

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



**ACCESO Y SUSTENTABILIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD
BUCAL EN EL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY**

PRESENTA

MCSP. GUILLERMO CRUZ PALMA

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES
CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

OCTUBRE, 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



**ACCESO Y SUSTENTABILIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD
BUCAL EN EL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY**

PRESENTA

MCSP. GUILLERMO CRUZ PALMA

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES CON
ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

COMITÉ TUTORAL

**DIRECTOR: DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA
CODIRECTOR: DRA. ELIZABETH GÁLVEZ SANTILLÁN
CODIRECTOR: DR. PEDRO CÉSAR CANTÚ MARTÍNEZ**

OCTUBRE, 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



**ACCESO Y SUSTENTABILIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD
BUCAL EN EL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY**

PRESENTA

MCSP. GUILLERMO CRUZ PALMA

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES
CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

COMITÉ TUTORAL

**DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA
DIRECTOR**

**DRA. ELIZABETH GÁLVEZ SANTILLÁN
CODIRECTOR**

**DR. PEDRO CÉSAR CANTÚ MARTÍNEZ
CODIRECTOR**

OCTUBRE, 2017

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a Dios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León, al Instituto de Investigaciones Sociales, a la Facultad de Odontología y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haberme apoyado económicamente en la realización de esta investigación y de mis estudios doctorales.

De igual manera, agradezco infinitamente a la Dra. Rosa Isela Sánchez Nájera, por ser un excelente guía durante todos mis estudios doctorales y en esta investigación, por brindarme su apoyo incondicional, paciencia, su amistad, consejos, y por confiar en mi persona.

A mi director de tesis, Dr. Esteban Picazzo Palencia, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación, ha logrado en mí, que pueda terminar mis estudios con éxito. A mis codirectores de tesis, Dra. Elizabeth Gálvez Santillán y Dr. Pedro César Cantú Martínez, por sus aportes y visiones fundamentales para la elaboración de la investigación.

A mis profesores y compañeros, que son parte esencial de este logro, el cual les comparto, ya que ustedes también lo trabajaron y espero que su esfuerzo y empeño se vea reflejado en este trabajo.

A mi esposa Lucero, por apoyarme en las buenas y en las malas, ya que son su valioso Amor, Paciencia, Comprensión, Bondad y Sacrificio, me han inspirado a ser lo mejor de mí, gracias por motivarme y estar siempre a mi lado, TE AMO.

A mi hija Sofía Itzel, su afecto y cariño son los determinantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ella. Aun a su corta edad, me ha enseñado y me sigue enseñando muchas cosas de esta vida.

A mis padres Yolanda y Guillermo, con todo mi cariño y mi amor, por hacer todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis hermanos Pilar y Sergio, por compartir mis sueños y anhelos, por apoyarme en cada momento, y por ser parte importante de este logro, que es de toda la familia.

A mi familia, quisiera nombrar a cada uno de ustedes pero son muchos, eso no quiere decir que no me acuerde de cada uno de ustedes, mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en el transcurso de mi formación profesional.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

CONTENIDO

Capítulo I

1.	Planteamiento del problema.	9
2.	Objetivo General.	20
2.1	Objetivos Específicos	20
3.	Hipótesis	20
4.	Justificación	21

Capítulo II

5.	Marco teórico	24
5.1	El Paradigma de la Salud.	24
5.2	Desigualdades Sociales en Salud	26
5.3	Determinantes Sociales de la Salud	33
5.4	Teoría del Desarrollo Humano	44
5.5	Enfoques del Desarrollo Humano Sustentable	48
5.6	Teoría del Capital Humano	51
5.7	Modelo Neoliberal	52
5.8	Desarrollo Humano Sustentable y Salud	53
5.9	El Paradigma de la Salud bucal.	54
5.10	Desarrollo Humano Sustentable y Salud Bucal	63

Capítulo III

6	Enfoques de acción en el área de salud bucal en el estado de Nuevo León.	66
6.1	Política pública en salud bucal en Nuevo León.	66
6.2	Estructura y cobertura de los servicios de Salud Bucal en Nuevo León.	77

Capítulo IV

7	Método	85
7.1	Diseño de estudio	85
7.2	Unidad de análisis	85
7.3	Temporalidad	85
7.4	Criterios de selección	85
7.5	Universo de estudio	86
7.6	Diseño de muestra	87
7.7	Procedimiento	88
7.8	Matriz de Congruencia	89
7.9	Instrumento	98
7.10	Análisis estadístico	98
7.11	Consideraciones Éticas.	99

Capítulo V

8	Resultados	100
---	------------	-----

Capítulo VI		
9	Discusión	119
Capítulo VI		
10	Conclusión	125
Capítulo VII		
11	Referencias	130
Capítulo VIII		
12	Anexos	164
12.1	Anexo 1. Instrumento	165
12.2	Anexo 2. Carta de Consentimiento Informado	171
12.3	Anexo 3. Programas Sectoriales de Salud en NL	173
12.4	Anexo 4. Directorio de centros de salud de atención dental	184
12.5	Anexo 5. Mapas de los centros de salud de atención dental del IMSS, ISSSTE, SEDENA y PEMEX	190
12.6	Anexo 6. Mapas de los centros de salud de atención dental de la secretaria de salud.	197

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En cuestión de salud bucal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2003, reportó en un informe acerca de la situación sanitaria mundial, donde propuso que además de analizar los factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucal, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo; se deberá analizar los principales determinantes socioculturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud bucal; además pidió la colaboración de los gobiernos, las instituciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil para crear sistemas de salud más robustos.

La OMS (2003; 2004); menciona que la caries dental, enfermedad periodontal y cáncer bucofaríngeo, son problemas de salud de alcance mundial que afectan a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres. La caries dental muestra la historia de una necesidad de salud no resuelta, por tanto puede ser un indicador revelador de la manera sobre cómo quedan acumulados los problemas sanitarios y habría que integrarlo en los análisis de las condiciones de salud de la población; la OMS (2005) menciona que es la tercera calamidad sanitaria, después de las patologías cardiovasculares y el cáncer. No obstante, existen otras patologías bucales de alta prevalencia como el cáncer bucal, que afecta bienestar individual y social en el mundo.

Respecto a los estudios que se han llevado a cabo en México; Kjeld Jensen (1985) un estudio en áreas urbano-marginadas de la periferia de la ciudad de México, obtuvo como resultados que la caries no tratada representó más del 75% de las superficies de los niños y el número de las extracciones de los adultos fue muy elevado; Dicho estudio también destaca que la higiene bucal fue deficiente en todos los grupos de edad; la mala higiene bucal aumentó con la edad y la inflamación periodontal por consiguiente fue grave. Por su parte Irigoyen-Camacho (1995), en escolares del Distrito Federal, la prevalencia de caries dental en la población alcanzó 90.5%. En otra investigación de

niños escolares del área urbana de Campeche, México, Medina–Solís (2006); encontró mediante un análisis bivariado de regresión logística entre la prevalencia de caries y la posición socioeconómica, observó que a mayor escolaridad, menor severidad de caries.

En 2003 se puso en marcha la Cartilla de salud bucal (CSB); en estas cartillas los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención para la salud que reciban en cada etapa de la vida. Este sistema está compuesto de cuatro elementos: 1) la cartilla nacional de vacunación (que ya estaba siendo empleada desde 1978), 2) la cartilla de salud de la mujer, 3) la cartilla nacional del hombre, y 4) la cartilla nacional del adulto mayor; en las últimos tres, uno de los rubros básicos es la salud bucal. La CSB es una herramienta que registra el estado de salud dental de cada niño (6-12 años), permitiendo a los padres de familia, maestros, odontólogos, Instituciones de salud, y asociaciones gremiales de odontólogos, conocer el estado de salud bucal de cada infante (Diario Oficial de la Federación, 2003).

En 2005, la Asociación Dental Mexicana señaló que la caries dental y la enfermedad periodontal son los principales padecimientos bucales que presenta el 98% de los mexicanos; en lo que se refiere a México, de acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB, 2010), con información de usuarios que acuden a los servicios de salud odontológicos, en el año 2009 el 100% padece caries dental y aproximadamente 58.7 % algún signo de enfermedad periodontal; esto se ve reflejado en el Programa Nacional de Salud (2007), en el cual se reportan de México con una alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales, destacan entre ellas la caries dental y la enfermedad periodontal, que afectan al 90 y 70% de la población, respectivamente.

Actualmente en México, hay una mejoría en la morbilidad bucal, gracias a la promulgación de políticas de salud bucal, que han establecido la OMS y la OPS; no obstante, es evidente que aún queda mucho por hacer en términos de asegurar un buen estado de salud bucal, apropiado a las expectativas y necesidades clínicas de los distintos grupos poblacionales. Asimismo, algunos de estos logros han estado dirigidos sólo a una parte de la salud bucal, y no a todas las enfermedades y condiciones a las que hace referencia la política de salud bucal. Por otra parte, en algunas ocasiones los diferentes programas de salud bucal no han sido bien planificados o realizados, o han

estado básicamente enfocados a poblaciones más aparentes para los planificadores de servicios.

Hay algunas áreas que necesitan atención dental en el uso de fluoruros sistémicos; cabe mencionar que los fluoruros son un agente seguro para la prevención y el control de la caries dental, cuando se usan de forma adecuada; de lo contrario cuando el fluoruro se consume a una mayor cantidad los dientes se mineralizan, esto produce un riesgo para la población abierta, dando lugar a fluorosis dental, afectando las relaciones sociales y tener repercusiones psicológicas en la población (Centers for Disease Control and Prevention; 2001).

Las políticas de los organismos internacionales que velan por la salud de la población han generado un notable incremento de las expectativas de vida. Por tanto, la proporción de personas de la tercera edad aumenta progresivamente y las previsiones apuntan hacia la continuidad de esta tendencia. Entre los retos a mediano y corto plazo está el determinar las necesidades de atención y el estado de salud bucal de población mexicana de la tercera edad, de la cual no es bien conocido el estado de salud. Debido al aumento en el número de personas de la tercera edad México requerirá en el futuro un adecuado plan para hacer frente a las necesidades que presenta este grupo poblacional.

Otro aspecto importante de analizar es la formación de recursos humanos en el área de salud bucal, la cual no ha sido tomada en cuenta dentro de las políticas de salud; se observa un desencuentro en lo que se enseña en las universidades y lo que requiere la población para mejorar la salud bucal. Se requiere un modelo de atención a la salud bucal acorde con las necesidades clínicas y con la realidad socioeconómica de la población que el modelo actual. El mercado profesional odontológico ha estado gobernado por la oferta exagerada, y la demanda insatisfecha en algunos puntos. Esta es una buena razón para apoyar la introducción de cambios en las políticas de salud bucal en el país. Con estos cambios podríamos reducir las brechas de salud bucal que se encuentran entre los sectores urbano y rural, así como las diferencias en la distribución de la enfermedad bucal, la utilización y la cobertura de este tipo de servicios entre las clases sociales (Medina-Solís; 2004, 2006).

En Nuevo León, investigadores como Garza (2009); Galindo (2009); Mendoza (2010) y Cazares (2009); han realizado investigaciones en salud bucal desde el enfoque de los factores de riesgo, sin embargo hace falta centrar el análisis a los elementos de la estructura social, que condicionan la posición de estas personas en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas de salud bucal. En estudios realizados en Monterrey, Aguirre (2008) encontró que 78% de la población estudiada presentó una condición mala de higiene bucal y 87% presentó algún grado de enfermedad periodontal.

Con base en los hallazgos de los estudios mencionados, puede argumentarse que la salud bucal es un elemento integral de la salud y bienestar general. Una buena salud bucal permite a los individuos comunicarse de manera efectiva, para comer y disfrutar de una variedad de alimentos, además es importante en la calidad de vida, la autoestima y bienestar social (Locker, 1988). Las enfermedades bucales son muy frecuentes y su impacto en la sociedad y el individuo es importante. El dolor, la incomodidad, noches sin dormir, la limitación en la función de comer conlleva a una mala nutrición, y el tiempo fuera de la escuela o el trabajo como consecuencia de los problemas dentales son todos los efectos comunes de enfermedades bucales; los cuales, son considerables y costosos. La OMS estima que el tratamiento representa entre el 5 y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo (OMS, 2004).

Las condiciones de salud bucal en el contexto latinoamericano se expresan como un verdadero mosaico epidemiológico donde se combinan problemas característicos de las llamadas culturas subdesarrolladas con las de avanzado desarrollo, en las cuales la estructura socioeconómica y situación geográfica acusan marcadas contradicciones, entre otros aspectos, por las condiciones de salud de la población y, como en el caso de la salud bucal, por las posibilidades de acceso a los servicios de salud bucal; como resultado de las desigualdades en salud entre los grupos sociales (Medina, 2006).

Desde esta perspectiva, esta investigación da énfasis en el análisis de los problemas de la población con el denominado enfoque de los determinantes sociales en salud (DSS), es un tema central en la agenda de la OMS, desde la directriz emitida

en el año 2005. A pesar de su posicionamiento, es evidente que se trata de un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado y cuya investigación presenta enormes retos metodológicos (Álvarez, 2009). Los DSS; intentan establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud. Por lo tanto, es un concepto diferente a la tradicional perspectiva de factores de riesgo y está anclado en el análisis de las inequidades entre grupos sociales (Graham, 2004; Health, 2007).

En cuanto a la práctica, lo que aparece como un determinante de la salud de una sociedad o un grupo social no se confirma como un factor de riesgo en estudios a nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos casos; por ejemplo, podemos mencionar la teoría psicosocial, la cual propone que la auto percepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud; de ahí la discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades (Health, 2006; Marmot, 2005; Raphael, 2006).

La desigualdad que se produce se define relacionamente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas; estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, que se denominan clasismo, sexismo o racismo (Krieger, 2005).

En investigaciones de factores sociales en relación con la salud bucal, se ha encontrado que a mayor nivel educativo; existe mayor uso de servicios de salud. Por otro lado el nivel educativo y sobre todo, el analfabetismo, son considerados factores predisponentes a la caries dental (Mahfouz, 1990; Ochoa-Díaz, 1990; Dennis, 1995;

Sánchez-Pérez, 1997); Bronfman; (1997) en áreas urbanas en México, analizó la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios y tuvo como resultados que la mayoría de los testimonios analizados; se refieren a la baja utilización de los servicios preventivos; la utilización de los servicios de salud para la prevención se hace de manera pasiva, entendiéndose por esto que el servicio, es el que busca de manera intencionada a la población, ya que el paciente acude al odontólogo cuando tiene alguna molestia. Por su parte Maeve Hautecoeur (2005), realizó un análisis cualitativo en la población Guatemalteca, en el que encontró que las barreras de acceso están interrelacionadas y las barreras geográficas están relacionadas con la distancia y con la escasez de transporte; las barreras económicas son los precios de las consultas y de los medicamentos, además, entre las barreras culturales, la lengua española es un obstáculo.

En este sentido el campo de la salud pública bucal y de los servicios sanitarios proporciona bases fundadas para la implantación de políticas innovadoras en salud bucal, por una parte en el conocimiento de los determinantes sociales de los grandes problemas de salud, indica la necesidad de adoptar ciertas políticas sobre el entorno social y medioambiental; por otra, es cada vez más amplio el catálogo de intervenciones preventivas y de promoción de salud disponibles en práctica de salud pública sobre las que hay pruebas de su efectividad (Hernández, 2007).

Como lo observa Graham (2004), el concepto de los DSS ha adquirido un significado dual refiriéndose a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. Existen autores como Nelson (2004), Antones (2004), Pine (2004), Sanders (2004), Zurriaga (2004), Hughes (2005), Medina-Solis (2004), que sustentan que en poblaciones con pobreza urbana, todavía existen personas que no disponen de los servicios de salud pública, a causa de las desigualdades sociales, además de desconocer los programas de salud bucal.

Uno de los principales obstáculos para el diseño y formulación de políticas en salud bucal, con el conocimiento de las condiciones en que habita la población urbana

marginada, es la carencia de información específica que describa las necesidades de salud bucal. Por eso, se requiere identificar el proceso salud/enfermedad bucal en la población y el análisis de las condiciones de salud bucal, mediante indicadores de dichas necesidades. Esto permitirá tener elementos suficientes para la planeación estratégica y formulación de políticas (OMS, 2005).

Cabe mencionar que la consulta odontológica consiste en hacer diagnósticos y tratamientos, que se realizan por lo general, en consultas privadas, públicas y de seguridad social. Las consultas en servicios de salud públicos ofrecen cuidados considerados como básicos y su calidad depende de cada programa, los recursos y las leyes de cada país. Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, con algunas excepciones, no son contemplados en estos servicios y las personas se ven forzadas a utilizar servicios privados para terminar con su plan de tratamiento, incluyendo rehabilitaciones simples y complejas. (Abadia, 2006)

La negociación entre profesional de la salud y paciente se basa en una transacción entre oferta de servicios y poder adquisitivo para acceder a ellos. De esta forma, la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales de la población: los ciudadanos tienen acceso a servicios según su capacidad de pago. Círculos odontológicos parecen aceptar diferentes estándares de manejo para las personas según su condición socioeconómica (Hobde, 2002).

Con respecto a lo anterior la OMS reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades bucales y en la posibilidad de recibir tratamientos; algunas investigaciones (Poulton, 2002 y Petersen, 2003) mencionan, que si en el transcurso de la vida las personas mejoran su situación socioeconómica, adultos que fueron pobres cuando niños continúan presentando una mayor prevalencia de enfermedad periodontal y caries comparados con aquellos que nunca fueron pobres, lo cual indica que la relación entre la pobreza, salud bucal e infancia determina en gran parte la salud y calidad de vida de los adultos.

Asimismo, algunos estudios (Reyes, 2009; Cohen, 2003; Schneiders, 2003) han demostrado que tanto las condiciones de las viviendas como las de los propios

vecindarios influyen en la salud bucal de sus habitantes; las condiciones de marginalidad y pobreza exponen a estos grupos a un espectro muy amplio de riesgos para su salud, que no son identificados ni atendidos, relacionados a la falta de acceso a los servicios de salud.

En México, a pesar de los esfuerzos por sistematizar la definición de marginación mediante indicadores como son: los ingresos, la salud, la educación, la tenencia de la vivienda, y algunos indicadores de bienes o servicios en el hogar (CONAPO, 2000), las encuestas nacionales de salud no ofrecen una desagregación suficiente que permita representar a la población de las áreas urbanas marginadas, lo que provoca que los problemas de salud de los grupos que residen en ellas no se puedan distinguir de los del resto del centro urbano (Dofour, 2004). En ese sentido, tanto los riesgos como las condiciones de salud y los aspectos sociales son fundamentales para determinar las necesidades de salud de la población.

Uno de los mayores retos de los cambios demográficos sin precedentes, es la atención a la salud bucal de los grupos asentados de manera irregular en la periferia de los centros urbanos. Además, es necesario conocer los riesgos y las condiciones de salud, que son específicos por el ambiente físico de los grandes conglomerados. Desde esa perspectiva, los aspectos sociales son fundamentales para determinar las necesidades de salud bucal de la población (Vlahov D, 2005).

Es por esto que las áreas de extrema pobreza en las ciudades, han surgido como un fenómeno derivado de la inequidad social; en estas áreas se concentran tanto la población marginada de las propias ciudades como la que migra de las áreas rurales por la falta de empleo y posibilidades de desarrollo. Estas poblaciones viven en condiciones de estrés social, manifestado por la de privación económica, el hacinamiento, la inestabilidad familiar, la insalubridad de la vivienda, el ambiente y la inseguridad, son condiciones que de manera aislada y en conjunto, influyen en la mortalidad prematura (Dofour, 2004; Chen 2006).

En el otro extremo se encuentran sistemas que podríamos denominar como

basados en el mercado o de pensamiento liberal, los cuales consideran que los servicios de salud deben concebirse como mercancías de consumo privado, es decir, basadas en las leyes de la oferta y la demanda. Por lo tanto, responsabilizan a cada persona por sus cuidados y situación de salud y por la búsqueda de servicios para su tratamiento. Este tipo de sistemas, basado en los mercados, no contempla respuestas frente a los factores sociales de los procesos salud-enfermedad ni reconoce necesidades específicas en salud de poblaciones más vulnerables a las enfermedades; por el contrario, refleja y afianza desigualdades sociales de raza, género y condición socioeconómica (Rylho-Bauer, 2002).

Las reformas al sector salud de las últimas décadas en Latinoamérica están fomentando la privatización de los servicios siguiendo principios de corte liberal; más en lo que se refiere a la salud bucal, esto a diferencia de un sistema de medicina social, en sistemas privados el acceso de las personas a los servicios depende de la capacidad adquisitiva y su énfasis es más terapéutico que preventivo, el resultado no lleva a que personas con más recursos tienen menos riesgo de enfermar y de que sus enfermedades se agraven; de otro lado, quienes viven en la pobreza no solamente son más vulnerables a padecer enfermedades, sino que tienen menos acceso a los servicios de salud y, al no recibir tratamientos adecuados y oportunos, sus enfermedades se agravan (Latina, 2004 y Abadia, 2006).

Por otro lado, cuando los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyen subsidios sociales y crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, aumentan las desigualdades sociales (Abadia, 2006). Los sistemas de salud que prestan especial atención a la relación entre condiciones de vida y salud, hacen énfasis en los programas y servicios de promoción y prevención, promueven medidas de saneamiento básico y desarrollo comunitario, y priorizan el tratamiento en un sistema interconectado de servicios con varios niveles de atención según la complejidad de la enfermedad. Este tipo de sistemas, basado en las necesidades de las personas y las comunidades, tienen una gran trayectoria académica y práctica en la región latinoamericana, con varias vertientes de un movimiento conocido como medicina social, medicina comunitaria o medicina colectiva (Waitzkin, 2001).

Al reflexionar esto, en el eje de la salud bucal colectiva, como un eje dinámico, donde se habla de la salud como un producto social, relacionado con las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; condiciones de vida y trabajo; influencias comunitarias y soporte social; factores individuales y estilo de vida, es de ahí el análisis de la situación de salud bucal debe reconocer la influencia de estos factores dependiendo del contexto social, las características propias de los grupos sociales y el sistema sociopolítico en relación con el sistema sanitario Castellano (1991)

Ante este panorama, es necesario distinguir los orígenes de las enfermedades bucodentales epidemiológicamente importantes y no simplemente sus secuelas, haciendo uso de las medidas de salud pública que permitan optimizar los recursos destinados a la resolución de estos problemas (Maupomé, 1992). Es necesario recordar que, al menos en el futuro cercano, es probable que México carezca de la infraestructura de salud y de los recursos para lograr mejorar el servicio de salud de la población a través de la clínica dental tradicional, en particular de las clases sociales más desprotegidas que constituyen la mayoría de la población (Reisine, 1987).

Esta ineficacia e ineficiencia en relación a la salud bucal de los mexicanos, ha traído como consecuencia que estemos en manos de los comerciantes de la tecnología médica haciéndonos más dependientes social, económica y tecnológicamente en la atención de las enfermedades, en lugar de promover la prevención, la educación y el empleo. Lo anterior es una consecuencia esperada del trabajo de las instituciones de salud en las dos últimas décadas, acciones aisladas, desvinculadas de la realidad social y de las necesidades en la población usuaria, con carencias de directivos cuyos intereses estén realmente al servicio del bienestar de la población y no al interés político personal. Las condiciones políticas sociales y económicas hacen muy complicado tratar de igualar lo desigual, por eso es importante retomar seriamente la necesidad de reformar e integrar un verdadero Sistema Nacional de Salud, que obedezca a las necesidades de la población y no a los intereses de los grupos que han hecho de la salud un jugoso negocio. Estas condiciones crearon un grupo de subsistemas en servicios de atención a la salud concordantes con la estructura económica, política y social de México, los cuales trabajan en forma desvinculada en lo cotidiano y solo en el discurso político se coordinan para presentar informes que no se contradigan (Espinoza, 2011).

Desde el marco propuesto por la Declaración Política de la CDSS (2011), de Reafirmar las inequidades sanitarias dentro de las naciones y entre ellas son política, social y económicamente inaceptables, así como injustas y en gran medida evitables, y que la promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad; además de prestar apoyo a la labor de los gobiernos para promover la capacidad y establecer incentivos con miras a disponer de una mano de obra sostenible en el sector de la salud y en otros ámbitos, especialmente en las esferas que más lo necesiten. Desde esa perspectiva, resulta de importancia realizar esta investigación donde se analizara los DSSB y su relación con el desarrollo sustentable, del cual se generará conocimiento acerca de la situación que prevalece en sectores urbanos en situación de pobreza, lo cual podrá coadyuvar a acciones en materia de política pública.

Bajo este contexto se establece las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los determinantes culturales, institucionales, sociales y económicos que enfrenta la población para acceder a los servicios de salud bucal del Área Metropolitana de Monterrey?

¿Cuáles son las intervenciones y los enfoques de acción intersectoriales en el área de salud bucal que permitan el desarrollo humano sustentable del Área Metropolitana de Monterrey?

¿Cuál es el nivel de equidad en el acceso a los servicios de salud bucal que enfrenta la población del Área Metropolitana de Monterrey y su relación en el desarrollo humano sustentable?

2. OBJETIVO GENERAL

Analizar las barreras culturales, institucionales, sociales y económicas que enfrenta la sociedad para el acceso al servicio de salud bucal, y su relación con el desarrollo humano sustentable y equidad de la población del Área Metropolitana de Monterrey.

2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los determinantes culturales, institucionales, sociales y económicos que enfrenta la población para acceder a los servicios de salud bucal del Área Metropolitana de Monterrey.
- Identificar las intervenciones y los enfoques de acción intersectoriales en el área de salud bucal que permitan el desarrollo humano sustentable del Área Metropolitana de Monterrey.
- Conocer el nivel de equidad en el acceso a los servicios de salud bucal que enfrenta la población del Área Metropolitana de Monterrey y su relación en el desarrollo humano sustentable.

3. HIPÓTESIS

En el Área Metropolitana de Monterrey no existen las condiciones culturales, institucionales, sociales y económicas para que la población pueda acceder a los servicios de salud bucal de una manera equitativa, siendo los aspectos culturales y económicos los que afectan en mayor medida.

4. JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria a la Salud (APS) ofrece una manera de crear un sistema de salud sustentable tanto en países ricos como en países pobres. Más que nada, ofrece una aproximación centrada en la persona y que podría ser accesible para todos, además de un sistema de salud más equitativo, con mejores resultados en salud y más asequible (Agdestain, 1991; Shi, 1999; Moynihan, 2002). Hasta el momento, las maneras de abordar la salud de las poblaciones son la medicina tropical, la transición epidemiológica y los perfiles nacionales de salud tienen limitaciones, pues los modelos con poder explicativos deben ser dinámicos, sistemáticos y críticos. Estos modelos necesitan vincular las desigualdades sociales con la salud, ya que definen la propagación y el curso de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, nuestro mundo no ha dado grandes pasos en dirección al desarrollo sustentable instalando economías de mercado éticas que puedan reducir la brecha entre ricos y pobres; disminuyendo la amenaza de enfermedades prevenibles y reemergentes, que afectan mayoritariamente a la gente pobre (Farmer, 2001; Editores Revista Medicina Social; 2007).

El Informe de la OMS (2013), sobre la Salud en el Mundo situó la equidad como valor central de la renovación de los servicios de APS, al tiempo que reivindicaba la prioridad que deben tener los programas de salud pública para el logro de este objetivo (Briggs, 2001). Por otro lado Lewontin (2003), menciona que la equidad es una posición moral y debe ser el núcleo central de todas las intervenciones comunitarias en salud.

Con base a lo fundamentado en la OMS (2006) donde indica: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano, si no obliga a los estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible; estas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

Esto lo reafirma el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1976) menciona que entre las medidas que se deberán

adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, es la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas; Así como la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud. Ante esto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del (PIDESC), adoptó en el 2000 la obligación básica de aplicar un plan de acción nacionales de salud pública, para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; ese plan deberán ser elaborados y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo. Deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; se deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables.

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008) incluye a la salud bucal por primera vez entre los 12 programas de alto nivel de prioridad, al cumplir con los criterios de representar carga de enfermedad alta, mostrar grandes disparidades entre poblaciones, afectar desproporcionalmente a ciertos grupos y ser propensos a ser epidémicos. A partir de esto la CDSS propone analizar las desigualdades en salud bucal y sus determinantes sociales.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007) señala que las familias de bajos recursos, los grupos con menor desarrollo social y aislado geográficamente, además de los migrantes y los individuos con capacidades diferentes, son los que menor cuidado recibe y se encuentran con mayor riesgo de enfermedades bucales. De acuerdo a lo anterior, esta organización desarrolló el Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental, del cual México forma parte. En México; en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) en el eje rector 3 llamado Igualdad de Oportunidades que en su apartado de salud; refiere orientar a mejorar las condiciones de salud de la población, brindar servicios eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente, reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

Así mismo el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud y pone en marcha mecanismos que

fortalecerán las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades; dentro de los dos últimos se encuentra inmerso el rubro estratégico de salud bucal y sus componentes de promoción, prevención y atención de la salud bucal. Además señala la necesidad de desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud.

Los principales retos de la salud bucal en México de acuerdo a lo que menciona el Programa de Acción Especifico en Salud Bucal 2007- 2012; son mejorar las condiciones bucales de la población por no contar con una cultura preventiva, e incrementar la capacidad de respuesta y calidad en los servicios de salud dada su insuficiencia y falta de tecnología de punta. El objetivo principal de este programa es aplicar modelos de mejores prácticas basados en evidencia científica que garanticen la ampliación de cobertura, principalmente en las comunidades con mayor rezago; eleven la calidad en la atención; promuevan la salud bucal y, por último, contribuyan a disminuir la prevalencia de las enfermedades bucales

Uno de los mayores retos es la atención a la salud bucal a urbano-marginales en donde participan factores sociales, físicos y ambientales. La satisfacción de las necesidades de salud bucal de la población, está determinada por el cumplimiento de ciertos factores sociales que conforman una estructura. Este hecho pone de manifiesto lo fundamental del estudio de los determinantes sociales que participan en necesidades de salud bucal en la población.

Es por esto, que esta investigación hace énfasis en el análisis de las políticas de los problemas en bucal de la población, con el denominado enfoque de los DSS y su relación con el Desarrollo Sustentable y como esto afecta al desarrollo humano de las personas, por lo cual para fines de esta investigación, se basará en una de las recomendaciones de la CDSS que indica que se debe medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

CAPITULO II

5. MARCO TEORICO

5.1. El Paradigma de la Salud.

Para analizar la salud, debemos reconocer que el ser humano es ser biológico, viviente, dinámico, único; un ser social en interacción permanente con otros seres humanos, situado en el tiempo y en el espacio, dependiendo de su medio ambiente y actuando sobre éste; un ser de emociones, de sensaciones, de deseos, de intenciones, un ser espiritual; un ser de conocimiento, de racionalidad, de reflexión; ante esto, la salud aparece, desde ese momento, como un concepto paradójico, complejo y contextual, comparándolo con el concepto de salud de la OMS; “el estado completo de bienestar físico, mental y social; no solo la ausencia de enfermedades” La salud, verdad de la vida es una cualidad fundamental del ser humano. Si se admite que todo ser humano es simultáneamente y de manera indisoluble (Canguilhem, 1992).

La salud puede, además, ser entendida a partir de la unicidad de cada persona o inclusive de la masa de individuos de una población. La transición de la salud de los individuos a la salud de la población plantea un problema fundamental. El bienestar social esta esencialmente asociada a la adaptación del hombre a los ambientes físicos, sociales, simbólicos, en los cuales está situado. Se expresa en la capacidad del ser vivo de prosperar, de evitar enfermarse. Todo lo que entraña una usura prematura de la vida constituye un atentado contra la salud. La salud es un recurso parcialmente dependiente del ambiente y parcialmente transmitido genéticamente; admitiendo que la herencia genética permanece en dependencia al medio ambiente (Canguilhem, 1992).

Reconocer que el ser humano está simultáneamente y de manera indisoluble - biológica, social, y física- obliga a hacer interactuar los campos disciplinarios donde las tradiciones científicas y los objetos de estudio se sitúan tradicionalmente muy lejos los unos de los otros. Su acercamiento representa un desafío para el estudio de la salud de las poblaciones. El avance de los conocimientos en este campo descansa en efecto sobre la movilización de los métodos científicos más pertinentes en cada uno de los campos disciplinarios (especialización metodológica disciplinaria) y al mismo tiempo

sobre la integración de los resultados especializados en un esquema interpretativo interdisciplinario que queda todavía por explorar y construir. La primera etapa consiste evidentemente en reconocer que la actividad científica se muestra diversificada y que los nuevos conocimientos pueden ser obtenidos por un vasto abanico de métodos cuya validez descansa sobre fundamentos epistemológicos diferentes (Vincent, 2002).

Las representaciones de la salud y de la enfermedad dependen de la posición ocupada en la sociedad y en particular de la relación que una persona tiene con el campo médico. Se puede distinguir, de manera clásica, en la dimensión biológica del concepto salud-enfermedad, la enfermedad diagnosticada que corresponde a la representación profesional, la enfermedad sentida que es la representación profana, y la enfermedad en tanto que fenómeno social que es aquella de quienes están preocupados por la atención sociocultural de la enfermedad (Kleinman, 1980; Benoist, 1995). Arweiler, 2002

Para analizar las representaciones sociales, es necesario saber que las ciencias sociales tienen como objeto de estudio de los hombres en sociedad. Ellas buscan comprender como los individuos interactúan en un espacio social estructurado. Cuatro grandes perspectivas pueden ser adoptadas para analizar y comprender los fenómenos sociales que se desprenden de las interacciones de los actores en un contexto dado: La perspectiva económica, ya que engloba la producción, la distribución, el consumo de los bienes y servicios. La regulación por los mercados y los precios está en el centro de la perspectiva económica. La perspectiva sociológica, que trata sobre las interacciones entre los hombres en sus medios sociales y estudia cómo los cuadros sociales de la vida humana están organizados y cómo se estructuran, las interacciones entre los agentes sociales estando simultáneamente estructuradas por los cuadros sociales y estructurales. La perspectiva política concierne la organización y el ejercicio del poder en la Sociedad. La perspectiva cultural reconoce que la cultura constituye la base de la organización social y de las relaciones entre los individuos (G. Rocher, 1992),

Pero la responsabilidad del estado con respecto a la salud no puede estar limitada a la creación y al mantenimiento de un sistema de atención, por muy buen desempeño que tenga. La naturaleza compleja de la salud permite comprender que el estado debe simultáneamente asumir su responsabilidad con respecto a la salud de la población, favoreciendo todo lo que permita a la vida desplegarse lo más plenamente posible y al

mismo tiempo velar para que todas las personas enfermas sean tratadas lo mejor posible. Estas grandes responsabilidades se completan en el sentido de que actúan sobre dimensiones diferentes del concepto de la salud, pero no pueden ser sustituidas una por la otra. La articulación de estas dos grandes responsabilidades descansa sobre el buen funcionamiento de las instituciones democráticas.

Desde esta perspectiva los responsables la salud pública en México, deben de vigilar y evaluar las consecuencias sobre la salud de la población, además monitorear las políticas económicas, sociales y ambientales de la sociedad. Asumiendo esta nueva función, obligaría a la sociedad teniendo explícitamente en cuenta las consecuencias sanitarias.

5.2. Desigualdades Sociales en Salud

En los últimos años se ha mejorado la salud de las personas por ende la calidad de vida y su relación con el medio, de tal forma que, en general, somos hoy menos vulnerables a determinados riesgos externos de lo que éramos en el pasado. Sin embargo, aquellas personas con menos recursos sufren peor salud que las más ricas. Los datos son explícitos al respecto: basta con señalar que la diferencia en la esperanza de vida entre Japón y México. Lo mismo ocurre con otros aspectos como el sexo, la etnia o el lugar de residencia, que definen grupos sociales con mejores y peores indicadores de salud. La relación no se limita a los grupos sociales extremos sino que afecta al conjunto de la sociedad, de manera que existe un gradiente social en la salud, por el que conforme se baja en la escala social la salud y el bienestar de las personas también empeoran.

Bajo este contexto, la salud se considera un área de intervención prioritaria en las agendas de aquellos gobiernos que tratan de garantizar el bienestar individual y colectivo de una sociedad. Sin embargo, la esfera política ha partido tradicionalmente de una concepción de la salud y de sus determinantes como producto casi exclusivo de la actuación de los servicios sanitarios, confiando en la mejora del estado de salud de la población a los avances de la medicina científica y a la introducción de las tecnologías sanitarias más avanzadas. Por ello, los debates sobre política sanitaria en la mayoría de los países giran en torno a la gestión, la financiación y la estructura del sistema sanitario,

sin que exista la convicción de que la naturaleza de la asistencia sanitaria constituye un factor más entre la multiplicidad de variables que influyen en el estado de salud de las personas (Regidor, 2002).

Sin embargo, la asistencia sanitaria en la mejora de la salud de la población ha sido limitado mientras que otros condicionantes de la salud como las mejoras en la salud pública, el nivel socioeconómico y educativo, así como los cambios en los estilos de vida han sido aspectos con un mayor impacto en el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad por varias causas a lo largo del pasado siglo. De hecho, tal y como veremos a lo largo del presente estudio, la salud constituye un fenómeno complejo y multicausal que, al tener raíces de carácter social, excede, por definición, las explicaciones biologicistas circunscritas a la actuación de nuestros sistemas sanitarios.

El estudio de la estructura social ha sido abordado por distintos enfoques teóricos, que han puesto mayor o menor énfasis en el predominio de lo social sobre el individuo y su capacidad de acción, siendo común a todos ellos la importancia que conceden a la estructura social como modeladora de las condiciones de existencia de las propias personas que la construyen. Dichos enfoques como el de Marx, Durkheim y Parsons, que enfatizan el predominio e incluso la constricción de la estructura sobre el individuo, u otro más centrado en el actor como generador de estructuras, se debe mencionar que la existencia de una desigualdad inherente a la organización de la estructura social, que clasifica y jerarquiza a las personas en función de las categorías sociales a las que pertenecen.

El concepto de desigualdad social, hace referencia a las diferencias existentes en el acceso de las personas a los recursos, en términos de calidad y cantidad, en el contexto de una estructura social determinada. Asimismo cuando se refiere a la salud, la desigualdad señala las diferencias de oportunidades y recursos ligados a la salud entre personas de diferente clase social, sexo, etnia o educación, lo que conlleva que los colectivos más favorecidos presenten un estado de salud mejor que el resto. Es decir, nos estamos refiriendo al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo étnico, el sexo, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar donde vive o trabaja (Díez y Peiró, 2004).

Whitehead (1990) indica que tanto la desigualdad o inequidad posee una dimensión ética, ya que hace referencia a las diferencias que son innecesarias y evitables, así como injustas; estas afirma que cuando las diferencias son el resultado de variaciones biológicas naturales o incluso de elecciones dañinas o en términos de salud libremente adoptadas, no estaremos ante un hecho injusto, por lo cual, no es desigualdad. Por el contrario, cuando las conductas perjudiciales no hayan sido consecuencia de una elección libre o cuando nos hallemos ante exposiciones a factores de riesgo en el contexto físico o ante un acceso inadecuado a los servicios de salud, la situación será injusta y, por lo tanto, potencialmente evitable.

La equidad en términos de salud implicaría, por lo tanto, una situación en la que cada persona tuviera la capacidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud y que, consecuentemente, nadie se encontrara en situación de desventaja a la hora de lograrlo. Regidor y col, 1994; Murray y col, 1999 subrayan la dificultad de establecer tal límite ya que ello implica emitir juicios de valor que imposibilitan una única definición de la desigualdad social en salud. Quizás por ello, la mayor parte de los estudios no han venido precedidos de una descripción clara, ni acerca del concepto de equidad, ni del tipo de desigualdad que se quiere medir. Y ello, porque tal definición requiere una posición concreta que enfatiza bien la responsabilidad individual o bien la estructura social como factores principales en la explicación de las diferencias en el estado de salud.

Al margen de estas discusiones conceptuales y del contenido del concepto de equidad, lo que es evidente es que al comienzo de este nuevo siglo XXI, todos los países se enfrentan a la existencia de importantes desigualdades sociales en salud. En este sentido, cabe decir que estas desigualdades se han reducido sustancialmente a lo largo del siglo XX en términos absolutos, debido al descenso generalizado de las tasas de mortalidad tanto en los grupos socioeconómicos más como menos favorecidos, pero parecen haber aumentado en términos relativos. Fernández y col, 2005; Shaw y col, 2005; Kunst y col, 2005; Whitehead y col, 1997; Navarro, 1997). De la misma manera, las desigualdades entre países también están aumentando, con lo que muchos no dudan ya en apuntar este fenómeno como la problemática más importante de salud pública del siglo XXI (Benach, 1997).

La clase social, cualquiera que sea la forma en que se mida, constituye una variable esencial en el estudio de las desigualdades sociales en salud. A pesar de que, a menudo, la utilización de estas medidas de posición socioeconómica no constituye más que una variable de control y no explícitamente una variable explicativa, el número de estudios que incorpora esta perspectiva de clase social se ha incrementado notablemente a lo largo del tiempo. El concepto de clase social surge con el pensamiento social y económico de la modernidad europea, y expresa una de las dimensiones fundamentales en la dinámica de la sociedad capitalista surgida de la descomposición de la sociedad feudal.

La Sociología moderna ha prestado especial interés al desarrollo de medidas de clase social capaces de detectar adecuadamente la posición relativa de las personas en las sociedades. A la hora de describir este concepto es preciso retomar los planteamientos clásicos de dos teóricos sociales de referencia, Karl Marx (1974) y Max Weber (1977), representantes de la teoría de clases que se ha desarrollado en la Sociología contemporánea. De hecho, buena parte del debate actual de las clases sociales se desarrolla en términos de neomarxistas y neoweberianos. Karl Marx (1974), quien realizó un análisis global de la sociedad capitalista, entendió las relaciones de clase como inscritas en las relaciones de producción y en la propiedad o no de los medios de producción. Marx identificó dos clases sociales en los primeros estadios de la sociedad capitalista: la burguesía y el proletariado. Mientras que la primera explotaba y dominaba a la segunda, ésta, que sólo poseía su fuerza de trabajo, debía venderla para poder sobrevivir.

Para Max Weber (2014), sin embargo, la posición social de los individuos no se definía únicamente en términos de posesión de los medios de producción, sino que se basaba en la conjunción de tres dimensiones: la clase, el estatus y el poder. La clase hacía referencia a la propiedad y control de los recursos, reflejada mediante la renta de las personas. El estatus se definía por el prestigio u honor del individuo en la comunidad, derivado de factores culturales y sociales tales como el contexto familiar, el estilo de vida y las redes sociales. Por último, el poder estaba relacionado con el contexto político. Como consecuencia, las situaciones de clase reflejaban para Weber diferentes oportunidades vitales en el mercado que no estaban abocadas, a diferencia de la visión

marxista, a la lucha de clases. Debido a la enorme transformación que han vivido las sociedades industrializadas hasta nuestros días, estas dos teorías no son capaces de interpretar la realidad de las relaciones de clase actuales.

Tal y como ocurre con otros fenómenos, identificar un solo indicador de nivel socioeconómico con suficiente justificación teórica y metodológica resulta complicado. A menudo, las clasificaciones de la posición socioeconómica que se utilizan carecen de la suficiente conceptualización teórica para validarlas así como de las comparaciones suficientes con otras clasificaciones que garanticen su fiabilidad). Asimismo, y desde el momento en el que la clase social trata de captar un fenómeno dinámico y cambiante, éste debe someterse a continua revisión metodológica (Liberatos y col, 1988).

Considerando este conjunto de limitaciones, podríamos resumir en cinco los indicadores más frecuentemente utilizados para definir la posición socioeconómica de las personas en el estudio de las desigualdades sociales en salud:

La clase ocupacional, que se basa en la ocupación de las personas para definir su posición de clase, ha sido una medida ampliamente utilizada en la epidemiología social, siendo la más frecuente, de hecho, en países como el Reino Unido donde se ha recogido sistemáticamente en las estadísticas vitales. El British Registrar General, desarrollado en 1911, fue el primero y más utilizado sistema de clasificación de la clase social ocupacional en este país, extendiéndose, posteriormente, a otros contextos geográficos. La agrupación de ocupaciones que describe esta escala es la siguiente:

La escala del British Registrar General fue creada sin clarificar si se tomaba como referencia alguna teoría social en concreto para graduar jerárquicamente las ocupaciones (a partir de la clasificación nacional de ocupaciones británica), de forma que, con ánimo de superar ésta y otras de sus limitaciones, diferentes autores han elaborado otras escalas (Liberatos y col, 1988). Sin embargo, la utilización de la escala británica posee las ventajas de comparar grupos con tamaños razonables, demostrar la existencia de claras desigualdades en la mortalidad, la morbilidad y la utilización de los servicios sanitarios, y que la ocupación se asocie con otras medidas de desigualdad (Borrell, 1996).

La elección de la ocupación para la definición de la clase social tiene ciertas desventajas que es necesario tener en cuenta: la asignación de la ocupación es complicada en aquellas personas que quedan fuera del mercado laboral, como las mujeres que trabajan en el hogar, estudiantes o jubilados/as, en cuyo caso la clase social asignada es de carácter indirecto, a partir del cónyuge, pareja, padre o madre. Generalmente, la clase ocupacional no tiene en cuenta ciertas características de la ocupación, como el número de horas trabajadas o la duración del mismo. El tamaño y el significado de las clases ocupacionales están influido por el contexto de cada país y de cada momento histórico, lo que dificulta las comparaciones internacionales y en diferentes periodos de tiempo. Asignar la última ocupación como posición de clase a aquellas personas que llevan un periodo de tiempo prolongado en desempleo o inactivas puede no ser muy apropiado, especialmente en el momento actual de desarrollo del sistema capitalista, en el que muchas personas son expulsadas. Las medidas de clase social ocupacional han sido creadas a partir de un perfil de trabajador varón, por lo que el trabajo que realizan las mujeres no queda debidamente recogido y especificado, y se ha tendido a atribuirles la clase social obtenida a partir de la ocupación de su pareja.

Ante esta serie de inconvenientes del uso de la clase social ocupacional como indicador del nivel socioeconómico, se han planteado otras medidas que puedan ser asignadas a cada persona independientemente de otras características y que, además, sean más sencillas de recoger. En este sentido, el nivel educativo supera estas limitaciones y muestra, además, gran asociación con la clase ocupacional los ingresos y el nivel de vida. Al igual que ocurre con la ocupación, la utilización del nivel de estudios como indicador de posición socioeconómica muestra ventajas e inconvenientes. Por una parte, la educación se recoge como una escala ordinal fácilmente comparable entre países. Se trata, además, de un atributo que se mantiene más estable a lo largo de la vida de las personas que la clase ocupacional, aunque esto no debe necesariamente constituir una ventaja ya que, en situaciones de intensa movilidad social, la clasificación por el nivel máximo de estudios alcanzado puede no reflejar adecuadamente las variaciones en el estado de salud provocadas por un cambio de posición social (Liberatos y col, 1988; Alonso y col, 1997).

El nivel educativo lleva asociado, un efecto cohorte de edad, que es necesario considerar a la hora de ver su influencia en el estado de salud y la enfermedad, y realizar

comparaciones entre generaciones. Asimismo, es necesario tener en cuenta que las diferencias territoriales en los niveles educativos establecer diferencias en el efecto que la educación tiene sobre la renta o la ocupación, llevando a equívocos si no consideramos el valor desigual que puede tener en uno u otro lugar el poseer un nivel educativo concreto (Liberatos y col, 1988).

Los indicadores de renta y las posesiones materiales han sido tradicionalmente utilizados en México. Con ello, se salva la dificultad de asignar una clase ocupacional a mujeres amas de casa o jubilados pero, en cambio, es complicada de interpretar, está sujeta a una elevada tasa de no respuesta, es inestable en el tiempo y no explica claramente cuál es la dirección de causalidad⁶ entre las posesiones materiales y la salud.

La posición dentro de una organización también ha sido utilizada como marcador socioeconómico, al mostrarse útil para comprobar la influencia de los diferentes escalafones dentro de una jerarquía en la salud de las personas. La dirección de causalidad establece qué factor es la causa y cuál la consecuencia en la explicación de un fenómeno. (Marmot y col, 1978).

Los indicadores de área o ecológicos son medidas agregadas que describen la composición social del área en la que reside un conjunto de personas. Son especialmente interesantes porque pueden ser aplicados a aquellas personas sobre las que no existen datos individuales. No obstante, la utilización de este tipo de indicadores consiste en inferir conclusiones a escala individual a partir de datos grupales o de área. Es decir, dar por sentado que los resultados encontrados en las poblaciones se reproducen por igual en los individuos. No obstante, su gran ventaja consiste en tener en cuenta factores sociales, geográficos y comunitarios de tipo contextual que no pueden ser analizados en los estudios individuales (Schneider y col, 2004).

Como ejemplo de este tipo de sesgo, podríamos imaginar el caso de un estudio ecológico en el que se detecta una relación positiva entre el porcentaje de población protestante y las tasas de suicidio en varias comunidades. En base a esta realidad, que fue descrita en El Suicidio de Emile Durkheim (Durkheim, 1928), la inferencia de que ser protestante puede constituir un factor de riesgo de suicidio puede ser completamente

errónea ya que es posible que la mayor parte de los suicidios dentro de estas comunidades sean llevados a cabo por personas católicas que, en minoría tienden a estar más aislados socialmente, y, por lo tanto, muestran mayor riesgo de suicidio (Szklo y Nieto, 2003).

5.3. Determinantes Sociales de la Salud

El diccionario de la Real Academia Española de la lengua define determinante como: “señalar, fijar algo para algún efecto”. Para Mario Bunge, las acepciones que se dan en ciencia al concepto de determinación, hacen alusión a procesos definidos, con conexión constante, necesaria, unívoca y que tienen un modo de devenir definido (Bunge; 1972). Se ha planteado una gran discusión acerca de las diferencias entre la causalidad y la determinación, por las implicaciones que tienen en la forma de abordar el proceso de salud y enfermedad. Para Anscombe (1981), desde el punto de vista ontológico, causalidad no es determinación, pues si bien la causalidad es una determinación, no toda determinación es causalidad, si ésta es entendida como una relación total y absoluta entre la causa y el efecto (Mendoza, 2011). Mientras la causalidad tiene una concepción a priori y probabilística basada en la razón, la determinación tiene una relación empírica, que Bunge define como un modo de devenir. Esta categoría en la salud colectiva, establece que son las condiciones materiales de existencia las que determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos (Laurell, 1981; Breilh, 1979). La expresión “determinantes de la salud” fue utilizada por primera vez por Thomas McKeown, cuando atribuyó la disminución de la mortalidad infantil en Inglaterra y Gales durante el siglo XIX, más que a los avances en medicina o intervenciones en salud pública, al mejoramiento de las condiciones económicas durante ese periodo (McKeown, 1962; Colgrove, 2002).

El concepto de determinantes ha ido incursionando con fuerza en la epidemiología y trata de superar las nociones de causalidad que se plantearon durante mucho tiempo: el paradigma del miasma que atribuía la enfermedad al aire malo contaminado o vapores tóxicos provenientes de lugares con deficientes condiciones ambientales y generalmente muy pobres (Kunitz, 1987;); la teoría del germen, que afirmaba que existía una sola causa para cada efecto, en una relación de patrones constantes y lineales y por lo tanto, al erradicar el germen se erradicaba la enfermedad (McDowell, 2001); La teoría de la

caja negra que se desarrolló después de la segunda guerra mundial, cuando se dio el cambio en el perfil epidemiológico en el que la mortalidad por enfermedades crónicas superó a las infecciosas y condujo al desarrollo de los conceptos de: factores de riesgo individuales o ambientales para enfermedades específicas; estilo de vida como factor que condiciona la exposición y riesgo de la enfermedad y la multicausalidad. El paradigma de la caja negra, considera que las relaciones y condiciones que participan en el proceso causal son muy complejas e imposibles de conocer completamente (Parascandola, 2001) y, por tanto, limita su acción a identificar factores de riesgo y predecir la ocurrencia de la enfermedad, es decir, un enfoque más descriptivo y estadístico que explicativo de los fenómenos.

Como contraposición a este último modelo, Susser (1996), desarrolló la teoría de cajas chinas, que concibe la enfermedad como un fenómeno de la población, que sucede en niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados, lo que permite explicaciones multi-nivel y un abordaje integrado que trata de comprender los niveles de causalidad, trayectorias de curso de vida, tipos de causas y tipos de enfermedad, todas estas, perspectivas de la epidemiología social que estudia la distribución social y los determinantes sociales de los estados de salud (Berkman, 2000).

Krieger (2001) plantea para la epidemiología social, tres teorías que buscan elucidar los principios capaces de explicar las inequidades en salud: la teoría psicosocial, la teoría ecosocial y de los marcos conceptuales multinivel relacionados y la de la producción social de la enfermedad y/o economía política de la salud. Esta última parte de la hipótesis de que las instituciones políticas y económicas y las decisiones que generan, refuerzan y perpetúan los privilegios sociales y económicos y enfatiza que las desigualdades son las causas raizales o fundamentales de las inequidades sociales en salud (Link, 1996), teoría que más se relaciona con el concepto de determinantes sociales de la salud.

El concepto de equidad en salud, está relacionado directamente con el principio ético de la justicia y específicamente con la justicia distributiva. Su contraparte, la inequidad en salud, se refiere a las diferencias sistemáticas, injustas y evitables en salud, acordes con las ventajas o desventajas sociales (Braveman, 2006). Estas ventajas o

desventajas sociales, conllevan prestigio y aceptación social, están influenciadas por el color de piel, religión, nacionalidad, ingreso, nivel de educación, ocupación, estado marital, edad o filiación política (Solar, 2010), se asocian a un peor estado de salud entre los grupos vulnerables, pero son modificables con voluntad política y a través de acciones sociales.

Existen varias definiciones de determinantes sociales de la salud. La Organización Mundial de la Salud, los define como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas" (OMS, 2005). Tarlov (1996) los define como "las características sociales en las que la vida se desarrolla". Para Krieger (2002), se refieren a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, que pueden ser alteradas a través de intervenciones.

Las anteriores definiciones coinciden en establecer el efecto que tiene el entorno en la condición de salud de los sujetos a lo largo de su curso de vida y la posibilidad de intervención de los factores que afectan dicha condición, lo que ha generado en las últimas décadas, el interés por desarrollar modelos para el entendimiento de cómo las condiciones sociales afectan el estado de salud. Dahlgren y Whitehead (1992, 2001) proponen un modelo en el cual las desigualdades sociales son explicadas por las interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales que parten desde las características del individuo (genética, edad, sexo), a las que se superponen otros factores individuales y el estilo de vida; el próximo nivel está definido por las influencias sociales y comunitarias incluyendo las redes sociales; el siguiente nivel lo constituyen las condiciones de vida, de trabajo y acceso a servicios esenciales. El nivel más alto del modelo está conformado por las condiciones económicas, culturales y medioambientales que influyen de forma directa en los otros niveles, generando presiones y condiciones que afectan la salud de las personas (figura. 1)

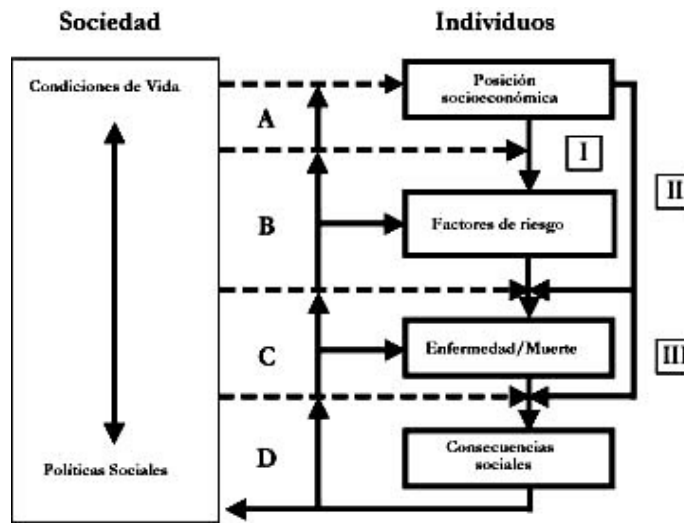
Figura 1. Modelo de determinantes de la salud según Dahlgren y Whitehead.



Fuente: Dahlgren (1991).

Diderichsen (2012), desarrolló un modelo para entender las relaciones entre las condiciones sociales y la salud, que muestra cómo las inequidades sociales en salud se crean, exacerbaban y/o perpetúan a través de los efectos de la estratificación social, definida como el ordenamiento de los individuos dentro de grupos con diferentes posiciones en la jerarquía social basadas en características de clase social, raza, etnia, género, discapacidad, orientación sexual, oportunidades económicas, sociales o políticas y recursos que se reflejan en diferentes niveles de bienestar, aceptación o prestigio. De acuerdo con este modelo, la posición social de las personas determina la exposición diferencial a condiciones que afectan la salud, que a su vez tiene impacto en las circunstancias socioeconómicas del individuo y su familia (Figura 2).

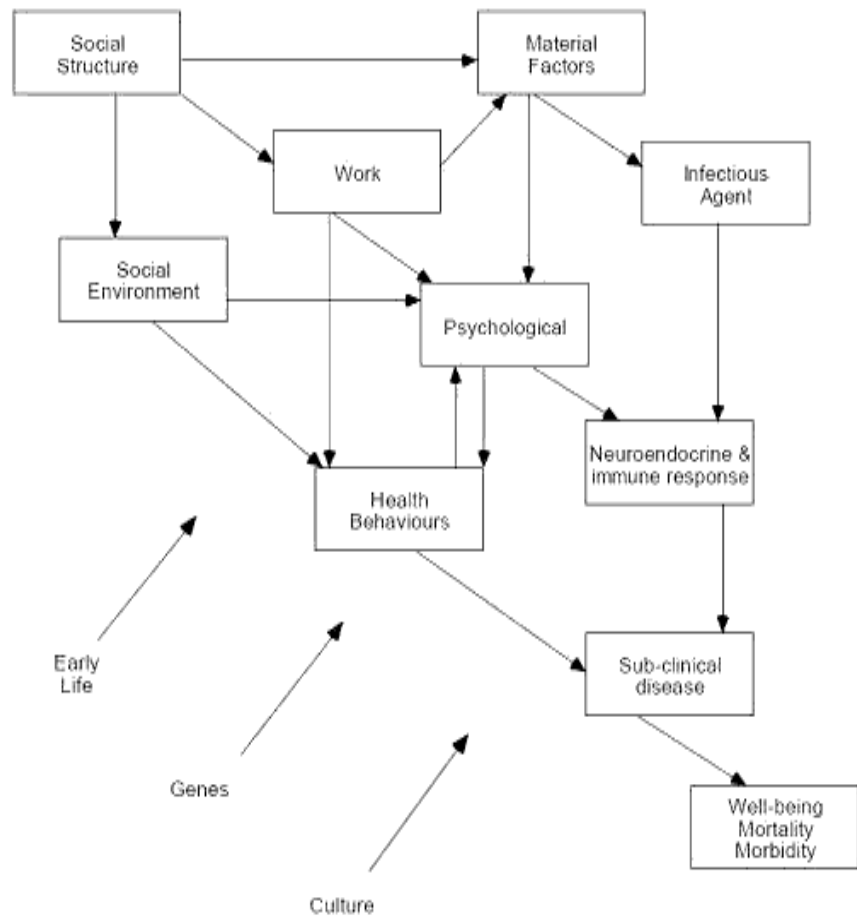
Figura 2. Modelo de determinantes de la salud según Finn Diderichsen.



Fuente: Diderichsen (2012),

Brunner, Marmot y Wilkinson (2006) plantean el modelo de las influencias múltiples en el ciclo de vida que relaciona las perspectivas de la salud clínica y la salud pública, mostrando como las desigualdades socioeconómicas generan una exposición diferencial a riesgos a través del ciclo vital. Una de las críticas que se le ha hecho a este modelo, es que lo biológico y los factores sociales están tan interconectados que no deben ser representados de una manera tan sociocéntrica y unidimensional (Figura 3).

Figura 3. Modelo de determinantes de la salud según Brunner, Marmot y Wilkinson



Fuente: Marmort (2006)

Braveman y Egerter (2008), integrantes de una comisión establecida por la fundación Robert Wood Johnson, desarrollaron un modelo en el que la salud mediada por el cuidado médico y la conducta, debe ser considerada en un contexto más amplio en el que se contemplen las condiciones de vida y trabajo, así como los recursos y oportunidades económicas y sociales que impactan el estado de salud. Es un modelo muy similar al propuesto por Dahlgren y Whitehead, pero más enfocado a aspectos económicos y de las condiciones de vida y poco énfasis en la cultura y las redes sociales como determinantes sociales de la salud.

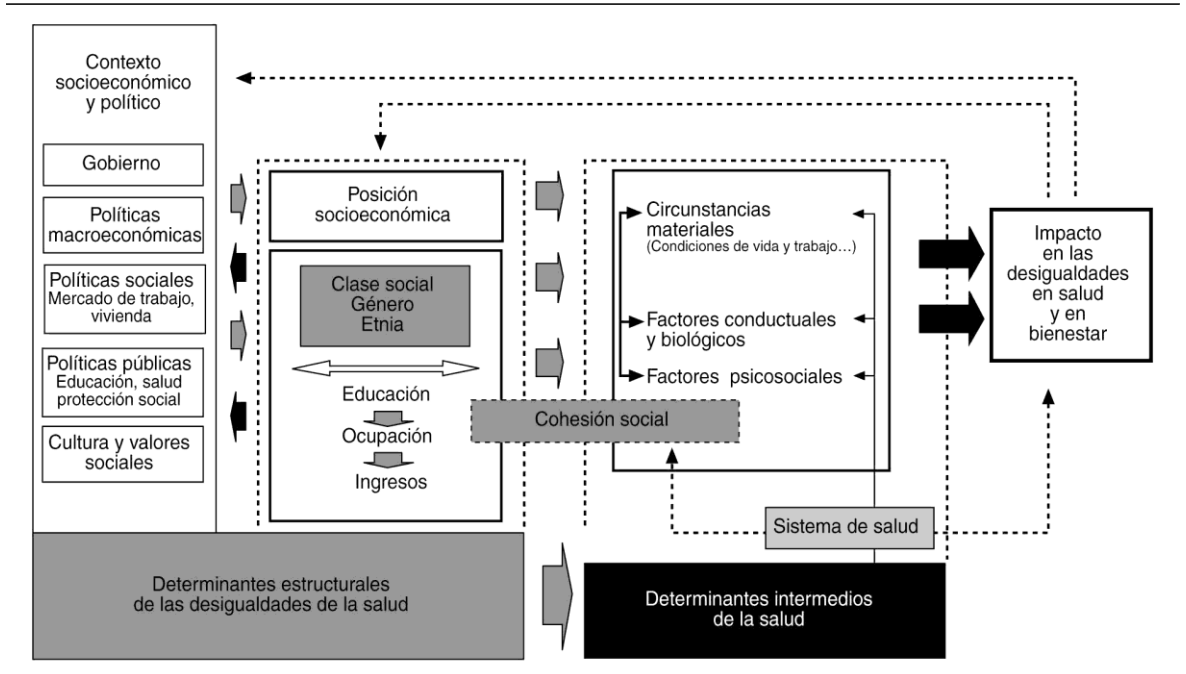
La organización Mundial de la Salud (2005), conformó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, para que se encargara de revisar el conocimiento

acumulado sobre el tema, creara conciencia social y promoviera el desarrollo de políticas que redujeran las inequidades en salud. Como parte de los resultados de dicho trabajo, Solar (2010) y colaboradores, diseñaron un modelo que explica el impacto que los determinantes sociales tienen sobre la salud y el bienestar.

El modelo incluye determinadamente estructurales de la inequidad en salud, mediados por el contexto social, político y económico, en donde tienen su acción la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas y los valores sociales y culturales. El otro componente de los determinantes estructurales está definido por la posición socioeconómica, la clase social, la etnia, el género, el nivel de educación, la ocupación y el ingreso.

El modelo también propone determinantes intermedios de la salud que están relacionados con las condiciones de vida, de trabajo, la alimentación, la conducta de los individuos, los factores psicosociales, los factores biológicos y los sistemas de salud. El modelo incorpora además la cohesión social y el capital social como un determinante que por sus características puede entenderse como estructural o intermedio (Figura 5).

Figura 5. Determinantes sociales de la salud según la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS.



Fuente: Solar, (2010)

El modelo de Solar e Irwin (210), ha sido criticado por una serie de investigadores relacionados con el campo de la medicina social y salud colectiva latinoamericana. Las objeciones al modelo parten de una construcción teórica que considera que las relaciones sociales de producción y la propiedad sobre los medios de producción, son los que determinan las condiciones en las que la sociedad se desarrolla y por lo tanto las condiciones de vida y de salud de las personas que la integran (Bronfman, 1983; Krieger, 1997). Según su punto de vista, el modelo de la OMS se queda corto en el análisis de las causa estructurales relacionándolas solo con la gobernanza y la política, y no con el modo de producción y modelo económico. Lo anterior tiene implicaciones directas en las propuestas de acción, pues mientras el modelo de OMS enfatiza las intervenciones en los determinantes estructurales, especialmente cambios en las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, los teóricos de la medicina social consideran que dichas acciones son insuficientes para el logro de la equidad social,

mientras las causas fundamentales no sean transformadas (Breilh, 2003), condición ésta que implica cambios sociales que escapan al alcance de la propuesta que se presenta.

Este proyecto utilizará como referente el modelo de determinantes propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial, teniendo en cuenta que es aceptado en forma amplia por la comunidad internacional, adoptado y adaptado por muchos países y sirve de referente para el desarrollo de políticas públicas destinadas a disminuir las inequidades en salud, además, el modelo trasciende los aspectos meramente conceptuales, para presentar una herramienta que permite identificar las relaciones entre los grupos de determinantes y operacionalizar de forma clara las acciones que se requieren para implementar las intervenciones necesarias en procura del mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de los individuos y comunidades. Una de las recomendaciones de la OMS (2005) para disminuir las inequidades es medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar el efecto de las intervenciones.

Existe evidencia científica que relaciona los determinantes con el estado de salud y bienestar de la población y con la equidad en salud: para el caso de la educación, Cutler y Lleras-Muney (2006) realizaron una profunda revisión de los vínculos entre el nivel de educación y el estado de salud de la población, encontrando asociación entre el nivel de educación con una mayor esperanza de vida, menor morbilidad, menor probabilidad de enfermedades crónicas, de ansiedad, de depresión, un mejor estado físico y mental y menor probabilidad de exposición a factores de riesgo como el cigarrillo, la ingesta de licor, sobrepeso u obesidad.

Hay un gran cúmulo de evidencias que establecen la relación entre el estado de salud y las condiciones psicosociales de la población como; enfermedad cardiovascular y estrés crónico (Strike; Segerstrom, 2004), altos niveles de estrés y desregulación neuroendocrina (McEwen, 2010), desarrollo cerebral y función cognitiva en respuesta a condiciones sociales (Shonkoff, 2009, Farah, 2008) de igual forma, las circunstancias materiales entre ellas las condiciones de la vivienda (material del techo, paredes y pisos, acceso a los servicios públicos, humedad, polución, ruido, hacinamiento), el ambiente físico (parques, vías de comunicación, transporte, disposición de desechos, etc.), (Howden, 2004; Galobardes, 2006) y las características del vecindario (Pickett, 2001;

Wilson; 2010; Sellstrom 2006), hacen parte de los determinantes intermedios que tienen un gran impacto en la salud de las personas.

Benach J (2007) en el libro “Employment Conditions an Health Inequalities” refiere que el desempleo o el empleo precario han sido relacionados con malnutrición, bajo peso, enfermedad cardiovascular, ansiedad, incremento en las tasas de mortalidad y de abuso infantil y es uno de los determinantes que más contribuye a la carga de enfermedad. De igual forma, el ingreso ha sido relacionado directamente con las condiciones de salud a través de dos mecanismos: un efecto directo sobre las condiciones materiales necesarias para la supervivencia y el efecto en la participación social y oportunidad para controlar las circunstancias de la vida (Marmot, 2002).

La inequidad de género afecta la salud de millones de mujeres en todo el mundo; los prejuicios que recaen sobre ellas, afectan sus relaciones de poder, recursos, títulos, normas, valores, ingresos y su posición social está directamente relacionada con su salud y la de sus hijos/as (CSDH, 2008). Las mujeres tienen menos tierra, propiedades y salud en casi todas las sociedades, pero tienen más altas cargas de trabajo en la economía del cuidado para asegurar la supervivencia, reproducción y seguridad de las personas, incluyendo los jóvenes y viejos. En algunos contextos son menos alimentadas, menos educadas, son vistas como menos capaces, se les paga menos y sus condiciones de trabajo son más inseguras (WHO, 2007).

El capital social es otro de los determinantes que ha sido definido por Bourdieu como el agregado de los actuales y potenciales recursos que están conectados a una red estable de relaciones institucionalizadas de mutuo conocimiento y reconocimiento social (Bourdieu P1986); Putnam (1993) lo considera como aquellas características de la organización social como la confianza, las normas y redes, que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad al facilitar las acciones coordinadas; y el Banco Mundial en su definición, establece que el capital social no es sólo la suma de instituciones en las que se fundamenta una sociedad, sino el pegamento que las mantiene juntas (World Bank, 2011). Al respecto, se han establecido al menos tres mecanismos a través de los cuales el capital social juega un rol en la determinación de la salud de los individuos: un mejor acceso a la información relevante en salud mediada por la interacción social, que hace

difusión sobre las mejores formas de prevenir o tratar las enfermedades; el cuidado informal de la salud que puede ser provisto por los vecinos o amigos en casos de enfermedades, lo que en países en desarrollo es más evidente por los problemas de acceso a los servicios de salud; y los grupos conectados y bien organizados son más efectivos en coordinar esfuerzos ante las autoridades para obtener beneficios en salud (Rocco, 2012). En algunos estudios se ha encontrado que el incremento en el capital social está asociado con reducción en el consumo de cigarrillos por los fumadores (Brown, 2006), el estrés psicológico (Scheffler, 2007) y la enfermedad cardiovascular entre los individuos de bajos ingresos (Scheffler, 2008).

Por otra parte, Mauricio Rubio ha planteado el concepto de capital social perverso en el cual todos los esfuerzos, recursos, contactos, sistemas de información, núcleos de poder, y redes se enfocan en la conformación de organizaciones criminales que incluso permean las instituciones legalmente constituidas y a las que muchas personas desean pertenecer para obtener reconocimiento y las oportunidades que la sociedad no les brinda (Rubio, 1997).

Los sistemas de salud se consideran determinantes del estado de salud en la medida en que el acceso a los servicios, establece diferencias entre exposición y vulnerabilidad. Como lo sugiere Diderichsen (2001), los sistemas de salud pueden contribuir a disminuir la inequidad en salud, cuando se enfocan en factores que median los efectos de la pobreza en la salud como la nutrición, saneamiento ambiental y condiciones de la vivienda; reduciendo la susceptibilidad a problemas de salud con los programas de prevención y protegiendo a través del aseguramiento contra las consecuencias sociales y económicas de la enfermedad.

Cualquier intervención, como lo establece la comisión de determinantes de la OMS, deberá estar dirigida, tanto a los determinantes intermedios como a los estructurales, generando políticas que conlleven a la participación efectiva y empoderamiento de las comunidades afectadas (OPS-OMS, 2007). Según el marco conceptual para la acción, propuesto por esta comisión, existen varios niveles y posibilidades de intervención, desde las acciones individuales y comunitarias, hasta las de políticas públicas encaminadas a reducir las inequidades, mitigar los efectos de la estratificación social, reducir la exposición de la población vulnerable a factores que

afecten su salud para disminuir las consecuencias sociales y económicas de la enfermedad; lo anterior a través de la acción intersectorial, la participación social y el empoderamiento de las comunidades (OPS-OMS, 2006).

La declaración política de Río 2011, en el marco de la conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud, propone cinco áreas de acción críticas dirigidas a combatir las inequidades en salud: una mejor gobernanza para la salud y el desarrollo; promover la participación en la generación de políticas y su implementación; reorientar el sector salud hacia la reducción de inequidades, fortalecer la gobernanza y colaboración global; y monitorear el progreso y las responsabilidades.

Todo este conocimiento acumulado apunta a reforzar la importancia de las condiciones sociales en la equidad en salud y, por tanto, sustenta la iniciativa de que la salud no puede ser alcanzada solamente con acciones relacionadas con el cuidado médico o de salud pública, sino que se requieren, además, intervenciones en los determinantes estructurales para disminuir las inequidades y mejorar el estado de salud de individuos y comunidades.

5.4. Teoría de desarrollo humano

El desarrollo es un proceso en el cual las personas tienen una gama de oportunidades para poder ser y hacer lo que valoran; con esta visión se conoce al ser humano. Así se concibe al ser humano, como portador de las capacidades y libertades, en el fin y el medio del desarrollo. Amartya Sen (2002) señala que se debe evaluar y valorar al bienestar desde la perspectiva de la habilidad de una persona para hacer o alcanzar actos que el valora; faltando una reflexión de funciones, capacidades y libertades que las personas puedan realizar (Sen, 2002).

Primeramente Sen define a las funciones como las diversas cosas que una persona pueda valorar hacer o ser; las cuales son valoradas de dos formas: elementales o estados personales complejos. Bajo este contexto se puede decir que el ser humano es capaz de realizar diversas acciones y aspectos de la vida, los cuales son valorados altamente por la gente, entre ellos se encuentran el bienestar; el cual se busca con los logros del ser humano o su calidad de vida, es decir con la libertad que tiene el individuo

para ser y hacer cosas valiosas, lo cual difiere de la visión economicista del bienestar económico; de esta manera se puede evaluar y valorar el bienestar vida del ser humano, analizando los determinantes sociales de la salud (Sen, 2000).

Posteriormente las capacidades se reconoce como básicas en la medida en que éstas se consideren valiosas y no estén dentro del contexto de la representación de la igualdad utilitarista o marginalista de la teoría económica del bienestar tradicional o en su caso en la de los bienes primarios. Este enfoque surge de las exigencias y el principio ético de la igualdad en el entorno de la economía y de la filosofía política; además considera que la igualdad de capacidades es una exigencia que debe ser cubierta si se quiere una sociedad libre. Así, el entorno que enfrente la sociedad debe de proveer las condiciones para que las capacidades del ser humano tengan la oportunidad de realizarse en un marco de libertad; para ello, las instituciones de orden público deben en mayor medida converger en cubrir las necesidades mínimas del ser humano que le provean de una mayor libertad para potencializar sus capacidades en forma equitativa.

Desde esta visión el desarrollo humano es un punto crucial para el desarrollo de políticas públicas justas y equitativas, donde se consideren aspectos sociales, económicos, ambientales, culturales y políticos que permitan dar el sustento de un desarrollo para los más vulnerables y desprotegidos; además de abordar la justicia como equidad desde una visión no igualitaria de los seres humanos. El desarrollo de estas capacidades en el ser humano en mayor o menor medida permitirá establecer su estilo de vida, su calidad, bondad y justicia de ésta; de ahí que los funcionamientos y capacidades y lo que se puede lograr con ellos forman el sustento teórico del enfoque de las capacidades que da forma a la nueva perspectiva de abordar el desarrollo, y que permite que la libertad, entendida como el entorno para poder desplegar las oportunidades del ser humano, sea el punto clave y detonador de estos factores que permitirán una mayor justicia dando contenido a la teoría del desarrollo humano (Sen, 2000).

De esta manera el desarrollo constituye la construcción de entornos en los cuales se manifieste la libertad de poder desplegar las capacidades u oportunidades y las máspreciadas aspiraciones de los seres humanos; así, la libertad es concebida como el conjunto de capacidades individuales para hacer cosas que una persona tiene razones para valorar. Por lo tanto, el desarrollo debe evaluarse principalmente en función del aumento que hayan experimentado o no las libertades de los individuos; entonces, no importa la cantidad de bienes o medios que tiene la persona, sino lo que consigue realizar con lo que tenga y considerando el grado de libertad que tiene; desde el enfoque del desarrollo humano, una visión de la justicia debe centrarse en la expansión de las opciones de las personas, a través de la expansión de los funcionamientos y capacidades humanas (Sen; 2000).

La calidad de la vida tiene que ser juzgada no solamente por la forma en que terminamos viviendo, sino también por las alternativas substanciales que tenemos; es por eso, que la libertad puede ser susceptible tanto a lo que hace una persona como a las alternativas que tiene, ya que la libertad proporciona una perspectiva más amplia al juzgar uno la ventaja humana y por medio de ella, evaluar el éxito social; siendo una valoración fundamental de la teoría del desarrollo humano; además la libertad es al mismo tiempo el principal fin y el principal medio para lograr el desarrollo, ya que es un valor constitutivo como instrumental, ya que da una opción por diferentes tipos de vida, esto se refleja en el conjunto de capacidades reales de las personas y también de los entornos (Sen, 1999).

Es por eso que Sen divide a las libertades en dos formas, primeramente las libertades constitutivas: las cuales son el conjunto de capacidades básicas o fundamentales que permiten contar con una vida saludable, tener un nivel de vida digno, de poder leer y adquirir conocimientos y disfrutar de una libertad política que permita participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece y expresarse libremente, entre otras; desde esta perspectiva los individuos deben ser capaces de vivir el tipo de vida de acuerdo a sus más sensibles aspiraciones. Por otro lado están las libertades instrumentales las cuales son las que sirven como medio para el desarrollo, entre estas libertades se encuentran los servicios económicos, las instituciones, las oportunidades

sociales, las libertades políticas, las garantías de transparencia y la protección social y jurídica; desde este enfoque el desarrollo implica el logro de las libertades, priorizando de manera equitativa, participativa y sustentable. (Sen; 2000).

Sen (1999), considera que la equidad es un elemento constitutivo del bienestar; además de estar presente en los medios con preferencia al más débil, y en el colectivo abre más posibilidades y potencia la libertad individual, desde esta perspectiva la equidad en el enfoque del Desarrollo Humano exige que todas las personas tengan la misma oportunidad para alcanzar las libertades tanto constitutivas como instrumentales que requieren para llevar la vida que desean vivir; además de estar sustentada en primera instancia en la igualdad para desplegar las capacidades, seguida de un entorno social, político, económico y medio ambiental equitativo de oportunidades que sean promovidas por las instituciones públicas en mayor grado.

Este enfoque le permite a (Sen, 2000) definir Agencia como los medios que tiene una persona y que supuestamente son un indicador de su bienestar, a preocuparse por los fines que consigue dicha persona, no sólo de los fines que consigue sino de todos aquellos que está en disposición de conseguir independientemente de que al final, y bajo su propia voluntad.

Además permite la superación del tradicional concepto utilitarista del bienestar, el paso a un concepto centrado en las posibles realizaciones del individuo y la entrada del paradigma de que la consecución del desarrollo se fundamenta en el ensanchamiento de las libertades del individuo de manera que le permitan llevar la vida que éste considere digna vivir. La identificación de bienestar como elección, además de que ésta pueda no representarse de forma binaria o pueda no ser transitiva, plantea el problema fundamental de que la conducta de elección incorpora muchos más elementos que la mera búsqueda y satisfacción del bienestar (Sen 2000).

Respecto al concepto de bienestar se presenta el problema de la valoración, en virtud de la capacidad de agencia, ir contra el bienestar de una persona, por lo que sumado éste a la representación de deseo tanto como potencia como en cuanto acto, además de la contingencia de los mismos, dificulta su utilización objetiva. Es por eso que

las libertades de las que las personas gozan de un territorio destacado de la justicia, por ello la teoría de la justicia basada en la equidad ha de tratar profunda y directamente de las libertades reales de que gocen las distintas personas. Sen indica que una característica general que se debe considerar para la evaluación real del desarrollo es la heterogeneidad de los factores que influyen en la ventaja individual.; Así, los determinantes sociales de la salud, pueden hacer que dos personas distintas tengan oportunidades muy diferentes de disfrutar de una calidad de vida incluso aunque compartan la misma cesta de bienes (Sen 2000).

Por otro lado a partir de 1990, el *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo* (PNUD) intentaba demostrar a los responsables de diseñar las políticas de desarrollo de como la estrategia podía traducirse en términos operativos. Así, desde la teoría del Desarrollo Humano, el PNUD conceptualizó una nueva forma de visualizar el desarrollo. En donde el desarrollo humano surge como el proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Existen tres niveles en el desarrollo: disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas continuarán siendo inaccesibles. Además existen oportunidades como la libertad política, económica y social, hasta la posibilidad de ser creativo y productivo, respetarse a sí mismo y disfrutar de la garantía de derechos humanos (PNUD, 1990).

5.5. Enfoques del Desarrollo Humano Sustentable

El desarrollo sustentable nació de un proceso histórico en que la sociedad y los políticos tomaron conciencia de que algo falló en la operatividad del modelo económico neoliberal; también se dice que el desarrollo sustentable surge de la necesidad de una acción concertada de las naciones para impulsar un modelo de desarrollo mundial, compatible con la conservación de la calidad del medio ambiente y con la equidad social; desde esa perspectiva la reforma política es una condición necesaria para el desarrollo sustentable, a fin de transformar el metabolismo de los factores estructurales

que determinan la desigualdad social, la destrucción ambiental y la ausencia de decisiones políticas integrales (Gutiérrez, 2010).

Como un bosquejo de lo que es en la actualidad el desarrollo sustentable se debe analizar algunas corrientes (sustentabilidad débil, sustentabilidad fuerte, la corriente anarquista y corriente marxista). Primeramente la sustentabilidad débil deja entrever la sustitución perfecta entre el capital económico y el capital natural, con lo cual bajo este supuesto, se puede transmitir por la generación actual a la futura, una existencia de capital total no menor al recibido por esta; asumiendo que los diferentes tipos de capital son intercambiables y sustituibles. Mientras la sustentabilidad fuerte considera que los tipos de capital son complementarios e indica que no existe semejanza entre las diversas tipologías de capital; para esto, impugna señalando que ciertos recursos naturales son fundamentales para la manufactura y su agotamiento puede instaurar un acontecimiento no reversible y perjudicial; por otra parte, menciona que aún para las actividades de producción donde el capital natural no es un componente primario, el remplazo de este, hace reducir los niveles de producción de recursos naturales son consumidos, esto se observa con mayor claridad en el uso de los recursos silvestres que son considerados como un capital crítico, el cual no es cambiante (Cantú, 2012). Desde esta perspectiva se requiere atender las necesidades y calidad de vida de los seres vivos, con un uso responsable de recursos.

Por otro lado la corriente anarquista (1970) pertenece a la tradición comunitaria de la ideología del eco desarrollo; teniendo como base por base las elaboraciones teóricas de la llamada ecología social y con la que comparte la referencia en la ecología y las críticas a las concepciones económicas dominantes. Por último la corriente marxista es intrínsecamente expansionista y esto tiende a crear los problemas de contaminación y depredación, que, sin embargo, por admitir soluciones técnicas, el sistema podría resolver sin ser cuestionado en su base. Sin embargo, no puede resolver la desocupación, pobreza y desigualdad sin cuestionar esa base, desde que no son sólo consecuencias, sino condiciones para el propio establecimiento de las relaciones capitalistas (Cantú, 2012). Desde esta visión el desarrollo y el medio ambiente deben estar inevitablemente inter disciplinados.

En 1992 se realizó la cumbre de la Tierra, la cual por primera vez, se incluía el desarrollo sostenible en la agenda mundial, es decir el progreso económico y social unido a la protección del medio ambiente; se establecieron una serie de pilares sobre los que se construiría la base de un compromiso político por parte de las naciones para alcanzar un desarrollo sostenible. Los principales acuerdos alcanzados fueron: Convenio de las Naciones Unidas sobre Diversidad Biológica (1993); Convención Marco sobre Cambio Climático (1994); Convención de la Lucha contra la Desertificación. (1996); la Agenda 21 y la declaración del Río (Naciones Unidas; 2009).

Cabe mencionar que la Agenda 21 fue elaborada con una visión de futuro, contiene más de 2500 recomendaciones para conseguir el equilibrio entre las necesidades económicas y sociales con la explotación de los recursos y la protección del Medio Ambiente.

Otro acuerdo en cuestión de desarrollo fue la declaración de Río la cual define los derechos y obligaciones de los Estados en materia de medio ambiente y desarrollo. Entre los principios definidos en el documento destacan: el derecho soberano que tienen los Estados de aprovechar sus propios recursos, la obligación de cooperar para erradicar la pobreza como paso indispensable para el desarrollo sostenible o que la paz, el desarrollo y la protección del medio ambiente son interdependientes e inseparables (Naciones Unidas; 2009).

Otro enfoque que hay que analizar del desarrollo sustentable son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ya que constituyen un plan operativo para la consecución de logros básicos dirigidos al alcance de la salud, la erradicación de la pobreza y el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales. Sus ámbitos de acción representan un punto de entrada histórico para una eventual política social a escala mundial, donde la intervención intersectorial es imprescindible para la eficacia de ésta. Tanto la salud pública y la epidemiología, constituyen herramientas útiles para contribuir a incrementar el conocimiento científico en el ámbito de la salud con relación a los ODM (Torres, 2004). A pesar de la oportunidad que constituye este acuerdo internacional, se ha profundizado poco acerca de las dificultades, fundamentalmente políticas para su consecución; por lo tanto, es necesario un cambio conceptual y metodológico basado en analizar los determinantes sociales de la salud los cuales son las condiciones sociales

las cuales la gente nace, crece, trabaja y envejece así como el tipo sistema que utilizan para combatir su enfermedad.

Es importante integrar estos enfoques a los propósitos del desarrollo económico y hacer compatible las necesidades de toda la sociedad con el sostenimiento del equilibrio ambiental y social, tanto reinante y como aquel que se concibe. Estos componentes económicos, sociales y ambientales, sumados a los políticos institucionales, son los que logran enunciar un nivel de desarrollo sustentable; esta apropiada unificación es la inmejorable forma para prolongar y propiciar las condiciones que faciliten la subsistencia de nuestra sociedad (Cantú, 2012) Por todo esto, el fortalecimiento de la gobernabilidad como una relación dialéctica entre sociedad y gobierno posee el potencial para establecer una vinculación científico-político-social que promoverá eventualmente cambios en la concepción social y política de la realidad, las estructuras de producción y las tecnologías a utilizar. El Desarrollo Sustentable se presenta como una función de esta vinculación, para lo cual se hace necesario analizarlo creativamente desde cada espacio de acción, sin apego a esquemas paralizantes y a estructuras sociales y/o de gobierno inamovibles (Bustillo, 2010).

5.6. Teoría del Capital Humano

Este enfoque tiene la visión de la economía neoclásica que enfatiza el crecimiento económico y acumulación del capital, en el cual el factor humano, de sus capacidades y habilidades son determinantes. Esta concepción teórica centra al trabajador como un instrumento o medio para llegar al crecimiento económico, ya que por medio de las habilidades, conocimientos y esfuerzos personales se aumentan las posibilidades de producción y de salarios. Además indica que para la explicación y desarrollo de los fenómenos económicos, como el crecimiento del ingreso nacional o del Producto Interno Bruto, no basta sólo con considerar los factores como: trabajo y capital físico, además, es necesario la inclusión de un tercer factor que integre el conjunto de habilidades y capacidades de los trabajadores (Sen, 1992).

Bajo este concepto el desarrollo humano surge como el proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano; primeramente, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, las tres esenciales son: disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos

y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas continuarán siendo inaccesibles (PNUD, 1990). Por lo tanto, este enfoque pone a los individuos en el centro de la propuesta teórica. Esta misma visión, en donde se pone en el centro del análisis y de la reflexión al ser humano, la considera la perspectiva del Desarrollo Sustentable y está plasmada en el primer principio de la Declaración de Río de Janeiro sobre el Ambiente y Desarrollo (Sen, 1992)

De esta manera, observamos que de una alta acumulación de bienes y sus características, si no existen las funciones que las transforman en realizaciones, no se obtiene un alto grado de bienestar o a la inversa, una alta capacidad de funciones personales sin bienes sobre las que aplicarlas produce similares resultados. Es por eso que las personas pueden tener la misma dotación de bienes inicial, pero una de ellas con una discapacidad física de la que la otra carece, obtendremos realizaciones bien distintas por las pautas que cada individuo podrá aplicar sobre sus bienes. Esto nos lleva a la fijación de las políticas para el desarrollo humano. No es suficiente con ampliar el primer conjunto de la función; por ello es necesario, aumentar las condiciones que convierten dicho conjunto de bienes en capacidades de realización (Sen; 2002).

Bajo este contexto las condiciones de transformación de un individuo de un conjunto de bienes determinado en capacidades de realización tienen una limitación personal, que se llaman: condiciones individuales. El conjunto de instituciones, formales e informales, que condicionan, limitan, impulsan, incentivan o promueven la conversión de las características de los bienes en capacidades es virtualmente el todo de la sociedad. Desde pautas familiares, que condicionan el orden de la alimentación y las raciones así como la prevalencia en la educación, hasta instituciones como los mercados que definen quién y en qué condiciones se puede actuar, pasando por costumbres sociales que establecen la vergüenza en una determinada forma de vestir o la forma de constituir una familia. Bajo esta perspectiva el desarrollo debe superar la provisión de bienes y competencias individuales y estar orientada hacia la provisión de entornos institucionales que, en lugar de limitar el posible desarrollo y conversión de dichos bienes en capacidades, garanticen la ampliación del espacio de libertades de los individuos (Sen; 1999).

5.7. Modelo Neoliberal

Este enfoque tiene como propósito garantizar las condiciones para el libre mercado, restringiendo el papel del Estado en la conducción de la economía así como su intervención en el bienestar social, es por esto el deterioro de la calidad de vida y salud de los mexicanos basados en las políticas económicas de ajuste al modelo neoliberal; por otro lado el adelgazamiento del Estado que frena las posibilidades de la cobertura universal en salud, impacta negativamente en la calidad de los servicios públicos. El neoliberalismo propicia reformas en las políticas sanitarias que traducen cambios sustanciales en la concepción de los servicios de salud y los mecanismos de acceso a ellos; desde esta perspectiva se fortalece los seguros y servicios médicos privados (Sen; 2002).

5.8. Desarrollo Humano Sustentable y Salud

La idea central del desarrollo humano es la expansión de las oportunidades y la superación de las privaciones que limitan las posibilidades reales de alcanzar el desarrollo humano (PNUD, 1990). En este sentido, entre las principales privaciones de esas libertades están los efectos negativos en la salud que guardan una relación con la inequidad en los servicios de salud, así como los determinantes sociales de la salud. (Stiglitz, 2010) Actualmente los nuevos objetivos del desarrollo sustentable, señalan que solo se podrán lograr los objetivos del desarrollo sostenible cuando no haya una alta prevalencia de enfermedades debilitantes transmisibles y no transmisibles y las poblaciones puedan llegar a un estado de bienestar; además señala que las medidas sobre los determinantes sociales de la salud, para toda la población, son importantes para crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente productivas y sanas. Por ello se debe lograr el derecho de todos a disfrutar del más alto nivel de salud. Además los objetivos del desarrollo sustentable indican que debe haber una cobertura sanitaria universal para fomentar la salud, la cohesión social y el desarrollo humano y económico sostenibles. Por lo tanto se debe reforzar los sistemas de salud para puedan participar todos los agentes pertinentes para emprender una acción multisectorial coordinada a fin de atender urgentemente las necesidades de salud de la población mundial (Naciones Unidas; 2014).

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar, para ello ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. Bajo este contexto el desarrollo humano en materia de salud plantea el desafío de disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico y mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. Desde esta perspectiva, la salud de las personas no solo está en riesgo cuando son amenazadas por enfermedades, sino que múltiples aspectos de su vida cotidiana también constituyen peligros para el desarrollo de su libertad. Por lo tanto, para alcanzar el desarrollo es de suma importancia que se garantice el derecho a la salud en todos los ámbitos. En este sentido, la Organización Panamericana de Salud (OPS) ha mencionado que los tres pilares básicos para alcanzar un desarrollo humano favorables: la nutrición, la atención de la salud y la educación. Las cuestiones de la salud, deben ocupar un lugar prominente en las consideraciones sobre el desarrollo sustentable. (ONU, 2009).

5.9. El Paradigma de la Salud Bucal

La educación y acceso a servicios de salud de calidad son ejemplo de promoción de la salud, por lo general este término se interpreta como proporcionar a los pacientes personalmente información relevante acerca de su salud dental; las habilidades necesarias para llevar a cabo esta educación oral comprenden comunicación, motivación y capacitación de individuos y pequeños grupos. (Crespo, 2009) Los centros académicos y de investigación, gobiernos, ministerios de sanidad y organismos de colaboración internacional en salud han dedicado importantes espacios de debate a este tema, así como elaborado y defendido declaraciones, la más conocida de las cuales es la Carta de Ottawa, emitida en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud en noviembre de 1986, dirigida a la consecución del objetivo "Salud para todos en el año 2000", en cuyo texto se induce a pensar de nuevo en la salud, no como el objeto sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. La carta de Ottawa define ampliamente la promoción de salud como un proceso que consiste en brindar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre

esta. Ahí se afirma claramente que la promoción de la salud trasciende la idea de formas de vida sanas, para incluir las condiciones y requisitos para la salud, que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. (Cisneros, 2010, Crespo, 2009)

No se puede hablar de la salud de una persona, si no tiene la salud bucal, lo que garantiza una nutrición adecuada, la comunicación, la fonación, entre otras funciones. La infancia es la más adecuada y eficaz etapa para influir en las personas y crear que permanentemente cambien su comportamiento y adoptar estilos de vida saludables, puesto que en esta etapa la personalidad del hombre se forma. (Asgari, 2010) Desde este punto de vista, el enfoque de la situación pasa por su control en las primeras etapas de la vida, con la implementación de los hábitos y las medidas de promoción de la salud que permitan el desarrollo de las estructuras de salud oral, lo que minimiza el gasto de tiempo, optimizando el uso de los recursos y hacer una contribución sustancial a las cuestiones planteadas (Espinoza, 2010).

Los problemas de morbilidad bucal ocupan un papel importante en el panorama de salud pública, como las patologías de mayor prevalencia encontramos caries dental, enfermedades gingivales y periodontales, además de anomalías dentomaxilares. (Patiño, 2012) La Federación Dental Internacional (FDI) establece que el control de la placa bacteriana a través del cepillado con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de higiene dental personal, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal (como la seda dental o los cepillos interproximales) o de colutorios (antisépticos o fluorados), son la base en el mantenimiento de una dentadura sana. (Casals,2008) Otros factores que se asocian con una mayor prevalencia de las enfermedades bucodentales son la pobreza, limitada disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud y el exceso de flúor en el agua y, variables relacionadas a los estilos de vida no saludables como una nutrición inadecuada, uso de tabaco y alcohol. (Crespo, 2010)

Dentro de los factores que influyen en la adquisición de hábitos de higiene oral adecuados se encuentran las creencias personales, valores, actitudes, autoeficacia, influencia de los miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo y líderes de opinión y un aspecto escasamente explorado que es el rol del personal de salud, sobre

el cual se ha descrito que sus creencias y actitudes afectan su habilidad para lograr persuadir a sus pacientes para que cuiden adecuadamente su salud bucal (Hechavarria, 2013).

La educación para la salud, se ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad en un proceso de cambio de actitud y de conducta, parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad. El cepillado de los dientes es considerado entre los factores de prevención de las enfermedades bucales de tal forma que una de las medidas de prevención indicadas por el Ministerio de Salud Pública en nuestro país consiste en la enseñanza del cepillado dental a todos los pacientes (Casals, 2008). La edad también influye en los hábitos y comportamientos, así la mayoría de los datos indican que la toma frecuente es el factor más importante en los niños. Alimentos de consumo habitual que contienen sacarosa con alto potencial careogénico son: caramelos, confiterías, bombones, pasteles, galletas, bebidas de chocolates, entre otros. Modificar o formar determinados hábitos es una tarea compleja que requiere la adopción de un amplio abanico de medidas intersectoriales (La Fuente, 2010).

La falta de motivación preventiva de parte del personal que emiten mensajes educativos acerca de la salud, ya que no están suficientemente convencidos de que promover la salud de las personas es más importante que el tratamiento de un enfermo, hace que las actividades educativas aun cumpliéndose el número programado, carecen de la calidad requerida y un clima psicológico favorable para el aprendizaje. Se sabe que existe un problema en la actualidad en los adolescentes, que no se le presta la atención necesaria hacia su salud bucal, por lo que es difícil también buscar el servicio dental así como también financiar los tratamientos y por ende mantener los hábitos necesarios para mantener la higiene oral. (Espinoza, 2010)

Como es sabido, las enfermedades bucales más frecuentes en el mundo son la caries dental y las periodontopatías que ocasionan la pérdida temprana de los dientes. Se ha reportado que en los países en desarrollo los niveles de prevención en el área de la salud bucal son deficientes, esto se debe a diversos factores, pero el principal es la falta de información (Perez, 2011). En México existe una actitud intervencionista en los

temas de salud bucal, debido a que la mayoría de los pacientes sólo acude a los servicios odontológicos cuando tiene un problema. El odontólogo debe de tener en claro informar al paciente en cuanto a los cuidados y las prevenciones hacia el paciente como proporcionar información e incrementar la educación sanitaria. En el caso de la salud bucodental, nunca es tarde para iniciar una serie de medidas higiénicas y la adopción de determinados hábitos saludables, y también se alcanzan beneficios; sin embargo, cuanto antes se adopten estos cambios mayores y mejores serán los resultados obtenidos (Crespo, 2009).

Las enfermedades bucales han sido un problema de salud pública que demandan altos costos de servicio para las instituciones del sector salud y que por lo tanto limitan su campo de acción a actividades curativas en un bajo porcentaje y mutilantes en la mayoría de los casos (La Fuente, 2010). En la Secretaría de Salud actualmente el Programa de Salud Bucal ha implementado estrategias para la promoción, prevención y protección de la salud bucal que impacte a la población más desprotegida y vulnerable del país.

Enfocándonos en la salud bucal, hay que recordar que hay que cuidarla desde que aparecen los primeros dientes. Alrededor de los seis meses cuando aparecen los primeros dientes después de la toma de biberón o toma de alimentos, es conveniente el uso de una gasa húmeda para limpiar la boca del bebe, presentando especial atención a las encías, comprobando con el dentista que los dientes estén erupcionando de manera correcta. Es responsabilidad de los padres crear buenos hábitos de higiene oral en los niños, junto con la orientación de su dentista, así como seleccionar un cepillo dental adecuado con filamentos suaves para realizar una limpieza eficaz de los dientes y encías. Asimismo seleccionar una pasta o gel dentífrico correcto, en la mayoría de los casos se recomienda el flúor, que debe ser administrado de manera responsable según la edad del niño. Ya en la adolescencia, conforme va cambiando de dimensiones la cavidad oral, es conveniente cambiar el cepillo de dientes y la pasta dental infantil por productos para adultos (Casals, 2008; Perez, 2011).

Por otro lado en los adolescentes este tema también es importante, porque es la etapa en la que erupcionan los dientes permanentes y lo ideal sería tener una higiene constante porque por su inmadurez aun están propensos a la caries dental. En esta

etapa hay un incremento en la ingestión de golosinas y otros alimentos que perjudican el estado de salud dental y se suma también una disminución del cepillado por falta de tiempo ya que pasan varias horas en la escuela. La edad escolar es la etapa donde los niños refuerzan los valores y prácticas que les van a proporcionar una buena salud general por el resto de sus vidas, adquieren la base de su comportamiento y conocimiento, su sentido de responsabilidad y la capacidad de observar, pensar y actuar; desarrollan también habilidades y destrezas para el cuidado de su salud (La Fuente, 2010)..

Uno de los factores que se ven involucrados en la incidencia de enfermedades bucales es la dieta, es por eso, que se deben fomentar estilos de alimentación saludables, de esta forma contribuimos no sólo a la prevención de enfermedades, sino a la calidad y cantidad de años que viviremos; constituye uno de los elementos más importantes de la calidad de vida de nuestra cultura, disfrutar de la comida es importante, pero para vivir bien hoy y en el futuro, es necesario cuidar nuestra salud y controlar directamente nuestra dieta. (Quiñónez, 2004) Promover excelentes hábitos dietéticos en la población es de gran importancia en la prevención de enfermedades bucales (caries dental y la enfermedad periodontal). Estas enfermedades se encuentran en estrecha relación con la dieta ya que hay elementos dietéticos que llevan al desarrollo de las mismas. Los alimentos son un elemento de alto valor ya que una dieta aunque posea un alto contenido nutricional, si no tiene una adecuada consistencia, es incapaz de estimular los tejidos periodontales, remover los restos adosados en los dientes, bacterias, células epiteliales descamadas, etc. Una dieta consistente, capaz de estimular la encía durante la elaboración del bolo alimenticio, ayuda a aumentar la queratinización de la misma, se hace más resistente al medio, y además estimula la circulación sanguínea de la encía. (Stifano, 2008).

Las primeras señales de deficiencia de algunos micronutrientes, son observables en boca. En períodos de formación dentaria son de gran importancia en la dieta alimentos ricos en calcio, fósforos, vitaminas A, C y D, por lo que se aconseja a las mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como en niños menores de 12 años, la ingestión de cantidades adecuadas de leche, huevo y frutas cítricas (Espinoza, 2010). También los minerales cumplen numerosas funciones en el organismo, se destaca el

papel del calcio, fósforo, magnesio y fluor que están entre los constituyentes más importantes de los tejidos calcificados. Las concentraciones óptimas de ellos garantizan una mayor resistencia del diente a las caries y a la enfermedad periodontal; el déficit de vitaminas en la dieta también trae consigo una mayor susceptibilidad a ambas enfermedades, una disminución en la ingestión de vitaminas A en período preeruptivo, produce cambios desfavorables en la formación de esmalte, dentina, pulpa y hueso alveolar; la deficiencia de la vitamina D también interviene en la formación de las caries y la enfermedad periodontal pues participa en el metabolismo del calcio y del fosfato (Hechavarria, 2013; Cisneros, 2010).

Debido al efecto patogénico que tienen los carbohidratos fermentables, la dieta es uno de los elementos predisponentes a la caries dental y la enfermedad periodontal, sobre todo después de una ingestión de grandes cantidades de alimentos azucarados a intervalos irregulares durante el día, especialmente en forma de productos de alta densidad. (Quiñones 2008) Esto se debe a que los carbohidratos constituyen el sustrato cariogénico por excelencia, el cual es utilizado preferentemente por los diferentes microorganismos que forman parte de la flora oral para su metabolismo, cuyo producto final son una serie de ácidos como el láctico que disuelven los minerales del diente. Por ello el control dietético es una medida preventiva dirigida hacia la dilución de la fuerza de los agentes agresores en el medio bucal (Espinoza, 2010).

Los hidratos de carbono ingeridos son convertidos por las bacterias en polisacáridos extracelulares adhesivos, los cuales provocan la lesión de colonias bacterianas entre sí y a la superficie dental, o sea, contribuyen a la formación de la placa dentobacteriana ó biofilm que es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas y cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados se colecciona sobre la superficie de los dientes, encía y otras superficies bucales, prótesis, etc. Cuando esto ocurre, tienen lugar una serie de reacciones químicas y microbiológicas que traen consigo primeramente cambios de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados, luego a medida que el proceso avanza se destruyen los tejidos y se forman cavidades que por último provocan la destrucción final del diente. (González, 2013)

Lograr cambios en los hábitos alimenticios de la población es una tarea sumamente difícil, pero no imposible de realizar y mantener si se analiza que la historia de la alimentación durante el último siglo muestra claramente que el consumo de carbohidratos refinados ha aumentado sostenidamente (Nuria, 2012). No obstante, se debe alentar a la población sobre el cese de la ingesta de carbohidratos, ya que estos se consideran una reserva energética muy importante para el organismo y a la reducción del consumo de alimentos que contienen azúcar, y en sustitución de éstos recomendar ingerir alimentos que presenten carbohidratos no fermentables, sin contenido de azúcar ni harina refinada, tales como frutas, patatas, leche, arroz, frijoles, entre otros cereales y legumbres. Una alternativa en la eliminación o reducción del consumo de carbohidratos fermentables es lograr que aquellos sujetos con un alto grado de caries y periontopatías no coman nada entre las comidas (Perez, 2008)

La malnutrición tiene gran repercusión en el desarrollo físico general del niño porque puede producir retraso mental, parálisis cerebral, retraso en el desarrollo de los centros motores, trastornos en la lectura y el aprendizaje, así como múltiples daños de diversas secuelas como alteraciones en la calidad y textura de ciertos tejidos (hueso, ligamento periodontal y diente. Actualmente la desnutrición, es un problema de salud muy importante en países de desarrollo, debido a que favorece las infecciones, disminuye la resistencia a casi todas las enfermedades, actuando como causa coadyuvante de morbilidad y mortalidad infantil, además de repercutir sobre el desarrollo psíquico de los niños (Martinez 2015). La malnutrición por defecto tiene gran repercusión en el desarrollo físico general, porque puede producir retraso mental, parálisis cerebral, retraso en el desarrollo de los centros motores, trastornos en la lectura y el aprendizaje, así como múltiples daños más. Así mismo influye desfavorablemente en el crecimiento y desarrollo craneofacial y constituye un antecedente de muchas secuelas como alteraciones en la calidad y textura de ciertos tejidos entre ellos hueso, ligamento periodontal y dientes. En el desarrollo bucal influye, en el mantenimiento de los dientes y encías, ya que el medio bucal es muy sensible a deficiencias de nutrientes (Rolon, 2014)

La OMS habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida. La salud bucal es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social. Contar con salud bucal se relaciona con la capacidad de hacer uso de todas las funciones de las estructuras que hacen parte de la boca (maxilares, labios, lengua, paladar, glándulas, dientes, y demás tejidos de cara y cuello) para permitir sin ninguna molestia la masticación, la deglución y la succión y por tanto favorecer los procesos de la alimentación y el apoyo a otros procesos vitales como la respiración. Articular palabras y hablar requieren de la funcionalidad de las estructuras de la boca para poder comunicarse además de permitir gesticular y expresar emociones (Soria, 2008).

Cabe destacar que las infecciones orales están relacionadas con enfermedades sistémicas, como alteraciones cerebrovasculares, respiratorias, diabetes y embarazo, debido a los lipopolisacáridos, bacterias gramnegativas y citoquinas que pueden entrar al torrente sanguíneo e influir en la salud general y en la susceptibilidad a ciertas enfermedades. (Peña, 2008). Muchas enfermedades graves, tales como la diabetes, enfermedades cardio vasculares, el VIH y algunos trastornos alimenticios, muestran sus primeras señales en forma de síntomas en la cavidad oral. Es normal que existan bacterias o gérmenes en la boca, éstas se mezclan con la saliva y pequeños trozos de comida para formar placa que se adhiere a los dientes los mismos que ocasionara una serie de problemas bucales, al padecer una de estas enfermedades el paciente presenta una serie de anomalías, dolor, y dificultades para masticar los alimentos. (Parra, 2014)

Ciertas enfermedades como la leucemia, pueden asociarse a la gingivitis. De hecho, las lesiones orales de estos cuadros pueden ser uno de los primeros signos en aparecer, y su detección precoz podría ayudar al diagnóstico temprano de la enfermedad sistémica. En estos casos, pueden diagnosticarse, petequias a nivel de la mucosa o úlceras, pero se citan dentro de este apartado por estar asociadas en gran cantidad de ocasiones a problemas gingivales. El sangrado al sondaje es un signo frecuente en estos pacientes, así como los agrandamientos gingivales, que a veces también pueden identificarse en los individuos con leucemia y otras discrasias sanguíneas (Ruiz; 2014)

La ausencia de dientes no implica ausencia de infecciones debido a que determinados factores en el anciano como enfermedades sistémicas, prótesis desadaptadas, falta de higiene oral efectiva e hiposalivación provocan el crecimiento de muchos microorganismos. La enfermedad periodontal se ha asociado con enfermedades cardiovasculares, descontrol metabólico de la diabetes mellítus, retraso en la cicatrización de heridas bucales y neumonía por aspiración, debido a eso su importancia de su detección y tratamiento oportuno. (Sanz; 2008) La enfermedad periodontal se convierte en factor de riesgo de la diabetes mellitus porque en ella la secreción de productos finales de glucosilación avanzados, se unen con receptores de membranas de células fagocíticas y sobre regulan las funciones de los mediadores químicos proinflamatorios que mantienen una hiperglucemia crónica, tal y como ocurre en la diabetes (Carranza, 2009)

El Síndrome Sjogren se presenta en mujeres pos menopáusicas y tratándose de una enfermedad inmunológica multisistémica la valoración de la pérdida de células suele realizarse mediante una biopsia conjuntiva y la afectación glandular especialmente las lagrimales y salivales, como resultado la xeroftalmía y xerostomía. (Peña, 2012). (Bracho, 2011)

Las endocarditis están asociadas con infecciones orales por bacteriemia, como puede ocurrir en la enfermedad periodontal durante el sondaje, los raspados y alisados radiculares y en los tratamientos quirúrgicos entre otras maniobras. Se plantea que los microorganismos y productos bacterianos de la enfermedad periodontal, pasan al torrente sanguíneo y se alojan en válvulas anómalas del corazón y en tejidos cardíacos previamente dañados, causando la inflamación del endocardio (Contreras, 2009). La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica con patrones de destrucción de los tejidos duros y blandos similares a los de la periodontitis. Sin embargo, los factores etiológicos de la enfermedad periodontal y esta condición son diferentes (Matesanz, 2008).

Padecimientos Cardiovasculares y Embolia: La pérdida de hueso en porciones de la mandíbula que son base para los dientes (una señal de un padecimiento periodontal)

es un pronóstico importante de enfermedades cardíacas. La bacteria que se encuentra en los padecimientos periodontales también puede dar pie a coágulos de sangre, incrementando el riesgo de un infarto o de una embolia. Además el VIH/SIDA: Un padecimiento que a menudo se manifiesta primero en la boca, a menudo se presenta lesiones e inflamación de las encías. El sangrado espontáneo es frecuente en un paciente que es VIH positivo, igual que es frecuente la Candidiasis, una infección asociada con las bajas funciones inmunológicas. por otro lado la endocarditis es una seria y frecuente enfermedad sistémica y que ha sido asociada a enfermedades dentales y su tratamiento. Sobre tal asociación hay una gran casuística. Estudios controlados demuestran la asociación entre procedimientos dentales y endocarditis (Gómez, 2013; González, 2013).

Por un lado la enfermedad cerebrovascular es el efecto de la disminución de flujo sanguíneo al cerebro a consecuencia de la presencia de trombos vasculares; en estudio de casos se compararon pacientes con pobre y saludable status bucal, encontrándose que los infartos cerebrales fueron más comunes en los primeros que en los segundos. Por el otro neumonía bacteriana, es una infección del parénquima pulmonar causada por una variedad de agentes infecciosos que incluyen a bacterias, hongos, parásitos y virus. Bacterias de la flora oral, pueden ser aspiradas hacia las vías inferiores y causar neumonía (Campus, 2008).

La osteoporosis es un trastorno metabólico del hueso, caracterizado por disminución de la densidad ósea con incremento del riesgo de fracturas. Se observa más comúnmente en las mujeres que en los hombres y con mayor frecuencia en huesos distantes de la boca. Sin embargo, hay indicios de que la reducción de la densidad ósea ocurre también en los maxilares. La importancia de la osteoporosis en relación con la enfermedad periodontal tiene que ver con el posible aumento de la velocidad de la de la enfermedad periodontal ya que el hueso menos mineralizado se resorbe más fácilmente. No obstante, el aspecto más interesante de la relación entre la periodontitis y la osteoporosis no es la patogénesis de la degradación periodontal per se sino que la etiología de la osteoporosis (asociada con el envejecimiento, el tabaquismo y los medicamentos, entre otros factores) también podría estar relacionada con la

periodontitis. Se sabe que la osteoporosis y la periodontitis comparten factores de riesgo y que en las mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal la condición ósea y periodontal mejoran. Se ha demostrado igualmente que la presencia de inflamación eleva el riesgo de osteoporosis (Parra; 2014; Ruiz 2009).

Por último la obesidad está relacionada con la enfermedad periodontal, ya que esta relacionada con el hecho de que el tejido adiposo que produce citocinas inflamatorias, lo que hace que estos individuos sean más propensos a experimentar condiciones inflamatorias. Además, es posible que las personas obesas exhiban comportamientos no sanos que pueden originar dificultades para lograr el control de la placa (Carranza, 2009).

5.10. Desarrollo Humano Sustentable y Salud Bucal.

El desarrollo humano sustentable determina un nuevo marco moral y ético para el profesionalismo más solidario y humano, respetuosos de las personas y sus derechos, que buscan el bien de la mayoría; por tanto transforma la relación médico paciente así como el compromiso social de la profesión. Los paradigmas del libre comercio y el consumidor también repercuten en la odontología, a través del desarrollo económico y de la práctica liberal en la libre competencia del mercado, por eso se debe añadir en condiciones de desigualdad donde solamente a unos cuantos van a poder enfrentar con éxito la competencia; además se debe proponer modificaciones en la organización de los servicios y buscar la calidad en los servicios de salud bucal, todo esto enmarcado por el aumento de la pobreza y el deterioro de las condiciones de salud y la atención bucal en México.

Los paradigmas de los Servicios de Salud Bucal son un desarrollo humano sustentable, el cual permite generar consenso y legitimidad frente a las reformas del estado que profundiza las desigualdades sociales; el libre mercado ya que el paciente es transformado en consumidor, cliente, usuario o enfermo que tiene derechos y por ultimo las necesidades de salud bucal las cuales aumentan con el incremento de la pobreza, y se ven agravadas por el crecimiento demográfico, aunado a una incapacidad del Estado de afrontar necesidades presentes y futuras de salud bucal. Cabe mencionar

que bajo este contexto las aseguradoras ya están instalando clínicas odontológicas y centran su oferta en la población con capacidad de pago. Bajo estas circunstancias los dentistas privados no están en condiciones de competir ya que las nuevas normatividades los obligan a modificar su consultorio, lo cual incrementa los costos en la atención. Por otro lado el aumento de la población adulta con problemas sistémicos requiere de una atención bucal más especializada, costosa y compleja (Luengas, 2000).

En cuestión a los servicios de salud bucal se debe capacitar al recurso humano para que pueda implementar modelos de atención más específicos dirigidos a grupos de riesgo como adultos mayores o enfermos con problemas sistémicos; además desde los gremios luchar por mejorar la oferta del trabajo institucional para los odontólogos, con el fin de mantener un mercado de trabajo para los dentistas y aumentar la capacidad resolutive de las instituciones sanitarias de los problemas bucales. Organizar el trabajo profesional en equipo para eficientar los recursos que disponen los dentistas particulares y mejorar su nivel de competencia en el mercado. Así como diseñar modelos de atención atractivos de alto impacto social que pueden ser financiados por las aseguradoras. Se requiere una gran cantidad, capacidad competitiva y un compromiso moral de los dentistas para mejorar las condiciones de salud bucal de la población y para que los profesionales puedan enfrentar con éxito los retos del siglo XXI.

Desde esta perspectiva, esta investigación se realiza bajo la siguiente visión teórica: Teoría de las Clases Sociales de Weber y Marx, Teoría del Germen, Teoría de la Caja Negra, Teoría de las Cajas Chinas, Teoría Psicosocial, Teoría Eco social, Teoría de la Producción Social de la Enfermedad y/o Economía Política de la Salud, Teoría de Desarrollo Humano, Teoría del Capital Humano y la Teoría General de los Mercados Segmentados; dichos aportes nos permiten analizar el acceso y sustentabilidad en el servicio de salud bucal. Podemos señalar que la teoría del desarrollo humano y la sustentabilidad constituyen una plataforma básica, una agenda para la acción que permite sentar las bases para que la salud sea una piedra angular dentro de los derechos y libertades humanas universales en el marco de las oportunidades que la sociedad puede construir en beneficio de todos. En el siguiente capítulo se abordará el marco normativo de la protección y cobertura de la salud en el entorno internacional, México y Nuevo León.

CAPITULO III

6. ENFOQUES DE ACCIÓN EN EL ÁREA DE SALUD BUCAL EN EL ESTADO DE NUEVO LEON

6.1. Política pública en salud bucal en Nuevo León.

La OMS (2015) exhortó a los responsables políticos y profesionales de la salud a reducir significativamente la carga mundial de morbilidad, promover una mayor equidad e integrar la promoción de la salud bucodental en la prevención y de Enfermedades No Trasmisibles. Por su parte la OPS a través de su Programa de Salud Bucal propone fortalecer los servicios de salud oral a través de la comunicación y colaboración entre los países miembros para proporcionar la información y los recursos necesarios para promover la igualdad y calidad de la salud oral para todas las personas en las Américas. Dicho programa prepara a los países con estrategias, conocimientos y conocimientos técnicos probados de mejores prácticas; Y facilita las alianzas que catalizan y sostienen cambios positivos; también proporciona experiencia en diseño e implementación de ensayos clínicos y tratamientos alternativos rentables que aumentan el acceso a los servicios de salud oral. Los ejemplos incluyen la mejora de sistemas de fluoración de sal y agua; Implementación del Tratamiento Restaurativo Atraumático (ART); y la promoción de barnices fluorados en la Región.

Así mismo la OPS El Departamento de Sistemas y Servicios de Salud desarrolla proyectos de cooperación técnica que promueven el avance progresivo hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (salud universal).

Las actividades de cooperación buscan construir y mantener sistemas de salud fuertes y resilientes, haciendo hincapié en la gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud, políticas, estrategias y planes de salud, en la organización, servicios integrados, centrados en las necesidades de las personas y de buena calidad; así como en el mejoramiento del acceso y del uso racional de medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad; y en la disponibilidad suficiente y adecuada de recursos humanos para la salud competentes, culturalmente apropiados, bien regulados y distribuidos.

La Unidad de Servicios de Salud y Acceso del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud tiene a su cargo el apoyo técnico a los Estados Miembros de la OPS en aquellos temas relacionados con las políticas, el sistema y los servicios de salud. El objetivo de este trabajo es promover el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de salud de los países de la región, impulsando su avance en dirección de la salud universal y adoptando como centrales el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad.

Enfoque estratégico:

En el marco de la Estrategia para el Acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Res .CD53.R14) se inserta el trabajo de cooperación técnica de la Unidad de Acceso y Servicios de Salud (HSS/HS) realiza en la Región de las Américas. Esta estrategia articula las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas y medir los progresos en torno a cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades
- Fortalecer la rectoría y la gobernanza
- Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios
- Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

OPS (2010) propone la iniciativa comunidades libres de caries (CFCI), El objetivo principal de la estrategia es reducir la carga de la enfermedad oral, reduciendo la prevalencia de caries y aumentando la cobertura de los servicios en las poblaciones más vulnerables de la Región de las Américas. Las poblaciones vulnerables se identifican

como grupos socioeconómicos bajos, como las poblaciones marginadas y geográficamente aisladas, las mujeres, los niños y las personas infectadas con el SIDA.

Donde se propuso las siguientes metas:

- Asegurar un grado de acceso a la salud oral esencial y básica para todos a través de oportunidades dirigidas al "cuidado y tratamiento" de los grupos más vulnerables.
- Integrar el componente de salud oral en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS).
- Aumentar las intervenciones costo-efectivas verificadas: plan de varios años de programas de fluoración en las Américas y ampliación de la cobertura en salud oral con tecnologías sencillas.

Planes de acción:

- Fase I: Formar asociaciones con los sectores público y privado que apoyan la iniciativa y asegurar su sostenibilidad identificando a las comunidades más vulnerables de cada país.
- Fase II: Intervenciones de salud bucal implementadas para reducir la caries en un 80% entre las comunidades seleccionadas para el año 2014.
- Fase III: Potenciación de las autoridades sanitarias nacionales y locales, miembros de la comunidad académica y asociaciones locales, y organización de actividades educativas para la promoción de la salud oral. Capacitación de profesionales de la salud bucodental en toda la Región, medición del progreso y difusión de los resultados.

El Programa Regional de Salud Oral lanzó en el 2008 la Iniciativa Regional Comunidades Libres de Caries con el objetivo de reducir la brecha de inequidades en salud oral con el apoyo de los gremios, universidades, sector público y privado. Simultáneamente, en el ámbito internacional una fuerte presión política se gestaba debido a la epidemia global de enfermedades crónicas, la cual se hizo evidente con la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la Naciones Unidas en la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en el 2011. El artículo #19 reconoce “que las enfermedades bucodentales constituyen una carga importante para el sector de salud de muchos países, y que estas enfermedades comparten factores de riesgo comunes y pueden beneficiarse de las respuestas comunes a las enfermedades no transmisibles”. Las enfermedades orales comparten factores de riesgo (consumo de tabaco y alcohol, dieta no saludable, y actividad física) con las 4 enfermedades crónicas más importantes (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias).

El Proyecto SOFAR (Salud Oral & Factores de Riesgo) nace para dar respuesta a estos dos eventos con el apoyo del sector privado, Un total de cinco países fueron seleccionados para iniciar actividades del Proyecto SOFAR incluidos: Colombia, Guatemala, Honduras, México, y Perú. El proyecto tiene 3 objetivos principales para promover la formación y capacitación de los proveedores de salud en temas de salud bucodental, incluyendo:

- La importancia de la salud oral y su relación con la salud sistémica.
- Reducción de factores de riesgo comunes a través de la promoción de higiene oral, dieta y hábitos saludables.
- Control y manejo de las enfermedades bucodentales a través de métodos de prevención (barniz de flúor); reconocimiento, asistencia básica; y referencia.

El Proyecto SOFAR incluye varios elementos o conceptos claves (integración, prevención, empoderamiento, multi-disciplinario, participativo) los cuales son la base de su objetivo y donde se articulan para crear un proyecto sólido e integral.

Promoción y transferencia de conocimiento:

- Salud oral como componente esencial de la salud general
- Manejo integral de enfermedades orales y reducción de factores de riesgo comunes
- Uso de guías y lineamientos para la prevención, identificación, priorización y referencia de las enfermedades orales más prevalentes

Inclusión, integración, y un mayor acceso:

- Integración de salud oral en la consulta pediátrica de APS generando un mayor acceso a la atención dental (cobertura)
- Inclusión de diferentes disciplinas (medicina, enfermería, nutrición, etc.) para lograr un abordaje horizontal donde exista mutua colaboración
- El enfoque preventivo más que curativo

Participación de múltiples actores:

- Participación de diferentes actores (MINSA, ministerio de educación, gremios profesionales odontológicos, OPS)
- Canalizar el proyecto SOFAR a través de los Ministerios de Salud para garantizar una continuidad y sostenibilidad a largo plazo

En México uno de los principales obstáculos para el diseño y formulación de políticas en salud bucal es la carencia de información específica que describa las necesidades reales que enfrenta la población ante las condiciones de su salud bucal. Por eso, se requiere identificar el proceso salud/enfermedad en la sociedad y el análisis de las condiciones de salud bucal, esto permitirá tener elementos suficientes para la planeación estratégica y formulación de políticas.

Esta falta de información (indicadores estratégicos) en aspectos relevantes de la salud bucal de los mexicanos, ha traído como consecuencia que los comerciantes de la tecnología médica hayan generado que la atención de la salud bucal se maneje en un modelo de sistema de salud curativo más que preventivo. Por lo tanto, se debe cambiar el modelo de atención de la salud bucal a uno que considere la prevención, la educación en salud bucal y el empleo de técnicas de intervención comunitaria.

Actualmente, las condiciones políticas sociales y económicas de México hacen muy complicado abordar los problemas de la salud bucal de una manera que se pueda tratar igual lo desigual. De esta manera, es importante retomar la necesidad de reformar e integrar todas las instituciones de salud de México en un Sistema Nacional de Salud solido que obedezca a las necesidades de la población y no a los intereses de los grupos que han hecho de la salud un proceso de mercado. Estas condiciones han propiciado la creación de subsistemas en los servicios de atención a la salud, los cuales trabajan en forma desvinculada en lo cotidiano y solo en el discurso político se coordinan para presentar informes que únicamente unifican información (Espinoza, 2011).

En México; en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) en el eje rector 3 llamado Igualdad de Oportunidades que en su apartado de salud; refiere orientar a mejorar las condiciones de salud de la población, brindar servicios eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente, reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

El Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018 de México tiene la visión de enfocar la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social que aún dividen a la población. El objetivo es que el país se integre por una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad sustantiva. Así mismo orientar a mejorar las condiciones de salud de la población, brindar servicios eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente, reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

Por su parte, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 del país responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud y pone en marcha mecanismos que fortalecerán las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Dentro de los dos últimos se encuentra inmerso el rubro estratégico de salud bucal y sus componentes de promoción, prevención y atención de la salud bucal. Además señala la necesidad de desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud.

De esta manera en México (de acuerdo a lo que menciona el Programa de Acción Específico en Salud Bucal 2013- 2018) los principales retos de la salud bucal en el país son mejorar las condiciones bucales de la población a través de generar una cultura preventiva, incrementar la capacidad de respuesta y calidad en los servicios de salud, mejorar la tecnología en salud. El objetivo principal la política pública en salud bucal en México es aplicar modelos de mejores prácticas basados en evidencia científica que garanticen la ampliación de cobertura en las comunidades con mayor rezago y elevar la calidad y promoción de la atención de la salud bucal en la sociedad.

Objetivos Específicos:

- Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

- Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.
- Otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutoria y especial atención a grupos vulnerables.
- Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.
- Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.
- Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.

En Nuevo León se presenta diferentes programas (Anexo 3), uno de ellos es el de Servicios de atención a la salud de la población sin seguridad social, el cual tiene como objetivo central que la población del estado de Nuevo León sin seguridad social cuente con servicios de atención a la salud. Tal objetivo se pretende lograr por medio de: servicios de prevención y control de las enfermedades transmisibles; control de casos de enfermedades no transmisibles; servicios médicos a menores de 20 años; atención médica en unidades de segundo nivel; acciones de promoción de la salud; y servicios de atención de trastornos mentales y adicciones. A través de estos puntos de acción:

- Fortalecer la prestación de servicios de salud a través del desarrollo de la infraestructura y el equipamiento.
- Consolidar el Programa Estatal de Telesalud para acercar los servicios de especialidades a las localidades de difícil acceso y con mayores índices de marginación, conjuntamente con universidades e instituciones médicas públicas y privadas.

- Consolidar el Sistema Estatal de Información en Salud.
- Brindar protección social en salud a la población no derechohabiente.
- Implementar el Sistema de Redes de Atención a través de la integración de la oferta de servicios de salud públicos y privados.

Otro programa es el de seguridad y servicios sociales para los trabajadores del estado, el cual tiene como objetivo central que los servidores públicos de Nuevo León y sus beneficiarios reciban prestaciones de seguridad social. Tal objetivo se pretende lograr por medio de: protección social para la vejez; otorgamiento de préstamos de corto plazo y vivienda; servicios médicos de calidad y amplia cobertura; otorgamiento de seguro de vida; otorgamiento de pensiones por invalidez y muerte. Metas de acción:

- Fortalecer el Sistema Integral de Calidad (SICalidad) en las unidades médicas.
- Certificar los hospitales por parte del Consejo de Salubridad General
- Acreditar las unidades médicas que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud.
- Implementar el Programa de Seguridad Hospitalaria.
- Mejorar la investigación, capacitación y enseñanza en salud, para el desarrollo de los recursos humanos.
- Promover la inclusión de los temas de calidad en el currículo de las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud.
- Ampliar la red del Aval Ciudadano en Calidad.
- Fortalecer el programa de estímulos para el personal, ligados al desempeño.

Otro programa es el de Capacitación del personal en los servicios de atención a la salud, el cual tiene como objetivo central que la población del estado de Nuevo León se atienda con personal capacitado en los servicios de atención a la salud. Tal objetivo se pretende lograr por medio de: atención médica por personal capacitado.

- Reestructurar los Servicios Estatales de Salud con énfasis en el financiamiento y la desconcentración de recursos a unidades médicas.
- Promover la Inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones, que mejoren la eficiencia y la integración del sector.
- Fortalecer el esquema de abasto de medicamentos e insumos para la salud.

Por último el programa de Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, combina objetivos de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. De este modo, su objetivo central se divide en dos puntos:

El crecimiento de las enfermedades no transmisibles en el estado de Nuevo León esté desacelerado, lo cual se pretende lograr por medio de: desaceleración de la diabetes entre la población; disminución de la hipertensión; desaceleración de la incidencia del sobrepeso y la obesidad desacelerada.

Las enfermedades transmisibles en el estado de Nuevo León se mantengan en control epidemiológico, el cual se logrará con los siguientes bienes o servicios:

- Notificación oportuna de casos y brotes de interés epidemiológico.
- Cobertura de vacunación con esquema básico completo en niños menores de un año de edad.
- Control de los niveles de mortalidad por sida en población de 25 a 44 años de edad.

- Control de la morbilidad de fiebre por dengue.
- Curación de casos nuevos de tuberculosis pulmonar que ingresan a tratamiento.
- Control de la prevalencia e incidencia de la lepra.
- Cobertura de vacunación antirrábica canina y felina.

Planes de acción:

- Consolidar la promoción de la salud con la participación de las autoridades municipales, la comunidad educativa y los sectores sociales, para el desarrollo de acciones que sean anticipatorias, integradas y efectivas.
- Impulsar la participación organizada, informada, consciente y comprometida de la comunidad.
- Realizar intervenciones intersectoriales de cultura de la salud.
- Fortalecer los programas preventivos para mejorar la salud de los infantes, mujeres y adultos mayores.
- Reforzar los programas de salud de la mujer mediante la difusión de cuidados y la realización de exámenes programados y periódicos de personas en riesgo.
- Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Disminuir la incidencia y prevalencia de trastornos mentales, adicciones, violencia familiar y accidentes, procurando la pronta reinserción social y laboral de la población afectada
- Aminorar la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales.

- Brindar atención con calidad, sensibilidad y calidez a los pacientes discapacitados, hasta su recuperación o integración a la sociedad.
- Fomentar la cultura del trasplante y donación de órganos y tejidos.
- Integrar con corresponsabilidad el sector productivo y la sociedad, privilegiando el fomento sanitario.
- Vigilar que el paciente reciba atención médica segura y de calidad.
- Adecuar la legislación sanitaria estatal a las reformas de la Ley General de Salud y demás disposiciones legales que emanen de ella.

Programas activos en Nuevo León:

En Semanas Nacionales de Salud Bucal: Se llevan a cabo dos veces al año durante los meses de Abril y Noviembre. Durante estas semanas la Secretaría de Salud brinda de forma gratuita diferentes actividades de atención bucal preventivas y curativas realizando: profilácticos, selladores, obturaciones de amalgama y extracciones simples.

Salud Bucal del Preescolar y Escolar: Se realiza en escuelas ubicadas en las zonas de mayor necesidad, se brinda pláticas preventivas a maestros, directivos y alumnos, además de los servicios a los escolares de: detección de placa bacteriana, instrucción de técnica de cepillado y uso de hilo dental, enjuagatorios con fluoruro y pláticas educativas.

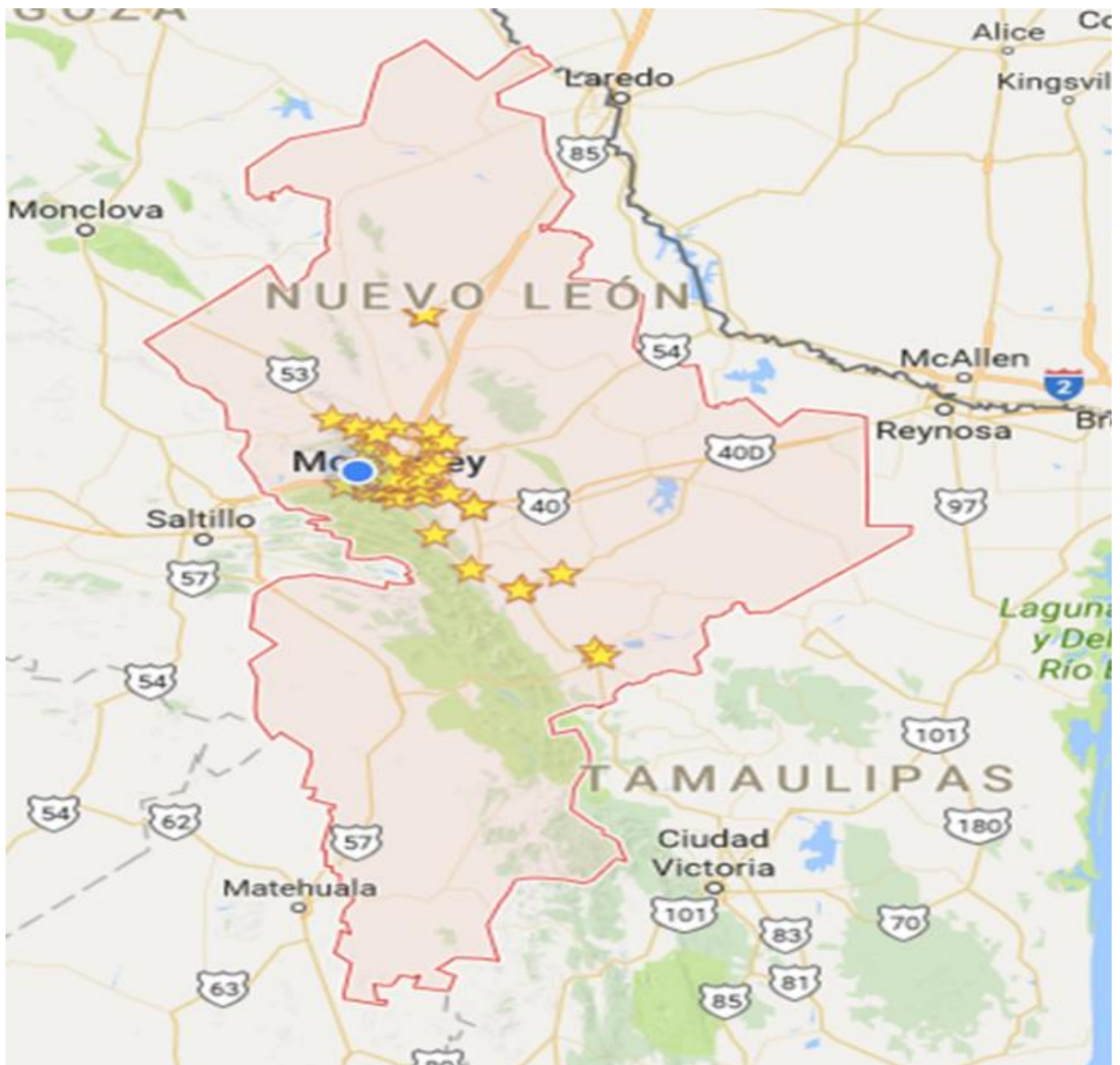
6.2. Estructura y cobertura de los servicios de salud bucal en Nuevo León.

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros; los cuales son beneficiarios

los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias (menores de 18 años). Las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)], cuyos beneficiarios son los auto-empleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

En lo referente a los servicios de salud bucal en Nuevo León (Anexo 4), la población con seguridad social cuenta con 48 centros de salud que dan servicio de odontología (Figura 7), los cuales cuentan con 85 unidades dentales y 170 odontólogos (Tabla 19), en el Anexo 5 se ilustran los centros de salud por municipio, dichos centros de salud atienden a la población en un horario de 8:00 a 20:00, los cuales atienden por cita o en el caso de que sea una urgencia (dolor insoportable) se atiende en ese momento. Estos centros de salud brindan la atención de tratamiento básico los cuales son: diagnóstico, limpieza dental, extracciones y operatoria dental.

FIGURA 6. CENTROS DE SALUD (IMSS, ISSSTE, SEDENA Y PEMEX) CON SERVICIO DENTAL EN NUEVO LEÓN.



Fuente: Elaboración propia

TABLA 1. UNIDADES DENTALES Y ODONTÓLOGOS DEL IMSS, ISSSTE, SEDENA Y PEMEX EN NUEVO LEON.

MUNICIPIO	UNIDAD DENTAL	ODONTÓLOGOS
Allende	1	2
Anáhuac	1	2
Apodaca	6	12
Cadereyta	3	6
Escobedo	3	6
General Terán	1	2
Guadalupe	13	26
Juárez	1	2
Linares	2	4
Montemorelos	2	4
Monterrey	36	72
Sabinas Hidalgo	2	4
San Nicolás	7	14
San Pedro	4	8
Santa Catarina	1	2
Santiago	1	2
Zuazua	1	2
Total	85	170

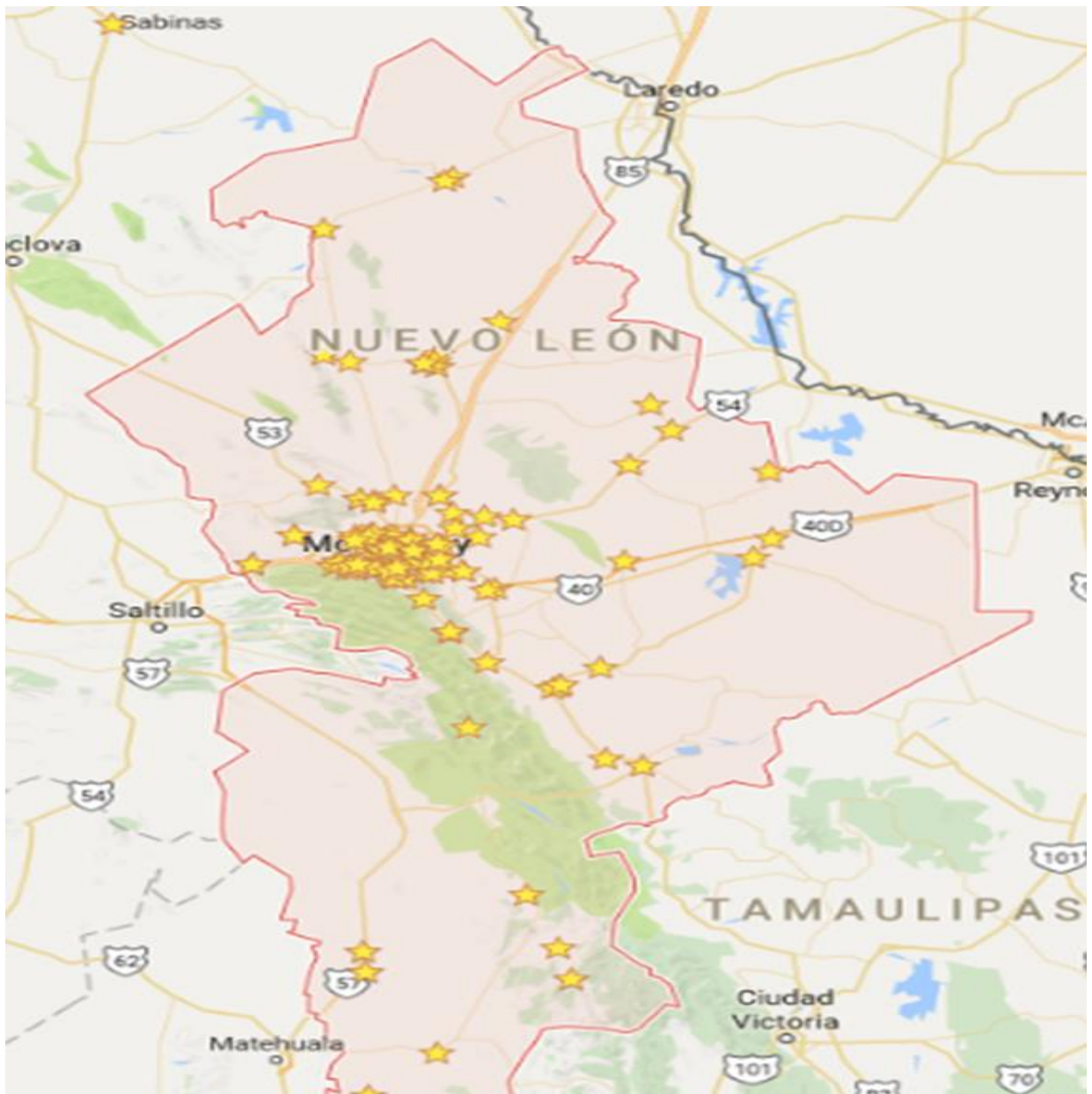
Fuente: Elaboración propia.

La población sin seguridad social inscritos o no al programa Seguro Popular, cuenta con 124 centros de salud que dan servicio de odontología (Figura 8), los cuales cuentan con 148 unidades dentales y 177 odontólogos (Tabla 20).en el Anexo 6 se indican los centros de salud por municipio, dichos centros de salud atienden a la población en un horario de 8:00 a 14:00, los cuales atienden por cita o en el caso de que sea una urgencia (dolor insoportable) se atiende en ese momento. Cabe señalar que los

inscritos al Programa Seguro Popular pueden ser referidos por cualquiera de estos centros de salud a la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización de su tratamiento y así no tengan que esperar mucho tiempo para su atención. Estos centros de salud brindan la atención de tratamiento básico los cuales son: diagnóstico, limpieza dental, extracciones y operatoria dental.

El Centro de Especialidades Dentales que se encuentra en el municipio de Monterrey, es otro centro de salud el cual cuenta esta población, dando servicio en un horario de 8:00 a 20:00. a diferencia de los demás aquí realizan tratamientos dentales de todas las especialidades pero les cobran un costo mínimo los tratamiento que no entran en el paquete básico.

FIGURA 7. CENTROS DE SALUD (SECRETARIA DE SALUD) CON SERVICIO DENTAL EN NUEVO LEÓN.



Fuente: Elaboración propia

TABLA 2. UNIDADES DENTALES Y ODONTOLOGOS DE LA SECRETARIA DE SALUD EN NUEVO LEON.

MUNICIPIO	UNIDAD DENTAL	ODONTOLOGO
Agualeguas	1	1
Allende	1	1
Anáhuac	3	3
Apodaca	4	4
Arramberri	2	2
Bustamante	1	1
Cadereyta	3	3
Carmen	1	1
Cerralvo	1	1
China	1	1
Ciénega de flores	1	1
Dr. Arroyo	5	5
Dr. Coss	1	1
Dr. González	1	1
El Carmen	1	1
Escobedo	8	8
Galeana	2	2
Garcia	1	1
General Bravo	1	1
General Teran	1	1

General Treviño	1	1
Guadalupe	9	9
Hidalgo	1	1
Higueras	1	1
Hualahuises	1	1
Iturbide	1	1
Lampazos	1	1
Linares	3	3
Los Aldama	1	1
Los Herreras	1	1
Los Ramones	1	1
Marín	1	1
Mier y Noriega	1	1
Mina	1	1
Montemorelos	3	3
Monterrey	41	70
Parás	1	1
Pesquería	2	2
Rayones	1	1
Rinconada	1	1
Sabinas Hidalgo	4	4
Salinas Victoria	1	1
San Nicolás	11	11
San Pedro	1	1
Santa Catarina	9	9
Santiago	4	4
Vallecillo	1	1
Villaldama	1	1
Zaragoza	1	1
Zuazua	1	1
Zuazua	1	1
Total	148	177

Fuente; Elaboración propia

En cuestión de formadores de recursos humanos, en Nuevo León existen 6 universidades formadoras de odontólogos (Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Metropolitana de Monterrey, Tecnológico de Monterrey, Universidad de Montemorelos, Universidad de Monterrey y Universidad Interamericana del Norte), de acuerdo a lo reportado por la secretaria de educación (2010) se cuenta con 9, 967 Odontólogos con Cedula Profesional en el estado.

Al revisar el marco normativo y legal del derecho a la salud bucal en Latinoamérica, en México y en Nuevo León, resulta que legislativamente están las condiciones de universalización y gratuidad de este derecho para la población, no obstante no ha sido posible su aplicación en forma eficiente debido a la falta de voluntad política y de servicio por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, debido a que al darse las condiciones legales para el acceso y la garantía de la protección de la salud a través de los servicios en la materia, estos no han sido cubiertos de manera universal y equitativa.

Por lo tanto, después de realizar el análisis normativo del derecho a la salud bucal en México y en Nuevo León, se puede concluir que en ambos existen las condiciones para que la salud este presente como una libertad con carácter normativo y que sea un derecho de la población en beneficio de la potencialización de ésta capacidad y libertad del ser humano y de las demás que confluyen con ella.

CAPITULO III

7. MÉTODO

En este capítulo se presentan los recursos utilizados para poder identificar los determinantes culturales, institucionales, sociales y económicos que enfrenta la población para acceder a los servicios de salud bucal del Área Metropolitana de Monterrey, el cual nos ayuda al análisis en su relación con el desarrollo humano sustentable.

7.1. Diseño de estudio. Transversal.

7.2. Unidad de análisis: Padre o madre de familia, que tengan un hijo en edad escolar (6-12 años).

7.3. Temporalidad: El estudio se llevara a cabo de Agosto 2013 - Julio del 2017.

7.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Padre o madre de familia, que tengan un hijo en edad escolar (6-12 años).
- Estar presente el día de la visita al hogar

Criterios de exclusión:

- Personas con algún padecimiento que altere la realización de la encuesta.
- Personas bajo el influjo de alcohol, drogas y conducta violenta.

Criterios de eliminación:

- Personas que no concluyan en cuestionario.

7.5 Universo de estudio

El Área Metropolitana de Monterrey es la conurbación contigua a la ciudad de Monterrey. Rebase los 3,8 millones de habitantes, los cuales están distribuidos en un territorio de 572.8 km², convirtiéndola en la segunda área conurbada más grande de México, después de la Ciudad de México y la tercera en población de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2010).

Figura 8. Área Metropolitana de Monterrey

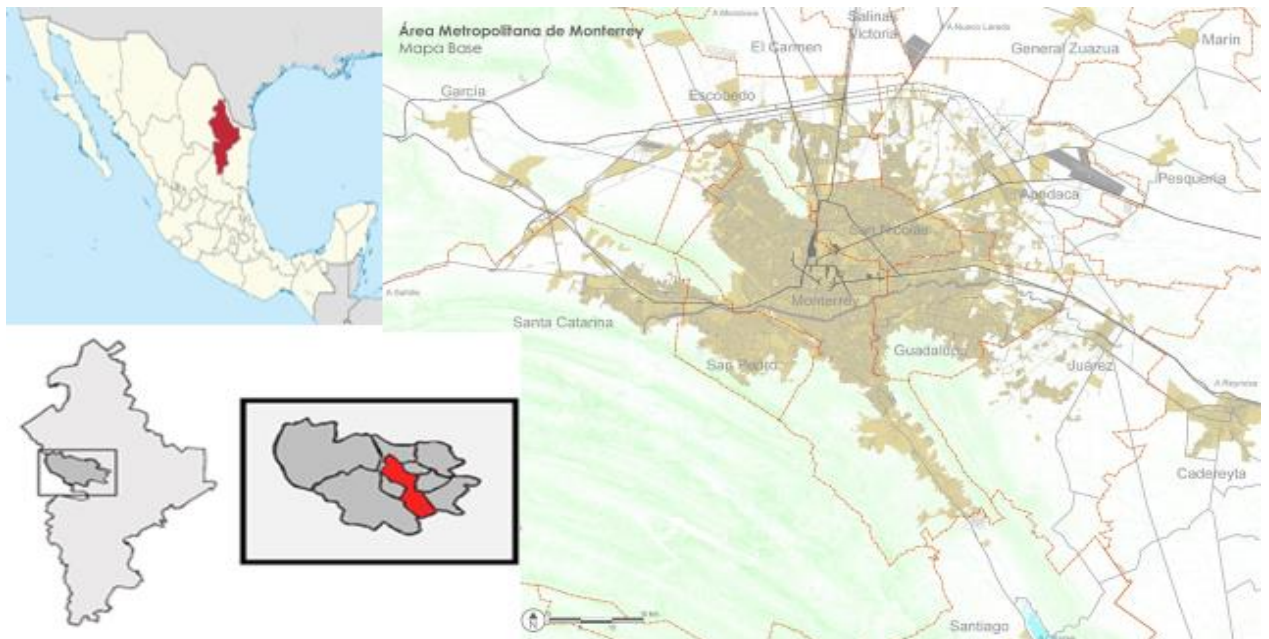


TABLA.3. ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY		
Municipio	Población (2010)	Índice de Desarrollo Humano(2010)
Monterrey	1 135 550	0.809
Guadalupe	678 006	0.820
Apodaca	523 370	0.800
San Nicolás de los Garza	443 273	0.849
General Escobedo	357 937	0.763
Santa Catarina	268 955	0.765
Juárez	256 970	0.754
García	143 668	0.748
San Pedro Garza García	122 659	0.871
Cadereyta Jiménez	86 445	0.746
Santiago	40 469	0.786
Salinas Victoria	32 660	0.676
Total	4 057 631	0.799

Fuete: INEGI 2010

probabilístico, estratificado, polietápico y por conglomerados.

Muestra:

Se utilizara la siguiente formulara para estimar el tamaño de muestra:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * q * deff}{d^2 * p * TR * PIH}$$

Donde:

n= es el tamaño de la muestra.

p = estimación de la proporción de interés.

q = 1- p.

d = error relativo máximo aceptable.

z = valor asentado en las tablas estadísticas de la distribución normal estándar para una confianza prefijada.

DEFF = efecto de diseño, definido como el cociente de la varianza obtenida en la estimación con el diseño utilizado, entre la varianza obtenida, considerando un muestreo aleatorio simple con un mismo tamaño de muestra.

TR= tasa de Respuesta máxima esperada.

PIH= Promedio de informantes por hogar (captura).

TABLA. 4. Municipios del Área Metropolitana de Monterrey	Muestra
Apodaca	191
García	56
San Pedro Garza García	131
Gral. Escobedo	246

Guadalupe	95
Juárez	482
Monterrey	236
San Nicolás de los Garza	43
Santa Catarina	95
Total	1,575

7.7 Procedimiento para obtener la muestra

En un primer momento, se ubicaran las manzanas de la colonia, de cada municipio, donde exista la población con las características requeridas. En el apartado de preguntas hacia el hijo escolar, si existiera más de un hijo escolar se tomara los datos del mayor de edad.

En caso de encontrarse en el domicilio más de una persona que reunía los criterios de selección, se elegía a una de ellas por conveniencia. Si la persona seleccionada se rehusaba a participar y en el domicilio hubiera más personas con las características necesarias, entonces se seleccionaba ésta. Si por algún motivo ninguno de los habitantes de ese hogar aun reuniendo los criterios de selección no deseaba participar, entonces se continuaba con el domicilio siguiente.

Previo a la aplicación de la encuesta, a cada participante se le explicó en qué consistía el estudio y se solicitó la firma de consentimiento informado (anexo 3), posteriormente se aplicó la encuesta (anexo 2). Se procuró hacerlo en un momento de tranquilidad y de ser posible en privacidad y sin interrupciones. Una vez finalizada la recolección de los datos, se agradeció a la persona su participación. Los datos se colectaron en diferentes días incluyendo sábados y domingos, también en distintos horarios para encontrar disponibles a personas con las características requeridas.

7.8. Matriz de congruencia (variables)

Durante esta investigación se apegó a la matriz de congruencia, ya que es una herramienta que brinda la oportunidad de abreviar el tiempo dedicado a la investigación,

su utilidad permite organizar las etapas del proceso de la investigación de manera que desde el principio exista una congruencia entre cada una de las partes involucradas en dicho procedimiento. Su presentación en forma de matriz permite apreciar a simple vista el resumen de la investigación y comprobar si existe una secuencia lógica, lo que elimina de golpe las vaguedades que pudieran existir durante los análisis correspondientes para avanzar en el estudio.

Tabla 5. Matriz de congruencia
Título:
Acceso y sustentabilidad en el servicio de salud bucal de la población del Área Metropolitana de Monterrey
Preguntas de investigación:
<p>¿Cuáles son los determinantes culturales, institucionales, sociales y económicos que enfrenta la población para acceder a los servicios de salud bucal del Área Metropolitana de Monterrey?</p> <p>¿Cuáles son las intervenciones y los enfoques de acción intersectoriales en el área de salud bucal que permitan el desarrollo humano sustentable del Área Metropolitana de Monterrey?</p> <p>¿Cuál es el nivel de equidad en el acceso a los servicios de salud bucal que enfrenta la población del Área Metropolitana de Monterrey y su relación en el desarrollo humano sustentable?</p>
Objetivo General:
<p>Analizar las barreras culturales, institucionales, sociales y económicas que enfrenta la sociedad para el acceso al servicio de salud bucal, y su relación con el desarrollo humano sustentable y equidad de la población del Área Metropolitana de Monterrey.</p>
Objetivos Específicos:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer los determinantes culturales, institucionales, sociales y económicos que enfrenta la población para acceder a los servicios de salud bucal del Área Metropolitana de Monterrey. 2. Identificar las intervenciones y los enfoques de acción intersectoriales en el área de salud bucal que permitan el desarrollo humano sustentable del Área Metropolitana de Monterrey.

3. Conocer el nivel de equidad en el acceso a los servicios de salud bucal que enfrenta la población del Área Metropolitana de Monterrey y su relación en el desarrollo humano sustentable.

Hipótesis

En el Área Metropolitana de Monterrey no existen las condiciones culturales, institucionales, sociales y económicas para que la población pueda acceder a los servicios de salud bucal de una manera equitativa, siendo los aspectos culturales y económicos los que afectan en mayor medida.

Variables

Variable	Indicador	Operacionarización
Barreras Culturales	Interés a tener buena salud general	¿En qué medida le preocupa a usted actualmente su estado general de salud? 1. Mucho 2. Regular 3. Poco 4. Nada
Barreras Culturales	Interés en tener buena salud bucal	¿En qué medida le preocupa a usted actualmente su estado en salud bucal? 1. Mucho 2. Regular 3. Poco 4. Nada
Barreras Culturales	Percepción de su salud general	¿En qué estado considera que se encuentran su salud general? 1. Excelente 2. Regular 3. Malo
Barreras Culturales	Percepción de su salud bucal	¿En qué estado considera que se encuentran su salud bucal? 1. Excelente 2. Regular 3. Malo

Barreras Culturales	Hábitos de higiene bucal	La higiene de la boca influye en su salud bucal: (si) (no)
Barreras Culturales	Percepción de su salud bucal	¿Cree que la salud de sus dientes podría estar mejor? (si) (no)
Barreras Culturales	Percepción de su salud bucal	¿Cree que los dientes son para toda la vida? (si) (no)
Barreras Culturales	Hábitos de higiene bucal	¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? 1. Una vez al día 2. Dos veces al día 3. Tres veces al día 4. Algunos días de la semana 5. Ninguna
Barreras Culturales	Hábitos alimenticios	¿Cree que una buena alimentación equilibrada influye en su salud dental? (si) (no)
Barreras Culturales	Interés en la atención dental.	Última vez que visito al dentista: 1. Menos de un año 2. Hace un año 3. Más de un año
Barreras Culturales	Interés en la atención dental.	Se está atendiendo el problema dental: 1. Si 2. No Porque: _____

Barreras Culturales	Barreras para atención dental.	Razones por lo cual no acude al dentista:		
		Razones económicas	(si) (no)	
		Miedo o no le gustan los dentistas	(si) (no)	
		Poca experiencia previa con cuidados dentales	(si) (no)	
		Demasiado ocupado	(si) (no)	
		Ningún problema dental	(si) (no)	
		Problema dental no lo suficientemente grave	(si) (no)	
		No tiene dientes	(si) (no)	
		El dentista no pudo darle una cita	(si) (no)	
		Interés a la consulta	(si) (no)	
Otro				
Barreras Culturales	Hábitos alimenticios	Consumo los siguientes productos su hijo:		
		Fritos	(Si) (No)	Todos los días Tres veces a la semana 1 vez a la semana Nunca
		Dulces	(Si)(No)	Todos los días Tres veces a la semana 1 vez a la semana

				Nunca
		Refrescos	(Si)(No)	Todos los días Tres veces a la semana 1 vez a la semana Nunca
		Verduras y Frutas	(Si)(No)	Todos los días Tres veces a la semana 1 vez a la semana Nunca
		Cereales y tubérculos	(Si)(No)	Todos los días Tres veces a la semana 1 vez a la semana Nunca
		Leguminosas y alimentos de origen animal	(Si)(No)	Todos los días Tres veces a la semana 1 vez a la semana Nunca
Barreras Institucionales	Accesibilidad	¿Cuenta su familia, con algún servicio de salud? 1. Si 2. No		
Barreras Institucionales	Accesibilidad	¿Cuál es la institución que le presta los servicios de salud?		
		IMSS		SEDENA
				2 o más

		ISSSTE	SEMAR	NA
		SSA	SEGURO POPULAR	Otro:
		PEMEX	Privado	
Barreras Institucionales	Uso del servicio de salud bucal	¿Dónde acudió al dentista la última vez? 1. Particular 2. Institución 3. Brigada		
Barreras Institucionales	Accesibilidad	¿Cómo se traslada a la consulta con el dentista? 1. Camión 2. Caminando 3. Carro 4. Otro		
Barreras Institucionales	Accesibilidad	Cuándo va al dentista; ¿Cuánto tiempo espera para que lo atiendan? _____		
Barreras Institucionales	Accesibilidad	Tiempo en llegar al dentista: _____		
Barreras Institucionales	Disponibilidad	¿Considera usted que al momento que llegó a efectuarse su tratamiento dental había dentistas disponibles? (si) (no)		
Barreras Institucionales	Disponibilidad	y material dental? (si) (no)		
Barreras Institucionales	Aceptabilidad	¿Cómo considera que lo trató el personal que lo atendió? 1. Mal 2. Regular 3. Bien		
Barreras Sociales	Sociodemográfico	Edad: _____		

Barreras Sociales	Sociodemográfico	Género: Masculino () Femenino ()																
Barreras Sociales	Sociodemográfico	Lugar donde nació: _____																
Barreras Sociales	Escolaridad	Años estudio: _____																
Barreras Económicas	Ingreso	¿Cuál es el ingreso familiar mensual? 1. \$0-\$4,000 2. \$4,001- \$8,000 3. \$8001-\$12,000 4. \$12,001-\$20,000 5. \$20,001 o más																
Barreras Económicas	Gasto bolsillo a la atención dental	¿Cuánto se gastó en el tratamiento dental? _____																
Barreras Económicas	Gasto bolsillo a la atención dental	¿Cuánto dinero gasta usted en el traslado de su casa al dentista? _____																
Problemas de salud bucal	Enfermedades sistémicas relacionadas con enfermedades bucales.	Padece alguna enfermedad (si) (no) . Cual? <table border="1"> <tr> <td>Cardiovascular</td> <td>(si) (no)</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>(si) (no)</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td>(si) (no)</td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td>(si) (no)</td> </tr> <tr> <td>Reflujo gastroesofágico</td> <td>(si) (no)</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad respiratoria</td> <td>(si) (no)</td> </tr> <tr> <td>Anorexia o/y Bulimia</td> <td>(si) (no)</td> </tr> <tr> <td>Otra</td> <td></td> </tr> </table>	Cardiovascular	(si) (no)	Diabetes	(si) (no)	Obesidad	(si) (no)	Cáncer	(si) (no)	Reflujo gastroesofágico	(si) (no)	Enfermedad respiratoria	(si) (no)	Anorexia o/y Bulimia	(si) (no)	Otra	
Cardiovascular	(si) (no)																	
Diabetes	(si) (no)																	
Obesidad	(si) (no)																	
Cáncer	(si) (no)																	
Reflujo gastroesofágico	(si) (no)																	
Enfermedad respiratoria	(si) (no)																	
Anorexia o/y Bulimia	(si) (no)																	
Otra																		

Problemas de salud bucal	Necesidades de salud bucal	¿Recuerda el motivo por el que visitó al dentista en la última ocasión?
		Tratamiento básico
		Revisión (si) (no)
		Limpieza (si) (no)
		Por un empaste (si) (no)
		Quitar un diente (si) (no)
		Tratamientos especiales
		Por una prótesis (si) (no)
		Para colocación de frenos en los dientes (brakets) (si) (no)
		Por un problema de encías (si) (no)
		Se le cayó/partió un diente (si) (no)
		Problemas por prótesis removibles (si) (no)
		Problemas con ajuste de prótesis fijas (si) (no)
		Implante dental (si) (no)
		Dolores o ruidos al abrir o cerrar la boca (si) (no)
Endodoncia (si) (no)		
Otros		
Programas intersectoriales en el área de salud bucal	Apoyo del programa federal	Cuenta con algún apoyo de gobierno:
		Prospera (si) (no)
		Jefas De familia (si) (no)
		Seguro de vida Madres solteras (si) (no)
		65 y más (si) (no)
		Casa digna (si) (no)

		Beca estudiantil	(si) (no)	
		Otro		
Programas intersectoriales en el área de salud bucal	Programa de salud bucal federal	Su hijo cuenta con la cartilla de salud bucal: (si) (no)		
Programas intersectoriales en el área de salud bucal	Programa brigada escolar	De un año a la fecha han acudido dentistas de la Secretaria de salud a la escuela de su hijo: (si) (no)		
Programas intersectoriales en el área de salud bucal	Programa salud para aprender	Consumen los siguientes productos su hijo:		
		Fritos	(si)(no)	Todos los días Tres veces a la semana 1 vez a la semana Nunca
				Cuantos: Donde:
		Dulces	(si)(no)	Todos los días Tres veces a la semana
				Cuantos: Escuela Calle Casa

				1 vez a la semana Nunca		
		Refrescos	(si)(no)	Todos los días Tres veces a la semana 1 vez a la semana Nunca	Cuantos:	Escuela Calle Casa

7.9. Instrumento

El instrumento estaba conformado de 42 preguntas de opción múltiple las cuales se analizaban las siguientes variables: perfil socioeconómico, el servicio de salud con el que contaba, la percepción de salud bucal, las necesidades de salud bucal así como las barreras de acceso, por ultimo había una sección de preguntas que el padre o tutor nos contestaba al hijo escolar referente a las variables antes mencionadas en el Anexo 2 se ilustra el instrumento completo aplicado. El instrumento fue validado con un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.8.

7.10. Análisis estadístico.

Se realizara un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas. Media, desviación estándar, para las variables cuantitativas. Frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Intervalos de confianza (IC) del 95%. Se llevara a cabo un análisis bivalente para establecer la relación entre uso de servicio dental con cada una de las variables sociodemográficas, Se aplicará la prueba de chi 2, las variables que

resultaron significativas a un nivel de $p < 0.05$, se consideraran determinantes de uso. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria, para establecer los determinantes para el acceso a los servicios de salud bucal de manera temprana y equitativa. El análisis estadístico será realizado con SPSS 20.0.

7.11. **Consideraciones éticas.**

El presente estudio se apegará a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud; se considerara lo establecido en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación para la Salud en Seres Humanos. Respecto al Capítulo I, Artículo 13 se considero el respeto en todo momento y siempre se tuvo en cuenta la dignidad como persona sin utilizarlo, protegiendo sus derechos y su bienestar. De acuerdo al artículo 14, fracciones V, VII y VIII la investigación se ajustará a principios científicos y éticos, para lo que se solicitó el consentimiento informado de todos los participantes, para esto fue indispensable brindar información amplia y completa sobre cómo se llevaría a cabo la investigación y cuál sería su participación.

Según el artículo 17 fracción I, éste estudio se considera investigación con riesgo mínimo donde se empleará una entrevista a cada participante. Con fundamento en el artículo 18 se suspenderá la participación en la investigación de inmediato cuando la persona así lo solicite. De acuerdo al artículo 29 se contará con la autorización del responsable de salud bucal de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Por último se consideró el artículo 57 en donde el consentimiento informado de ninguna manera puede ser influenciado por alguna autoridad, en un grupo subordinado en este caso el personal de odontología.

Carta de consentimiento informado (Anexo 3).

CAPITULO IV

8. RESULTADOS

En esta investigación el 60.19% fueron del género femenino los que fueron entrevistados; el 37.46% tiene una ocupación no remunerada, 43.16% tiene un ingreso familiar mensual de 12 mil a más y el 20.13% cuenta con un algún programa de apoyo federal (Tabla 1).

Tabla 6. Perfil Sociodemográfico		
	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Masculino	625	39.68%
Femenino	948	60.19%
Nacimiento		
Nacido en Nuevo León	509	32.31%
Foráneo	1066	67.69%
Ocupación		
Remunerado	985	62.53%
No remunerado	590	37.46%
Ingreso Familiar Mensual		
\$0-\$4,000	211	13.39%
\$4,001-\$8,000	340	21.58%
\$8,001-\$12,000	344	21.84%
\$12,001-\$20,000	303	19.23%
\$20,001-O Mas	377	23.93%
Apoyo de Gobierno		
Prospera	26	1.65%
Jefas De Familia	37	2.34%
Seguro de Vida de Madres Solteras	10	0.63%
65 Y Mas	59	3.74%
Casa Digna	28	1.77%
Beca Estudiantil	78	4.95%
Otro	79	5.01%
Ninguno	1258	79.87%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la percepción de salud bucal; podemos destacar que solo el 44.48% de los entrevistados les preocupa mucho su estado de salud bucal a diferencia de que el 53.71% le preocupa mucho su salud en general; el 10.15% menciona que no hay relación de la higiene bucal con la salud dental y el 38.34% manifiesta que los dientes no son para toda la vida (Tabla 2)

Tabla 7. Percepción de Salud Bucal		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Preocupación por la salud general</i>		
Mucho	846	53.71%
Regular	566	35.93%
Poco	134	8.5%
Nada	29	1.84%
<i>Preocupación por la salud bucal</i>		
Mucho	699	44.38%
Regular	631	40%
Poco	206	13%
Nada	39	2.47%
<i>Percepción de la relación de la higiene bucal con la salud dental</i>		
Si	1415	89.84%
No	160	10.15%
<i>Percepción Importancia de salud bucal</i>		
Si	1471	93.39%
No	104	6.60%
<i>Percepción si los dientes son para toda la vida</i>		
Si	971	61.65%
No	604	38.34%

Fuente: Elaboración propia.

En lo referente a los hábitos de salud bucal, el 40.44% se cepilla los dientes 3 veces al día, el 66.10% consume fritos, el 59.88% consume dulces y el 82.66% consume refrescos (Tabla 3).

Tabla 8. Hábitos de Salud Bucal		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Cepillado de dientes</i>		
1 vez al día	234	14.85%
2 veces al día	664	42.15%
3 veces al día	637	40.44%
Algunos días de la semana	33	2.09%
No se cepilla los dientes	7	0.44%
<i>Percepción de la influencia de la alimentación en la salud bucal</i>		
Si	1404	89.14%
No	171	10.85%
<i>Consumo de fritos</i>		
Si	1041	66.10%
No	534	33.90%
<i>Frecuencia de consumo de fritos</i>		
Todos los días	180	11.57%
3 veces al día	345	21.90%
1 vez a la semana	514	32.63%
Nunca	536	33.90%
<i>Consumo de dulces</i>		
Si	943	59.88%
No	632	40.12%
<i>Frecuencia consumo de dulces</i>		
Todos los días	186	11.80%
3 veces a la semana	314	19.93%
1 vez a la semana	469	29.12%
Nunca	606	40.12%
<i>Consumo de refresco</i>		
Si	1302	82.66%
No	273	17.33%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Hábitos de Salud Bucal		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Frecuencia consumo de refresco</i>		
Todos los días	809	51.36%
3 veces a la semana	317	20.12%
1 vez a la semana	184	11.17%
Nunca	265	17.33%
<i>Consumo de cereales</i>		
Si	1370	87%
No	205	13%
<i>Frecuencia consumo de cereales</i>		
Todos los días	584	35.65%
3 veces por semana	561	35.61%
1 vez por semana	248	15.74%
Nunca	182	13%
<i>Consumo de verduras</i>		
Si	1448	91.9%
No	128	8.1%
<i>Frecuencia consumo de verduras</i>		
Todos los días	698	42.85%
3 veces a la semana	579	36.8%
1 vez a la semana	193	12.25%
Nunca	105	8.1%
<i>Consumo de leguminosas</i>		
Si	1438	91.3%
No	137	8.6%
<i>Frecuencia consumo de leguminosas</i>		
Todos los días	885	55.88%
3 veces a la semana	447	28.38%
1 vez a la semana	111	7.04%
Nunca	105	8.6%

Fuente: Elaboración propia.

La población tiene una percepción excelente en cuanto a su estado de salud general y bucal de manera de 28.3% y 23.55%; el 60.44% padece alguna enfermedad sistémica (Tabla 4).

Tabla 10. Necesidades de Salud Bucal		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Estado de salud general</i>		
Excelente	446	28.31%
Regular	1075	68.25%
Malo	54	3.4%
<i>Estado de salud bucal</i>		
Excelente	371	23.55%
Regular	1051	66.73%
Malo	153	9.71%
<i>Enfermo actualmente</i>		
Si	952	60.44%
No	623	39.55%
<i>Enfermedad que padece</i>		
Ninguna	623	39.55%
Cardiovascular	168	10.66%
Diabetes	164	10.41%
Obesidad	63	4%
Reflujo gastroesofágico	75	4.76%
Enfermedad respiratoria	34	2.15%
Anorexia o/y bulimia	1	0.09%
Otra	447	28.38%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al acceso al servicio de salud bucal el 85% son derecho habientes del alguna institución de salud, el 48.63% tenía menos de un año de acudir al dentista, el 14.66% acudió a revisión, las razones principales por las cuales no acuden al dentista son por razones económicas y por qué están demasiado ocupadas (Tabla 5).

Tabla 11. Acceso a los Servicios de Salud Bucal		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Derechohabiente al servicio de salud</i>		
Si	1353	85.9%
No	222	14.09%
<i>Institución donde acude</i>		
Público	1,011	64.21%
Seguro popular	232	14.73%
Privado	332	21.06%
<i>Ultima vez que visito al dentista</i>		
Menos de un año	766	48.63%
Hace un año	333	21.14%
Más de un año	476	30.22%
<i>Donde acudió</i>		
Particular	1085	68.88%
Institución	454	28.82%
Brigada	36	2.28%
<i>Motivos por lo cual no acude al dentista</i>		
Ninguno	14	0.88%
Revisión	231	14.66%
Limpieza	394	25.01%
Por un empaste	344	21.84%
Quitar un diente	212	13.46%
Por una prótesis	54	3.42%
Para colocación de frenos en los dientes (brackets)	49	3.11%
Por un problema de encías	62	3.93%
Se le cayó/ partió un diente	40	2.53%
Problemas por prótesis removibles	19	1.20%
Problemas con ajustes de prótesis fijas	12	0.76%
Implante dental	6	0.38%
Dolores o ruidos al abrir o cerrar la boca	3	0.19%
Endodoncia	97	6.01%
Otros	38	2.41%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Acceso a los Servicios de Salud Bucal		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Se sigue atendiendo el ultimo problema dental</i>		
Si	1337	84.88%
No	238	15.11%
<i>Medio del Traslado a la consulta dental</i>		
Camión	509	32.30%
Caminando	132	8.38%
Carro	934	59.30%
<i>Dentistas disponibles</i>		
Si	1424	90.41%
No	151	9.52%
<i>Material disponible</i>		
Si	1491	94.66%
No	84	5.33%
<i>Calidad del servicio</i>		
Mal	50	3.74%
Regular	287	18.22%
Bien	1237	78.04%
<i>Razones para no acudir al dentista</i>		
Razones económicas	317	20.12%
Miedo o no le gustan los dentistas	248	15.74%
Poca experiencia previa con los cuidados dentales	87	5.52%
Demasiado Ocupado	393	24.95%
Ningún problema dental	212	13.46%
Problema dental no lo suficientemente grave	120	7.61%
No tiene dientes	14	.88%
El dentista no pudo darle una cita	20	1.26%
Interés a la consulta	106	6.72%
Otro	58	3.68%

Fuente: Elaboración propia.

En lo referente a los niños escolares, el 44% se cepilla los dientes una vez al día, el 52.99% cuenta con una cartilla de salud bucal, el 74.41% acude al dentista en el último año, el 53.96% acude por revisión, el principal factor por los cuales no llevan al dentista los padres de familia a sus hijos es por el factor económico (Tabla 6).

Tabla 12. Niños Escolares		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Frecuencia cepillado</i>		
Una vez al día	693	44.00%
Dos veces al día	493	31.30%
Tres veces al día	316	20.06%
Algunos días de la semana	26	1.65%
Ninguna	47	2.98%
<i>Cuenta con la cartilla de salud bucal</i>		
Si	840	52.99%
No	735	46.99%
<i>Acude al dentista en el ultimo año</i>		
Si	1172	74.41%
No	403	25.58%
<i>Motivo por el cual visito al dentista en la última ocasión</i>		
Revisión	850	53.96%
Limpieza	286	18.15%
Por un empaste	158	10.03%
Quitar un diente	51	3.23%
Para colocación de frenos en los dientes (brakets)	78	4.95%
Por un problema de encías	5	0.31%
Se le cayó/partió un diente	22	1.39%
Pulpotomía	25	1.58%
Otros	100	6.34%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Niños Escolares		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Razón por la cual no acude al dentista</i>		
Razones económicas	799	50.73%
Miedo o no le gustan los dentistas	322	20.44%
Poca experiencia previa a cuidados dentales	37	2.34%
Demasiado ocupado	85	5.39%
Ningún problema dental	157	9.96%
Problema dental no lo suficientemente grave	64	4.06%
El dentista no pudo darle una cita	7	0.44%
Interés a la consulta	59	3.74%
Otra	37	2.34%
<i>Acudieron dentistas de la secretaria de salud a la escuela</i>		
Si	847	53.81%
No	727	46.18%

Fuente: Elaboración propia.

ANALISIS ESTADISTICO

En nuestra investigación se encontró una asociación estadísticamente significativa en las siguientes variables: el municipio donde viven y la última vez que visito al dentista; estado de salud bucal en los últimos 3 meses y el municipio; visita al dentista y el ingreso familiar mensual; uso del servicio de salud dental y el promedio de estudio; motivos de consulta dental del hijo y el ingreso familiar mensual; motivo por las cuales acude al dentista y la higiene dental; estado de salud bucal y la higiene dental; estado de salud bucal y la frecuencia cepillado; estado de salud bucal y el consumo de refresco; estado de salud bucal y el estado de salud general y estado de salud bucal y el acceso al servicio de salud dental. En las tablas 7 al 17 se observan los indicadores de cada variable.

		Última visita al dentista			Chi-cuadrado de Pearson
		Menos de un año	Hace un año	Más de un año	
Municipio	Apodaca	42.9%	18.8%	38.2%	33.566 (0.006)
	García	39.3%	12.5%	48.2%	
	General Escobedo	42.7%	23.7%	33.6%	
	Guadalupe	53.3%	19.1%	27.6%	
	Juárez	53.7%	27.4%	18.9%	
	Monterrey	47.1%	21.4%	31.5%	
	San Nicolás de los Garza	50.0%	24.6%	25.4%	
	San pedro Garza García	62.8%	16.3%	20.9%	
	Santa Catarina	54.7%	18.9%	26.3%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Asociación del estado de salud bucal y el municipio donde viven.						
		Estado de salud bucal en los últimos 3 meses				Chi-cuadrado de Pearson
		Excelente	Regular	Malo		
Municipio	Apodaca	2.9%	7.9%	1.3%	31.159 (0.012)	
	García	1.3%	2.0%	.3%		
	General Escobedo	1.1%	6.3%	.9%		
	Guadalupe	3.2%	11.3%	1.1%		
	Juárez	1.1%	4.2%	.7%		
	Monterrey	7.5%	18.9%	4.3%		
	San Nicolás de los Garza	3.8%	10.0%	1.2%		
	San pedro Garza García	.7%	1.9%	.1%		
	Santa Catarina	1.1%	4.2%	.7%		

Fuente: Elaboración propia.

Fuente: Elaboración propia.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16. Asociación del uso del servicio de salud dental y años de estudio.						
		Uso del servicio de salud dental				
Estudio		Media	Desviación estándar	P	Prueba T	Diferencia de medias
	Si	13.25	3.973	.044	2.628	.763
	No	12.49	4.226			

Tabla 17. Asociación de la última visita al dentista y el ingreso familiar mensual.					
		Visita al dentista			Chi-cuadrado de Pearson
		Menos de un año	Hace un año	Más de un año	
Ingreso familiar mensual	\$0-\$4,000	5.8%	2.3%	5.2%	55.271 (0.000)*
	\$4,001-\$8,000	8.6%	4.5%	8.6%	
	\$8,001-\$12,000	9.7%	5.1%	7.0%	
	\$12,001-\$20,000	10.2%	4.7%	4.3%	
	20,001 o más	14.3%	4.6%	5.1%	

Tabla 18. Asociación del uso del servicio de salud dental y años de estudio.	
	Motivos de consulta dental del hijo

Fuente: Elaboración propia.

		Revisión	Limpieza	Por un empaste	Quitar un diente	Para colocación de	problema de encías	Se le cayó/partió un	Pulputomia	Otros	Chi-cuadro de Pearson
Ingreso familiar mensual	\$0-\$4,000	8.2%	1.1%	1.1%	.4%	.3%	0.0%	.1%	.4%	1.5%	81.278 (0.000)*
	\$4,001-\$8,000	11.9%	4.6%	2.5%	.8%	.3%	0.0%	0.0%	.2%	1.3%	
	\$8,001-\$12,000	12.2%	3.9%	1.8%	.7%	.7%	.1%	.5%	.4%	1.4%	
	\$12,001-\$20,000	9.3%	3.8%	2.2%	.6%	1.4%	.1%	.4%	.3%	1.1%	
	20,001 o más	12.3%	4.6%	2.3%	.7%	2.2%	.1%	.4%	.2%	1.0%	

Tabla 19. Asociación de la higiene bucal y el motivo para acudir al dentista.																
Motivo por las cuales acude al dentista																
	Ninguno	Revisión	Limpieza	Por un	Quitar un	Por una	Ortodoncia	Por un	Se le	Problemas	Problemas	Implante	Dolores o	Endodancia	Otros	Chi cuadrado de

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 20. Asociación de la frecuencia del cepillado y el estado de salud bucal.												Chi-cuadrado de Pearson	
Frecuencia de Higiene Dental e Cepillado	Si	No	Estado de Salud Bucal			Chi-cuadrado de Pearson							
			Excelente	Regular	Malo	Pearson	Pearson						
Una vez al día	12	23	19	12	8	2	2	5	2.3	24.51			
Dos veces al día	5	2	9	0	0	2	1	2	1.66	7			
Tres veces al día	1	2	1	1	1	4	0	0	(0.000)	(0.04)			
Algunos días de la semana	2	8	0	5	0	0	2	0	0	0			
Ninguna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			

Fuente: Elaboración propia.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 22. Asociación del uso del consumo de refrescos y el estado de salud bucal.					
Consumo de Refresco	Si	Estado de Salud Bucal			Chi-cuadrado de Pearson
		Excelente	Regular	Malo	
		17.5%	55.8%	9.3%	14.370
	No	5.0%	10.7%	1.3%	(0.025)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 23. Asociación del estado de salud bucal y el general.					
Estado de Salud General	Excelente	Estado de Salud Bucal			Chi-cuadrado de Pearson
		Excelente	Regular	Malo	
		29.2%	64.5%	6.3%	79.362
	Regular	19.2%	72.1%	8.7%	(0.000)

	Malo	14.5%	66.4%	19.1%	
--	------	-------	-------	-------	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 24. Asociación del acceso del al servicio de salud dental y el estado de salud bucal						
		Estado de Salud Bucal			Chi-cuadrado de Pearson	Odds Ratio IC .95
		Excelente	Regular	Malo		
Acceso al Servicio de Salud Dental	Menos de un año	29.2%	64.5%	6.3%	79.362 (0.000)	0.1092 (0.08-0.14)
	Hace un año	19.2%	72.1%	8.7%		
	Más de un año	14.5%	66.4%	19.1%		

Fuente: Elaboración propia.

Regresión Logística

Determinantes que afecta el que las personas vayan a atender su Salud Bucal.

Variable: Tiempo en ir al dentista

Determinantes que resultaron significativos (estadísticamente)

Años de estudio:

A medida que los años (promedio) de estudio se incrementa, la oportunidad de que la persona vaya a visitar al dentista en menos de un año es mayor en 1.049 veces que si presenta menos años de estudio (promedio).

Ingreso Familiar Mensual:

En particular: Si se presenta un ingreso familiar mensual entre 4,000 a 12,000 pesos, la oportunidad de que la persona vaya a visitar al dentista en menos de un año es menor en 0.444 veces que si presenta un ingreso diferente.

Enfermedad bucal.

Si la persona presenta enfermedad bucal, la oportunidad de que la persona vaya a visitar al dentista en menos de un año es mayor en 1.657 veces que si no presenta alguna enfermedad bucal.

Razón por la cual no acuden al dentista

Si la persona manifiesta estar demasiado ocupado, la oportunidad de que la persona vaya a visitar al dentista en menos de un año menor en 0.454 veces que si no presenta dicha condición.

Género

Si la persona es de género masculino, la oportunidad de tener acceso a los servicios de salud bucal es menor en 0.724 veces que si fuera de otro género.

Tabla 25. Regresión logística.

Variabes en la ecuación

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	Estudio	,048	,016	8,532	1	,003	1,049
	Ingreso			9,545	4	,049	
	Ingreso(1)	-,049	,213	,053	1	,817	,952
	Ingreso(2)	-,385	,179	4,594	1	,032	,681
	Ingreso(3)	-,426	,169	6,349	1	,012	,653
	Ingreso(4)	-,206	,171	1,461	1	,227	,814
	EDOGral			,236	2	,889	
	EDOGral(1)	,213	,444	,230	1	,631	1,238
	EDOGral(2)	,205	,428	,230	1	,631	1,228
	Edobucal			4,771	2	,092	
	Edobucal(1)	,505	,262	3,714	1	,054	1,657
	Edobucal(2)	,191	,219	,761	1	,383	1,210
	cepilla			29,831	4	,000	
	cepilla(1)	-1,484	,923	2,586	1	,108	,227
	cepilla(2)	-1,305	,917	2,022	1	,155	,271
	cepilla(3)	-,809	,919	,775	1	,379	,445
	cepilla(4)	-2,446	1,050	5,429	1	,020	,087
	dulces(1)	,116	,117	,991	1	,320	1,123
	refrecos			5,999	3	,112	
	refrecos(1)	-,941	1,401	,451	1	,502	,390
	refrecos(2)	-,577	1,406	,169	1	,681	,561
	refrecos(3)	-21,361	28420,722	,000	1	,999	,000
	salud3meses			1,703	2	,427	
	salud3meses(1)	-,377	,351	1,150	1	,284	,686
	salud3meses(2)	-,424	,331	1,643	1	,200	,654
	bucal3meses			14,341	2	,001	
	bucal3meses(1)	,985	,260	14,339	1	,000	2,676

bucal3meses(2)	,666	,223	8,903	1	,003	1,947
disponibles(1)	,652	,212	9,420	1	,002	1,919
material(1)	-,073	,274	,072	1	,788	,929
trato			8,801	2	,012	
trato(1)	,081	,345	,054	1	,816	1,084
trato(2)	-,435	,150	8,449	1	,004	,647
razones			44,602	10	,000	
razones(1)	,589	,468	1,586	1	,208	1,802
razones(2)	-,977	,330	8,780	1	,003	,377
razones(3)	-1,217	,335	13,217	1	,000	,296
razones(4)	-,790	,386	4,177	1	,041	,454
razones(5)	-,626	,322	3,780	1	,052	,535
razones(6)	-,536	,340	2,489	1	,115	,585
razones(7)	-,541	,360	2,262	1	,133	,582
razones(8)	-2,319	,886	6,852	1	,009	,098
razones(9)	-,300	,562	,286	1	,593	,741
razones(10)	-1,066	,433	6,058	1	,014	,344
Constante	1,062	1,796	,349	1	,554	2,892

Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO V

9. DISCUSIÓN.

Este trabajo, pretendió analizar las barreras culturales, institucionales, sociales y económicas que enfrenta la sociedad para el acceso al servicio de salud bucal, y cómo afecta esto al nivel de desarrollo humano sustentable y equidad de la población del Área Metropolitana de Monterrey. Al analizar los resultados, en lo referente al perfil sociodemográfico, en el presente estudio se encontró que más del 20.13% tiene apoyo federal. En este apartado cabe señalar que la política social en México de donde se deriva el Programa Prospera es un instrumento del Estado para combatir las desigualdades sociales a través de recursos destinados a la educación, salud y nutrición. También se busca romper con el círculo intergeneracional de la pobreza, utilizando la transferencia económica y alimentaria como un medio para mejorar sus condiciones (Cogco, 2008).

En lo referente al lugar de nacimiento, el 67.69% no son nacidos en Nuevo León, esto es congruente con lo establecido por el INEGI (2010) para Nuevo León, donde se considera el estado con mayor movilidad a nivel nacional y con una intensidad migratoria alta, sobre todo de los estados de San Luis Potosí y Tamaulipas. En esta población, en lo concerniente a la ocupación se encontró que el 62.53% tienen un trabajo remunerado, dicha ocupación en su mayoría se encuentra relacionada con el nivel de educación y por tanto esto mismo determina el ingreso. En cuanto al ingreso familiar mensual en nuestro estudio el 34.39% tiene un ingreso menor a ocho mil pesos; esta proporción asimila a al ingreso de la población del estado de Nuevo León en general; el cual está localizado en el cuarto decil y se establece entre \$6,721 a \$10,700 pesos mensuales (INEGI, 2010).

Es necesario comentar la relación entre la educación, ocupación e ingreso (Feigelman, 1995; Slade 2007; Machado, 2010; Baldani 2010; Chahabra, 2013); donde la teoría del capital humano establece que el ingreso de un individuo depende de los años de escolaridad que acumule, en tanto que la teoría general de los mercados segmentados, señala que el ingreso es explicado exclusivamente por la ocupación en la

que se ubica el individuo (Braveman, 2005). Según los resultados de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU) 2007, indican que tanto la educación como la ocupación son importantes en la determinación del ingreso. Se encuentra que la educación afecta al ingreso de dos maneras: de manera directa y de manera indirecta, el efecto indirecto se da vía la ocupación, es decir, la educación permite a los individuos acceder a mejor puestos de trabajo los cuales le reportan al individuo un ingreso mayor. Desde esta perspectiva la ocupación o el puesto tienen un efecto sobre el ingreso independiente de la educación.

La diferenciación social a través de estratos sociales como lo menciona Francés (2009), donde los sistemas de estratificación son fundamentalmente sistemas jerárquicos esto bajo la visión de Dahrendorf (1959) como “una categoría de personas que ocupan una posición similar en una escala que jerarquiza ciertas categorías propias de una situación, como pueden ser el ingreso, el prestigio o el estilo de vida”. En general, se han utilizado dos tipos de criterios para jerarquizar, independientemente de las variables que establece la jerarquía: por un lado donde se analizan las opiniones de los individuos y otro donde se estudia el perfil del ingreso, ocupación y educación; estos últimos establecen la diferenciación medida a través de índices de nivel socioeconómico, asumiendo que la situación socioeconómica de los sujetos es la que determina cuáles son sus oportunidades dentro de la estructura social (Sabates, 2006).

En cuanto a la percepción de salud bucal; podemos destacar que solo el 44.48% de los entrevistados les preocupa mucho su estado de salud bucal a diferencia de que el 53.71% le preocupa mucho su salud en general; en lo referente a las necesidades de salud bucal una cuarta parte de la población tiene una percepción excelente en cuanto a su estado de salud general y bucal; así mismo el 60.44% refiere padecer alguna enfermedad sistémica, siendo la diabetes y las enfermedades cardiovasculares las mas frecuentes. En diversos estudios (Rocha, 2013; Agudelo, 2014; Perez, 2006; Navas, 2014; Lago, 2013) se manifiesta la relación de la salud bucal y la salud en general. Asimismo en nuestra investigación en su percepción manifiestan el 10.15% menciona que no hay relación de la higiene bucal con la salud dental y el 38.34% manifiesta que los dientes no son para toda la vida. Borreani, (2010) señala que los factores culturales

desempeñan un papel como determinantes de acceso a los servicios de salud, se debe dar mayor importancia a la salud bucal del proceso salud-enfermedad y esto en cierta medida determina el perfil de utilización de los servicios y la adherencia y continuidad de los procesos de atención odontológica. Un punto a destacar en nuestra población de estudio el 66.10% consume fritos, el 59.88% consume dulces y el 82.66% consume refrescos. Diversas investigaciones señalan que el consumo frecuente de estos alimentos con alto contenido de azúcares o carbohidratos, son de alto riesgo para el desarrollo de enfermedades bucales (Sánchez, 2015; Ramón, 2016; Moyaho, 2010; Soria, 2008; Carrasco, 2016).

El componente principal para combatir dichas enfermedades es la efectividad y eficiencia de sistema de salud mexicano, el cual debe ayudar en la inequidad en los servicios de salud por concerniente a la identificación de barreras culturales, institucionales, sociales y económicas que enfrenta la sociedad para el acceso al servicio de salud bucal. Los efectos de la formulación y el diseño de políticas de salud, la equidad en el acceso de atención sanitaria para ser el principio más factible de alcanzar (Rocha, 2013). La equidad se articula con la séptima función esencial de la salud pública de la OMS (2003) donde mencionan que la evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud son necesarios. Es así como Castaño (2001) reporta que el aumento en las coberturas de aseguramiento no se ha reflejado en cambios en la probabilidad de acceder a servicios de salud; de acuerdo a algunas investigaciones en Colombia la educación, la edad y el tipo de afiliación a la seguridad social son los principales factores que inciden sobre el acceso a servicios curativos (Cespedes, 2001; Mejia 2007).

En cuanto a las barreras de acceso a los servicios de salud, el 14.9% no contaba con servicios de salud; esto en contraste que a nivel nacional en el 2010 el 33.8% no tenían derechohabencia. Por otro lado, el 51.37% no habían acudido al dentista en el último año. A pesar de tener acceso a los servicios, éstos no lo utilizaban porque no tenían capacidad de pago y el tiempo suficiente; un estudio similar realizado en Brasil, encontraron una proporción igual de adultos que no habían acudido al dentista en los tres años anteriores a la entrevista; esta situación ha tenido respuesta social al proponer políticas de salud bucal dirigidas a grupos prioritarios como la Política Nacional de Salud

Oral (Baldani, 2011). En contraste estudios sobre inequidades en Europa señalan que se ha mejorado el acceso a los servicios de salud. (Stein, 2007; Pizarro, 2009; European Commission, 2003). Perez (2006), Okorafor, (2007) y Bossert (2003), en sus estudios reconocen que los mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud locales pueden ser determinantes del acceso equitativo, potencial y efectivo a los servicios de salud.

En nuestra población el 20.06%% de los niños, se cepilla los dientes tres veces al día; de acuerdo a lo mencionado en diferentes estudios (Medina, 2006; Villalobos 2006; Galaz; 2009; D'Almedida, 1997; Amin, 2008; Almerich, 2006; Garcia, 2000; Tai, 2009; Al-Omiri, 2006), la mayoría de los niños durante su estancia en la escuela ingieren alimentos no nutritivos, además de no realizar el cepillado dental tres veces al día, viéndose propensos a manifestar enfermedades bucales. De acuerdo a Gonzalez (2013) menciona que una dieta equilibrada es importante tanto para la salud general como bucal, considerando factores como el contenido de azúcar, las características físicas del alimento, solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival cambios químicos de la saliva, así como textura, frecuencia, horario de consumo y tiempo de permanencia en la boca.

El 74.41% de los niños de la población estudiada, acude al dentista una vez al año, de ellos el 53.96% acude por revisión, la mayoría de la población señalan que el principal factor por los cuales no llevan al dentista los padres de familia a sus hijos es por el factor económico. La OMS (2003), menciona que las visitas al odontólogo deben hacerse dos veces por año; ya que la revisión periódica permite ubicar los factores de riesgo y no sólo detectar una lesión o esperar que el niño refiera dolor, evitando así el costo de rehabilitación y ausencias escolares. En estudios previos de Colares y Almerich (2004); Sánchez, 2015; Ramón, 2016; Moyaho y Carrasco, 2016, en cada una de sus poblaciones de estudio indican que los niños no acuden al dentista por decidía del padre o tutor de llevarlos al servicio dental y por miedo y/o ansiedad del niño. Así mismo en nuestra población el 52.99% cuenta con una cartilla de salud bucal y el 46.18 % de los niños no fueron revisados por dentistas de la secretaria de salud en su escuela, esto en contraste a lo señalado en el Programa de Salud Bucal en Escolares (2011) propuesto por la Secretaria de Salud del gobierno federal en México.

Por lo tanto, la Secretaría de Salud en México debe capacitar al recurso humano ligado a la salud para que pueda implementar modelos de atención más específicos dirigidos a grupos de riesgo como adultos mayores o enfermos con problemas sistémicos. Además, debe mejorar la oferta de trabajo institucional para los odontólogos, con el fin de mantener un mercado laboral estable para los dentistas y aumentar la capacidad resolutoria de las instituciones sanitarias de los problemas bucales. De igual manera, la Secretaría de Salud debe diseñar modelos de atención atractivos de alto impacto social que pueden ser financiados por las aseguradoras en el país. Finalmente se puede señalar que se requiere una capacidad competitiva y un compromiso moral de los dentistas tanto para mejorar las condiciones de salud bucal de la población como para que puedan enfrentar con éxito los retos del siglo XXI (Martínez, 2011).

En nuestra investigación se encontró una asociación estadísticamente significativa en las siguientes variables: el municipio donde viven y la última vez que visito al dentista; estado de salud bucal en los últimos 3 meses y el municipio; visita al dentista y el ingreso familiar mensual; uso del servicio de salud dental y el promedio de estudio; motivos de consulta dental del hijo y el ingreso familiar mensual; , esto refleja la situación que sufre varios países con un nivel de bajo desarrollo. (Manski, 2012; 29. Ola, 2013; Vásquez, 2013).

Además se encontró una asociación estadísticamente significativa con el motivo por las cuales acude al dentista y la higiene dental; estado de salud bucal y la higiene dental; estado de salud bucal y la frecuencia cepillado; estado de salud bucal y el consumo de refresco; estado de salud bucal y el estado de salud general y estado de salud bucal y el acceso al servicio de salud dental semejante a estudios realizados en varios países donde se observó una situación semejante (Monteiro, 2016; Li, 2014; Agudelo, 2014; Ruiz, 2013; Flores, 2013; Flores, 2013; Parker, 2012).

En nuestro estudio se encontró a medida que los años (promedio) de estudio se incrementa, la oportunidad de que la persona vaya a visitar al dentista en menos de un

año es mayor en 1.049 veces que si presenta menos años de estudio (promedio), esto se asemeja a un estudio en estudiantes de la Universidad de Helsinki-Finlandia la utilización de los servicios de salud bucal por parte de los estudiantes universitarios aumentó en la medida que aumentaba el nivel educativo (Venta, 1992)

Se identificó que si se presenta un ingreso familiar mensual entre 4,000 a 12,000 pesos, la oportunidad de que la persona vaya a visitar al dentista en menos de un año es menor en 0.444 veces que si presenta un ingreso diferente en contraste con lo que encontró Rocha (2013) sin diferencias significativas, que en la medida en que los estudiantes pertenecían a un estrato socioeconómico más alto, la asistencia a la consulta odontológica en el último año era menor.

Por último se encontró que si la persona es de género masculino, la oportunidad de tener acceso a los servicios de salud bucal es menor en 0.724 veces que si fuera de otro género, esto se asemeja a estudios en Turquía y en Alemania sugieren que las mujeres pagan más que los hombres por los servicios de salud (Briton, 2009; Montero, 2004; Luzzi, 2008; Dumitrescu, 2010). Lo anterior, probablemente, según estudios se debe al profundo proceso de transformación en nuestra sociedad de los roles sociales para hombres y mujeres.

Es importante reconocer que tuvimos algunas limitaciones y serían necesarias que se tomaran en cuenta para futuras investigaciones: ampliar el universo de estudio a todos los municipios del estado de Nuevo León, hacer un diagnóstico bucal en la población y analizar al recurso humano de las instituciones de los servicios de salud bucal.

CAPITULO VI

10. CONCLUSION.

Con los resultados obtenidos, se acepta la hipótesis planteada a inicios de esta investigación ya que podemos concluir que la población del AMM no existen las condiciones culturales, para el acceso al servicio de salud bucal, ante esta situación, la problemática de salud bucal se debe incluir en la agenda política y motivar a los que formulan políticas de salud, a los profesionales odontológicos y formadores de odontólogos, a fundamentar en forma más explícita sus decisiones en consideraciones de justicia social lo que propicia a conocer los indicadores epidemiológicos y cuáles intervenciones son más costo-efectivas.

En respuesta a los objetivos planteados en esta investigación en cuestión a los SSB se debe capacitar al recurso humano para que pueda implementar modelos de atención más específicos dirigidos a grupos de riesgo como adultos mayores o enfermos con problemas sistémicos. Mejorar la oferta del trabajo institucional para los odontólogos con el fin de mantener un mercado de trabajo para los dentistas y aumentar la capacidad resolutive de las instituciones sanitarias de los problemas bucales. Así, como diseñar modelos de atención atractivos de alto impacto social que pueden ser financiados por las instituciones.

En relación con las necesidades de salud bucal, se ha encontrado que a mayor nivel educativo existe mayor uso de los SSB. En nuestra población de estudio, otros determinantes relevantes que pueden afectar las condiciones de la salud bucal, así como el uso de los SSB son: el nivel de ingresos, la tenencia de la vivienda, bienes o servicios en el hogar. Así, los DSS han adquirido un significado dual refiriéndose a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. En ese sentido, tanto los riesgos como las condiciones de salud y los aspectos sociales son fundamentales para determinar las necesidades de salud bucal de la población.

En el referente a los niños, no dependen de ellos las visitas al Odontólogo. Hace falta más difusión dirigida hacia los padres de familia para que lleven a sus hijos a consulta dos veces por año, a fin de prevenir enfermedades bucales y evitar inversión de tiempo y dinero. La actitud y la participación de los padres de familia son muy importante; deben inculcar buenos hábitos de higiene bucal y de alimentación.

Bajo estos resultados se analiza el DHS y su relación con los SSB identificando que los profesionales de la odontología deben acentuar sus esfuerzos más allá del enfoque clínico de la boca y enfocarse no solo al individuo sino también trabajar con la sociedad como un todo y educar a la población en aspectos de salud bucal. En nuestra población uno de los principales obstáculos para el diseño y formulación de políticas en salud bucal es la carencia de información específica que describa las necesidades reales que enfrenta la población ante las condiciones de su salud bucal. Por eso, se requiere identificar el proceso salud/enfermedad en la sociedad y el análisis de las condiciones de salud bucal, esto permitirá tener elementos suficientes para la planeación estratégica y formulación de políticas. Esta falta de información (indicadores estratégicos) en aspectos relevantes de la salud bucal de los mexicanos, ha traído como consecuencia que los comerciantes de la tecnología médica hayan generado que la atención de la salud bucal se maneje en un modelo de sistema de salud curativo más que preventivo. Por lo tanto, se debe cambiar el modelo de atención de la salud bucal a uno que considere la prevención, la educación en salud bucal y el empleo de técnicas de intervención comunitaria.

Actualmente, las condiciones políticas sociales y económicas hacen muy complicado abordar los problemas de la salud bucal de una manera que se pueda tratar igual lo desigual. De esta manera, es importante retomar la necesidad de reformar e integrar todas las instituciones de salud en un Sistema Nacional de Salud sólido que obedezca a las necesidades de la población y no a los intereses de los grupos que han hecho de la salud un proceso de mercado. Estas condiciones han propiciado la creación de subsistemas en los servicios de atención a la salud, los cuales trabajan en forma desvinculada en lo cotidiano y solo en el discurso político se coordinan para presentar informes que únicamente unifican información.

Por lo tanto, la Secretaría de Salud debe capacitar al recurso humano ligado a la salud para que pueda implementar modelos de atención más específicos dirigidos a grupos de riesgo como adultos mayores o enfermos con problemas sistémicos. Además, debe mejorar la oferta de trabajo institucional para los odontólogos, con el fin de mantener un mercado laboral estable para los dentistas y aumentar la capacidad resolutoria de las instituciones sanitarias de los problemas bucales. De igual manera, la Secretaría de Salud debe diseñar modelos de atención atractivos de alto impacto social que pueden ser financiados por las aseguradoras.

Se puede señalar que se requiere una capacidad competitiva y un compromiso moral de los dentistas tanto para mejorar las condiciones de salud bucal de la población como para que puedan enfrentar con éxito los retos del siglo XXI. Bajo este contexto la decisión de generar políticas dirigidas a la atención sanitaria en odontología, requiere una reflexión sobre cuáles son los grupos vulnerables, además de conocer los indicadores epidemiológicos y cuáles intervenciones son más costo-efectivas. Es importante que la problemática de salud bucal se encuentre incluida en la agenda política nacional. Así como motivar a los hacedores de políticas públicas en salud, a los miembros de la comunidad de profesionales odontológicos y formadores de odontólogos, a fundamentar en forma más explícita sus decisiones en consideraciones de justicia social y en el reconocimiento de las necesidades reales a resolver en el tema de salud bucal.

Las condiciones de salud bucal se expresan como un verdadero mosaico epidemiológico en donde la satisfacción de las necesidades de salud bucal de la población está determinada por el cumplimiento de factores sociales como el acceso equitativo a los servicios de salud bucal. Por lo tanto, la problemática de salud bucal requiere análisis profundo sobre su dinámica y sus manifestaciones. Debe considerar en su análisis los factores del DHS como las condiciones socioeconómicas, el acceso a los servicios y las oportunidades sociales que beneficiarán transitar a un mayor desarrollo.

Se puede concluir que el DHS en materia de salud plantea el desafío de disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico y mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. Desde esta perspectiva, la salud de las personas no solo está en riesgo cuando son amenazadas por enfermedades, sino que múltiples aspectos de su vida cotidiana también constituyen peligros para el desarrollo de su libertad. Por lo tanto, para alcanzar el desarrollo humano sustentable es de suma importancia que se garantice el derecho a la salud en todos los ámbitos.

Al analizar los objetivos del desarrollo sostenible señalan que solo se podrán lograr estos objetivos cuando no haya una alta prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles y las poblaciones puedan llegar a un estado de bienestar. Además, señalan que las medidas sobre los determinantes sociales de la salud para toda la población son importantes para crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente productivas y sanas. Por lo tanto, se debe reforzar los sistemas de salud para que puedan participar todos los agentes pertinentes para emprender una acción multisectorial coordinada a fin de atender urgentemente las necesidades de salud de la población mundial.

En el marco de la salud, el DHS debe ocupar un lugar prominente ya que determina un nuevo marco moral y ético para la formación profesional del personal de la salud más solidario y humano. Siendo más respetuosos de las personas y sus derechos buscando el bien de la mayoría. Así se transformaría la relación médico paciente y el compromiso social del profesional de la salud. El DHS aplicado en los SSB permite generar consenso y legitimidad frente a las reformas del estado que profundiza las desigualdades sociales y el libre mercado ya que el paciente es transformado en consumidor, cliente, usuario o enfermo que tiene derechos. Así, las necesidades de salud bucal se incrementan con el incremento de la pobreza y se agraban con el crecimiento demográfico y la incapacidad del Estado de afrontar necesidades presentes y futuras de salud bucal por parte de la sociedad.

Así, el aumento de la población adulta con problemas sistémicos requiere de una atención bucal más especializada, costosa y compleja. Sin embargo, las aseguradoras implementan clínicas odontológicas y centran su oferta en la población con capacidad de pago. En cuestión a los SSB se debe capacitar al recurso humano para que pueda implementar modelos de atención más específicos dirigidos a grupos de riesgo como adultos mayores o enfermos con problemas sistémicos. Además, desde los sindicatos luchar por mejorar la oferta del trabajo institucional para los odontólogos con el fin de mantener un mercado de trabajo para los dentistas y aumentar la capacidad resolutive de las instituciones sanitarias de los problemas bucales. Así, como diseñar modelos de atención atractivos de alto impacto social que pueden ser financiados por las aseguradoras.

De esta manera, se requiere una capacidad competitiva y un compromiso moral de los dentistas para mejorar las condiciones de salud bucal de la población y para que los profesionales puedan enfrentar con éxito los retos del siglo XXI. En el contexto latinoamericano, las condiciones de salud bucal se expresan como un verdadero mosaico epidemiológico en donde la satisfacción de las necesidades de salud bucal de la población está determinada por el cumplimiento de factores sociales como el acceso equitativo a los servicios de salud bucal. Por lo tanto, la problemática de salud bucal requiere análisis profundo sobre su dinámica y sus manifestaciones. Debe considerar en su análisis los factores del DHS como las condiciones socioeconómicas, el acceso a los servicios y las oportunidades sociales que beneficiarán transitar a un mayor desarrollo en las sociedades latinoamericanas.

CAPITULO VII

11. REFERENCIAS

Abadia, B. C. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta bioeth*, 12 (1), 9-22.

Agdestain S, Roemer M I. (1991) Good health at a modest price: the fruits of primary care. *Word Health Forum*; 12; 428-31.

Agudelo-Suárez, A. A., Alzate-Urrea, S., López-Vergel, F., López-Orozco, C., Espinosa-Herrera, É., Posada-López, A., & Meneses-Gómez, E. J. (2014). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 181-199.

Alderson, M. R. (1976). *Seminars in Community Medicine Volume 2: Health Information, Planning, and Monitoring*. Oxford: Oxford University Press, 29-46.

Alma-Ata. (1978). *Atención primaria de salud*. Ginebra: Serie salud para todos.

Almerich-Silla J, Montiel-Company J. Encuesta sobre hábitos higiénicos orales en la población adolescente de la Comunidad Valenciana (2004). *RCOE*. 2006;11(2):195-201.

Álvarez, C. L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8 (17), 69-79.

Amin TT, Al-abad BM. Oral hygiene practices, dental knowledge, dietary habits and their relation to caries among male primary school children in Al Hassa, Saudi Arabia. *Int J Dent Hygiene* 2008;6(4):361-70.

Al-Omiri M, Board J, Al-Wahadni AM, Saedd K. Oral health attitudes, knowledge, and behavior among school children in North Jordan. *Journal of Dental Education* 2006;70(2)179-187.

Almerich-Silla JM, Montiel Company JM. Encuesta sobre hábitos higiénicos orales en la población adolescente de la Comunidad Valenciana 2004. RCOE 2006;11(2):195-201

Anscombe G. Causality and determination from Metaphysics and the Philosophy of Mind. Basil BlackwellOxford. Vol LL. 1981

Antones, J. N. (2004). Measuring inequalities in the distribution of dental caries. Community Dent Oral Epidemiol, 32, 41-48.

Arcay, R. (2002). "Estilo de vida asociado al ausentismo laboral en trabajadores universitarios" en Resúmenes del. V Congreso Internacional de Investigación y Perfeccionamiento en Ciencias de la Actividad Física y Salud (págs. 128-148). Chile: Universidad de Tarapacá.

Arcay, R. (2002). "Estilo de vida asociado al ausentismo laboral en trabajadores universitarios". Resúmenes del V Congreso Internacional de Investigación y Perfeccionamiento en Ciencias de la Actividad Física y Salud.

Asgari , F, Majidi, A, Koochpayehzadeh, J, Etemad, K. Oral hygiene status in a general population of Iran, 2011: a key lifestyle marker in relation to common risk factors of non-communicable diseases. Int J Health Policy Manag . 2015;4(6): 343-52.

Baldani MH, Brito W, Lawder J, Mendes Y, Silva FF, Antunes J. Determinantes individuais da utilizacao de servicos odontologicos por adultos e idosos de baixa renda. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13 (1): 150-62.

Baldani M, Ferreira JA. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2):s272-s283.

Barten, F., Rovere, M., & Espinoza, E. (2010). Salud para todos: una meta posible. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Pueblos Movilizados y Gobiernos Comprometidos.

Benach J, Muntaner C, Santana V. Employment Conditions and Health Inequalities. Commission on Social Determinants of Health (CSDH), Final Report to the WHO, WHO 2007

Benach J. (1997) "La desigualdad social perjudica seriamente la salud". Gaceta Sanitaria, 11(6): 255-257.

Benítez, C. J. (2009). Comunicación para la Equidad en Salud: una visión estratégica. Cuadernos Médico Sociales, 49(4).

Berlinguer. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. Rev. Cub. Salud pública, 33 (1).

Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. Rev. Cub. Salud pública, 33 (1).

Bericat, E. (1998). La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida. Barcelona: Ariel.

Bitencourt Y, Mongruel G, Análisis del impacto real de los hábitos alimenticios y nutricionales en el desarrollo de la caries dental. Acta Odontológica Venezolana 2011: 49(2).

Bourdieu P (1986). The forms of capital. In: Richardson JG, ed. Handbook of theory and research in the Sociology of education. New York, Greenwald Press: 241-258.

Borreani E, Jones K, Scambler S, Gallagher JE. Informing the Debate on Oral Health Care for Older People: A Qualitative Study of Older People's Views on Oral Health and Oral Health Care. Gerodontology. 2010; 27 (1): 11-18.

Borrel, c. L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta sanitaria, 22 (5), 465-473.

Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. Jama, 294(22), 2879-2888.

Britton A, Kirch W. (2003) Data and Information on Women's Health in the European Union. European Communities, 2009: 21.

Bronfman Mario, R. C. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública Méx, 39 (5), 442-450.

Brown, T. T., Scheffler, R. M., Seo, S. and Reed, M. (2006). The empirical relationship between community Social capital and the demand for cigarettes. Health Econ., 15: 1159-1172. No. 11, pp. 1159-1172.

Bustillo-García, L., & Martínez-Dávila, J. P. (2008). Los enfoques del desarrollo sustentable. Interciencia (base de datos en línea), 33(5), 38

Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidad. El Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina, 2003, 1ª. Edición

Brunner, Eric and Michael Marmot. "Social organization, stress, and health." Social Determinants of Health. Ed. Michael Marmot and Richard G. Wilkinson. Oxford, England: Oxford University Press, 2006

Bracho, R., Ruiz, M. E., Bohórquez, D., Pérez, L., Rodríguez, E., Rivera, L., & Bermúdez, V. (2011). Higiene Oral y Enfermedad Periodontal en Individuos con Síndrome Metabólico. Revista Latinoamericana de Hipertensión, 6(4), 60-66.

Braveman and S. Egerter, Overcoming obstacles to health: Report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America (Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation, 2008), p.81.

Braveman P, "Health disparities and health equity: Concepts and measurement," Annual Review of Public Health 27 (2006), pp. 167-194.

Bronfman M & Tuirán R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. Cuadernos Médico Sociales 1983; 29; 53-75

Berkman, L.F., Kawachi, I., "A historical framework for social epidemiology", en: Berkman, L. F. Kawachi, I., Editors. Social epidemiology. New York, 2000, p. 3-12

Borrell C. Benach J. Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània.

Breilh J. Epidemiología: economía, medicina y política. Quito: Universidad Central; 1979

Bunge, M. Causalidad: El Principio de Causalidad en la Ciencia Moderna. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Universitaria; 1972.

Campus, G., Cagetti, M. G., Senna, A., Sacco, G., Strohmer, L., & Petersen, P. E. (2008). Caries prevalence and need for dental care in 13-18-year-olds in the Municipality of Milan, Italy. *Community dental health*, 25(4), 237-242.

Colgrove J. The Mckeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence *American Journal of Public Health* | May 2002, Vol 92, No. 5

Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and Health: Evaluating Theories and Evidence NBER Working Paper No. 12352. June 2006; JEL No. I1, I2

Cantú Martínez, P C (2013). El axioma del desarrollo sustentable. *Revista de Ciencias Sociales*, (137).

_____ (2013) Hacia la edificación de una sociedad más sustentable. *Ciencia UANL*, 16 (63). pp. 45-53. ISSN 2007-1175.

_____ (2012). Conciencia y construcción social de la sustentabilidad. *Ciencia UANL*, 16(62), 36-44.

Castro, G. J. O., Salazar, S. M. Z., Muñoz, C. R., Gómez, H. A., & Otálvaro, L. E. G. V. Construcción participativa de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022.

Carrasco, M. (2016). Visita al dentista y hábitos higiénicos en escolares de 6-7 años. *Revista Kiru*, 12(1).

Contreras, A., & Ramírez, J. (2009). Relación entre Periodontitis y Enfermedad Cardiovascular. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 2(2), 91-97.

Cortés, A. (2006). Desarrollo humano, pobreza y salud. Colombia médica, 37(1), 5-5.

Carranza F. Periodontología (2009) Clínica. 9 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; pp.138-62.

Carta de Brasilia. (2007) Reunión Regional de consulta con la Sociedad Civil sobre los determinantes sociales de la salud. Brasilia.

Castañó RA, Arbelaez J, Giedion U, Morales L. Evolución de la equidad en el sistema de salud colombiano. Santiago de Chile: Cepal; 2001.

Casals-Peidró E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. Madrid; RCOE vol.10 no.4 julio-agosto 2008.

Castellanos, P. (1991). Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población. II Taller Latinoamericano de Medicina Social., (págs. 57-72). Caracas.

Cavanagh, S. C. (2005). Health needs assessment: a practical guide. London: National Institute for health and Clinical Excellence.

Cázares, M. L. (2009). Incremento del riesgo de padecer caries dental por consumo de hidratos de carbono. Respyn, 3 (10).

Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. MMWR 2001; 50(No. RR-14).

Céspedes JE, Jaramillo I, Castañó RA, Impacto de la reforma del sistema de seguridad social en los servicios de salud en Colombia, Cad Saude Publica Rio de Janeiro. 2002; 18 (4) 1003-1024.

Cisneros Domínguez G, Hernández Borges Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida MEDISAN. 2011; 15 (10): 14-56

Chen, J. R. (2006). Mapping and measuring social disparities in premature mortality: the impact of census tract poverty within and across Boston neighborhoods, 1999-2001. J Urban Health, 83 (6), 1063-1084.

Chhabra A, Chhabra N, Kabi D, Jain A. Understanding Dental Status and Treatment Need of Geriatric Patients: Oral Health in an Indian Population. *Oral Health Dent Manag.* 2013; 12 (4): 213-16

Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav*, 46 (1), 51-67.

Cogco Calderón AR, Martínez Martínez OA. La operación de la eficiencia del programa oportunidades en el área metropolitana de Monterrey, México: un estudio de caso. *Ciencia y Sociedad*, 2008; 33 (3): 405-441.

Colares V, Caraciolo G, Miranda A, Araujo G, Guerra P, Medo e/ou ansiedade com fator inibitório para a visita ao dentista. *Odontol Arq.* 2004;40(1):59-72

Cohen, D. F. (2003). Why is poverty unhealthy? Social and physical mediators. *Soc Sci Med* , 57 (9), 1631-1641.

CONAPO. (2000). Índices de marginación 2000. Recuperado el 2014 de enero de 13, de <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/2000.htm>

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Craft M, C. R. (1981). Whole healthy or diseased disabled teeth? The Health Education Council Monograph Series.

Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. California: SAGE Publications. Dahlgren, G. y Whitehead, M., *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.

Crespo Mafrán María Isabel, Riesgo Cosme Yalili de la Caridad, Laffita Lobaina Yaline, Rodríguez Hung Armelis Maylín, Copello Torres Aleyda. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2015 Ago 23] ; 14(2).

Crespo Mafrán, María Isabel, et al. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria: Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN, 2009, vol. 13, no 4.

Crespo Mafrán M, Riesgo Cosme Y, Laffita Lobaina Y, Torres Márquez P, Márquez Filiú M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN. 2009; 13 (4).

Dahlgren G, Whitehead M.(1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies.

D'Almedida H, Kagami NN, Maki Y, Kakaesoo Y. Self-reported oral hygiene habits, health knowledge, and sources of oral health information in a group of Japanese junior high school students. Bull Tokyo Dent Coll. 1997;38(2):123-31.

Diario Oficial de la Federación. DECRETO por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. Diario Oficial de la Federación 24-Diciembre-2003. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/dgps/ cartillas/doctos_descarga/DOF-24-DIC-02.doc](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgps/cartillas/doctos_descarga/DOF-24-DIC-02.doc) Consultado [23-diciembre-2014]

Diderchsen F. (2012) Health inequality – determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health, 2012; 40 (8): 12-105.

Dennis LI, F. B. (1995). Characteristics of pregnant women, utilization, and satisfaction with prenatal services in St. Petersburg, Russia. Public Health Nurs , 12, 374-377.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T et al.,Eds. Challenging inequities in health. New York, Oxford UP, 2001

Díez E. Peiró R. (2004) "Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud". Gaceta Sanitaria, 18(Sup.1): 158-167.

Donabedian, A. (1988). Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Fondo de Cultura Económica, 78-81.

Donolo, D. S. (2009). Triangulación: Procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación. Revista digital universitaria nacional del río Cuarto, Argentina, 10 (8).

Dufour, D. P. (2004). Rural-to-urban migration in Latin America: an update and thoughts on the mode. Journal Hum Biol. , 16 (4), 295-404.

Durkheim E. (1928) El suicidio: estudio de sociología. Madrid: Reus.

Dumitrescu AL, Kawamura M, Dogaru BC, Dogaru CD. (2010)Relation of achievement motives, satisfaction with life, happiness and oral health in Romanian university students. Oral Health Prev Dent; 8(1): 15-22.

Editores Revista Medicina Social (2007), Pobreza, enfermedades, desnutrición y muertes prevenibles:perspectivas globales, Volumen 2, numero 4.

Espinoza-Peña FJ (2011). Punto de Vista El Sistema de Salud en el México del siglo XXI. Su Estado frente al Desarrollo Sustentable Health System in Mexico of the XXI Century. Facing the sustainable development. MPA-e-journal de medicina familiar y atención primaria internacional, 27.

Espinoza Santander, Muñoz Poblete, Lara Molina, Uribe Cifuentes. Hábitos de higiene oral en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral Vol. 3(1); 11-18, 2010.

Espinoza Santander, I., et al. "Hábitos de higiene oral en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile." Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral 3.1 (2010): 11-18.

European Commission. Health in Europe, Results from 1997-2000 survey7s, Theme 3, Population and social conditions. LUXEMBOURG: Office for Official Publications of the European Communities; 2003.

Evans, Cristina Chaves. "Dieta cariogénica y no cariogénica: Educación nutricional recibida en el hogar a pacientes pediátricos de 5 a 8 años de edad de la Clínica Udentel de ULACIT." (2014)..

Evans, E.W.; Hayes, C.; Palmer, C.A.; Bermudez, O.I.; Cohen, S.A.; Must, A. (2013). Dietary intake and severe early childhood caries in low-income, young children. *J Acad Nutr Diet*. 2013 Aug; 113(8):1057-61. doi:10.1016/j.jand. pubmed.

Ewles, L. S. (1987). *Promoting Health. A practical guide to health education*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd , 30-38.

Farah, L. Betancourt, D. M. Shera, et al., "Environmental stimulation, parental nurturance and Cognitive development in humans," *Developmental Science* 11/5 (2008).

Farmer, Paul (2001), *Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes*, *Emergin Infectious Diseases*, Journal National Center for Infectious Diseases, Center for Diseases Control and Prevention, Volumen 2, Numero 4, Octubre-diciembre.

Fernández E. Schiaffino A. García M. (2005) "Les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia".

Ferri-de-Barros F, Howard A W, & Martin DK. (2009). Distribución injusta de los recursos en salud en Brasil: un análisis del establecimiento de prioridades nacionales. *Acta bioethica*, 15(2), 179-183.

Flores, G., & Lin, H. (2013). Trends in racial/ethnic disparities in medical and oral health, access to care, and use of services in US children: has anything changed over the years?. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 10.

Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta S., Escobar-Paucar G., Isaac-Millán M, Londoño-Marin P. (2011). Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. *CES Odontología*, 23(2), 41-48.

Francés F. Elementos para el estudio de la estratificación social en las sociedades avanzadas: estrategias operativas; *Revista Obets*.2009; 3, 43-56.

Frankel, S. (1991). "Health Needs, Health-Care Requirements, and the Myth of Infinite Demand". 1588-1590.

Feigelman S, Li X, Stanton B. Perceived risks and benefits of alcohol, cigarette and drug use among urban low - income African-American early adolescents. Bulletin of the New York Academy of Medicine. 1995; 72 (1): 57-57.

Hechavarria Martínez BO, Venzant Zulueta S, Carbonell Ramírez MC, Carbonell Gonsalves C. Salud bucal en la adolescencia. Cuba; MEDISAN vol.17 no.1 Santiago Cuba ene. 2013.

Hernández-Torres, F., Aguirre-Gas, H., Santacruz-Varela, J., Gómez-Berna, E., García-Saisó, S., & Rubén Durán-Fontes, L. (2013). Calidad efectiva de los servicios de salud. Revista CONAMED, 18(3).

Galaz J, Ramos E, Tijerina L. Riesgo de presencia de la placa dentrobacteriana asociado al control de higiene bucal en adolescentes. Rev Salud Publica Nutr 2009; 10(4):1-9.

Galindo, L. C. (2009). Estado de salud bucodental y necesidades de atención odontológica, en dos municipios de diferente estrato socioeconómico, en Nuevo León. Recuperado el 2014, de <http://hera.ugr.es/tesisugr/18337788.pdf>

García LM, Estrada JH. Perfil epidemiológico bucodental de la población escolar de 5 a 15 años. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. 2000: 197:24-35.

Garza, E. M. (2009). Índice de la enfermedad periodontal, en adultos de 20 a 74 años en el estado de Nuevo León. Recuperado el 2012, de <http://hera.ugr.es/tesisugr/18695188.pdf>

Garza, M, (2009). Índice de enfermedad periodontal en adultos de 20 a 74 años en el estado de Nuevo León, México., Editorial de la universidad de Granada.

Galobardes B et al. Indicators of socioeconomic position (part 1). Journal of Epidemiology and Community Health, 2006, 60: 7-12

Graham, H. (2004). Social Determinants and their unequal distribution: clarifying policy understanding. Milbank Q., 82 (1), 101-124.

Gobierno de la República Mexicana. Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018. [acceso: 20 de Enero del 2017]. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/>

Gobierno de la República Mexicana. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. [acceso: 20 de Enero del 2017]. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html>

Gobierno de la República Mexicana. Programa de Acción Específico en Salud Bucal 2013-2018. [acceso: 20 de Enero del 2017]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevenccionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf

Gómez, A. S. (2006). Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del sistema general de seguridad social de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 5(11).

Gómez-Osorno Ana María, Bernal Alvarez Tomás, Posada-López Adriana, Agudelo-Suárez Andrés A. Caries dental, higiene bucal y necesidades de tratamiento en población de 3 a 5 años de una institución educativa de Medellín y sus factores relacionados. Vol. 11, num. 21 (2015).

González Sanz AM, González Nieto BA, Gonzáles Nieto E. Salud dental: relación entre las caries dentales y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*. 2013; 28(4).

Health, C. o. (2007). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneve: World Health Organization.

Hearn, L., & Slack-Smith, L. (2016). Engaging dental professionals in residential aged-care facilities: staff perspectives regarding access to oral care. *Australian journal of primary health*, 22(5), 445-451.

Hechavarria Martínez, Bárbara Olaydis, et al. "Salud bucal en la adolescencia." *Medisan* 17.1 (2013): 117-125.

Hechavarria Martínez B, Venzant Zulueta S, Carbonell Ramírez M, Carbonell Gonsalves C. Salud bucal en la adolescencia. *MEDISAN*. 2013; 17 (1): 117-125.

Hernández, A. I.-C. (2007). Políticas de salud y salud pública. *Gaceta sanitaria*, 21 (4), 280-281.

Hernández M.A., Molina N., Rodríguez, R. (2008). Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta pediátrica de México*, 29(1), 21-24.

Hernández Sampieri Roberto, C. F. (2010). *Metodología de la Investigación* (3 ed.). México: McGraw-Hill.

Horwitz, A. (1960). La Salud el bienestar económico. Organización Panamericana de la Salud, 57.

Howden-Chapman P. Housing Standars: a glossary of housing and Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004,58: 162-168

Hughes DC, D. K. (2005). . Disparities in children's use of oral health services. *Public Health Rep* , 120, 455–462.

INEGI. Censos Población, hogares y familias 2010. [Fecha de acceso 12 septiembre 2016] Disponible en: www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484

INEGI. Encuesta de ingreso y gasto en hogares Nuevo León 2010. [Fecha de acceso 12 septiembre 2016] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/eigh/EIGH04_NL.pdf

INEGI. Derechohabiencia al servicio de salud; 2010. [Fecha de acceso 12 sEPTIEMBRE 2012] Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=19>

Irigoyen, E. V. (1999). Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México. *ADM*, 56 (2), 64-69.

Irigoyen-Camacho María E, (1995). Cambios en los índices de caries dental en escolares de una zona de Xochimilco México: 1984-1992. *Salud Pública Méx*, 37 (5), 430-435.

Jardines Méndez, J. B. (2007). Acceso a la información y equidad en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3).

Kjeld Jensen, G. G. (1985). Salud dental: problemas de caries dental, higiene bucal y gingivitis en la población marginada metropolitana de México. *Bol Of Sanit Panam* , 94 (6).

Krieger. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* , 30 (4), 668-677.

Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. (2005) Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med*; 61:1576-96.

Krieger, N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *J Public Health*, 98 (2), 221-230.

Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research. *Annu Rev Public Health* 1997;18: 341-78.

Krieger N. Glosario de epidemiología social *1 Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(5/6), 2002

Kunitz, S. J., Explanations and ideologies of mortality patterns. *Pop Devel Rev*, 1987; volume, p. 379-408.

Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra Ja, Geurts JJ, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Stronegger WJ, Mackenbach JP. (2005) "Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries". *International Journal of Epidemiology*, 34(2):295-305.

Lafuente PJ, Gómez Pérez de Mendiola FJ, Aguirre B et al. Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Vitoria- Gasteiz: evaluación. *Aten Primaria* 2010;29:213-7.

Lago, F. P., Elorza, M. E., Nebel-Moscoso, S., & Vanina-Ripari, N. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 40-54.

Latina, C. E. (2004). *Panorama Social de América Latina y el Caribe*. Washington.

Li P, He L, Sha YQ, Luan QX. Relationship of metabolic syndrome to chronic periodontitis. *J Periodontol* 2009; 80: 541-549.

Li, C. H., Albuquerque, M. S., & Gooch, B. F. (2014). Use of dental care and effective preventive services in preventing tooth decay among US children and adolescents—Medical Expenditure Panel Survey, United States, 2003–2009 and National Health and Nutrition Examination Survey, United States, 2005–2010. *Use of Selected Clinical Preventive Services to Improve the Health of Infants, Children, and Adolescents—United States, 1999–2011*, 63(2), 54.

Link BG, Phelan JC. Editorial: understanding sociodemographic differences in health—the role of fundamental Social causes. *Am J Public Health* 1996;86:471-43

LIBERATOS P. LINK BG. KELSEY JL. (1988) “The measurement of social class in epidemiology”. *Epidemiologic Reviews*, 10:87-121.

Luzzi L, Spencer J(2008). Factors influencing the use of public dental services: An application of the Theory of Planned Behaviour. *BMC Health Service Research*; 8-9.

Locker, D. (1988). Medición de la salud oral. Un marco conceptual de la Salud Dental , 5, 3-18.

López RJ.(2011) Morbilidad y Reincidencia Viral. citado en: 20 Enero 2011. Disponible en: <http://www.quasar.es/imasd/imasd/may99/morbi4.htm>

Luengas Aguirre, M. I. D. F. (2000). Tendencias en el desarrollo de la práctica odontológica en México al inicio de un nuevo milenio. *Rev. ADM*, 57(1), 12-8.

Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. (2000) Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*. 29(320):1200-4.

Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev Latinam Salud*. 1981;2(1):7-25

Macintyre S. (1997) "The Black report and beyond: what are the issues?". *Social Science and Medicine*, 44:723-745.

Mendoza J, Jarillo E. Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones entorno a sus fundamentos epistemológicos. *Ciencias & salud colectiva*. 16 (supl 1): 847-854. 2011

McKeown T, Record RG. Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth Century. *Popul Stud*. 1962; 16:94-122.

Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Regular Use of Dental Services among Adults and Older Adults in a Vulnerable Region in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2010; 46 (3): 526-33.

Mahtouz AA, E.-S. M.-E. (1995). Teenage pregnancy: Are teenagers a high risk group? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 59, 17-20.

Malhotra, N. 2004. Análisis factorial. *Investigación de Mercados*. Pearson Educación, México D.F., México. Capítulo 19. PP. 558-583.

Manski, R. J., Moeller, J. F., Chen, H., St Clair, P. A., Schimmel, J., & Pepper, J. V. (2012). Wealth effect and dental care utilization in the United States. *Journal of public health dentistry*, 72(3), 179-189.

Marmot, M. (2005). The status syndrome: How social standing affects our health and longevity. *N Engl J Med*, 1159-1160.

Marmot M, Wilkinson RG. (2001) Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*. 19:1233-6.

Marmot M. (2007) Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*; 370:1153-63.

Marmot M. The Influence Of Income On Health: Views Of An Epidemiologist *Health Affairs*, 21, no.2 (2002): 31-46

Martínez García, Y., González Valdez, S., & Fina Rebolledo, O. Intervención educativa en la enseñanza preescolar para proporcionar conocimientos sobre salud bucodental. *Revista Conrado [seriada en línea]*, (2015) 11 (48). pp. 48-51.

Martha Aidee Cisneros Estala^{1,2}, Liliana Zandra Tijerina González^{1,2} y Pedro César Cantú Martínez¹ (2010) Salud Bucal y Hábitos Alimentarios En Estudiantes Universitarios , *Revista Salud Pública y Nutrición*.

McEwen and P. J. Gianaros, "Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease," *Annals of the New York Academy of Sciences* 1186 (2010), pp. 190-222.

McKeown T. (1976) *The modern rise of population*. New York: Academic Press.

McKeown T. (1979) *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. Oxford: Basil Blackwell.

Maeve Hautecoeur, M. V. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública Méx* , 86-93.

Marmot m. Rose g. Shipley m. Hamilton PJ. (1978) "Employment grade and coronary heart disease in British civil servants". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32:244-249.

Marmot m. Smith gd. Stansfeld s. Patel c. North f. Head j. White i. Brunner e. Feeney a. (1991) "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study". *Lancet*, 337:1387-1393.

Marmot m. Bobak m. Smith gd. (1995) "explanations for social inequalities in health". En Amick b. Levine s. Tarlov ar. Walsh dc. Editores. *Society and health*. New York: oxford university press.

Marmot m. Wilkinson g. (2001) "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al.". *British Medical Journal*, 322(7296):1233-1236.

Martínez GM. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Universitas Odontológica*. 2011; 30(64): 101.

Marx, K. (1974). El método en la economía política (Vol. 100). Grijalbo.

Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol*. 2008; 20, 1: 11-25.

Maupomé G. Criterios y condiciones para el inicio de medidas restauradoras. *Práctica Odontológica* 1992; 12 (10):40- 5.

McDowell, I., Norland, J., *Explanations in Social Epidemiology*. Ottawa, University of Ottawa, 2001.

Moyaho-Bernal, A. (2010). La autopercepción de la salud general y bucal en los niños de Puebla, México. *Rev. Soc. Odontol. Plata*, 23(41), 21-24.

Medina CE, Maupomé G, Segovia A, Casanova AJ, Vallejos AA, Casanova JF. Introducing a clinical-behavioural scoring system for children's oral hygiene. *Rev. Salud pública* 2006;8(1): 14-24.

Medina-Solís, C. (2004). Factores socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios dentales en escolares de Campeche, México. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 61, 324-333.

Medina-Solís, Cario Eduardo et al (2006). Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Rev. invest. clín.*, México, v. 58, n. 4, agosto 2006.

Medina-Solís CE, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Maupomé G, Ávila-Burgos L. Factores socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios dentales en escolares de Campeche, México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2004; 61:324-33.

Medina-Solís CE, Maupomé G, Ávila-Burgos L, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Segovia-Villanueva A. Utilización de servicios odontológicos de salud por niños menores de 5 años con seguridad social. *Rev Mex Pediatr* 2004; 71:222-8.

Medina-Solís CE, Maupomé G, Avila-Burgos L, Hajar-Medina M, Segovia-Villanueva A, Pérez-Núñez R. Factors that modify the use of dental services in Mexican preschool children. *Pediatr Dent* 2006; 28:285-92.

Mejía a, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev. Salud pública. 2007; 9(1): 26-36.

Mendoza, T. J. (2010). Percepción de la necesidad de salud bucal en una población adulta joven de diferentes estratos socioeconómicos, respecto a su nivel de salud bucal, del área metropolitana de Monterrey.

Miguel F. (1998). Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Atención Primaria, 22, 585-595.

Mogollón Pérez, A. S., & Vázquez Navarrete, M. L. (2006). Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. Gerencia y Políticas de Salud, 5(11).

Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J et al.(2004) Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit; 18(1): 175-181.

Moranchel, H. O., & Amador, S. (2007). La salud sustentable y ambiente social. Aportes, 12(36), 79-92.

Moynihan R, Heath I, Henry D. (2002) Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 324; 886-891.

Navas Perozo, R. M., Fox Delgado, M. A., Chacín Espina, A. K., & Rincón Fernández, M. C. (2014). Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal. Revista Cubana de Estomatología, 51(4), 366-377.

Navarro V, Borrell C, et al.(2003) The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. Int J Health Serv. 2003; 33:419-94.

Navarro V. (2004) The political and social contexts of health. New York: Baywood Publishing Company

Nelson, S. A. (2004). Disparity in orthodontic utilization and treatment need among high school students. J Public Health Dent, 64, 26-30.

Naciones Unidas (2009). «Publicaciones Principales. Programa 21». Fundación Desarrollo y Naturaleza (DEYNA) disponible en: www.deyna.org/cast/docum/Articulo_I.doc

Ochoa-Díaz LH, Sánchez-Pérez HJ, Martínez GL. (1990). Evaluación de servicios de atención primaria a la salud en el área rural. México, D.F.:Secretaría de Salud.

Ola, D., Gambôa, A. B., Folayan, M. O., & Marcenés, W. (2013). Family structure, socioeconomic position and utilization of oral health services among Nigerian senior secondary school pupils. *Journal of public health dentistry*, 73(2), 158-165.

OMS. (2003). Reporte de la OMS. Recuperado el 2016, de http://www.who.int/oral_health/publications/report03/en

OMS. (2004). Reporte OMS Ginebra 2004. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

OMS. (2005). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 2016, http://www.who.int/social_determinants/es/

OMS. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 2012: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

OMS. (2008). Glosario de promoción de la salud. Recuperado el 2016, de Glosario de promoción de la salud: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>.

OMS. (2009). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 2014 de Diciembre de 1, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/62/A62_R14-SP.PDF.

OMS. (2011). Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal. Recuperado el 2014, de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_R8-sp.pdf

OPS. (2007). Programa de salud bucal. Recuperado el 2014, de <http://www.paho.org/Spanish/gov/cd/doc259.pdf>

OMS (2015). Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity. Recuperado el 2017, en: http://www.who.int/oral_health/tokyodeclaration_final.pdf?ua=1

OPS-OMS. Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health DRAFT April 2007.

OPS-OMS. Commission on Social Determinants of Health. Framework for action on tackling social Determinants of health inequities. Elaborated by EQH/EIP 2006 (OPSH).

ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. . Asamblea General de las Naciones Unidas.

ONU (1993) Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo. Documentos de la Cumbre de Río. 2 vol. Ministerio de Obras Públicas, Urbanismo y Medio Ambiente, Madrid.

ONU. (2000). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Recuperado el 2012, de [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/8e9c603f486cdf83802566f8003870e7/b11db68378787542802568e30034abf6/\\$FILE/G0041212.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/8e9c603f486cdf83802566f8003870e7/b11db68378787542802568e30034abf6/$FILE/G0041212.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Contribuyendo al financiamiento sostenible de sistemas de salud de cobertura universal

Ochoa, F. R., & Pardo, C. L. (2003). Desarrollo humano y salud en América Latina y el Caribe. Revista Cubana de Salud Pública, 29(1), 8-17.

Parascandola, M., "Weed DL. Causation in epidemiology". En Journal Epidemiology and Community. Health.2001; volume 55, p.905-912

Parra Carranza, Jorge Andrés (2014) : Enfermedades y lesiones patológicas localizadas de la mucosa oral, tejidos blandos bucales y peribucales en pacientes geriátricos, estudio estadístico hospital Luis Vernaza 2010-2013.

Parker, E. J., Misan, G., Chong, A., Mills, H., Roberts-Thomson, K., Horowitz, A. M., & Jamieson, L. M. (2012). An oral health literacy intervention for Indigenous adults in a rural setting in Australia. *BMC Public Health*, 12(1), 461.

Pedroza Luengas, M. E. De las teorías del desarrollo al desarrollo sustentable: construcción de un enfoque multidisciplinario Estela Gutiérrez Garza, Edgar González Gaudiano México, Universidad Autónoma de Nuevo León Siglo XXI Editores, 2010, 216 pp. *Matices del Posgrado Aragón*, 5(13).

Pérez Clara, Vidal Lima Marialina, del Valle Portilla María del Carmen. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. *Rev Cub Med Mil* [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2015 Ago 23] ; 40(1): 40-47.

Pérez, L.; Quiñones, E.; Ferro, P.; Martínez, H.; Santana, S. (2008). Estado de salud bucal: su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años. *Rev Cubana Estomatol* v.45 n.2 Ciudad de La Habana.

Pérez, A. S. M., & Navarrete, M. L. V. (2006). Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 5(11).

Ramón Jimenez, R., Castañeda Deroncelé, M., Corona Carpio, M. H., Estrada Pereira, G. A., & Quinzán Luna, A. M. (2016). Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. *MediSan*, 20(5), 604-610.

Rocha-Buelvas, A. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25).

Peña Sisto Maritza, Peña Sisto Liliana, Díaz Felizola Ángela, Torres Keiruz Deysi, Lao Salas Niurka. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2015 Jul 08]; 45(1).
()

Peña Sisto, Maritza, et al. "Patógenos periodontales y sus relaciones con enfermedades sistémicas." *Medisan* 16.7 (2012): 1137-1148.

Petersen, P. (2003). La mejora continua de la salud oral en el siglo 21 - el enfoque de la OMS,. Programa Mundial de Salud Oral de la Comunidad de Odontología y Epidemiología Bucal, 1 (31), 3-24.

Pidesc. (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 2012, de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

Pickett and M. Pearl, "Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: A critical review," *Journal of Epidemiology and Community Health* 55/2 (2001).

Pine, C. A. (2004). Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health*, 21 (1), 86–95.

Pimentel, E. (2003). El desarrollo sostenible de los sistemas de salud: un paradigma emergente y saludable. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(1), 243-249.

Pizzaro V, Ferrer M, Domingo Salvany A, Benanch J, Borrel C. Pont A, Schiaffino A, Almanza J, Tresseras R, Alonso J. The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009, 37: 78-84.

Poulton, R. C. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life course study. *The Lancet*, 360, 1640-1645.

PNUD (1990-2007) Informes de Desarrollo Humano 1990-2007. Recuperados de: http://hdr.undp.org/xmlsearch/reportSearch?y=*&c=g&t=*&k=

_____ (1990). Concepto y medidas del desarrollo humano. Recuperado de:

http://hdr.undp.org/xmlsearch/reportSearch?&k=&t=*&c=g&y=*&p=2

Preshaw, P. M., Alba, A. L., Herrera, D., Jepsen, S., Konstantinidis, A., Makrilakis, K., & Taylor, R. (2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*, 55(1), 21-31.

Putnam RD, Leonardi R, Nanenetti R (1993). *Marking democracy work: civic traditions in modern Italy.* Princeton, NJ, Princeton University Press

Quiñones Ramírez, L. G. (2014). Caries Dental y su Consecuencia en niños de 8 años en la Unidad Educativa Pablo Aníbal Vela Periodo 2013.

Quiñónez Ybarra, María Elena, et al. "Morbilidad bucal: Su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años de la Consulta de Nutrición del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana." Revista Cubana de Estomatología 41.1 (2004).

Quiñones Ybarría, M. E., Lisbeth, P. P., Ferro Benítez, P. P., Martínez Canalejo, H., & Santana Porbén, S. (2008). Estado de salud bucal: su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años. Revista Cubana de Estomatología, 45(2), 0-0.

Ralf Dahrendorf. Class and class conflict in industrial society. Stanford, Calif., Stanford University Press, 1959.

Ramírez, J. H. (2011). ¿Es la enfermedad periodontal un factor de riesgo cardiovascular? Revisión de la evidencia experimental y clínica.

Raphael, D. (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. Int J Health Serv , 36 (4), 651-677.

Rayner, J. F. (1971). School Dental Health Education. En Richards ND and Cohen L K eds. Social Sciences and Dentistry: A critical bibliography. Berlin: International Quintessence Publishing Group , 275-307.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua ^{española}. 22 edición. Disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=determinante>

Regidor E. González j. (1989) "desigualdad social y mortalidad en españa". Revista de sanidad e higiene pública; 63: 107-116.

Regidor E. Gutiérrez-fisac jl. Rodríguez c. (1994) Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos.

Regidor E. Gutiérrez-fisac jl. Rodríguez c. De mateo s. Alonso i. (1995) "las desigualdades sociales y la salud en españa". En: navarro c. Cabasés jm. Tormo mj. Editores.

Regidor E. De mateo s. Gutiérrez-fisac jl. Fernández de la hoz k. Rodríguez c.

(1996) "Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España". Medicina Clínica (Barcelona), 107(8): 285-288.

Regidor E. De mateo s. Gutiérrez-fisac jl. Rodríguez c. (1996b) "diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas". Medicina clínica (barcelona), 106(8): 285-289.

Regidor E. Gutiérrez-fisac JL. (1999) Indicadores de Salud. Cuarta Evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Regidor E. Barrio g. De la fuente l. Domingo a. Rodríguez c. Alonso j. (1999) "Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults". Journal of Epidemiology and Community Health, 53: 75-82.

Regidor E. Calle me. Domnguez v. Navarro p. (2001) "Mortalidad según características sociales y económicas: estudio de mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid". Medicina Clínica (Barcelona), 116: 726-731.

Regidor E. Gutiérrez-fisac jl. Calle me. Navarro p. Domínguez v. (2001b) "trends in cigarette smoking in spain by social class". Preventive medicine, 33(4): 241-248.

Regidor, E. (2002) Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX. Murcia: Universidad de Alicante.

Regidor E. Gutiérrez-fisac jl. Domínguez v. Calle me. Navarro p. (2002) "comparing social inequalities in health in spain: 1987 and 1995/1997". Social science and medicine, 54(9): 1323-1332

Regidor E. De mateo s. Calle me. Domínguez v. (2002b) "educational level and mortality from infectious diseases". Journal of epidemiology and community health, 56(9):682-683.

Regidor E. Pascual c. Calle me. Martínez d. Domínguez v. (2003) "incremento de la martínez d. Domínguez v. (2003) "Incremento de la diferencia en la supervivencia según la renta per cápita en España en los últimos años del siglo XX". Gaceta Sanitaria, 17(5):404-408.

Regidor E. Calle me. Navarro p. Domínguez v. (2003b) "trends in the association between average income, poverty and income inequality and life expectancy in Spain". *Social science and medicine*, 56(5):961-971.

Regidor E. Calle me. Navarro p. Domínguez v. (2003c) "The size of educational differences in mortality from specific cause of death in men and women". *European Journal of Epidemiology*, 18(5):395-400.

Regidor E. Banegas jr. Gutiérrez-fisac jl. Domínguez v. Rodríguez-artalejo domínguez v. Rodríguez-artalejo f. (2004) "socioeconomic position in childhood and cardiovascular risk factors in older Spanish people". *International journal of epidemiology*, 33(4): 723-730

Regidor E. Ronda e. Martínez d. Calle me. Navarro p. Domínguez v. (2005) "occupational social class and mortality in a population of men economically active: the contribution of education and employment situation". *European journal of epidemiology*, 20(6):501-8.

Regidor E. Martínez d. Astasio p. Ortega p. Calle me. Domínguez V. (2006) "Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España". *Gaceta Sanitaria*, 20(3):1-5.

Reisine ST. (1987) Dental health and public policy: The social impact of dental disease. *Am J Public Health*; 75 (1): 27- 30

Reyes, M. H.-D.-A.-S.-F.-U. (2009). Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas en México. *Re. Panam. Salud Pública*, 25 (4), 328-336.

Ritchie, J., Spencer, L., and O'Connor, W. (2003) Carrying out qualitative analysis. In Ritchie, J. and Lewis, J. (eds.) *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Sage: London; Thousand Oaks; New Delhi.

Rocha-Buelvas, A., Hidalgo, A., & Hidalgo-Eraso, A. (2013). Determinantes de la utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes universitarios del municipio de Pasto, 2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(3), 359-371.

Rodríguez, C. A. (1992). Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Ciencias Médicas.

Rodríguez, L. (2008). Factores sociales y culturales, determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. Ecuador: UNFPA.

Rolón Lara María Cristina, Samudio Margarita. Conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras sobre factores preventivos de la salud oral en la primera infancia. *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 41; N° 3; Diciembre 2014.

Rose, G. (1994). La estrategia de la medicina preventiva. Barcelona : Masson-Salvat.

Rocco L, Suhrcke M. Is social capital good for health? A European perspective. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.

Rubio M. Perverse Social Capital: Some Evidence from Colombia. *Journal of Economic Issues*, Vol. 31, No. 3 (Sep., 1997), pp. 805-816

Ruiz Candina Héctor Juan, Herrera Batista Aleida. Periodontal diseases prevalence and some risk factors present in the aged. *Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]*. 2009 Sep [citado 2015 Jul 09]; 2

Rylho-Bauer, B. F. (2002). Managed Care or Managed Inequality? A Call for Critiques of Market-Based Medicine. *Medical Anthropology Quarterly* , 16 (4), 476-502.

Sabates R, Feinstein L. The role of education in the uptake of preventative health care: the case of cervical screening in Britain. *Soc Sci Med*. 2006;62: 2998-3010.

Sánchez-Pérez Héctor Javier, (1997). Bienestar social y servicios de salud en la Región Fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. *Salud Pública Méx* , 39 (6), 530-538.

Sanders, A. S. (2004). Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z J Public Health*, 28, 159–166.

Secretaria de salud México. (2011). Programa de salud bucal es escolares México. Recuperado el 2016, http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf

Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford, Claredon Press. 331

_____ & Martha C. Nussbaum (comp.) (1993). *La calidad de vida.*, México, Fondo de Cultura Económica.

_____ (1999). *La salud en el desarrollo*. Presentado en el 52 Asamblea Mundial de la Salud- Organización Mundial de la Salud, el 18 de mayo de 1999 en Ginebra.

_____ (2000). *Desarrollo y Libertad*, Barcelona, Editorial Planeta. (Traducción del *Development as Freedom* (1999), London, Oxford University Press)

_____ (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Mayo/Junio, 11(5), 302-309. USA.

Sandoval, C. B., & Barten, F. (2011). Una zona gris de derechos y conocimiento: desplazamiento en Colombia, migración sur-sur y equidad en salud. *Desafíos*, 23(1), 142-174.

Sanz-Sánchez I, Bascones-Martínez A. Otras enfermedades periodontales. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas. *Av.Periodon Implantol*. 2008; 20, 1: 59-66.

Sanz-Sánchez, I., Bascones-Martínez A. "Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal." *Avances en odontoestomatología* 25.5 (2009): 249-263.

Scavone, G. (2008). *Sustentabilidad del sistema de salud desde una perspectiva social y ambiental*. Foro virtual de Contabilidad Ambiental y Social–Agosto.

Simó, J., & Gérvas, J. (2012). Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 36-40.

Shi L, Starfield B, Kennedy B, and Kawachi I.(1999) Income inequality, primary care, and health indicators. *The Journal of Family Practice*; 48:(4)275-284.

Scheffler, R.M., T.T. Brown and J. Rice (2007), "The Role of Social Capital in Reducing Non-Specific Psychological Distress: The Importance of Controlling for Omitted Variable Bias", *Social Science & Medicine*, Vol. 65, No.4, pp. 842-854

Scheffler, R.M., T.T. Brown, L. Syme, I. Kawachi, I Tolstykh and C. Iribarren (2008), "Community-Level Social Capital and Recurrence of Acute Coronary Syndrome", *Social Science & Medicine*, Vol. 66, No. 7, pp.1603-1613.

Schneiders, J. D. (2003). Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from late childhood into early adolescence. *J Epidemiol Community Health* 59, 699-703.

Schneider mc. Castillo-salgado c. Bacallao j. Loyola e. Mujica oj. Vidaurrem. Roca a. (2004) "métodos de medición de las desigualdades en salud (parte i)" boletín epidemiológico de la organización panamericana de la salud, 25(4).

Sellstrom E, Bremberg S. The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and Well-being: a systematic review of multilevel studies. *Scand J Public Health*, 2006; 34(5): 544-54.

Shaw m. Davey smith gd. Dorling D. (2005) "Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress". *British Medical Journal*, 330: 1016-1021.

Shonkoff, W. T. Boyce, and B. S. McEwen, "Neuroscience, molecular biology, and the child-hood roots Of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention," *Journal of the American Medical Association* 301/21 (2009), pp. 2252-259.

Slade GD, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Australia's dental generations: The National Survey of Adult Oral Health 2004-06. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2007.

Smolik I, Robinson D, El-Gabalawy Hs. Periodontitis and rheumatoid arthritis: epidemiologic, clinical, and immunologic associations. *Compend Contin Educ Dent* 2009; 30:188-194.

Solar O, Irwin A. A 2010 conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social determinants Of health discussion paper 2 (policy and practice)*. World Health Organization.

Sánchez-Huamán, Y. (2015). Efectividad de un programa educativo preventivo para mejorar hábitos de higiene y condición de higiene oral en escolares. *Revista Kiru*, 9(1).

Soria-Hernández, M. A., Molina, N., & Rodríguez, R. (2008). Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica de México*, 29(1), 21-24.

Starfield, B. (2012). Atención primaria, una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*, 26.

Stifano, M., Chimenos-Küster, E., López-López, J., & Lozano-de-Luaces, V. (2008). Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral. *Odontol Prev*, 1(2), 65-72.

Stifano M, Chimenos-Küstner E, López López J, Lozano de Luaces V. Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral. *Odontología Preventiva*. 2008; 1(2):65-72.

Sigerist, H. (1943). *Civilization and Disease*. Chicago: The University of Chicago.

SIVEPAB. (2010). *Sistema de Vigilancia Epidemiologica de Patologías bucales*. Recuperado el 2012, de http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sivepab2010_completo.pdf

SSA. (2001). Encuesta Nacional de Caries dental 2001. Obtenido de <http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/encd2001.pdf>

SSA. (2007-2012). Programa de acción específico en salud bucal . Recuperado el 2012, de <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/saludbucal.pdf>

SSA. (2007). Programa Nacional De Salud. Obtenido de http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

Stiglitz, J, Sen, A & Fitoussi, J. (2010). Mismeasuring our lives. Why GDP doesn't add up. Ed. The New Press: London.

Strike and A. Steptoe, "Psychosocial factors in the development of coronary artery disease," *Progress In Cardiovascular Diseases* 46/4 (2004), pp. 337-347.

Seegerstrom and G. E. Miller, "Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry," *Psychological Bulletin* 130/4 (2004), pp.601-630.

Susser, M., Susser, E., "Choosing a future for epidemiology: II. from black boxes to Chinese boxes and eco-Epidemiology". *Am Journal Public Health*, 1996, volume 86, p. 674-77.

Szklo m. Nieto J. (2003) *Epidemiología intermedia. Conceptos y Aplicaciones*. Madrid: Díaz Santos.

Tai BJ, Jianag H, Du MQ, Peng B. Assessing the effectiveness of a school-based oral health promotion programe in Yichang City, China. *Communnity Dent Oral Epidemiol* 2009;37:391-8.

Torres, C., & Mújica, O. J. (2004). Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Rev Panam Salud Pública*, 15(6), 430-9

Taylor, R. B. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. España: Paidós.

Tarlov A, Social determinants of health: the sociobiological transition. In: Blane D ea, editor. Health and Social Organization. London, United Kingdom; Routledge, 1996:7193

Thomas D, Mirowski G, Nutrition and oral mucosal diseases, Elsevier 2010: 28(4) 426-431

Tomás-Sábado J. (2009). Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería. Bellaterra: Universad Autonoma de Barcelona.

Townsend P. Davison N. Editores. (1982) Inequalities in heath: the Black Report. Harmondsworth: Pelican.

Van Doorslaer E. Masseria C. Koolman X. Inequalities in access to medical cara by income in developed countries. CMAJ. 2006; 17: 177-83.

Vásquez, F., Paraje, G., & Estay, M. (2013). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. Revista Panamericana de Salud Pública, 33(2), 98-106.

Villalobos JJ, Lau L, Ponde de León MV, Verdugo L, Valle JF, Guzmán TJ. Factores asociados a la práctica de cepilla dental entre escolares. Rev Mex Pediatr 2006; 73(4): 167-71.

Villerme. (1826). Académie de Médecine, au nom de la Commission de Statistique, sur une série de tableaux relatifs au mouvement de la population dans le douze arrondissements municipaux de la ville de Paris pendant les cinq années. Paris: Académie de Médecine.

Virchow, S. R. (2003). Public Health and the built environment. Journal of Urban Health Bulletin of the New York Academy of Medicine, 80 (4), 523-524.

Vlahov D, G. S. (2005). Perspectives on urban conditions and populatio. Cad. Saude Publica , 21 (3), 949-957.

_____ (2002). Urbanization, urbanicity, and health. J Urban Health, 79 (4), 1-12.

Waitzkin, H. I. (2001). Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. *American Journal of Public Health*, 91 (10), 1592-1601.

Weber, M. (2014). *Economía y sociedad*. Fondo de cultura económica.

Weber, M., & Echavarría, J. M. (1977). *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. Fondo de cultura económica.

WHO Commission on Social Determinants of Health. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Final Report.2007

Wilkinson, R. P. (2008). Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *Am J Public Health* , 98 (4), 699-704.

World Bank (2011). *Social capital* (web site). Washington, DC, World Bank. Disponible en (<http://go.worldbank.org/K4LUMW43B0>, accessed octubre 2014).

Wilson K, Eyles J, Ellaway A, Macintyre S, Macdonald L. Health status and health behaviours in Neighbourhoods: A comparison of Glasgow, Scotland and Hamilton, Canada. *Health & Place*, Volume 16, Issue 2, March 2010, Pages 331-338.

Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to inequities in Health: a global Perspective. *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press;2001:309-322

Whitehead m. (1988) "the health divide" en: townsend p. Davison n. Whitehead m. *Inequalities in health: the black report and the health divide*. London: penguin books.

Whitehead M. (1990) *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.


Whitehead m. Evandrou m. Haglund b. Diderichsen f. (1997) "As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?". *British Medical Journal*, 315:1006-1009.

World Health Survey 2003 Results. Geneva, World Health Organization, 2007 (accesso: 6 de enero de 2009). Disponible en <http://www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index/html>.

Zurriaga, O. M.–B. (2004). Assessing the social class of children from parental information to study possible social inequalities in health outcomes. *Ann Epidemio* , 14, 37

12. ANEXOS

23.1 Anexo 1.(Instrumento)

 **UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
NUEVO LEON
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
SOCIALES**

A) SOCIOECONÓMICO Folio:

1. Edad: _____

2. Género: 1.Masculino () 2.Femenino
()

3. Lugar donde nació:

4. Años estudio: _____

5. Ocupación actual:

6. ¿Cuál es el ingreso familiar mensual?

1. \$0-\$4,000
2. \$4,001- \$8,000
3. \$8001-\$12,000
4. \$12,001-\$20,000
5. \$20,001 o más

7. Cuenta con algún apoyo de gobierno:

1. Prospera	(si) (no)
2. Jefas De familia	(si) (no)
3. Seguro de vida Madres solteras	(si) (no)
4. 65 y más	(si) (no)
5. Casa digna	(si) (no)
6. Beca estudiantil	(si) (no)
7. Otro	

B) SERVICIO DE SALUD

8. ¿Cuenta su familia, con algún servicio de salud?

1. Si
2. No

9. ¿Cuál es la institución que le presta los servicios de salud?

1.IMSS	2.SEDEN A	3. 2 o más
4. ISSSTE	5.SEMAR	6.No Aplic a
7.SSA	8. SEGURO POPULA R	9.Otro:
10.PEME X	11. Privado	

C) PERCEPCION DE SALUD BUCAL

10. ¿En qué medida le preocupa a usted actualmente su estado general de salud?

1. Mucho
2. Regular
3. Poco
4. Nada

11. ¿En qué medida le preocupa a usted actualmente su estado en salud bucal?

1. Mucho
2. Regular

- 3. Poco
- 4. Nada

12. ¿En qué estado considera que se encuentran su salud general?

- 1. Excelente
- 2. Regular
- 3. Malo

13. ¿En qué estado considera que se encuentran su salud bucal?

- 1. Excelente
- 2. Regular
- 3. Malo

14. La higiene de la boca influye en su salud bucal:

1. (Si) 2. (No)

15. ¿Cree que la salud de sus dientes podría estar mejor? 1. (Si) 2. (No)

16. ¿Cree que los dientes son para toda la vida?

1. (Si) 2. (No)

17. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

- 1. Una vez al día
- 2. Dos veces al día
- 3. Tres veces al día
- 4. Algunos días de la semana

5. Ninguna

18. ¿Cree que una buena alimentación equilibrada influye en su salud dental?

1. (Si) 2. (No)

19. Consume los siguientes productos su hijo:

Fritos	1. (Si) 2. (No)	1. Todos los días 2. Tres veces a la semana 3. 1 vez a la semana 4. Nunca
Dulces	1. (Si) 2. (No)	1. Todos los días 2. Tres veces a la semana 3. 1 vez a la semana 4. Nunca
Refrescos	1. (Si) 2. (No)	1. Todos los días 2. Tres veces a la semana 3. 1 vez a la semana 4. Nunca
Verduras y Frutas	1. (Si) 2. (No)	1. Todos los días

		2. Tres veces a la semana 3. 1 vez a la semana 4. Nunca
Cereales y tubérculos	1. (Si) 2. (No)	1. Todos los días 2. Tres veces a la semana 3. 1 vez a la semana 4. Nunca
Leguminosas y alimentos de origen animal	1. (Si) 2. (No)	1. Todos los días 2. Tres veces a la semana 3. 1 vez a la semana 4. Nunca

D) NECESIDADES DE SALUD BUCAL

20. ¿Cómo ha sido su estado de salud general en los últimos 3 meses?

1. Excelente
2. Regular
3. Malo

21. ¿Y su salud bucal?

1. Excelente
2. Regular
3. Malo

22. Padece alguna enfermedad: 1. (Si)

2. (No)

23. Cual?

1. Cardiovascular	1. (Si) 2. (No)
2. Diabetes	1. (Si) 2. (No)
3. Obesidad	1. (Si) 2. (No)
4. Cáncer	1. (Si) 2. (No)
5. Reflujo gastroesofágico	1. (Si) 2. (No)
6. Enfermedad respiratoria	1. (Si) 2. (No)
7. Anorexia o/y Bulimia	1. (Si) 2. (No)
8. Otra	

24. Última vez que visito al dentista:

4. Menos de un año
5. Hace un año
6. Más de un año

25. Dónde?

4. Particular
5. Institución
6. Brigada

26. ¿Recuerda el motivo por el que visitó al dentista en la última ocasión?

Tratamiento básico	
1. Revisión	1. (Si) 2. (No)

2. Limpieza	1. (Si) 2. (No)
3. Por un empaste	1. (Si) 2. (No)
4. Quitar un diente	1. (Si) 2. (No)
Tratamientos especiales	
5. Por una prótesis	1. (Si) 2. (No)
6. Para colocación de frenos en los dientes (brackets)	1. (Si) 2. (No)
7. Por un problema de encías	1. (Si) 2. (No)
8. Se le cayó/partió un diente	1. (Si) 2. (No)
9. Problemas por prótesis removibles	1. (Si) 2. (No)
10. Problemas con ajuste de prótesis fijas	1. (Si) 2. (No)
11. Implante dental	1. (Si) 2. (No)
12. Dolores o ruidos al abrir o cerrar la boca	1. (Si) 2. (No)
13. Endodoncia	1. (Si) 2. (No)
14. Otros	

29. Cómo se traslada a la consulta con el dentista

5. Camión

6. Caminando

7. Carro

8. Otro

30. Cuándo va al dentista; ¿Cuánto tiempo espera para que lo atiendan?

31. Tiempo en llegar al dentista:

32. ¿Cuánto dinero gasta usted en el traslado de su casa al dentista? _____

33. ¿Considera usted que al momento que llegó a efectuarse su tratamiento dental había dentistas disponibles?

1. (Si) 2. (No)

E) BARRERAS DE ACCESO

27. Se está atendiendo el problema:

3. Si

4. No

Porque: _____

28. ¿Cuánto se gastó en el tratamiento dental? _____

34. ¿Considera usted que al momento que llegó a efectuarse su tratamiento dental había material dental para el tratamiento? 1. (Si) 2. (No)

35. ¿Cómo considera que lo trató el personal que lo atendió?

4. Mal

5. Regular

6. Bien

36. Razones por lo cual no acude al dentista:

1. Razones económicas	1. (Si) 2. (No)
2. Miedo o no le gustan los dentistas	1. (Si) 2. (No)
3. Poca experiencia previa con cuidados dentales	1. (Si) 2. (No)
4. Demasiado ocupado	1. (Si) 2. (No)
5. Ningún problema dental	1. (Si) 2. (No)
6. Problema dental no lo suficientemente grave	1. (Si) 2. (No)
7. No tiene dientes	1. (Si) 2. (No)
8. El dentista no pudo darle una cita	1. (Si) 2. (No)
9. Interés a la consulta	1. (Si) 2. (No)
10. Otro	

37. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo?

1. Una vez al día

2. Dos veces al día

3. Tres veces al día

4. Algunos días de la semana

5. Ninguna

38. Su hijo cuenta con la cartilla de salud bucal: 1. (Si) 2. (No)

39. Acude al dentista su hijo: 1. (Si) 2. (No)

40. ¿Recuerda el motivo por el que visitó al dentista en la última ocasión?

Tratamiento básico	
1. Revisión	1. (Si) 2. (No)
2. Limpieza	1. (Si) 2. (No)
3. Por un empaste	1. (Si) 2. (No)
4. Quitar un diente	1. (Si) 2. (No)
Tratamientos especiales	
5. Para colocación de frenos en los dientes (brackets)	1. (Si) 2. (No)
6. Por un problema de encías	1. (Si) 2. (No)
7. Se le cayó/partió un diente	1. (Si) 2. (No)
8. Pulpotomía	1. (Si)

F) NIÑOS ESCOLARES

	2. (No)
9. Otros	1. (Si) 2. (No)

41. Razones por lo cual su hijo no acude al dentista:

1. Razones económicas	1. (Si) 2. (No)
2. Miedo o no le gustan los dentistas	1. (Si) 2. (No)
3. Poca experiencia previa con cuidados dentales	1. (Si) 2. (No)
4. Demasiado ocupado	1. (Si) 2. (No)
5. Ningún problema dental	1. (Si) 2. (No)
6. Problema dental no lo suficientemente grave	1. (Si) 2. (No)
7. No tiene dientes	1. (Si) 2. (No)
8. El dentista no pudo darle una cita	1. (Si) 2. (No)
9. Interés a la consulta	1. (Si) 2. (No)
10. Otro	1. (Si) 2. (No)

42. De un año a la fecha han acudido dentistas de la Secretaria de salud a la escuela de su hijo: 1. (Si) 2. (No)

23.2 Anexo 2.

Carta de consentimiento informado

El **MC. Guillermo Cruz Palma**, estudiante del programa de Doctorado en Ciencias Sociales con Orientación en Desarrollo Sustentable, me ha solicitado participar en un estudio que lleva por título **“Equidad, Acceso y Sustentabilidad en el Servicio de Salud Bucal del Área Metropolitana de Monterrey”**. Se me ha explicado que el propósito de este estudio. Esta investigación se lleva a cabo como requisito para la obtención del grado de **DOCTOR** del Instituto de Investigaciones Sociales en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Procedimiento: Se me informó que participarán los habitantes del Área Metropolitana de Monterrey Nuevo León. Mi participación consistirá en contestar un cuestionario; se me explicará cada pregunta y se me aclarará cualquier duda al respecto, mi participación tendrá una duración aproximada de 10 minutos.

Riesgos/Beneficios: Se me informó que mi participación no tiene ningún riesgo; que mi colaboración es importante ya que los resultados de la investigación servirán para mejorar y promover atención a mis problemas de salud bucal, además se me aclaró que por invertir mi tiempo no obtendré ganancias económicas.

Participación voluntaria/Abandono: Se me ha informado que mi participación en el estudio es voluntaria y que en cualquier momento, aún después de haberla iniciado puedo rehusarme a seguir contestando.

Preguntas: En caso de que necesite informes o aclaraciones podré comunicarme al Instituto de Investigaciones Sociales de la UANL, en el horario de 9 a 15 horas.

Confidencialidad: La información que proporcionaré se usará exclusivamente para fines de investigación. Los resultados del estudio serán integrados en un informe general que se dará a conocer a los directivos de la facultad, sin que se pueda identificar mi participación personal. Mi identidad no será revelada en ningún momento.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del investigador

Fecha

23.3 Anexo 3.

PROGRAMAS SECTORIALES DE SALUD EN NUEVO LEÓN

Estrategia	Dependencias	Objetivo	Programa	Dirigido y problemática	Marco normativo
<p>Brindar acceso a los servicios de salud a la población</p>	<p>Secretaría de Salud, Secretaría de Seguridad Pública, Secretaría de Desarrollo Social</p>	<p>1. Fortalecer la prestación de servicios de salud a través del desarrollo de la infraestructura y el equipamiento. 2. Consolidar el Programa Estatal de Telesalud para acercar los servicios de especialidades a las localidades de difícil acceso y con mayores índices de marginación,</p>	<p>Servicios de atención a la salud de la población sin seguridad social</p> <p>Es un programa que tiene como objetivo central que la población del estado de Nuevo León sin seguridad social cuente con servicios de atención a la salud. Tal objetivo se pretende lograr por medio de: servicios</p>	<p>Dirigido a: “Población Abierta” que no se encuentra incorporada a la Seguridad Social, ni tiene acceso a servicios médicos privados.</p> <p>Problemática que resuelve: La población del estado de Nuevo León sin seguridad social se encuentra desprotegida ante</p>	<p>1. Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos. 2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León. 3. Ley Estatal de Salud. 4. Reglamento Interior de “Servicios de Salud de Nuevo León” Organismo</p>

		<p>conjuntamente con universidades e instituciones médicas públicas y privadas.</p> <p>3. Consolidar el Sistema Estatal de Información en Salud.</p> <p>4. Brindar protección social en salud a la población no derechohabiente.</p> <p>5. Implementar el Sistema de Redes de Atención a través de la integración de la oferta de servicios de salud públicos y privados.</p>	<p>de prevención y control de las enfermedades transmisibles; control de casos de enfermedades no transmisibles; servicios médicos a menores de 20 años; atención médica en unidades de segundo nivel; acciones de promoción de la salud; y servicios de atención de trastornos mentales y adicciones.</p>	<p>problemas de salud, situación que es causada por lo siguiente: incidencia de enfermedades transmisibles; incidencia de enfermedades no transmisibles; existe población joven desatendida en materia de salud; existe población sin acceso al segundo nivel de atención médica; existe falta de información en materia de salud; e incidencia de trastornos</p>	<p>Público Descentralizado.</p> <p>5. Reglamento de la Ley Estatal de Salud en Materia de Salubridad Local.</p> <p>6. Acuerdo Marco de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Nuevo León, que tiene por objeto facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general.</p>
--	--	---	--	---	---

				mentales y adicciones.	
Otorgar servicios de salud con calidad y seguridad	Secretaría de Salud, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de N.L. y Secretaría de Desarrollo Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer el Sistema Integral de Calidad (SICalidad) en las unidades médicas. 2. Certificar los hospitales por parte del Consejo de Salubridad General 3. Acreditar las unidades médicas 	<p>Seguridad y servicios sociales para los trabajadores del estado.</p> <p>Es un programa que tiene como objetivo central que los servidores públicos de Nuevo León y sus</p>	<p>Dirigido a: Los Servidores Públicos de Nuevo León y sus beneficiarios.</p> <p>Problemática que resuelve: Los servidores públicos de Nuevo León y sus beneficiarios se</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos. 2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León. 3. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios

		<p>que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p>4. Implementar el Programa de Seguridad Hospitalaria.</p> <p>5. Mejorar la investigación, capacitación y enseñanza en salud, para el desarrollo de los recursos humanos.</p> <p>6. Promover la inclusión de los temas de calidad en el currículo de las instituciones formadoras de</p>	<p>beneficiarios reciban prestaciones de seguridad social. Tal objetivo se pretende lograr por medio de:</p> <p>protección social para la vejez;</p> <p>otorgamiento de préstamos de corto plazo y vivienda;</p> <p>servicios médicos de calidad y amplia cobertura;</p> <p>otorgamiento de seguro de vida;</p> <p>otorgamiento de pensiones por invalidez y muerte.</p>	<p>encontraban desprotegidos ante las amenazas a su salud y su bienestar, situación causada por lo siguiente:</p> <p>acceso muy limitado a una vivienda digna;</p> <p>servicios médicos limitados y de baja calidad;</p> <p>inseguridad ante contingencias; no contar con suficientes medios para asegurar su futuro;</p> <p>inseguridad social y económica en la vejez.</p>	<p>Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León.</p> <p>4. Reglamento de Organización Interna del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León.</p> <p>5. Reglamento de Préstamos para las Viviendas de los Servidores Públicos Adscritos al Régimen del Instituto de Seguridad y Servicios</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>recursos humanos para la salud.</p> <p>7. Ampliar la red del Aval Ciudadano en Calidad.</p> <p>8. Fortalecer el programa de estímulos para el personal, ligados al desempeño.</p>			<p>Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León</p>
			<p>Capacitación del personal en los servicios de atención a la salud</p> <p>Es un programa que tiene como objetivo central que la población del estado de Nuevo León se atienda con personal capacitado en los</p>	<p>Dirigido a: “Población Abierta” que no se encuentra incorporada a la Seguridad Social, ni tiene acceso a servicios médicos privados y que requiera de atención médica. Problemática que resuelve:</p>	<p>1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León.</p> <p>3. Ley Estatal de Salud.</p> <p>4. Reglamento Interior de “Servicios de</p>

			<p>servicios de atención a la salud. Tal objetivo se pretende lograr por medio de: atención médica por personal capacitado.</p>	<p>La población del estado de Nuevo León tiene acceso inequitativo a los servicios de atención a la salud con calidad, situación que es causada por lo siguiente:</p> <p>recursos humanos para la atención de la salud son insuficientes; disminuye la calidad de los servicios de salud.</p>	<p>Salud de Nuevo León” Organismo Público Descentralizado.</p> <p>5. Reglamento de la Ley Estatal de Salud en Materia de Salubridad Local.</p> <p>6. Acuerdo Marco de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Nuevo León, que tiene por objeto facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de</p>
--	--	--	---	---	--

					salubridad general.
Eficiencia administrativa	Secretaría de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructurar los Servicios Estatales de Salud con énfasis en el financiamiento y la desconcentración de recursos a unidades médicas. 2. Promover la Inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones, que mejoren la eficiencia y la integración del sector. 3. Fortalecer el esquema de abasto de medicamentos e 			

		insumos para la salud.			
Fortalecer la promoción, la prevención y el control de enfermedades	Secretaría de Salud	Consolidar la promoción de la salud con la participación de las autoridades municipales, la comunidad educativa y los sectores sociales, para el desarrollo de acciones que sean anticipatorias, integradas y efectivas. Impulsar la participación organizada, informada, consciente y comprometida de la comunidad. Realizar intervenciones	Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades Es un programa que combina objetivos de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. De este modo, su objetivo central se divide en dos puntos: El crecimiento de las enfermedades no transmisibles en el estado de Nuevo León esté	Dirigido a: La “Población Abierta” que no se encuentra incorporada a la Seguridad Social, ni tiene acceso a servicios médicos privados y que presenta riesgos y/o hábitos que le hace propensa a desarrollar padecimientos crónicos o aquella requiere de servicios preventivos o tratamiento de padecimientos y enfermedades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León. 3. Ley Estatal de Salud. 4. Reglamento Interior de “Servicios de Salud de Nuevo León” Organismo Público Descentralizado. 5. Reglamento de la Ley Estatal de Salud en Materia

		<p>intersectoriales de cultura de la salud. Fortalecer los programas preventivos para mejorar la salud de los infantes, mujeres y adultos mayores. Reforzar los programas de salud de la mujer mediante la difusión de cuidados y la realización de exámenes programados y periódicos de personas en riesgo. Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Disminuir la incidencia y</p>	<p>desacelerado, lo cual se pretende lograr por medio de: desaceleración de la diabetes entre la población; disminución de la hipertensión; desaceleración de la incidencia del sobrepeso y la obesidad desacelerada; salud bucal. Las enfermedades transmisibles en el estado de Nuevo León se mantengan en control epidemiológico, el cual se logrará con los siguientes</p>	<p>transmisibles y no transmisibles. Problemática que resuelve: La población del estado de Nuevo León tiene acceso inequitativo a la promoción y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, situación que es causada por lo siguiente: Población sin acceso a vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles; población sin</p>	<p>de Salubridad Local. 6. Acuerdo Marco de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Nuevo León, que tiene por objeto facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general.</p>
--	--	--	--	--	--

		<p>prevalencia de trastornos mentales, adicciones, violencia familiar y accidentes, procurando la pronta reinserción social y laboral de la población afectada</p> <p>Aminorar la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales.</p> <p>Brindar atención con calidad, sensibilidad y calidez a los pacientes discapacitados, hasta su recuperación o integración a la sociedad.</p> <p>Fomentar la cultura del trasplante y</p>	<p>bienes o servicios: notificación oportuna de casos y brotes de interés epidemiológico; cobertura de vacunación con esquema básico completo en niños menores de un año de edad; control de los niveles de mortalidad por sida en población de 25 a 44 años de edad; control de la morbilidad de fiebre por dengue; curación de casos nuevos de tuberculosis pulmonar que ingresan a tratamiento; control</p>	<p>seguridad social no detecta oportunamente los casos de enfermedades no transmisibles; población se encuentra expuesta a trastornos mentales, adicciones y violencia de género</p>	
--	--	--	--	--	--

		donación de órganos y tejidos.	de la prevalencia e incidencia de la lepra; cobertura de vacunación antirrábica canina y felina .		
Proteger contra riesgos sanitarios	Secretaría de Salud	Integrar con corresponsabilidad el sector productivo y la sociedad, privilegiando el fomento sanitario. Vigilar que el paciente reciba atención médica segura y de calidad. Adecuar la legislación sanitaria estatal a las reformas de la Ley General de Salud y demás disposiciones legales que emanen de ella.			7.

23.4. ANEXO 4. DIRECTORIO DE LOS CENTROS DE SALUD CON SERVICIO DE ODONTOLOGIA EN NUEVO LEON

MUNICIPIO	DIRECCION	CENTRO DE SALUD	INSTITUCION	UNIDAD DENTAL
Allende	Allende (817) Morelos esq. Escobedo, C.P. 67350 Allende, N.L. Tels. (826) 2682095	U. M. F. No. 16	IMSS	1
Anáhuac	MAIZ No.500 POR ALFONSO MARTINEZ COL. OBRERA	Anáhuac	ISSSTE	1
Apodaca	Apodaca (288) Zaragoza, esq. Allende, C.P. 67880 Apodaca, N. L. (81) 83-86-06-17	U. M. F. No. 19	IMSS	3
Apodaca	Apodaca ,N.L. Carretera Miguel Aleman Km. 2.6, C.P. 66600, (81)11-56-09-00	H.G.Z. No. 67	IMSS	1
Apodaca	Pueblo Nuevo , Av. Rio Pilón 1000,C.P.66646 Cd.Apodaca N.L. (81)56-03-50 y 51	U.M.F. N° 66	IMSS	2
Cadereyta	LOPEZ MATEO No.301 COL. LOPEZ MATEO	Cadereyta	ISSSTE	1
Cadereyta	Cadereyta (288) Juárez S/N., entre Calles 15 y 16, C.P. 67450 Cadereyta, N. L. Tels. (828) 2840646	U. M. F. No. 14	IMSS	1
Cadereyta	Álvaro Obregón, López Mateos 2do Sector 67450 Cadereyta Jiménez, N.L. México	Cadereyta	PEMEX	
Escobedo	ABASOLO No. 524 ENTRE DAVID ALFARO SIQUEIROS Y LILIA CARRILLO COL. PASEO REAL 2DO SECTOR	Escobedo	ISSSTE	1
Escobedo	Escobedo (288) Celestino Gasca S/N., esq. Guanajuato, Col. Celestino Gazca, C.P. 66050 Escobedo, (81) 83-97-09-90	U. M. F. No. 43	IMSS	2

General Terán	General Terán (817) Reforma esq. Guillermo Prieto, 67400 General Terán, N.L. 826-2670146	U. M. F. No. 13	IMSS	1
Guadalupe	Guadalupe (288) Av. Pablo Livas 5501, esq. Av. Zertuche, Col. Zertuche, C.P. 67190 Guadalupe, N. L. (81) 83-60-70-78	U. M. F. No. 29	IMSS	1
Guadalupe	Guadalupe (288) Av. Margarita Maza de Juárez, esq. los Pinos, Col. Chulavista, C.P. 67190 Guadalupe, (81) 83-60-74- 85	U. M. F. No. 30	IMSS	3
Guadalupe	Guadalupe (101) Arteaga, esq. Jiménez, Col. Paraíso, C.P. 67140 Guadalupe, N. L. (81) 83-55-54-30	U. M. F. No. 32	IMSS	4
Guadalupe	AVE. PINO No.4321 COL. HACIENDA SAN SEBASTIAN	Guadalupe	ISSSTE	1
Guadalupe	Guadalupe (288) Cardenal, esq. Gorrión, Fracc. Exposición, C.P. 67100 Guadalupe, N. L. (81) 83-37-12-90	U. M. F. No. 27	IMSS	2
Guadalupe	Av.Maestro Israel Cavazos Garza S/N, Col. Rincón de la Sierra,C.P67192,Guadalupe ,N.L,(81)27-01-52	U.M.F. N°68	IMSS	2
Juárez	Juárez (288) Av. Arturo B. de La Garza S/N. esq. Francisco I Madero, C.P. 67250 Juárez, N. L. 82-33-00-27	U. M. F. No. 20	IMSS	1
Linares	CIPRES No.680 ENTRE PINO Y SAUCE COL. CENTRO DE LINARES	Linares	ISSSTE	1
Linares	H. G. Sz./M. F. No. 12 Linares (288) 2N Emilio Carranza, esq. Niños Héroes, C.P. 67700 Linares, N. L. (821) 2120740	Linares	IMSS	1
Montemorelos	RAYON No.205 COL. BENIGNO MONTEMAYOR	Montemorelos	ISSSTE	1

Montemorelos	H. G. Sz./M. F. No. 11 Montemorelos (288) 2N Jose María Paras, esq. Ballesteros, C.P. 67500 Montemorelos, N. L. (826) 2633460	Montemorelos	IMSS	1
Monterrey	AVE. CONSTITUCION PTE No.1500 ENTRE 20 DE NOVIEMBRE Y DEGOLLADO COL. OBISPADO	Monterrey	ISSSTE	5
Monterrey	JOSEFA O DE DOMINGUEZ No. 2598 COL. BUROCRATAS FEDERALES	Monterrey	ISSSTE	1
Monterrey	Monterrey (101) 2N Av. Constitución Oriente, esq. Prof. G. Torres, Zona Centro, C.P.64010 Monterrey, N. L. (81) 83-44- 82-5	H. G. Z./M. F. No. 2	IMSS	2
Monterrey	Monterrey (288) Av. Felix U. Gómez, esq. Colón, C.P. 64000 Monterrey, N. L. Zona Centro (81) 83-75-04-58	U. M. F. No. 3	IMSS	2
Monterrey	Monterrey (288) Ignacio Morones Prieto esq. Loma Larga, C.P. 64710 San Pedro Garza García, N. L. (81) 83-40-69-67	U. M. F. No. 5	IMSS	2
Monterrey	Monterrey (101) Av. Ruiz Cortines, entre Cerezo y Durazno, Col. Moderna, C.P. 64530 Monterrey, N. L. (81) 83-51-01-24	U. M. F. No. 15	IMSS	4
Monterrey	Monterrey, N. L. Av. Pino Suárez, entre 15 de Mayo y Juan Ignacio Ramón, Zona Centro, C.P. 64000 Monterrey, N. L. (81) 83-42-43-71	Hospital Regional de Traumatología y Ortopedia No. 21	IMSS	2

Monterrey	Monterrey (101) Av. Lincoln S/N, esq. Enf. Ma. de Jesus Candía, Col. Valle Verde I Sector, C.P. 64360 (81) 83-10-00-11	U. M. F. No. 26	IMSS	3
Monterrey	Monterrey (101) Av. Penitenciaría, esq. Fidel Velazquez, Fracc. Bernardo Reyes, C.P. 64280 Mty. 81-83-71-52-12	U. M. F. No. 28	IMSS	4
Monterrey	CMN Monterrey, N. L. Av. Lincoln S/N, esq. Enf. Ma. de Jesus Candía Mendoza, Col. Valle Verde Sector I, C.P. 64360 Monterrey NL. (81) 83-81-48-13	Hospital Regional de Esp. Cardiología No. 34	IMSS	1
Monterrey	Monterrey (288) Av. Solidaridad, esq. Magnolia, Col. Aztlán, C.P. 64730 Monterrey, N. L. (81) 83-11-26-34	U. M. F. No. 35	IMSS	3
Monterrey	Las Torres (101) Av. Lázaro Cárdenas 6751, y Alfonso Reyes, Col. 15 de Septiembre, C.P. 64760 Mty. (81) 83-49-68-36	U. M. F. No. 36	IMSS	2
Monterrey	Monterrey (288) Av. Urdiales No. 111, esq. Pról. Madero, Col. Mitras Centro, C.P. C.P. 64460 Mty. (81) 83-46-16-04	U. M. F. No. 37	IMSS	1
Monterrey	C.F.E. (817) Juan I. Ramón esq. Guerrero, Zona Centro, C.P. 64000 Monterrey, N.L. (81) 83-44-60-89	U. M. F. No. 38	IMSS	1
Monterrey	Monterrey (288) Estornino, esq. Pról. Ruiz Cortines, Col. Valle Verde, 2o. Sector, C.P.64117 Mty. (81) 83-81-48-20	U. M. F. No. 39	IMSS	1
Monterrey	Avenida Manuel L. Barragán, 5000, Regina, 64290 Monterrey, N.L	Monterrey	SEDENA	
Monterrey	Calle Granados 3217, Col. Moderna C.P. 64530	Monterrey	PEMEX	

Sabinas Hidalgo	ITURBIDE No.1000 COL. BARRIO SONORA	Sabinas Hidalgo	ISSSTE	1
Sabinas Hidalgo	Sabinas (817) 2N Escobedo, esq. Aldama, C.P. 65200 Sabinas Hidalgo, N. L. (824) 2421227	H. G. Sz./M. F. No. 10	IMSS	1
San Nicolas	San Nicolás (288) 2N Carretera A Laredo No. 104 esq. B. Juárez, C.P. 66460 San Nicolas de los Garza, N. L. (81) 83-76-12-06	H. G. Z./M. F. No. 6	IMSS	3
San Nicolas	San Nicolás (101) Carretera A Laredo No. 104 esq. B. Juárez, C.P. 66460 San Nicolas de los Garza, (81) 83-76-08-27	U. M. F. No. 31	IMSS	4
San Pedro	Garza García (101) Blvd. Díaz Ordaz Km. 33, Col. La Leona, C.P. 66210 Garza García, N. L. Tels. (81) 83-36-11-12 Y /01-80	U. M. F. No. 7	IMSS	3
San Pedro	San Pedro (288) Blvd. Díaz Ordaz 336, Col. La Leona, C.P. 68210 Sn. Pedro Garza García (81) 83-36-14-27	U. M. F. No. 58	IMSS	1
Santa Catarina	Santa Catarina (288) Av. Manuel Ordóñez Cruz esq. Pedro Garfias, Fracc. Cumbres de Santa Catarina, (81) 83-08-53-40	U. M. F. No. 64	IMSS	1
Santiago	El Cercado (288) Carr. Nacional, esq. Dr. E. González, C.P. 67320 El Cercado, N. L. (228) 50025	U. M. F. No. 8	IMSS	1
Zuazua	Reforma 180, Col. Real de Palmas, Zuazua N.L. (81) 88-80-82-60	U.M.F. N°70	IMSS	1

23.5. ANEXO 5. CENTROS DE SALUD CON SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL IMSS, ISSSTE, SEDENA Y PEMEX

Figura 9. Nuevo León



Figura 10. San Nicolás

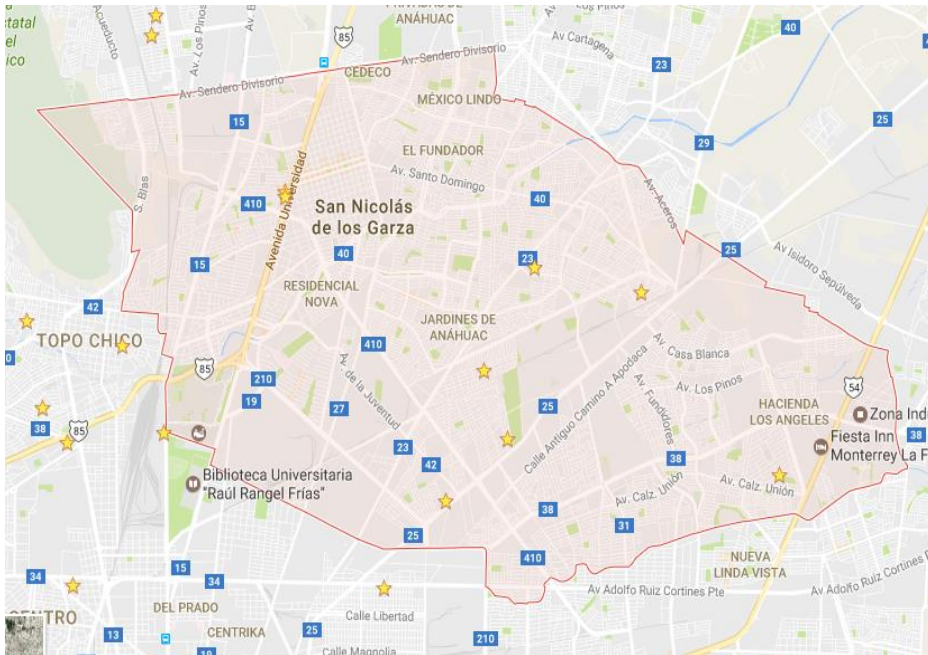


Figura 11. Monterrey



Figura 12. Guadalupe.



Figura 13. Escobedo



Figura 14. Apodaca



Figura 15. El Carmen



Figura 16. Hidalgo



Figura 17. Ciénega de Flores



Figura 18. Salinas Victoria



Figura 19. Mina



Figura 20. Santiago

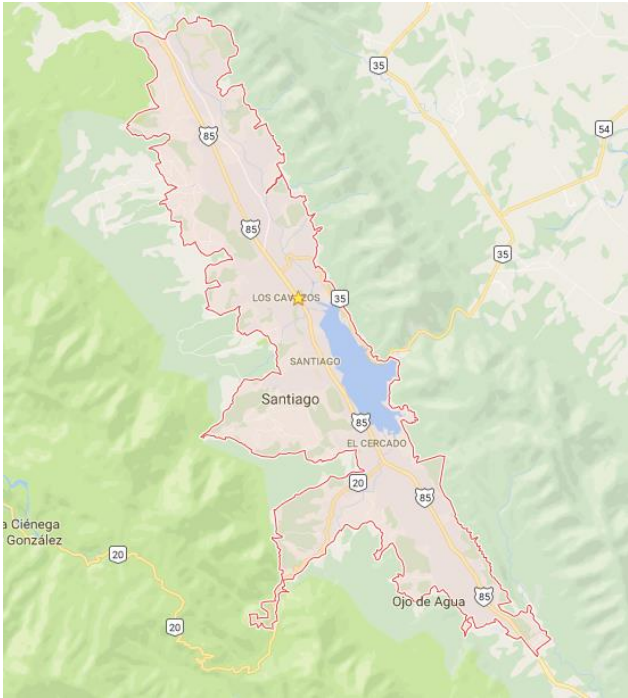


Figura 21. General Zuazua



Figura 22. Cadereyta Jimenez

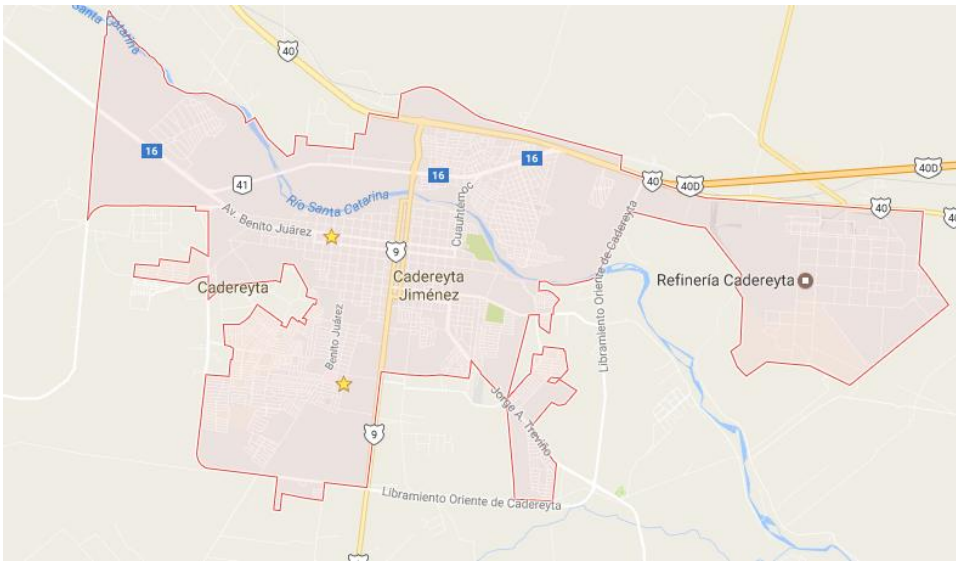
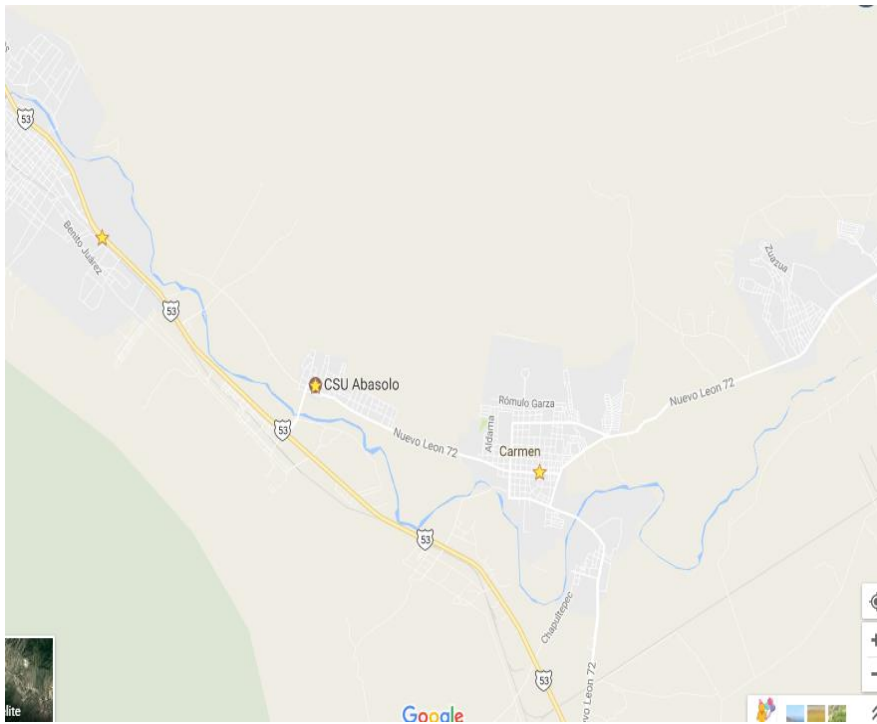


Figura 23. Abasolo



ANEXO 6. CENTROS DE SALUD CON SERVICIO DE ODONTOLOGIA DE LA SECRETARIA DE SALUD.

Figura 24. Nuevo León

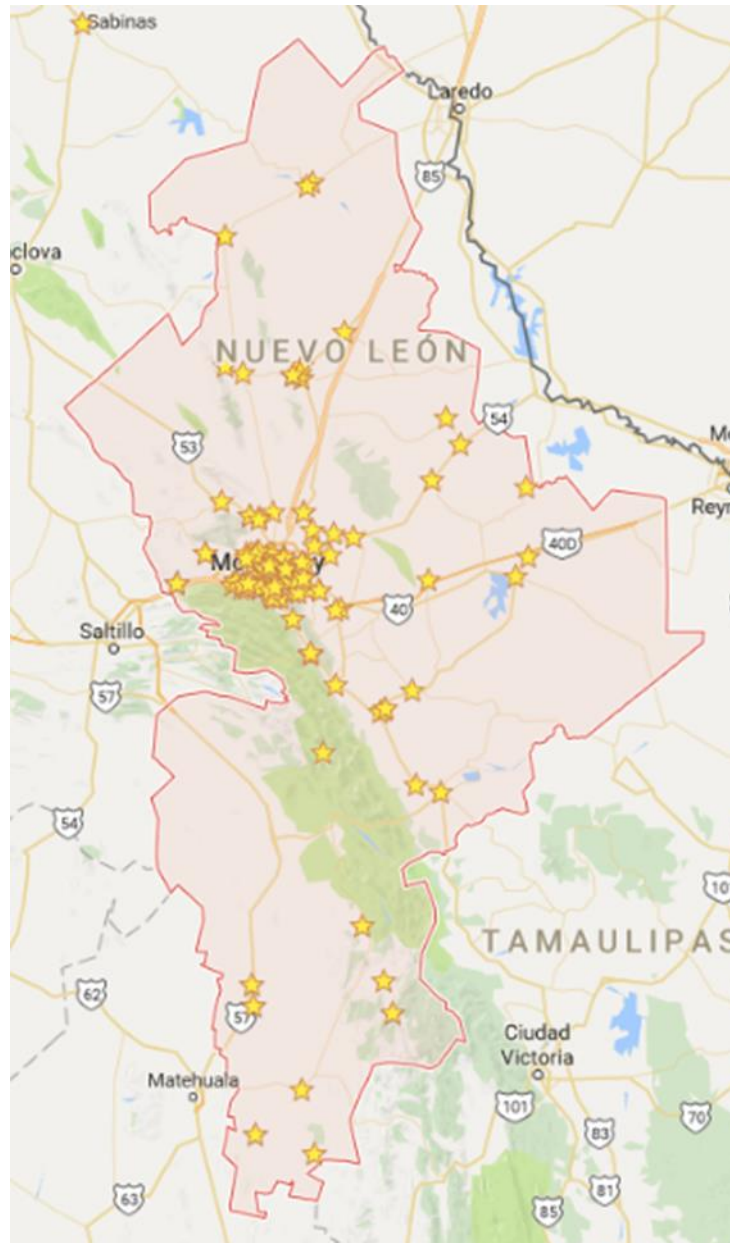


Figura 25. Monterrey

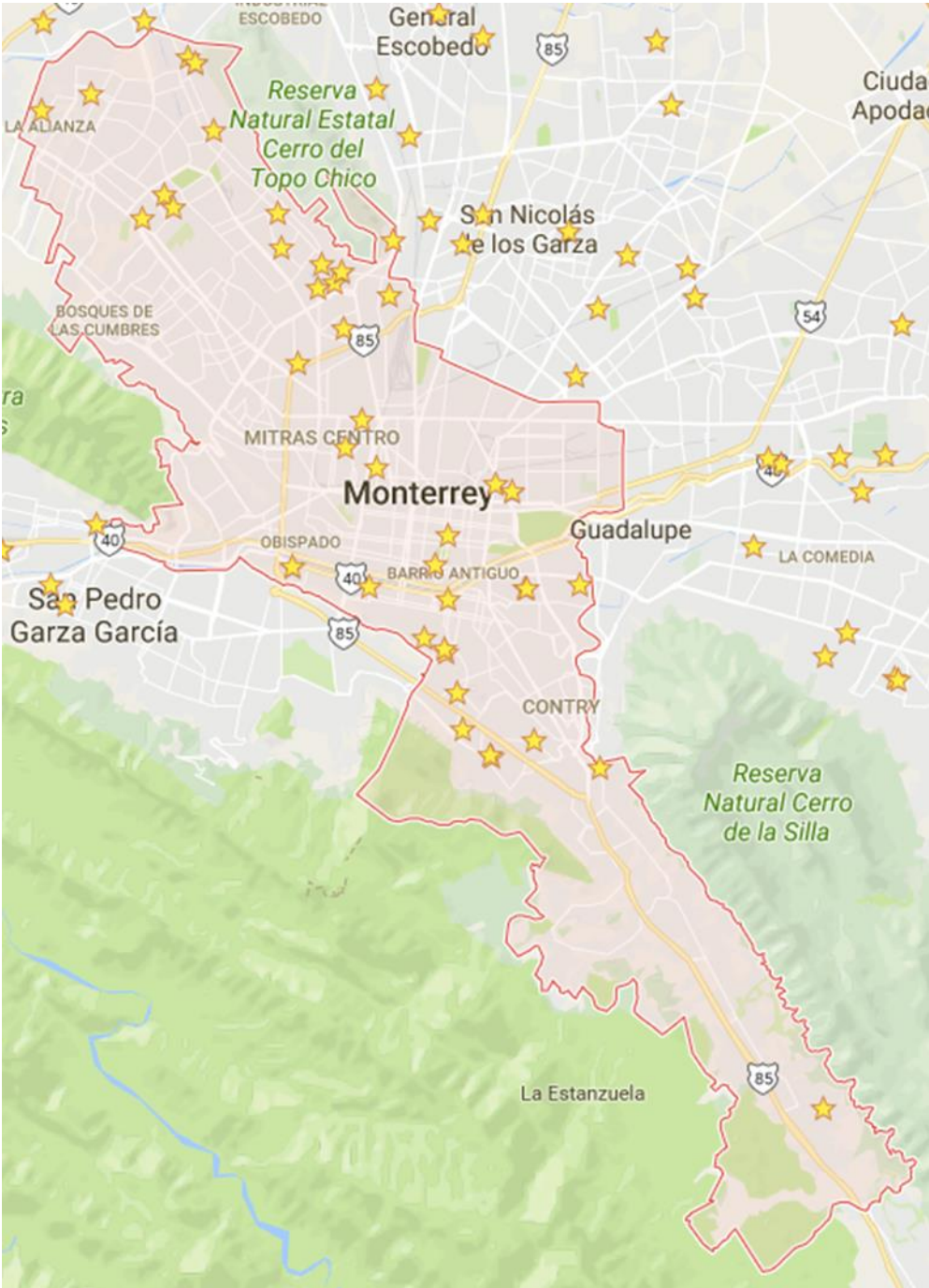


Figura 26. Apodaca



Figura 27. San Nicolás

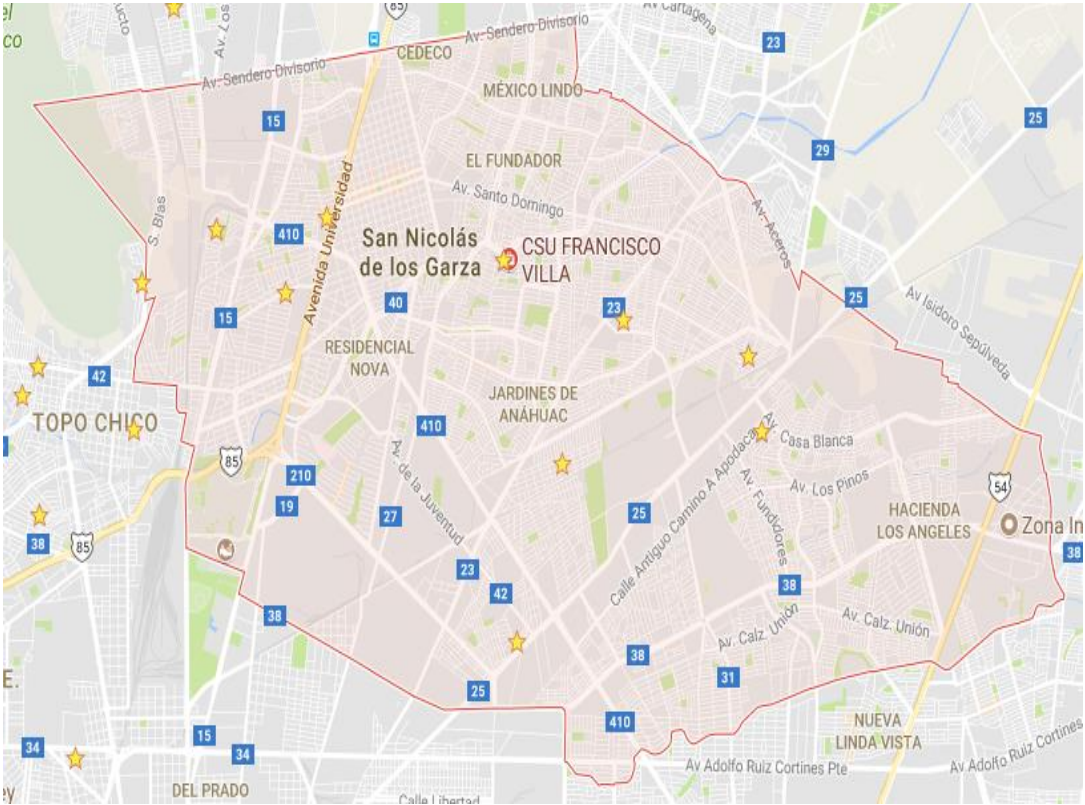


Figura 28. Guadalupe.

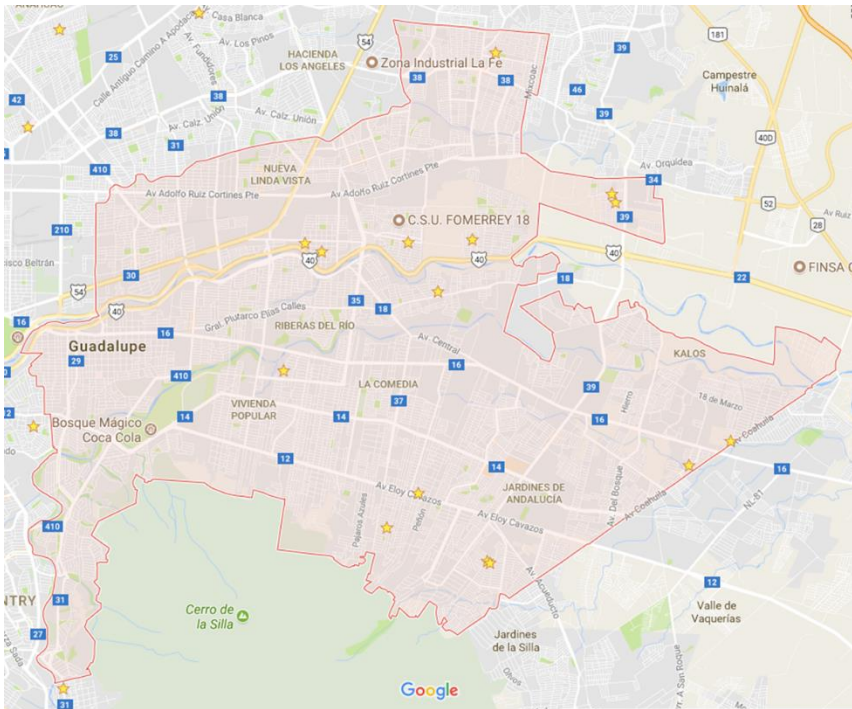


Figura 29. San Pedro



Figura 30. Santa Catarina



Figura 31. Colinas del Aeropuerto



Figura 32. Pesquería



Figura 33. Juárez



Figura 34. Cadereyta Jiménez

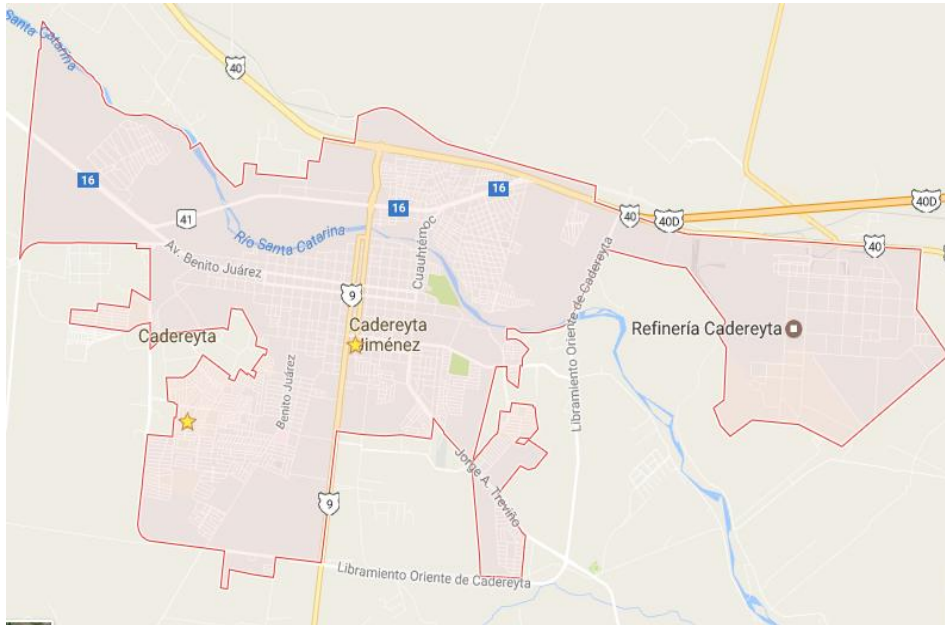


Figura 35. Santiago



Figura 36. Ciudad de Allende



Figura 37. Montemorelos



Figura 38. Rayones



Figura 39. Dr. Arroyo

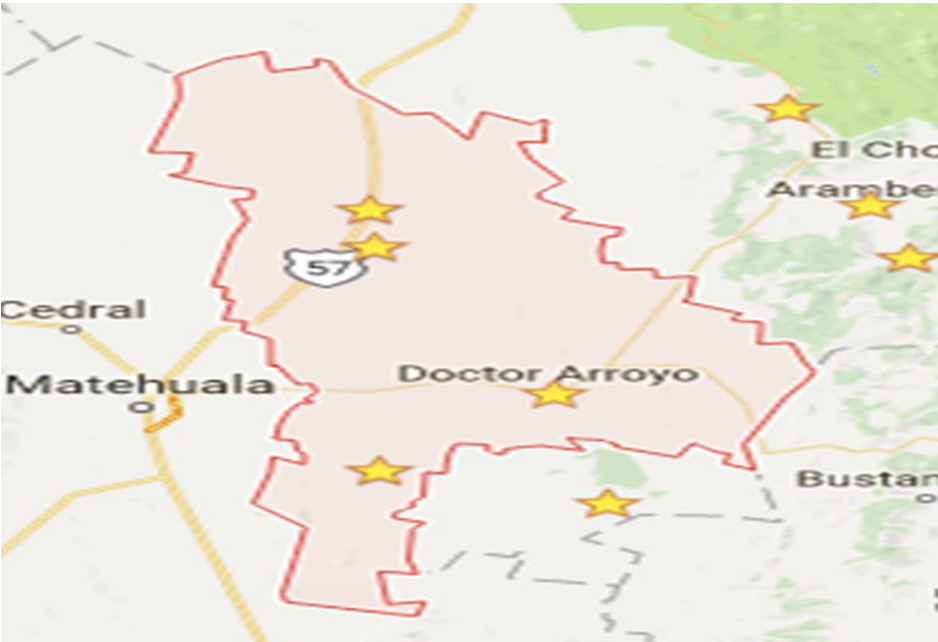


Figura. 40. General Zaragoza



Figura 41. La Chona.



Figura 42. Linares



Figura 43. Los Ramones



Figura 44. China



Figura 45. General Bravo

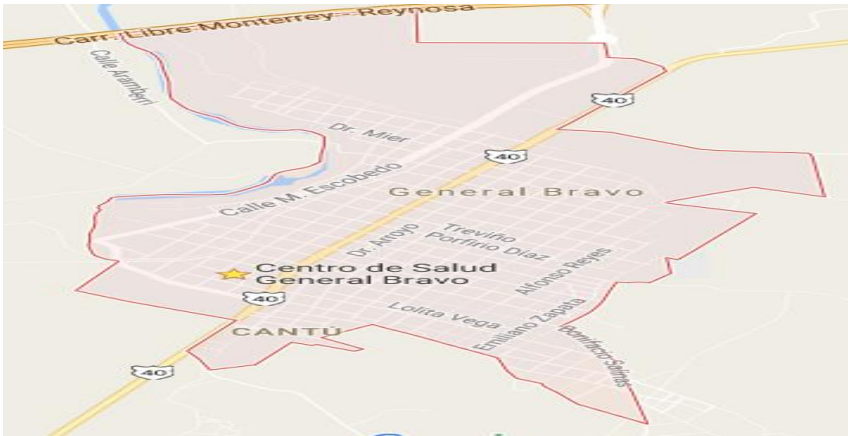


Figura 46. Los Aldama



Figura 47. Cerralvo

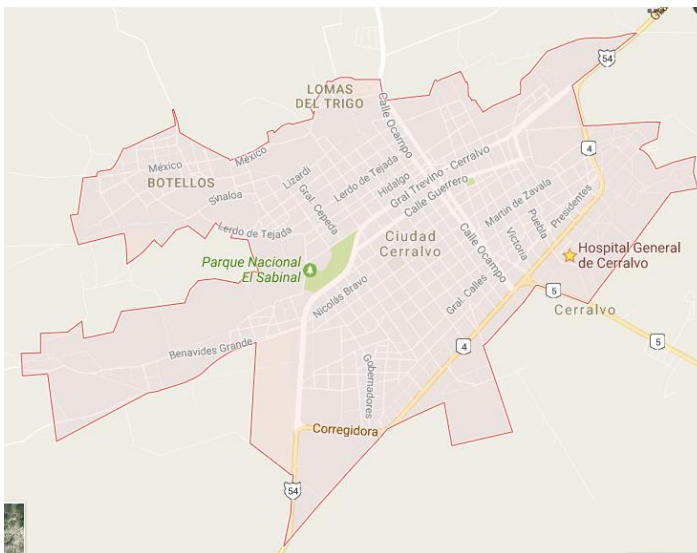


Figura 48. General Treviño



Figura 49. Agualeguas.



Figura 50. Sabinas Hidalgo



Figura 51. Bustamante



Figura 52. Vallecillo



Figura 53. Lampazos



Figura 54. Anáhuac

