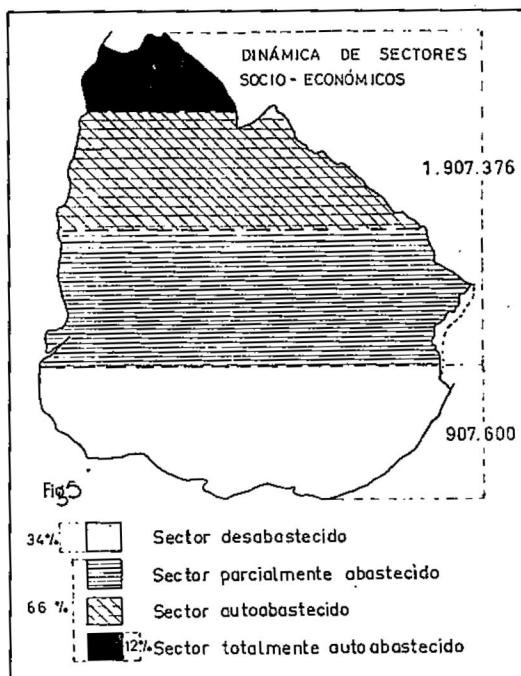
C	P	O
3.2	1.4	0.7

$$\bar{X} \text{CPO} = 5.3$$

El análisis de la evolución de toda la patología muestra que de ella sólo un 13.2% fue cubierta, existiendo 26,4% de mortalidad y 60.4% de patología presente que se encuentra en riesgo de que un porcentaje elevado se integre al componente de mortalidad.

El índice para piezas temporarias de otras muestra de 8.009 niños a nivel nacional se presenta en las cifras que se aprecian en la Fig. No. 7 para distintos grupos de edad con una media de $\bar{X} \text{ceo} = 3.3$.

En la Fig. No. 8 se muestra el número de escolares de centros urbanos y rurales y en la Fig. No. 9 se observan los valores del componente indicador de caries para Montevideo e Interior notándose para este último una patología menor.



TOTAL DE PIEZAS CARIADAS OBSERVADAS EN 76.328 INGRESOS DE MENORES DE AMBOS SEXOS DE 6 A 14 AÑOS. (años 1974 - 1978)

AÑO	MONTEVIDEO	INTERIOR	TOTAL
1974	19.012	22.675	41.687
1975	22.729	21.412	44.141
1976	14.716	25.407	40.123
1977	18.428	18.708	37.136
1978	24.449	55.716	80.165
TOTAL	99.334	143.918	243.252

$$\frac{\text{NÚMERO DE PIEZAS CARIADAS}}{\text{NÚMERO DE NIÑOS}} = \frac{243.252}{76.328} =$$

Fig 6

$$= C = \bar{X} 3.2$$

EXPERIENCIA DE CRIES EN PIEZAS TEMPORARIAS (ceo) EN UNA MUESTRA DE 8.009 NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS.

(MUESTRAS DE ESTADIOS EPIDEMIOLÓGICOS) AÑOS 1969-1970-71-72-73-75-78 TOTAL DEL PAÍS.

$$\text{ceo} = \bar{X} 3.3$$

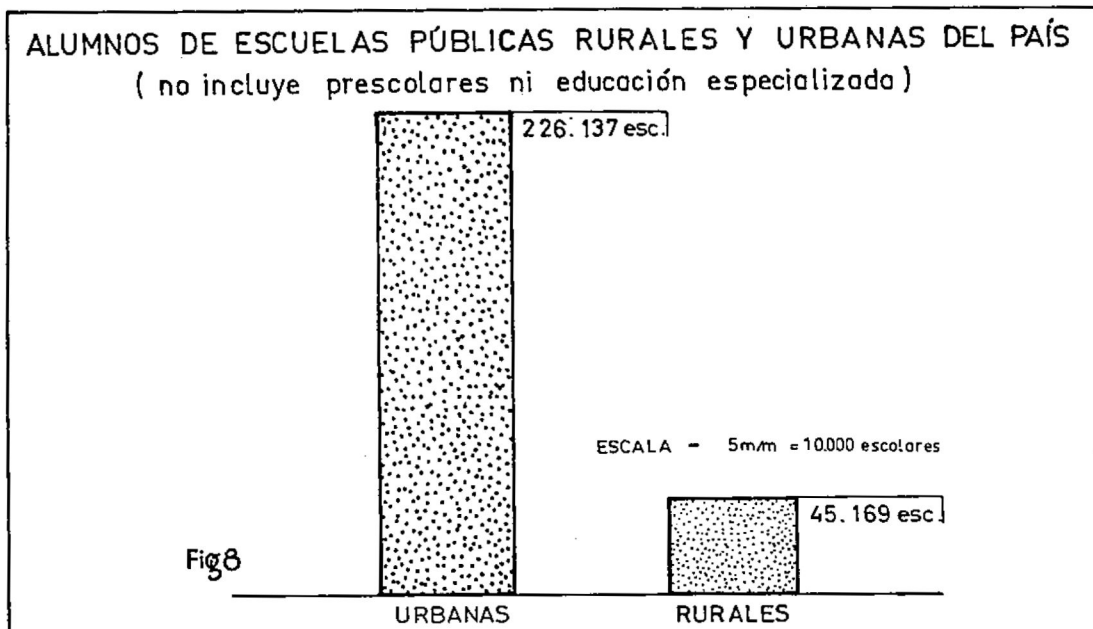
EDAD	Nº	ceo
6	800	5.3
7	1.024	5.1
8	1.026	4.7
9	2.702	3.8
10	1.800	2.6
11	630	1.0
12	27	0.6
TOTAL	8.009	$\bar{X} 3.3$

Fig 7

En otro estudio realizado en 3.236 escolares sobre patología del 1er. molar permanente se observó que en la edad escolar esta pieza es responsable de un elevado volumen de patología (Fig. No. 10).

Otro estudio epidemiológico de 2.382 adolescentes con muestreo al azar sobre universo de 7.304 presenta sus resultados en la Fig. No. 11 en la que se aprecia de dinámica de los componentes de índice CPO, los porcentajes de gingivitis y maloclusiones.

En la Fig. No. 12 se pueden apreciar los resultados de otra encuesta; del análisis de la



misma se deduce que a temprana edad el 46% del aparato masticatorio se ha perdido y sólo se ha repuesto un 4% de las piezas ausentes.

Los datos de la Fig. No. 13 revelan una patología mayor que las anteriores ("Departamento de Salud Laboral del Adolescente"), CPO = \bar{X} 10.2, maloclusiones 71%. De esta muestra, sólo el 8% en el momento del examen, se encontraba en asistencia odontológica.

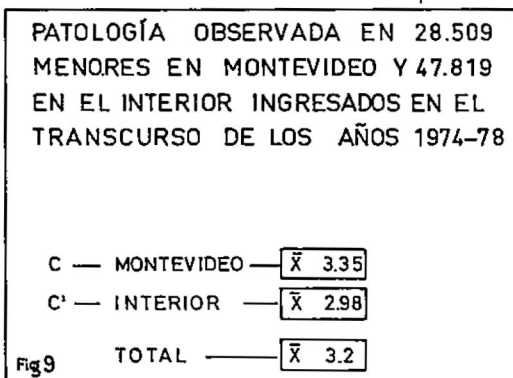
Esta circunstancia determinará que alrededor de 11.610 adolescentes con una necesidad acumulada considerable librada a su evolución, sean parcial o totalmente desdentados a muy temprana edad.

La prevalencia de gingivitis y maloclusiones se estudia en la Fig. No. 14 en una muestra cronológica a nivel nacional correspondiendo valores más elevados a zonas rurales que a centros urbanos.

Los datos relativos a gingivitis presentan valores medianamente diferentes en los distintos estudios supuestamente atribuibles a errores de calibración inter-examinadores, no obstante las medias estadísticas se sitúan en un 50% de prevalencia.

En la Fig. No. 15 se estudia la dinámica de la patología del niño y del adolescente en el Uruguay en relación con las posibilidades de cobertura del recurso.

La patología del escolar, en todos los estudios realizados experimenta una dinámica en la que los componentes relativos a caries del índice se vuelcan al componente indicador de mortalidad P produciendo un fenómeno irreversible que ha de determinar que a temprana edad un elevado porcentaje de individuos tengan afectado el 50% de su aparato masticatorio. La gráfica es la expresión estadística de la condición de salud bucal de la población adulta del país como consecuencia matemática de la dinámica.



mica de los índices dentarios y su evolución partiendo de la edad escolar y luego la adolescencia.

CPO DE PRIMER MOLAR PERMANENTE SEGÚN SEXO SOBRE UNA MUESTRA DE 3.236 ESCOLARES.				
MUESTRA	M	F	C P O	
			M	F
3.236	1.729	1.507	2.0	2.4
$\bar{X} = 2.2$				

Un hecho estudiado en los años 1972-1974 se aprecia en la Fig. No. 16 que estudia los ingresos y la edad. En ese período el porcentaje mayor de ingresos se observaba a los 8 años, actualmente esta circunstancia se ha corregido con la aplicación de distintos programas que se han ido desarrollando de prevención y educación para la salud.

EL RECURSO

No es posible, por su extensión, realizar un estudio del recurso odontológico a nivel nacional efectuando la descripción del mismo en los sistemas de salud existentes que se proyectan a la población.

Se realizará una exposición en forma de esquema general con cálculos aproximados de capacidad productiva del recurso humano en

odontología del país, como se aprecia en la Fig. No. 16.

La X de distribución odontólogo-población corresponde a 1.285 encerrando valores de dispersión mínimos de 585 para zonas metropolitanas y máximos de 4.100 para zonas rurales.

La capacidad potencial de productividad del recurso humano es de sesenta y dos minutos al año por unidad individuo (Fig. No. 17). Considerando la necesidad acumulada y el tiempo standard de prestación por individuo (330 minutos), la posibilidad del recurso cubre aproximadamente el 18% de la población. Difícilmente los servicios institucionales podrán efectuar una cobertura satisfactoria; no obstante, en la Fig. No. 18 se presentan datos relativos al servicio odontológico del Consejo del Niño en la que es posible observar diferentes datos (cifras relativas a re-ingresos anuales):

1º Cobertura, 39%

2º Índice de necesidades Ttei = total temporarios con extracción indicada.

TPEI = total permanentes con extracción indicada.

Ttc = total temporarios cariados.

TPC = total permanentes cariados.

X = 2.9 necesidad acumulada por individuo

1.8 necesidad de extracción x niño

1.1 necesidad de obturación x niño

0.28 necesidad cubierta de obturación x niño (15,5%)

CPO DE 2.382 ADOLESCENTES DEL CONSEJO DEL NIÑO DE AMBOS SEXOS DE 13 A 19 AÑOS. (INGRESOS 1969 - 1979)_____

C	P	O
4	3.4	1.1

= \bar{X} 8.5

GINGIVITIS = 70%

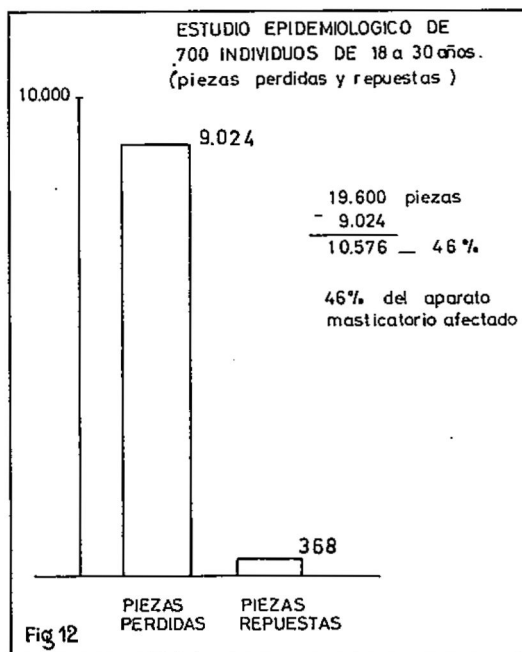
(diversos grados de severidad)

MAL OCLUSIONES = 32%.

Fig 11

- COLONIA DR. ROBERTO BERRO
- ESCUELA DR. MARTIRINÉ
- CENTRO DE OBSERVACIÓN Nº 2
- HOGAR FEMENINO MARGARITA URIARTE.
- HOGAR MARÍA AUXILIADORA MELILLA.
- SAN ILDEFONSO.
- HOGAR DE MADRES
- HOGAR ESTUDIANTIL
- ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DEPENDENCIAS DEL INTERIOR

- COLONIA DR. ROBERTO BERRO
- ESCUELA DR. MARTINÉ
- CENTRO DE OBSERVACIÓN Nº 2
- HOGAR FEMENINO MARGARITA URIARTE.
- HOGAR MARÍA AUXILIADORA MELILLA.
- SAN ILDEFONSO.
- HOGAR DE MADRES
- HOGAR ESTUDIANTIL
- ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DEPENDENCIAS DEL INTERIOR



0.82 necesidad no cubierta de obturación x niño (84,5 %).

En Uruguay se observa un fenómeno contradictorio (Fig. No. 19), producto del desajuste entre sector demanda y oferta. La demanda presenta una necesidad acumulada considerable, la oferta una sub-utilización del recurso humano profesional. La encuesta Gallup informó que el 45% de los odontólogos disponen de horas libres, esto equivale a 984 unidades profesionales con un elevado volumen de improductividad, disminuyendo el potencial del recurso.

Este desequilibrio provoca una resultante de cobertura disminuída por carencia de progra-

**ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE
ADOLESCENTES (14 a 17 años)**

Número de Exámenes — 12.620 (Dic. 1978
a Oct. 1980)

\bar{X} CPO = 10.2

Total de piezas
con experiencias
de caries $\frac{128.508}{12.620} = 10.2$

Mal oclusiones — 71 %

En asistencia — 8 %

PREVALENCIA DE GINGIVITIS Y MALOCLUSIONES OBSERVADAS EN 9.326 NIÑOS DE 7 a 14 AÑOS EN ESCUELAS Y DEPENDENCIAS DEL CONSEJO DEL NIÑO EN EL PAIS — 1970 - 1978

MALOCLUSIONES	43%
GINGIVITIS	40,6 %
INTERIOR — RURAL	
MALOCLUSIONES	58 %
GINGIVITIS	45 %

mas incorporados a sistemas de asistencia odontológica. Esta situación se proyecta en dos hechos de significancia:

a) Limita la productividad y el rendimiento del Recurso —Humano a nivel nacional.

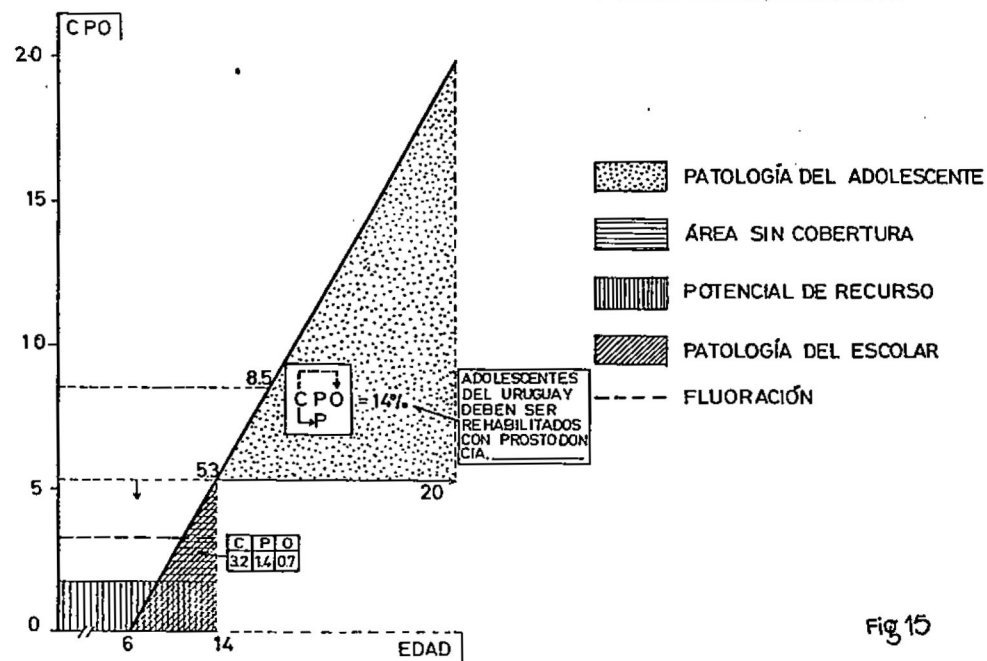
b) Baja los niveles sanitarios de la población. Incide además en forma indirecta y en grados diversos en el desarrollo socio-económico cultural.

No obstante lo expresado, si estas condiciones fueran debidamente ajustadas, el Uruguay se ubicaría en una inmejorable posición en el contexto mundial por la calidad técnica del recurso humano y las relaciones de los indicadores demográficos profesionales y de población.

En la Fig. No. 20 se efectúa un cálculo estimativo interrelacionando la necesidad acumulada del niño y el potencial de recursos odontológico. Siguiendo la secuencia del desarrollo, se aprecia que la población infantil del país absorbería 734.728 horas profesionales del recurso odontológico nacional para la cobertura clínica total, siendo el potencial del recurso 2.886.840 horas anuales. La cobertura de la necesidad odontológica de la población infantil en el Uruguay requeriría, según cálculos estimativos, el 25 % del recurso humano odontológico actuando al máximo de productividad durante un año o la totalidad del mismo en el término de tres meses.

La condición de salud bucal en el Uruguay que se ha estudiado a nivel nacional no aspira tener un grado elevado de sensibilidad estadística, conteniendo sí, la suficiente confiabilidad

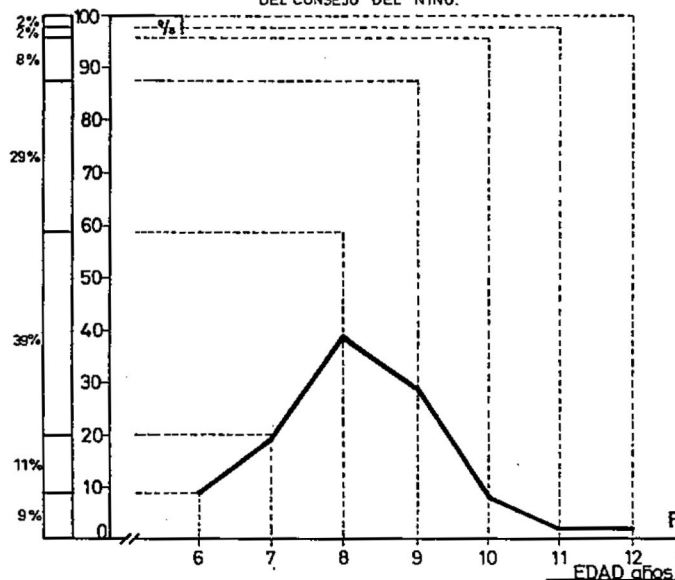
DINÁMICA DE LA PATOLOGÍA BUCAL DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE EN EL URUGUAY EN RELACIÓN CON LAS POSIBILIDADES DE COBERTURA DEL RECURSO (Cálculo estimativo año 1979).



PORCENTAJE DE INGRESOS SEGÚN EDAD EN UNA MUESTRA DE 2.430 NIÑOS

1972 - 1974

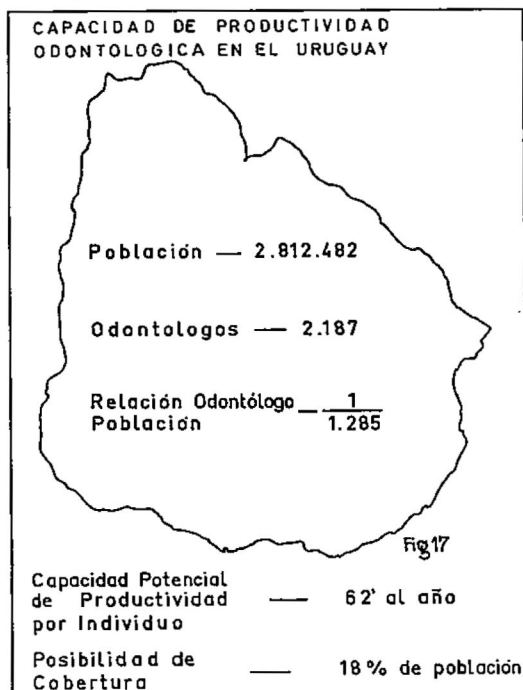
FUENTE: DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL CONSEJO DEL NIÑO.



para extraer conclusiones veraces como la expresión nacional de la condición sanitaria del país.

CONCLUSIONES

1o.) El estudio de la condición de salud



bucal en el Uruguay muestra una prevalencia elevada de patología.

2o.) La expresión estadística indica que a los 20 años un porcentaje elevado de la población presenta afectado el 45% del aparato masticatorio con elevada prevalencia de gingivitis y maloclusiones.

3o.) Existiendo un recurso humano capacitado y una relación odontólogo-población aceptable, los sistemas existentes en la actualidad no ofrecen la cobertura necesaria, observándose una sub-utilización del mismo.

4o.) Se aprecia la necesidad de una legislación más coherente en el sector salud odontológica del área institucional que facilite una participación más directa y fluida de la profesión en la estructuración de leyes, disposiciones y programas nacionales, como la fluoruración de las aguas de consumo público.

5o.) Se observa la carencia de sistemas que permitan la aplicación de programas preventivo-asistenciales de carácter nacional por carecer de un organismo específico a nivel interministerial que coordine las acciones sanitarias de salud bucal.

6o.) Algunas tendencias favorables de cambio se han iniciado en las áreas: formación profesional, servicios institucionales y socio-odontológicas. El Servicio Odontológico del Consejo del Niño ha incorporado programas preventivos,

ÍNDICES DE PATOLOGÍA, COBERTURA, NECESIDADES ASISTENCIALES Y PRODUCTIVIDAD OBSERVADOS EN LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DEL CONSEJO DEL NIÑO DURANTE LOS AÑOS 1973-1977. (ambos sexos 3 a 17 años). -

ÍNDICE DE COBERTURA $\frac{N^{\circ} \text{ de Altos}}{N^{\circ} \text{ de Ingresos}} = 1$ (valor máximo)

$$\frac{31.334 \text{ Altos}}{79.576 \text{ Ingresos}} = 0.39$$

ÍNDICE DE NECESIDADES ASISTENCIALES $\frac{T_{tel} + T_{PEI} + T_{tc} + T_{PC}}{f} = \frac{X}{f} = \bar{X}$

$$\frac{231.295}{79.576} = \bar{X} = 2.9$$

$$\bar{X} = \bar{X}^a + \bar{X}^b$$

$$2.9 = 1.1 + 1.8$$

NECESIDAD DE EXTRACCIONES $\frac{86.714}{79.576} = \bar{X}^a = 1.1$

NECESIDAD DE OBTURACIONES $\frac{144.581}{79.576} = \bar{X}^b = 1.8$

ÍNDICE DE PRODUCTIVIDAD DE ODONTOLÓGIA RESTAURADORA $\frac{N^{\circ} \text{ de Obturaciones}}{N^{\circ} \text{ de C. - E}}$

$$\frac{41.885}{144.581} = \bar{X}^o = 0.28$$

SIN COBERTURA EN ODONTOLÓGIA RESTAURADORA

$$\bar{X}^b - \bar{X}^o = \bar{X}^{(t-o)}$$

$$1.8 - 0.28 = 1.52$$

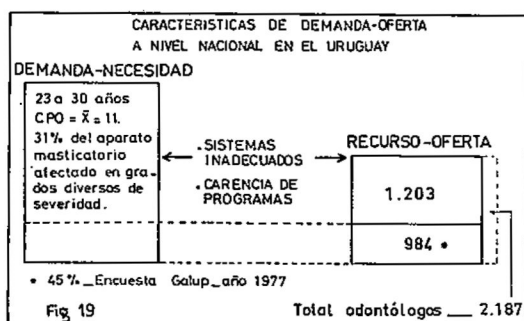
Fig 18

los que podrán evaluarse en el futuro.

7o.) La práctica de la odontología en el Uruguay deberá aplicar la política establecida en la atención Primaria de Salud así como ajustarse a la dinámica constante del clima socio-odontológico acompañando los cambios que en él se producen incorporando en forma permanente en sus programas ciencias de la economía, sociales y de la educación.

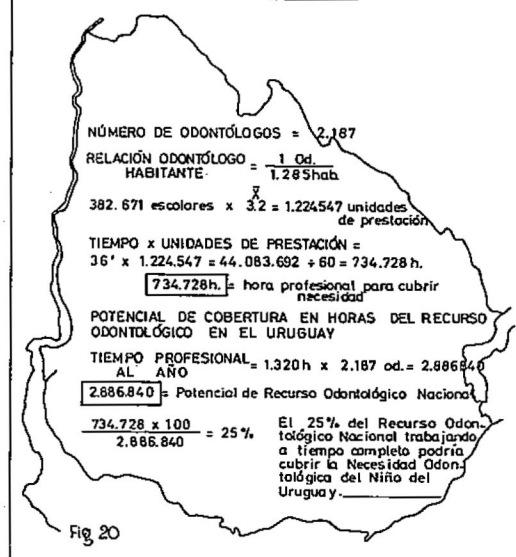
CONCLUSIONS:

- 1) Studies on buco-dental health conditions in Uruguay, show a high incidence of pathology. This was verified through a national survey.
- 2) Statistical results indicate that at the age of 20, a high percentage of the population has affected a 45% of their dental system, with great prevalence of periodontal pathology and mal-occlusions.
- 3) Existing very well trained dental man-power resources, and acceptable relations between dentists and population, the Institutional Dental Systems available, do not offer the necessary coverage, being evident, at the same time, their sub-utilization.
- 4) It is necessary to have a more coherent legislation in the area of dental health in order to facilitate a more direct and fluid participation of dental professionals in the process of structuring laws and dispositions on national programs for health improvement, such as water fluoridation.
- 5) There is a need for systems orientated to the application of different programs on prevention and dental attention of national coverage, due to the absence of a specific national institution at ministerial level, coordinating the sanitary action on dental health activities.



14

NECESIDAD-RECURSO EN RELACIÓN CON LA PATOLOGÍA BUCAL DEL NIÑO DEL URUGUAY (Cálculos estimativos) AÑO 1979



- 6) There are some positive tendencies of change in several sectors: professional formation, institutional services and within the socio-dental areas. The Dental Program of the Childhood Council has incorporated preventive programs which will be evaluated in the future.
- 7) The practice of Dentistry in Uruguay must apply the established politics of Primary Health attention, and adjust itself permanently to the socio-dental dynamics, accompanying its changes, and incorporating in permanent form in its programs, economical, social and educational sciences.

REFERENCIAS

- 1) Ministerio de Educación y Cultura. Dirección General de Estadística y Censo. Departamento de Investigación y Planeamiento educativo del Consejo de Educación primaria, 1978 - 1979.
- 2) Ministerio de Educación y Cultura. Consejo del Niño. Departamento Odontológico. Memorias Anuales y Archivo estadístico. 1979 - 1980.

- 3) Barañano de Ramos. M.E.; Iglesias, E.; Quintana, D. y Olano, O. Estudio epidemiológico de primer molar permanente. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, 1979.
- 4) Boletín informativo, Asociación Odontológica Uruguay, Demografía Profesional, 2, 1976.
- 5) Boletín Informativo, Asociación Odontológica Uruguay. Encuesta Gallup, 5, 1976.
- 6) Boletín OPS. Recursos humanos en salud; médicos, dentistas y enfermeras en las Américas, 1972, 79, 2, 1975.
- 7) Boletín OPS. Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. 83, 6, 1977.
- 8) Olano Pagola, O. La práctica de la Odontología en América Latina. Actualidad Odontológica. FOLA/ORAL-FDI, 2, 12, 1979.
- 9) Zimmerman, Stuart. The validity and reability of measurements, Proceedings "Methods of caries prediction". Eds. Bibby and Shern. SP. Supp. microbiology abstracts. p.p. 23-28, 1978.
- 10) Downer Martín C. Caries prediction - from epidemiologic data, proceedings "Methods for caries prediction". Eds. Bibby and Shern. sp. Spp. microbiology abstracts. p.p. 23-28, 1978.
- 11) Calibration manual for the national dental caries prevalence survey national caries program N.I.D.R. Bethesda, Maryland, 6, 1979.

- REVELADORES Y FIJADORES PARA PLACAS DENTALES
MANUAL - AUTOMATICO
- EQUIPOS DE RAYOS X PARA ODONTOLOGIA
- ELEMENTOS DE CONTRASTE GUERBET

QUIMICA CENIT Ltda.

JUSTICIA 2069

Tels.: 40 30 13 / 41 10 06

MONTEVIDEO



**OFRECEMOS A USTED EXCELENTES PRODUCTOS Y
MEJORES PRECIOS DE LA GRAN VARIEDAD DE MARCAS
QUE DISTRIBUIMOS NOS COMPLACE DESTACAR:**

DENTAURUM
ESPADA
HARVARD
ROEKO

SVEDIA
E L A
MONOJECT
DORIDENT

DIENTES BERA
YESOS ALBAUM
ROTIFIX
AMALGAMA VENTURA

GRAL. LAS HERAS 1920

Tel.: 81 50 75



FLUCKIGER + HUGUENIN SA

Chapelle 6a 2300 La Chaux-de-Fonds Switzerland

dabi-atlante

martin

Gebrüder Martin, 7200 Tuttlingen

DIGA

Drala

Drala Dental-KG
D-2000 Hamburg 1

W&H

Dentalwerk Bürmoos GmbH
Bürmoos

Land Salzburg/Österreich

roeko
Ulm

HCH. LIPPERT GMBH

Spezialfabrik f. Dental-Bürsten
753 PFORZHEIM GERMANY
Merianstrasse 4-6, P.O.B. 1220
Telefon 0 72 31 / 4 06 35-39,
Fernschreiber 07-83 874



Keur & Sneltjes Dental Mfg. Co.
Haarlem Holland

MAILLEFER

Les Fils d'Auguste Maillefer S.A.
1338 Ballaigues/Schweiz



Coe Laboratories, Inc.
Chicago IL 60658 USA

Meisinger

HAGER & MEISINGER GmbH.
Kronprinzenstraße 5-11
4000 Düsseldorf

SUPER
Crown
TEMPORARY CROWN

William's Dental Service AB
Box 3055
16303 Täby/Schweden



**instrumental, materiales,
elementos y accesorios de los más
afamados fabricantes y marcas.**

dentalia

SOCIEDAD ANONIMA

MONTEVIDEO: PAYSANDU 960 - TELEFONOS: 91 26 56 - 90 53 30

SUCURSAL "SALTO": Dr. SOCA 46 - TELEFONO 2080 - SALTO