



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

**MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN EN
DESARROLLO SUSTENTABLE**

**TESIS DE MAESTRÍA:
EVALUACION DE LAS POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD
BUCAL EN MÉXICO: EL CASO DE NUEVO LEÓN**

Presenta:

Lic. Enrique González Santos

Comité Tutorial

Director: Dr. Arun Kumar Acharya

Codirector: Dr. Pedro Cesar Cantú Martínez

**Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias Sociales con Orientación en
Desarrollo Sustentable**

Julio 2010

DR. JOSÉ JUAN CERVANTES NIÑO
COORDINADOR
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN
EN DESARROLLO SUSTENTABLE
PRESENTE.-

Por medio de la presente, nos permitimos informarle que después de haber revisado la tesis de Maestría titulada: “Evaluación de las políticas públicas de salud bucal en México: el caso de Nuevo León” y presentada por el alumno ENRIQUE GONZÁLEZ SANTOS, nuestro dictamen es: **aprobado para presentarse.**

Sin más por el momento, estamos a sus órdenes para cualquier aclaración al respecto.

ATENTAMENTE,
“ALERE FLAMMAM VERITATIS”
CD. UNIVERSITARIA, N.L. A 24 DE JUNIO DE 2010
COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS DE MAESTRÍA

Dr. Arun Kumar Acharya

Director

Dr. Pedro Cesar Cantú Martínez

Codirector

Dr. José Juan Cervantes Niño

Lector Externo

Dr. Sergio Edurado Nakagoshi Cepeda

Lector Externo

“EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL EN MÉXICO:
EL CASO DE NUEVO LEÓN”

Aprobación de la Disertación

Dr. Arun Kumar Acharya
Presidente

Dr. Pedro Cesar Cantú Martínez
Secretario

Dr. José Juan Cervantes Niño
Vocal 1

Dr. Sergio Edurado Nakagoshi Cepeda
Vocal 2

Monterrey, N.L., México

Julio, 2010

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	1
Justificación	4
Objetivo general	7
Objetivos particulares	7
Hipótesis del estudio	8
Metodología	8
CAPÍTULO I. LA SUSTENTABILIDAD Y LA SALUD: EL CASO DE	10
LA SALUD BUCAL	
Sustentabilidad Social	17
Principales enfermedades de salud bucal	30
Enfermedades bucales su relación con salud general	44
Consideraciones finales	49

CAPÍTULO II. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL EN EL MUNDO Y MÉXICO	50
El programa de acción sanitaria mundial	53
Programa mundial de la salud bucal Organización Mundial de Salud (OMS) 2003	70
Situación de la Salud Oral en las Américas: Programas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)	74
Programas Globales de Salud Oral para el año 2020	83
Consideraciones finales	85
CAPÍTULO III. POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL EN MÉXICO Y NUEVO LEON	86
Marco Jurídico de México sobre salud bucal	88
Programa de acción específico 2007-2012 de salud bucal	91
Estatus y Programas de Salud Bucal en Nuevo León	101
Programas de Acción en salud bucal en el estado de Nuevo León	102
Ley estatal de salud en Nuevo León	103
El Programa Estatal de Salud, 2004-2009	104
Consideraciones finales	106
CONCLUSIÓN	107
BIBLIOGRAFIA	119

AGRADECIMIENTOS

Un trabajo en equipo se valora y se lleva en las profundidades de nuestro pensamiento.

Agradezco a todos aquellos que de alguna u otra manera aportaron su tiempo, conocimiento y su sentir para la realización de esta investigación, en particular a mis padres, mis grandes maestros que con su amor incondicional guían mi vida. Igualmente a mis hermanos, amigos que siempre están en el momento y lugar indicados.

Al Dr. Arun Kumar Acharya por comprender y valorar desde los inicios de la Maestría mis intenciones en la realización de este trabajo. Su tolerancia, paciencia y experiencia académica fueron el motor que permitió la elaboración y terminación de la tesis.

Al Dr. Pedro Cesar Cantú Martínez por inyectar experiencia, dinamismo y solidez a este trabajo. Sus aportes y su apoyo son invaluable en el desarrollo y terminación de la tesis.

Al Dr. José Juan Cervantes Niño, que con su liderazgo y estrategias me fueron llevando a la culminación de la investigación, su apoyo académico y moral siempre estuvieron de la mano.

Al Dr. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda con quien he vivido el éxito de muchas experiencias académicas. Agradezco por las revisiones y comentarios para mejorar esta investigación.

A la Dra. Esthela Gutiérrez Garza por permitirme adentrarme al área de la Ciencias Sociales y, por brindarme su apoyo y tolerancia.

Al Dr. José María Infante Bonfiglio, director del Instituto de Investigaciones Sociales, por sus enseñanzas e incondicional apoyo académico, que me ha brindado en los últimos tiempos para la finalización de la tesis.

Además, quiero agradecer a mis maestros del Instituto de Investigaciones Sociales que a lo largo de mis estudios aportaron siempre sus conocimientos, dejando una huella imborrable en mí.

A la Dra. Marianela Garza Enriquez, con quien también he compartido con éxito muchas experiencias académicas. Nunca dudó de mí y su apoyo fue incondicional, siempre en pro de la ciencia y la academia.

Al Dr. Jaime Guerra Garza, con quien he compartido innumerables experiencias, sus aportaciones y su apoyo han sido de gran ayuda en el desarrollo y terminación de esta investigación.

A mis compañeros y mis amigos, quienes a lo largo de la vida me han acompañado y apoyado en mis inquietudes.

A Marcela Remusat. Confort, comprensión y alivio durante el trayecto en esta aventura académica. Me enseñó que con amor todas las cosas son más fáciles.

A la UANL y CONACYT (Becario, No. 241877) por su apoyo económico a la realización de este proyecto de investigación

Introducción

La salud bucal en México ha atravesado por distintas etapas en su historia y continúa actualmente su desarrollo tanto en el área científica y tecnológica. Desde la época prehispánica los pobladores de diversas culturas asentadas en el territorio nacional ya realizaban distintos tratamientos, como desgastes selectivos e incrustaciones sobre sus dientes. Se empleaban diversas plantas en la terapéutica dental, principalmente para mitigar los dolores que provocaban la caries dental y las enfermedades bucales (Zimbron-Levy, 1990).

Durante la época colonial e independiente (1530-1900), la odontología fue practicada a nivel individual curativo y restaurativo más que a nivel colectivo, sin la necesidad de un título profesional para ejercerla, lo cual cambió a principios del siglo XX (Zimbron-Levy, 1990). La enseñanza universitaria odontológica y la práctica dental clínica cumplieron su primer centenario como las actividades orientadas a atender la salud de la sociedad mexicana, ya que es a principios del siglo XX cuando comenzó oficialmente la profesión odontológica en México.

En 1902 se publicó en el diario oficial de la federación el plan de estudios para la carrera de Cirujano Dentista, la cual era cursada en el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental. Posteriormente, en 1911 se creó la Escuela Nacional de Enseñanza Dental. En 1942 se fundó la Asociación Dental Mexicana. El énfasis de la práctica dental sigue siendo a nivel individual, primordialmente limitándose a los tratamientos de las enfermedades bucales ya establecidas (Zimbron-Levy, 1990).

En la segunda mitad del siglo XX, y apoyada en la bonanza del “milagro económico mexicano”, a la práctica dental se le facilitó el acceso a la tecnología de punta y al intercambio científico. El ejercicio de la profesión para los poco más de 1,500 cirujanos dentistas titulados que existían en el país en ese entonces, prácticamente garantizaba el éxito socioeconómico. La demanda de trabajo superaba con mucho a la oferta, contribuyendo esta situación de saturación ocupacional a que el cirujano dentista se aislara cada vez más en el estrecho individualismo del trabajo de consultorio (Zimbron-Levy, 1990).

Sólo un escaso número de profesionales se preocupaban por desempeñar la práctica dental en el contexto de los problemas de salud más apremiantes del país. El Instituto Mexicano del Seguro Social, que poco antes había iniciado sus labores, prestaba en sus unidades aplicativas, igual que lo hace actualmente, un servicio dental limitado; lo mismo sucedía en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Hasta esta época la odontología en México se había limitado casi exclusivamente a una práctica de índole esencialmente curativa y restauradora. Debido a esta situación, las políticas en salud bucal no eran un tema de importancia. Hacia la sexta década del siglo XX la profesión entra en el campo de la prevención y de la salud pública, que hasta ese momento no estaban desarrolladas. Fue en esta época que el primer mexicano, Félix Leycegui, realizó estudios en la Universidad de Michigan sobre Odontología Sanitaria, apoyado por la Fundación Kellog. Leycegui fue profesor fundador de la asignatura en la UNAM y colaboró como asesor con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tanto a nivel central como estatal (Zimbron- Levy, 1990).

Al mismo tiempo la planta de universidades cambió radicalmente el panorama de los recursos humanos en odontología en el país. A partir de 1960 la profesión ve el surgimiento de nuevas escuelas dentales que se establecieron, en algunos casos más de una, en casi todos los estados de la República. Otro hecho destacado en la enseñanza odontológica es la organización de las especialidades.

La demanda de inscripciones a la carrera de Odontología en la década 1970-80 se incrementa en forma exagerada, en parte por el espejismo del éxito profesional casi asegurado a corto plazo. Ante el temor de que esta situación se reflejara en una disminución de la calidad de enseñanza, en el centro del país se creó la especialización en docencia odontológica. Esto fue seguido por la firma de un convenio entre la Universidad nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad de Texas que dio lugar a la maestría en odontología. A través de becas diversos estudiantes acuden a universidades en el extranjero a obtener los grados en diversas áreas de la odontología. En la UNAM en 1975 se establece el primer curso de doctorado en odontología. Nuevas escuelas continuaron estableciéndose, tanto públicas como privadas; algunas, como la Universidad Autónoma Metropolitana y el Instituto Politécnico Nacional, ofrecen un enfoque diferente en la enseñanza de la odontología al incorporar a sus planes de estudio y esfera de prioridades el servicio de la comunidad (Zimbron-Levy, 1990).

Desde hace dos o tres décadas las escuelas y facultades de odontología han tenido un importante crecimiento en el ámbito nacional y esto por la demanda de estudios y pacientes, así mismo ha crecido como auxiliar de los servicios de salud, aunque muchas veces no son tomadas en cuenta dentro de las estadísticas de los Sistemas de Salud, ya que en sus clínicas prestan atención curativa y preventiva a una proporción importante de la

población del territorio nacional, principalmente urbana y de escasos recursos. La cuantificación de este impacto, la cantidad exacta de usuarios, y los resultados tangibles en servicios clínicos nunca han sido determinados de forma objetiva (Guerrero-Santoyo, 2003).

Justificación

Es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas. La epidemiología en sentido estricto, que podría denominarse humana, ocupa un lugar especial en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales y aplica los métodos y principios de estas ciencias al estudio de la salud y la enfermedad en poblaciones humanas determinadas.

La epidemiología se considera una ciencia básica de la medicina preventiva y una fuente de información para la formulación de políticas de salud pública. La epidemiología estudia, sobre todo, la relación causa-efecto entre exposición y enfermedad. Las enfermedades no se producen de forma aleatoria; tienen causas, muchas de ellas sociales, que pueden evitarse. Por tanto, muchas enfermedades podrían prevenirse si se conocieran sus causas. Los métodos epidemiológicos han sido cruciales para identificar numerosos factores etiológicos que, a su vez, han justificado la formulación de políticas sanitarias encaminadas a la prevención de enfermedades, lesiones y muertes prematuras.

La salud bucal en estos últimos años presenta una tendencia a formar un odontólogo más integral acorde con las necesidades de la población en correspondencia con el Sistema Nacional de Salud. Este debe conocer profundamente áreas como la genética, inmunología, microbiología, control biológico, nutrición, tecnología educativa, epidemiología, informática Psicología, de aspectos socio-culturales y además, tener una sólida formación humanística que le permita conocer al hombre como ser bio-social (Espinosa, 2004).

La Odontología así concebida debe ir a lo científico, a la detección de las causas reales de la enfermedad, a su eliminación o erradicación, mediante la aplicación de medidas preventivas específicas que le permiten conservar la salud bucal, para lo cual el odontólogo debe ser capaz de investigar y producir beneficios directos a la población como es, mantenerla sana (Espinosa, 2004).

Las instituciones reconocen el atraso existente entre necesidades y servicio así como la cada vez más limitada capacidad de cobertura que tienen frente a una demanda que se incrementa como lo destaca los Programa Salud Bucal de la Secretaría de Salud.

Los progresos dependerán asimismo de que las políticas sean correctas; de que las instituciones responsables de aplicarlas funcionen eficazmente; de que los sistemas de salud funcionen bien y traten equitativamente a las personas; y de que haya personal suficiente para realizar todo el trabajo.

Es posible acelerar los adelantos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se trata de una opción política, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo. Podemos transformar espectacularmente la vida de millones de personas de las más pobres del mundo.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio presentan una visión del desarrollo centrada en la salud y la educación. Desde su adopción, nadie ha podido decir que el desarrollo se refiera solamente al crecimiento económico. El componente bucal de la salud continúa siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población.

Todas las estrategias de salud bucal deben estar integradas a los Programas Estatales o Nacionales de Salud por consiguiente deben estar insertados dentro del contexto de salud pública. El aspecto más importante a tratar en dichos Programas es la prevención haciendo uso y dándole la importancia adecuada a su herramienta más útil, la Epidemiología esta se utilizara para el desarrollo y evaluación de los planes y programas.

La salud bucal es un componente social complejo que rebasa el campo de la atención odontológica, por lo cual se requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinario. Para la creación de estrategias en el control y prevención de las enfermedades bucales es necesario contar con información que describa el proceso e identifique los cambios que se presentan en el desarrollo de la enfermedad, así como el impacto de las intervenciones preventivas y de control que se desarrollan. Sin embargo, en la actualidad no se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica que permita precisar la magnitud de la patología bucal e identifique asimismo los patrones de ocurrencia de las enfermedades bucales en toda la población como son los índices culturales y sociales como desempleo, nivel económico, alimentación, geografía, conductas, oportunidades sociales, etc. son parámetros que deben ser considerados e incluidos, junto con los datos clínicos (Acharya y Cervantes, 2009).

Las medidas de prevención deberán ser simples y efectivas y no contradecirse unas con las otras, ni confundir a la comunidad. Tampoco se cuenta con programas de salud bucal que se encuentren inmersos y en colaboración con los objetivos globales para la salud bucodental 2020 realizado por la Organización Mundial de la Salud, y mucho menos dentro del marco del desarrollo sustentable contradictoriamente son las enfermedades de la cavidad bucal una de las principales causas de demanda de atención en los centros de salud. Por esta razón en esta investigación se ha intentado a estudiar y analizar las políticas públicas de salud bucal en México y en particular en Nuevo León para observar cuales son las variable que se han considerado para formular esta políticas públicas.

Objetivo general

Identificar, estudiar y evaluar las políticas públicas de salud bucal en México en caso particular de Nuevo León.

Objetivos particulares

- Identificar qué factores y datos fueron tomados en cuenta para la creación de las políticas públicas de salud bucal en México.
- Revisar y evaluar las políticas públicas de salud bucal de México que si están dentro del marco del desarrollo sustentable y cumplen con lo establecido en los objetivos

globales para la salud bucodental 2020 establecidos por la Organización Mundial de Salud (OMS).

- Examinar las principales enfermedades bucales que concurren en el Estado de Nuevo León.
- Revisar las políticas públicas especificadas para la salud bucal en el estado de Nuevo León.

Hipótesis del estudio

Las políticas públicas de salud bucal en México y Nuevo León se apegan a los objetivos globales en salud bucodental establecidos por la organización mundial de salud y dentro del marco del desarrollo sustentable

Metodología

Para el presente estudio se ha utilizado una metodología analítica y comparativa. Para entender el fenómeno de políticas públicas de salud bucal primero se ha hecho una diagnóstico a la profundidad sobre las políticas públicas de nivel internacional como Organización Internacional de Salud (OMS) para comprender cuales son las principales políticas debe implementar en nivel internacional para el higiénico bucal. Después también se reviso las políticas públicas de América Latina para comprender a la profundidad sobre las enfermedades bucales en diferentes países de América Latina y también sus políticas

públicas. Después, se reviso todas las políticas públicas de salud bucal de México y Nuevo León, así mismo, hizo un análisis descriptivo y comparativo para entender hasta qué punto las políticas públicas de México y Nuevo León cumplen los estándares internacionales y también hasta qué grado son sustentables.

Para tener estas información se revisó diferentes reportes dada por las organizaciones internacionales como OMS y también reporte de Secretaria de Salud de México y Nuevo León.

CAPÍTULO I

LA SUSTENTABILIDAD Y LA SALUD: EL CASO DE LA SALUD BUCAL

El medio ambiente ha sido siempre esencial para la vida, a principios de la década de los años 1950's aproximadamente comenzó la preocupación internacional respecto a la relación entre el medio ambiente y la vida humana. Hasta entonces no se había tenido conciencia del futuro incierto que podía esperarle al planeta. Sin embargo esta preocupación medioambiental solo existía en occidente. En el bloque comunista, la destrucción del medio ambiente en beneficio de la industrialización era imparable y en los países del tercer mundo, la preocupación por el medio ambiente se consideraba un lujo de los países industrializados, algo lógico si se toma en cuenta que, para muchos de ellos la economía de subsistencia era su única preocupación (WRI, 1996).

A principios de los años 70's el interés por el medio ambiente se centro en el medio biofísico, el manejo de la flora y la fauna, de los suelos, la contaminación del agua y la desertificación, considerando a los seres humanos como responsables de todos los problemas. En este contexto surgieron en occidente dos escuelas de pensamiento con opiniones divergentes sobre las causas de degradación medioambiental. Una responsabilizaba de los problemas a la ambición sin medida y al crecimiento económico imparable de los países industrializados, mientras que la otra fincaba responsabilidades al crecimiento demográfico (Jiménez, 2003).

Estas opiniones convergieron en un informe sobre el futuro mundial, elaborado por el Club de Roma. Este informe se publicó en 1972 con el título de los “límites del crecimiento” y se analizaron varios temas: tecnología, población, recursos naturales y medio ambiente. Su principal conclusión fue que si continuaban las tendencias de ese momento, el sistema se sobrecargaría y se colapsaría en el año 2000, para evitarlo habría que detener el crecimiento demográfico y económico. A pesar de que este documento presentó muchas críticas, puso de manifiesto un concepto que hasta entonces no se había tomado en cuenta: límites externos, que destacaba el hecho de que el desarrollo podría estar condicionado por la limitación de los recursos de la Tierra (Jiménez, 2003).

A partir de este momento la preocupación por el medio ambiente fue evolucionando. En el año de 1972 en Estocolmo surge un hecho que sitió al Medio Ambiente como tema de vital importancia a nivel mundial y fue la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, esta conferencia reunió tanto a países desarrollados como países en vías de desarrollo. De esta Conferencia surgió una Declaración de 25 principios y un plan de acción con más de 100 recomendaciones, la acción más importante de la Conferencia fue que en años posteriores se creó el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA, 2003).

Para la década de los 80's existieron diferentes sucesos internacionales que polarizaban aun más los países, los desarrollados en crecimiento y los países en desarrollo con nulos crecimientos económicos. Los organismos y gobiernos se propusieron como reto atender a la pobreza por el incremento demográfico que se estaba dando. También este crecimiento demográfico permitió que existieran desplazamientos hacia las ciudades por las oportunidades económicas que presentaban y estas a la vez en un proceso de

transformación en grandes urbes y todos los requerimientos que se necesitaban para brindar servicios (Jiménez, 2003).

Empezaron a aparecer problemas ambientales que antes no habían sido detectados por ejemplo: las primeras mediciones de la capa de ozono se realizaron en 1985, sorprendiendo los resultados a los gobiernos y la comunidad científica mundial, además se reconoció por primera vez que la extinción de especies amenazaba la diversidad biológica. Además hubo varias catástrofes que marcaron el medio ambiente y se puso de manifiesto la relación entre el medio ambiente y la salud humana (Jiménez, 2003).

El conseguir que la sociedad tomara conciencia de que desarrollo y medio ambiente son conceptos íntimamente relacionados, requería un proceso con suficiente autoridad y credibilidad a nivel mundial, para que fuera capaz de implicar a gobiernos, empresarios, ONG's y sociedad civil de todos los países (Jiménez, 2003).

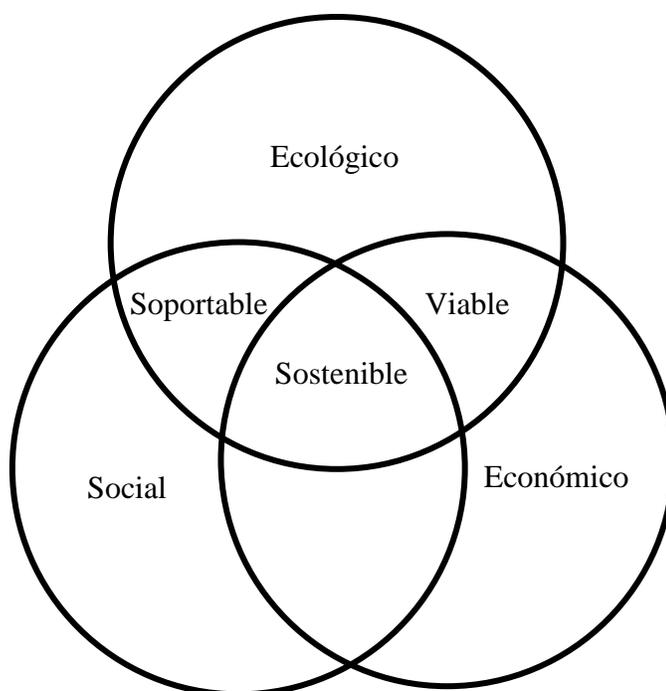
En 1983 se estableció la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo o Comisión Brundtland. Esta comisión emitió un informe tras años de reuniones con líderes de todo el mundo, este documento recibe el nombre de “Nuestro Futuro Común” o “Informe Brundtland” este suceso hace ostensible una reflexión exhaustiva que aborda los esquemas de desarrollo y crecimiento económico preponderantes en la sociedad a partir de la Revolución Industrial donde por primera vez se define el concepto de “Desarrollo Sustentable” que dice lo siguiente:

“El desarrollo que satisface las necesidades actuales de las personas sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades” (Cantu-Martinez, 2008).

Desde este punto de vista se reconocen cuatro connotaciones, que se establecen como las dimensiones elementales de la sustentabilidad desde un plano holístico y a partir de sistemas inter actuantes: el sistema ecológico, el sistema económico, el sistema social y el sistema de valores (Cantú-Martínez, 2008).

Figura I

La Sustentabilidad



Fuente: <http://hojeandovida.wordpress.com/2010/01/13/desarrollo-sostenible-entendiendo-el-concepto/>

Para la década de los 90s hubo un crecimiento de la globalización. También marcado por desastres medioambientales como el ocasionado en la Guerra del Golfo al incendiar pozos petrolíferos provocando grandes nubes de hollín y dióxido de azufre a demás de diferentes contaminantes. Se presentaron enfermedades que causaron estragos en

la población como son el SIDA, paludismo, diarreas y enfermedades respiratorias sobre todo en países en vías de desarrollo.

Se celebraron eventos de importancia internacional como la Cumbre de Rio o Cumbre de la Tierra en 1992 en Rio de Janeiro, Brasil. Aquí participaron gran cantidad de jefes de Estado, ONG's, académicos, instituciones educativas, sociedad civil, entre otros. En esta Cumbre se ratificaron muchos de los compromisos adquiridos en la Cumbre de Estocolmo en 1972. Aquí se aprobaron 4 documentos importantes:

1. La declaración de Rio contiene 27 principios, e instrumentos de política ambiental y derecho ambiental.
2. Agenda 21, este documento es un plan de acción para conjugar al desarrollo y al medio ambiente desde una visión "Glocal" desde lo local hacia lo global.
3. Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
4. Convenio sobre biodiversidad (Jiménez, 2003).

A los diez años de la cumbre de Rio se hizo patente la necesidad de revisar las políticas de los países en materia de desarrollo sustentable realizando una Cumbre en Johannesburgo en el 2002. A pesar de que se habían producido algunos progresos, se reconoció abiertamente que las grandes expectativas planteadas no se alcanzaron. La mayoría de los informes señalaban que la presión sobre el medio ambiente y los recursos naturales habían aumentado, así como la pobreza iba en aumento a nivel mundial. La clave

está en conseguir que la preocupación generalizada por la destrucción del medio ambiente y la pobreza, se transforme en medidas reales por parte de quienes tienen la capacidad y el deber de tomarlas (Jiménez, 2003).

La interacción de tendencias políticas, económicas, sociales y científico tecnológicas en el contexto mundial, ha dado como resultado cambios importantes en el desarrollo histórico de todos los países, transformando estructuras, procesos, relaciones de las instituciones y actores individuales y colectivos. En consonancia con estos cambios, las condiciones de vida de las poblaciones y sus determinantes, han tenido importantes modificaciones, que deben ser motivo de reflexión, análisis y formulación de intervenciones en salud con nuevas perspectivas (Gallego, 2000).

Lo que intenta el desarrollo sustentable es ascender la calidad de vida de las colectividades humanas, sin que el empleo de los recursos comprenda una pérdida insalvable, es decir, el desarrollo sustentable lleva a la praxis las políticas indispensables en el terreno económico, para salvaguardar tanto los recursos naturales como los humanos, sin olvidar que una de sus raíces en su concepción fue para afrontar la fundada exigencia de la comunidad internacional por resguardar el ambiente de los impactos desfavorables ocasionados por el adelanto industrial y por la imperiosa necesidad que tienen los países del mundo con alta proporción de hambre y miseria de alcanzar el desarrollo económico. (Cantú - Martínez, 2008)

Pretende influir en los cambios necesarios al interior de las sociedades, para así promover nuevos patrones de consumo y mantener por tanto, una relación sana con la naturaleza; de este modo promueve nuevas reflexiones y conductas que sean capaces de

influir en la estructura social y en las actividades productivas públicas y privadas, para actuar en beneficio del bien común, a la luz de la razón pero manteniendo primordialmente el ambiente a salvo de los efectos del deterioro y la contaminación (Cantú -Martínez, 2008).

Para comprender dichos cambios, es necesario ubicarse en el contexto sociopolítico de los países con desarrollos diferentes a los de las grandes potencias, países con economías débiles, con endeudamientos externos muy altos, cuyos pagos a la deuda implican recortes presupuestales especialmente para la inversión social. Mientras las economías fuertes tienen resueltos problemas relacionados con la supervivencia, en los países pobres se aumenta la inequidad, principalmente en indicadores relacionados con las necesidades de los seres humanos: “el problema está asociado de manera directa a la supervivencia de grandes sectores de la población (Gallego, 2000).

Por otra parte Cantú–Martínez (2007) señala a cerca de los ejes de la salud pública en los cuales no está exenta la odontología. Estos son: evaluación de la condiciones de salud, avance de políticas en salud y salvaguardar el suministro de servicios para lograr meta de salud. El autor demuestra que en estos puntos se encuentran involucrados las instituciones, el personal, la comunidad y la paciente.

Sustentabilidad Social

Cuando se habla de medio ambiente en términos comunes se está considerando la naturaleza externa al ser humano. No obstante toda discusión sobre crisis ambiental y sobre las alternativas ambientalmente más saludables para el desarrollo humano considera a la sociedad humana como parte del medio ambiente.

Por sustentabilidad social se considera, comúnmente, la pobreza y el crecimiento poblacional. La pobreza es considerada en forma extendida, incluyendo hambre, falta de habitación, de agua potable, de sistema de salud, etc. La pobreza que aparece en la mayoría de los discursos sobre desarrollo sustentable se le aplican inclinaciones de sociales de sustentabilidad.

La pobreza genera problemas ambientales porque los pobres no tienen los recursos para una estrategia productiva sustentable, o porque el crecimiento de población que los pobres impulsan implican una mayor demanda de recursos y presión sobre los ecosistemas. Es importante mencionar que el problema ambiental que la pobreza supone no está restringido solamente a los pobres sus efectos alcanzan a los ricos (Foladori, 2005).

Los autores o instituciones que incluyen al enfoque social en la sustentabilidad es sumado siempre al enfoque ecológico. Así, si bien existe un enfoque exclusivamente ecológico, no existe uno exclusivamente social. Donde el enfoque social de la sustentabilidad este presente, siempre tiene referencia al ecológico llamado por algunos eco-social. La sustentabilidad social es utilizada como un puente para alcanzar la ecológica. Los problemas sociales son usados como un puente para identificar los problemas técnicos (Foladori, 2005).

Las interrelaciones en la dinámica social están estrechamente relacionadas con la ambiental, desafiando la vieja distinción entre ciencias del hombre y de la naturaleza. Reconociendo esta estrecha vinculación emerge la ecología social. Esta recoge la tradición de las ciencias del ambiente y las ciencias sociales (Gudynas, 1993).

La ecología social es el estudio de los sistemas humanos en interacción con sus sistemas ambientales, Ante este concepto tanto los dos sistemas como su interacción tienen la misma importancia. La ecología social es distinta de la ecología animal o la ecología vegetal. En efecto tanto una como la otra parten de un tema distinto de estudio, también se diferencia de la ecología trófica y la ecología comunitaria. La ecología social se distingue entonces a su objetivo que es el estudio del ser humano y su vinculación con el ambiente (Gudynas, 1993).

En la actualidad este concepto de la sustentabilidad social ha tenido una evolución resaltando la importancia de la participación social y en el aumento de las potencialidades y cualidades de las personas en la construcción de un futuro más justo y una mejor calidad de vida (Foladori, 2002).

A lo largo del tiempo, el concepto de Calidad de Vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales, no obstante, se estarían omitiendo aspectos que intervienen directamente con la forma de interpretar o no las situaciones como positivas o no, es decir, aspectos que influyen la escala de valores y las expectativas de la personas (Jiménez; et al. 2003).

En las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo está influido directamente por los factores del entorno, en especial, la cultura. De esta manera, si se graficara el proceso, las personas (definidas como seres sociales) se transforman en la intersección de éstos factores, es decir, "nosotros, los seres humanos operamos en nuestra vida en muchos y diferentes dominios de realidad, los cuales como diferentes redes de conversaciones y explicaciones se interceptan en nuestros cuerpos (Misrachi, 2005).

Si, se está determinado por la cultura en la que se esté inserto, podría pensarse que la calidad de vida se daría igual para las distintas culturas y entonces pudiera definirse el concepto abordando los distintos factores de cada cultura, pero no basta con eso. Hay un espacio en el medio de las intersecciones de factores que influyen en el accionar como la tan mencionada cultura, la historia personal, la ubicación sociocultural y geográfica en donde se nace, etc. y ese espacio es lo que le da a cada persona su manera de sentir la vida, sus expectativas, sus metas, sus deseos, su sentido de vida, etc. y que se relaciona directamente con la libertad (siempre entendiéndola como limitada por los factores del entorno). La libertad, rectamente comprendida es un cumplimiento por la persona de la ordenada secuencia de eventos de su vida. La persona libre se mueve voluntaria, libre y responsablemente para desempeñar su importante papel en un mundo cuyos eventos determinados pasan por él y por su elección y voluntad espontánea. Es ésta libertad la que diferencia el ser de cada persona, ese espacio que queda en el corazón y que está interceptado por muchos factores es lo que hace elegir cosas distintas, en otras palabras es la subjetividad propia (Nussbaum, 1996).

Desde esta perspectiva, no se puede hablar de calidad de vida sin considerar las diferencias individuales, sin considerar la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta y lo

más importante sin olvidar que se está hablando de la felicidad de las personas. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como: “la evaluación subjetiva e las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones esenciales para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional” (Jiménez, et al. 2003).

Para el desarrollo sustentable la salud es una esfera que no puede quedar excluida. Prueba de lo anterior evocando a la Declaración de Rio que asienta que los seres humanos se hallan en el eje de las preocupaciones por el desarrollo sustentable y que poseen el derecho a una vida saludable y productiva, y en armonía con la naturaleza (Cantú-Martínez, 1998^a)

La salud es la resultante de la interacción de muchos factores, entre ellos el ingreso económico percibido. El Banco Mundial en 1993, en su informe “Invertir en Salud”, hace un llamado a mejorar el crecimiento económico de los países y ante todo un “crecimiento equitativo”, lo cual unido a “una política sanitaria fuerte”, se convierten en ingredientes necesarios para alcanzar logros sociales en salud”. Cifras del Departamento Nacional de Planeación (DNP) del año 2005, informan de un 49.2% de población en situación de pobreza y un 27.5% en pobreza extrema, indicadores que se traducen en incremento de los problemas de salud (Gallego, 2000).

En el seguimiento que se hace a los problemas de salud que afectan a la población, el componente bucal debe ocupar un lugar importante, de tal manera que la información generada tenga los atributos de calidad, oportunidad, suficiencia y que apoye la toma de decisiones. No obstante, es limitada la información si se reduce únicamente a los eventos que han ocupado el mayor interés, como es el caso de la morbilidad bucal, descuidando aspectos como las condiciones de vida que generan riesgos específicos para la salud, las características del servicio y el recurso humano que presta dichos servicios (Ramírez, Martínez, López, 2007).

Se requiere entonces, avanzar hacia un sistema de vigilancia que permita identificar las diferencias por grupos de edad y por regiones, entre otros, acatando así una de las prioridades definidas por la OMS, el desarrollo de sistemas adecuados de información en salud bucal, con lo cual se podría encontrar respuesta a interrogantes como: ¿Cuáles son los problemas de salud bucal prioritarios de hoy? ¿Cuáles son los grupos poblacionales prioritarios por problemas de salud bucal? ¿Cuáles son las intervenciones prioritarias según los riesgos? (Ramírez, Martínez, López, 2007).

Para “monitorear y analizar” es necesario saber qué está pasando, a quiénes afecta, en términos de magnitud e impacto. Por lo tanto un paso importante, es articular el trabajo individual en las unidades de atención odontológica, públicas y privadas, para discernir la verdadera problemática de salud bucal, dicho monitoreo debe considerar instrumentos e indicadores que reflejen las realidades del país y que permitan acompañar y evaluar las acciones propuestas e implementadas (Ramírez, Martínez, López, 2007).

La problemática de salud bucal requiere análisis profundos sobre su dinámica y manifestaciones, debe examinarse con base en las condiciones de vida, el acceso a los servicios, los conocimientos ciudadanos sobre los derechos que les asiste cuando tienen problemas de salud y las prácticas o cuidados individuales y colectivos saludables o que propician enfermedad (Ramírez, Martínez, López, 2007).

En lo que refiere a la vigilancia de la salud bucal, ésta debe hacer parte de una política pública permanente, que no desaparezca con los cambios de gobierno, que tenga dolientes en los niveles decisores, directivos medios y operativos, y que los ciudadanos la reconozcan como parte íntima de la salud integral. Así mismo, como política pública debe ser consecuente en las asignaciones presupuestarias para que las decisiones se traduzcan en acciones concretas (Ramírez, Martínez, López, 2007).

La calidad de vida relacionada con la salud abarca sólo aquellos aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal. La evolución del concepto de salud desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psíquico y social, hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos (Misrachi, 2005).

En las últimas décadas, las acciones en promoción de la salud han contribuido a incrementar la esperanza de vida, la investigación se ha enfocado principalmente al estudio de los aspectos biológicos, utilizando mediciones epidemiológicas. Hay cada día mayor reconocimiento a la necesidad de humanizar los servicios de salud y de escuchar a los

pacientes. Los aspectos subjetivos que incluyen la auto-percepción de salud, la incomodidad, la insatisfacción y el bienestar han recibido poca atención. Es relevante ver individualmente un número de indicadores específicos de las enfermedades bucales como son: caries dental, enfermedades periodontales, y las condiciones de los tejidos blandos, pero también, proveer una medición global de la salud bucal y no sólo referirse a las observaciones clínicas, sino cómo se define o percibe individualmente la salud de la cavidad bucal. La salud con relación a la calidad de vida es un concepto multidimensional, que representa una combinación de absoluta salud, percepción actual o potencial de salud y/o incapacidad y que contempla a la salud bucal, por lo que debe ser examinada como parte de la salud general. El concepto de salud tiene íntima relación con el de calidad de vida y éste con el concepto de salud bucal (Misrachi, 2005).

La pérdida de los dientes naturales reduce sustancialmente la calidad de vida y genera cambios en la imagen y el funcionamiento. La pérdida de dientes es el resultado de enfermedades, principalmente caries y enfermedad periodontal. También es el reflejo de la actitud del paciente y el dentista, de la viabilidad y accesibilidad al cuidado dental y de la prevalencia de estándares de cuidado (Misrachi, 2005).

Esto refuerza la recomendación a los profesionales de la salud para que consideren, como uno de los objetivos terapéuticos de mayor importancia, mejorar la plenitud de la vida del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad. Para lograrlo, es necesario determinar las percepciones del paciente sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectarán diversos aspectos de su vida, especialmente su bienestar físico, emocional y social (Misrachi, 2005).

Tradicionalmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante los interrogatorios, historias clínicas, la exploración física y los exámenes de laboratorio. Sin embargo, el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud (Misrachi, 2005).

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fono articular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.

Los servicios de salud bucal en México al inicio del nuevo milenio para comprenderlos es necesario entender la dinámica del modelo neoliberal dentro del proceso de globalización puesto que constituye el marco estructural determinante de los cambios económicos y políticos nacionales, mismos que impactan la salud y sus formas de atención. El modelo 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 (Laurell, 1991).

Las políticas económicas de ajuste del modelo neoliberal impuestas por los organismos internacionales tienen efectos devastadores sobre la economía del país al deteriorar dramáticamente las condiciones de vida y de salud de la mayoría de los mexicanos. El adelgazamiento del Estado frena las posibilidades de lograr la cobertura universal en educación y salud, asimismo impacta negativamente la calidad de los servicios públicos (Laurell, 1993).

El neoliberalismo propicia reformas en las políticas sanitarias que se traducen en cambios sustanciales en la concepción de los servicios de salud y los mecanismos de acceso a ellos. Tales reformas tienden al fortalecimiento de los seguros y servicios médicos privados, al desmantelamiento de las instituciones de seguridad social así como a la restricción de los servicios asistenciales públicos (Laurell, 1996).

Esto provoca como consecuencia que gran parte de la población de escasos recursos quede sin atención médica y por otro lado la población que si tiene el solvente económico para obtener un seguro medico o la asistencia a instituciones privadas se vean obligadas a invertir grandes cantidades de dinero en su salud (Laurell, 1996).

El estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida sexual, entre otras actividades. Las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la población nos pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades del estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico (Espinosa, 2004).

Los conceptos de modo y estilos de vida comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a partir del redimensionamiento del concepto de salud y por lo tanto, de los determinantes de la salud. Estos conceptos han contribuido a la mejor comprensión y operalización de los elementos no biológicos que intervienen en el

proceso salud-enfermedad y que son parte integrante de la medicina social característica de nuestro siglo (Espinosa, 2004).

El camino generalizado para arribar a estos nuevos conocimientos en medicina se produjo a partir del cambio del estado de salud en poblaciones con desarrollo socioeconómico avanzado, donde las muertes y enfermedades se asocian cada vez menos con enfermedades infecciosas y se comienza a prestar atención a aquellos elementos que inciden en estas muertes y enfermedades, a saber: inadecuación del sistema de cuidados de la salud existente, factores conductuales o estilos de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos (Espinosa, 2004).

Para caracterizar el modo de vida como determinante de salud se han utilizado múltiples criterios, en los que la epidemiología y las ciencias sociales han hecho grandes aportes, al establecer relaciones entre las condiciones materiales y la forma en que los grandes grupos sociales se organizan y se realizan productivamente en esas condiciones. Por ejemplo: servicios de salud y su utilización, instituciones educacionales y nivel educacional de la población, tipos de vivienda, condiciones o hacinamiento, abasto de agua e higiene ambiental, etc., (Espinosa, 2004).

Esta categoría resulta pues, imprescindible en la comprensión no solo del estado de salud de una población, sino además en la confección de políticas sanitarias y estrategias de promoción de salud, ya que su campo abarca los grandes grupos sociales en su conjunto (Espinosa, 2004).

El diagnóstico del estado de salud de la población por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o

comunidad determinada, sea ésta la de un país, provincia, municipio, área de salud, centros educativos, centros laborales, etc. (Rodríguez, A; Delgado, L, 1996). Todas estas poblaciones pueden ser estudiadas para conocer su estado de salud, sus componentes, sus determinantes o factores de riesgo y su causalidad, para elaborar un plan de acción y de ejecución que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables (Rodríguez, Delgado, 1996).

El estado de salud de la población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud de la población (Rodríguez y Delgado, 1996).

Las determinantes o condicionantes de la salud y de la enfermedad en los individuos, familiares y colectivos en una comunidad, dependen de la integración de otras variables como:

1. La biología humana (genética, envejecimiento, otros).
2. El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
3. El estilo de vida (conductos de salud).
4. El sistema de asistencia sanitaria.

El componente bucal del proceso salud enfermedad de los individuos, familias y todos los pertenecientes de una comunidad no escapa a este complejo proceso de determinación. En caso concreto, la salud y enfermedad bucal es la resultante de sus

condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicos, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos, acceso y práctica a medidas de función, etc, (Rodríguez y Delgado, 1996).

No debe perderse de vista la interrelación entre la salud bucal y la salud general. Como consecuencia de los avances en la ciencia médica, actualmente la esperanza de vida ha aumentado, generando un incremento en la demanda de los servicios de salud, especialmente los de mayor edad o con problemas médicos. Un ejemplo de ello es la diabetes no tratada o mal controlada: se ha observado que existe un aumento en la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal en los pacientes con este padecimiento. Si tomamos en cuenta los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Salud 2000, la diabetes tipo 2 en México está presente en 10% en la población mayor de 20 años de edad y fue la tercera causa de muerte en nuestro país en el año 2003, resulta claro que las estrategias a corto y mediano plazo se verán modificadas de acuerdo a la población médicamente comprometida (MVEPB, 2004).

En cuanto a la información existente de las alteraciones de la mucosa de la cavidad bucal es insuficiente; sin embargo, en la actualidad después de la caries y la enfermedad periodontal, el cáncer constituye uno de los principales problemas de salud, tanto por su elevada mortalidad como morbilidad. (MVEPB, 2004). La tasa de mortalidad por cáncer en labio, cavidad bucal y faringe en México para el año 2003 fue de 7.3 por 1,000,000 habitantes (SEED, 2003).

En nuestro país, de acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias, durante el año 2002 se notificaron 1,449 casos de neoplasias malignas localizadas en labio, cavidad bucal y faringe, lo que representa 1.3 por ciento del total de casos (RHNM, 2002). La importancia de la detección oportuna y temprana de leucoplasia y eritroplasia (lesiones premalignas), radica en que existe una correlación entre el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, las dimensiones de la neoplasia, el sitio de localización del tumor primario, la extensión a los ganglios linfáticos, las metástasis y la sobrevivencia del paciente.

Por otra parte, uno de los trastornos importantes a vigilar es la fluorosis dental, a pesar de que su presencia varía de acuerdo a factores extrínsecos como la zona geográfica, temperatura, clima, dieta, edad en que el individuo ha consumido el flúor, tiempo de consumo, concentración ingerida, frecuencia de ingestión y altitud de la localidad,¹⁷ su trascendencia, radica en la existencia de zonas con alta concentración de fluoruro en agua en algunos estados del norte y centro de nuestro país (NOM-040-SSA1-1993).

De acuerdo a la encuesta de 1997- 2001, el porcentaje de población escolar en el país que presentó algún nivel de fluorosis dental fue de 27.3%, del cual 10% presentó un nivel cuestionable de fluorosis, 7.9% muy leve, 4.7% un nivel leve de fluorosis, 3.0% moderado y 1.7% severo. Estas cifras son mayores a las reportadas en la encuesta del ISSSTE, la cual registró 14.3% de fluorosis dental en población usuaria.

Aun cuando la caries dental y la enfermedad periodontal, son las enfermedades con mayor peso dentro de la morbilidad bucal, es necesario que el odontólogo identifique las patologías menos frecuentes como la leucoplasia y eritroplasia que presentan el riesgo potencial de evolucionar hacia una lesión maligna (MVEPB, 2006).

Principales enfermedades de salud bucal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) creó un manual llamado Clasificación Internacional de Enfermedades en donde enlistan una serie de enfermedades que son reconocidas por la comunidad médica. La Odontología, no es la excepción pues así mismo se creó en 1964 un manual llamado Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a la Odontología y Estomatología en donde se reconocen una gran cantidad de enfermedades de este campo de estudio, conforme se realicen investigaciones odontológicas en cuanto a la salud oral y los descubrimientos que surgen de las mismas se va ampliando la clasificación. De acuerdo a su morbilidad se reconocen como principales las siguientes enfermedades:

Caries

Es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Constituye una de las causas principales de la pérdida dental y además puede predisponer a otras enfermedades. El término de “caries” proviene del Latín y significa echarse a perder y caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes y que puede definirse según la OMS como toda cavidad en una pieza dental cuya existencia pueda diagnosticarse mediante examen visual y táctil practicado con espejo y sonda fina (Higashida, 2009).

En el último siglo, la investigación científica ha permitido establecer un concepto mucho más detallado de la naturaleza de la caries dental, ya que actualmente se reconoce

que una cavidad es la última manifestación de una infección bacteriana. Las bacterias presentes en la boca forman una comunidad compleja que se adhiere a la superficie del diente en forma de una biopelícula, comúnmente denominada placa dental (MVEPB, 2006).

Una biopelícula cariogénica puede contener millones de bacterias, entre las cuales el estreptococo mutans es uno de los componentes críticos. Esta bacteria puede fermentar los hidratos de carbono para formar ácido láctico, los ciclos repetidos de la generación ácida pueden dar lugar a la disolución microscópica de minerales del esmalte del diente y a la formación de una mancha blanca o marrón opaca en la superficie del esmalte (Mandel 1979).

Si la infección de la caries en el esmalte no es controlada, la disolución ácida puede avanzar para formar una cavidad que se extienda a través del esmalte dental hacia el tejido pulpar, el cual contiene una gran cantidad de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas.

Si en esta etapa no es controlada la infección de la pulpa, puede conducir al absceso, a la destrucción del hueso y a la extensión de la infección vía circulación sanguínea. La caries dental es un proceso dinámico donde se alternan periodos de desmineralización con periodos de remineralización, a través de la acción del fluoruro, calcio y fosfatos presentes en la saliva (MVEPB, 2006).

Aún no está clara la razón por la cual algunos individuos son más susceptibles que otros. Sin embargo, Slavkin, (1988), explica estas diferencias se refieren a diferentes factores:

1. Las diferencias genéticas en la estructura, la bioquímica de las proteínas y de los cristales del esmalte.
2. Las variaciones de las características y la cantidad de saliva.
3. El mecanismo inmunológico de defensa.
4. La influencia de aspectos socioeconómicos y culturales.

La caries dental se presenta con una serie de signos y/o síntomas (cavitación y/o dolor), afectando diferentes órganos dentarios y superficies dentales, las cuales pueden tener distintos grados de severidad. Es decir, la caries dental debe ser vista como un proceso acumulativo donde los factores de riesgo determinan el inicio del proceso, su avance, su evolución y la posibilidad de reversión en la primera fase del proceso (Slavkin, 1988).

Causas de caries

La principal causa de caries es por los ácidos que producen los microorganismos acidógenos, se les llama así por ser los productores del ácido de la boca al degradar los alimentos en especial los hidratos de carbono; esto hace que disminuya el pH de la placa dentobacteriana y que aumente la proliferación de microorganismos y la actividad acidógena, después se descalcifica la molécula del esmalte y se forman cavidades (Higashida, 2009).

El desarrollo de la caries depende de la frecuencia en el consumo de carbohidratos, las características de los alimentos, el tiempo de exposición, eliminación de la placa y la susceptibilidad del huésped. Existen especies de lactobacilos, actinomicetos y otros estreptococos que generan ácidos dentro de la placa y pueden contribuir al proceso carioso (Bowden, 1990).

Esta enfermedad es considerada multifactorial por lo que es de gran importancia tomar en cuenta la acción simultánea de varios factores:

1. Tipo de alimentación sobre todo las que contengan altas cantidades de hidratos de carbono. Aquí también es importante el tiempo, cantidad y frecuencia de la ingestión.
2. Características morfológicas del diente y la edad. También se consideran la disposición de los dientes en la arcada, algunas formas de mal oclusión. Proximidad de los conductos salivales, textura superficial y aparatos fijos o removibles que dificultan la limpieza.
3. Herencia biológica.
4. Mal funcionamiento de la glándula parótida.
5. Enfermedades intercurrentes y el consumo de algunos medicamentos.
6. La radioterapia en pacientes con cáncer.
7. Factores medioambientales, socioculturales, económicos y de educación por ejemplo:

8. En los países sin luz solar todo el año, se han encontrado relación con el promedio de horas de luz solar y la frecuencia de caries.
9. Existe relación con la calidad de vida como vivienda, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial, servicios básicos como el agua.
10. Falta de cultura y educación como también en la situación económica se relacionan con los modos de alimentación y la adecuada higiene bucal.

Causas Sociales

1. Civilización y raza: En ciertos grupos humanos existe mayor predisposición a la caries que en otros, tal vez a causa de la influencia racial en la mineralización, morfología del diente y la dieta (Barrancos, 2006).
2. Herencia: Existen grupos inmunes y otros altamente susceptibles y esta característica es transmisible (Barrancos, 2006).
3. Estrés: Disminuye la resistencia a las infecciones y la secreción salival lo que contribuye a la aparición de caries (Higashida, 2009).
4. Cultura: la higiene bucal se vincula con la escolaridad, los hábitos, creencias y costumbres e incluso con experiencia odontológicas previas (Higashida, 2009).
5. Calidad de vida: (vivienda, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencia), se relaciona con la caries en cada persona (Higashida, 2009).

Es importante reconocer que la prevención y la atención temprana de la enfermedad son factores importantes a considerar para que no existan consecuencias por tener esta enfermedad. La principal consecuencia es el dolor, destrucción dental y un cuadro infeccioso avanzado como enfermedad la caries pasa por varias etapas.

Un aspecto esencial para mejorar la salud de la población es contar con información que permita conocer la distribución de las alteraciones y sus asociaciones con factores de riesgo; la información constituye uno de los elementos fundamentales, necesarios para la generación de políticas de salud pertinentes y para mejorar los sistemas de monitoreo y evaluación del estado de salud bucal (ENCD, 2001).

Enfermedad periodontal

Es una infección causada por las bacterias presentes en la biopelícula (placa dental) que se forma en las superficies bucales y representa varias entidades nosológicas, su división básica se refiere a la gingivitis cuando se encuentra afectada la encía y la periodontitis, cuando los tejidos suaves y estructuras de soporte de los dientes están lesionados. Tanto la caries dental como la enfermedad periodontal se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes y adultos, el porcentaje de individuos con periodontitis moderada o severa se incrementa con la edad (CAAM, 1990).

La gingivitis es la inflamación de la encía y se caracteriza por cambios en la coloración (comúnmente de un rosa pálido a un rojo brillante), se presenta edema y sangrado, además de alterarse la consistencia tisular. Estos cambios son el resultado de la

acumulación de placa dental a lo largo del margen gingival y de la respuesta inflamatoria del sistema inmune a la presencia de productos bacterianos (MVEPB, 2006).

Los cambios iniciales de la gingivitis son reversibles con una adecuada higiene bucal, de lo contrario, éstos pueden llegar a ser más severos con la infiltración de células inflamatorias y el establecimiento de una infección crónica. Puede persistir por meses y hasta años la infección gingival, sin progresar a periodontitis. La biopelícula presente en las superficies de los dientes que se encuentran cerca de las salidas de las glándulas salivales, a menudo se mineraliza y forma cálculo o tártaro, esta combinación puede exacerbar la respuesta local inflamatoria (Mandel, 1995).

Existen numerosos estudios para establecer cuáles son los organismos causantes de la gingivitis, los más frecuentes asociados son *Fusobacterium nucleatum*, *Veillonella parvula*, así como especies de *Campylobacter*, además de *Treponema*; sin embargo, ha sido complejo definir clara y consistentemente a un solo grupo asociado a la gingivitis. La inflamación gingival puede ser influida por hormonas esteroideas, originando diferentes tipos de gingivitis como es la juvenil, del embarazo y la asociada a la administración de medicamentos para el control de la natalidad.

La presencia de éstas en los tejidos adyacentes a la biopelícula aparentemente estimula el crecimiento de ciertas bacterias y desencadena una exagerada respuesta a la acumulación de placa dental.²⁵ Ciertos fármacos, como los antiepilépticos y algunos inmunosupresores también pueden inducir el crecimiento excesivo gingival y la inflamación (Mandel, 1995).

La periodontitis representa eventos moleculares y tisulares avanzados con un daño en la estructura del periodonto prácticamente irreversible; en su avance involucra regiones anatómicas y crea deformaciones estructurales severas en la unidad dentogingival y en la unidad dentoalveolar que requieren de la intervención del especialista (Mandel, 1995).

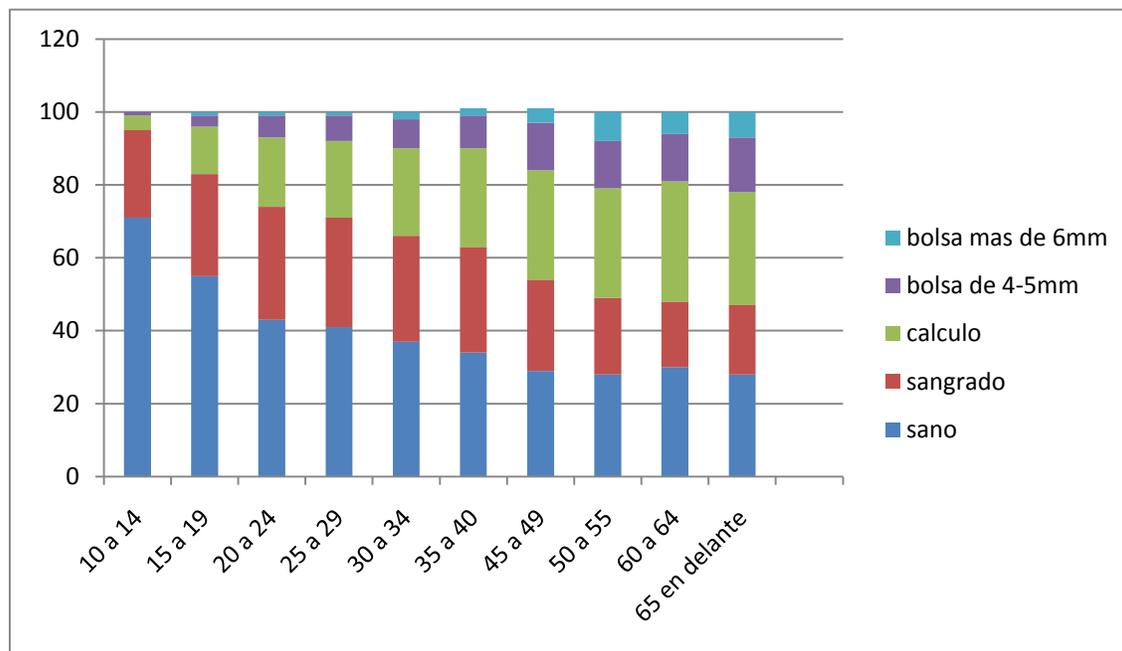
La severidad de la enfermedad periodontal es determinada a través de una serie de signos que incluyen la extensión de la inflamación, hemorragia, profundidad de la bolsa, pérdida de inserción del ligamento y de tejido alveolar óseo adyacente, el cual se determina mediante evaluación clínica y rayos-X (Genco, 1996).

La mayoría de los investigadores concuerdan en que la periodontitis es el resultado de una infección mixta, en particular de bacterias negativas como *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola* y *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. Su papel en la iniciación y progreso de la enfermedad es determinado en parte por su “factor virulento”, como la habilidad para colonizar la placa subgingival, la generación de productos que puedan directamente dañar a los tejidos, así como el producir una respuesta inmunológica inflamatoria (Genco, 1996).

De acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías bucales (SIVEPAB) en el 2007 con información de usuarios que acuden a los servicios de salud odontológicos, en México el 53% de estos usuarios padece algún grado de enfermedad periodontal y la mayoría son mayores de 30 años como se puede observar en el siguiente grafica.

Grafica 2

Distribución del índice periodontal comunitario por grupos de edad, 2007



Fuente: Secretaria de Salud, SIVEPAB, Dirección General Adjunta de Epidemiología, México septiembre 2007

Causas de enfermedad periodontal

Los factores locales son por excelencia los más importantes en la etiología de la enfermedad periodontal. Dentro de todas las causas que intervienen en la iniciación y el desarrollo de la gingivitis y periodontitis se podrían mencionar las siguientes:

1. Factores iniciadores. Aquí se consideran a la placa bacteriana y al cálculo.
2. Factores modificadores:

2.1. Locales. Maloclusion, respiración bucal, tratamiento de Odontología defectuosos, oclusión traumática, impactación alimenticia, hábitos inadecuados.

2.2. Generales. Problemas hormonales, problemas nutritivos, problemas sistémicos, problema de stress, problema hematológico (Bascones, 1992).

Como predecesora de la placa bacteriana se encuentra la materia alba, es una cubierta adquirida de tipo bacteriano que se deposita sobre los dientes y márgenes gingivales, de color blanquecino, amarillento o grisáceo, es fácil de eliminar con un enjuagatorio, cepillado de dientes o simplemente un chorro de agua, si esta no es eliminada y se acumula e impacta en los dientes podría transformarse en placa dento bacteriana, que es una masa de microorganismos, material blando y adherente al diente, no es fácil eliminarlo con un simple enjuagatorio, la presencia de esta placa bacteriana es necesaria para iniciar y desarrollar la enfermedad (Bascones, 1992).

Es importante señalar que existen múltiples factores generales que no inician por si mismos la inflamación gingival y de la periodontitis pero contribuyen con gran relevancia al desarrollo de la enfermedad como son los siguientes:

1. Enfermedades hematológicas, por ejemplo la leucemia y hemofilia modifican la respuesta del tejido gingival a la placa bacteriana.

2. Estados hormonales, ejemplo la diabetes tipo I y tipo II, estas disminuyen los mecanismos defensivos de las estructuras tisulares así como un aumento en la susceptibilidad a las infecciones.
3. Durante el embarazo, el elevado nivel de progesterona altera la función y permeabilidad de los vasos gingivales, la encía en ciertas ocasiones da el aspecto edematosa.
4. Ciclos menstruales, se han observado casos de alteraciones gingivales.
5. El uso de anticonceptivos de vía oral o inyectable también modifica la respuesta de la encía a la placa bacteriana.
6. Factores nutritivos como falta de vitamina A, B, B12, C, D, K.
7. El uso de fármacos la que mas altera el tejido gingival es difenil hidantoina (dilantin).
8. Tensión psíquica como el stress, depresión, alteración emocional.
9. Factores genéticos (Bascones, 1992).

Consecuencias de enfermedad periodontal

En primera instancia aparece la gingivitis y presenta diferentes fases de evolución hasta transformarse en periodontitis esta presentara así mismo una evolución en la lesión hasta presentarse un cuadro infeccioso avanzado y la pérdida dentaria. Según la investigación de Domínguez *et.al* (2005) la enfermedad periodontal es por la falta de higiene bucal, y la

gente que presenta este problema concurren frecuentemente los problemas estomacales y también puede causar diabetes.

Cáncer Bucal

El cáncer oral es el cáncer localizado en la cavidad bucal (el área de la boca) y la orofaringe (el área de la garganta que está en la parte posterior de la boca). Algunos datos señalan que cada año a más de 30,000 personas en los Estados Unidos se les diagnostica cáncer bucal y esta enfermedad mata a más de 8,000 norteamericanos anualmente. En el caso de México, 4.3 por ciento de la población está afectado por esta enfermedad (Cepeda, 2003).

El cáncer bucal ha aumentado en el mundo, se estima que más de 750 000 personas presentaron cáncer bucal globalmente y más de 275 000 nuevos casos fueron reportados en el 2002. En México, se debe contar con mejores estadísticas, ya que sólo se dispone de los registros del Instituto Nacional de Cancerología y los de la Secretaría de Salud, de ahí que los proyectos de estadística son necesarios para determinar los factores de riesgo en la república mexicana (Aldape, 2008).

Existen dos tipos de lesiones con potencial de convertirse en lesiones cancerosas (leucoplasia y eritroplasia), por lo que se requiere identificar oportunamente su recurrencia y comportamiento. Así que cualquier lesión blanca ó roja que no se resuelva por sí misma en tres semanas deberá ser evaluada y considerar la obtención de una biopsia para realizar un diagnóstico definitivo (MVEPB, 2006).

El carcinoma de células escamosas, es la lesión maligna oral más común, lo cual presenta a menudo un desafío de diagnóstico clínico para el odontólogo, particularmente en

su etapa inicial de desarrollo. La mayoría de los cánceres se asocian a una historia de tabaquismo y alcoholismo. Por lo tanto, el dentista debe realizar una historia clínica completa así como la detección de cáncer bucal (MVEPB, 2006). Además, otros signos y síntomas que deben tomarse en cuenta:

1. Un abultamiento ó engrosamiento del tejido blando de la boca
2. Dificultad para masticar ó deglutir la comida
3. Dolor en el oído
4. Dificultad al mover la mandíbula o la lengua
5. Adormecimiento de la lengua u otra área de la boca.

Leucoplasia bucal

La Leucoplasia fue definida en 1978 por la Organización Mundial de la Salud OMS como: parche o placa blanca que no puede ser caracterizada, clínica o histopatológicamente como alguna otra enfermedad. Luego, ha sido redefinida como: lesión predominantemente blanca en la mucosa bucal que no puede ser caracterizada como ninguna otra definida (Axell, et al, 1994).

Clínicamente, se distinguen dos tipos de lesiones leucoplásicas, como son la homogénea y la no homogénea. La lesión homogénea es predominantemente blanca y uniformemente achatada, de apariencia delgada, pudiendo exhibir grietas poco profundas y tener una superficie lisa o corrugada. La leucoplasia no homogénea es una lesión

predominantemente blanca o blanca con rojo (leucoeritroplasia) que puede ser irregularmente lisa, nodular o exofística (Axell, et al, 1994).

Eritroplasia bucal

La eritroplasia es otra lesión potencialmente maligna menos frecuente que la leucoplasia. Es una mácula de color rojo aterciopelado, que no puede ser diagnosticada como otra lesión roja específica y no puede ser atribuida a causas traumáticas, vasculares o inflamatorias. Es una lesión asintomática que ocurre en toda la mucosa bucal y se puede presentar en:

1. El borde bermellón del labio inferior.
2. En el vientre y bordes laterales de la lengua.
3. El piso de la boca.
4. Frecuentemente involucra el paladar blando (Shafer y Waldron, 1975).

Sus variantes clínicas son la forma homogénea y no homogénea. La primera es una mancha o placa roja aterciopelada bien delimitada con superficie lisa, en tanto la segunda puede presentar granulaciones blancas o nódulos queratósicos en su superficie, cambios similares a los que presenta la leucoplasia (Shafer y Waldron, 1975).

Enfermedades bucales su relación con salud general

La interrelación entre la salud bucal y general ha sido probada con evidencia científica, la enfermedad periodontal severa por ejemplo, tiene una asociación sinérgica con diabetes. La cercana correlación entre varias enfermedades bucales y crónicas no transmisibles, es sobre todo por el resultado de factores de riesgo comunes. El actual significado, más amplio de la salud bucal, no disminuye la importancia de las dos enfermedades bucales principales, caries dental y enfermedad periodontal, ambas se pueden prevenir y controlar con eficacia con una combinación de acciones entre la comunidad, el profesional y la acción individual. El cuidado médico oral apropiado puede reducir el riesgo de mortalidad prematura. La detección temprana de la enfermedad es en la mayoría de los casos crucial para salvar vidas ya que se proporciona tratamiento oportuno.

Un examen bucal cuidadoso puede detectar deficiencias alimenticias así como algunas enfermedades incluyendo infecciones microbianas, desórdenes inmunes, lesiones, y cáncer oral. Los tejidos orales también proporcionan información sobre las condiciones de órganos y de sistemas de las partes menos accesibles del cuerpo; por ejemplo, las glándulas salivales son un modelo de las glándulas exocrinas y un análisis de la saliva puede proporcionar hallazgos importantes sobre la salud o la enfermedad general. En el siguiente apartado se analiza algunas enfermedades los cuales están relacionados con las enfermedades bucales.

1. Endocarditis

La endocarditis es una seria y frecuente enfermedad sistémica y que ha sido asociada a enfermedades dentales y su tratamiento. Sobre tal asociación estudios controlados demuestran la asociación entre procedimientos dentales y endocarditis.

Se ha propuesto un mecanismo que involucra a una temprana y tardía bacteriemia. La primera, puede preparar a la superficie endotelial de las válvulas por muchos años y promover su endurecimiento. Estos cambios hacen a las válvulas susceptibles a la adherencia y colonización bacteriana. En tanto que la tardía puede actuar en días a semanas, permitiendo la adherencia y colonización en la válvula, resultando en una característica infección fulminante.

Factores del comportamiento de las bacterias orales:

1. Factores de adherencia: Fimbria, Cápsula, Lipopolisacrido, sinergismos y antagonismos.
2. Funciones anti leucocitarias: Leukotoxina, inhibidores de la quimiotaxis, factores antifagocíticos, inhibidores de células asesinas, cápsula, Capa S.
3. Factores de evasión inmune: Inmunosupresión, degradación de inmunoglobulinas, degradación del Complemento, estimulación de Mulas T supresoras, etc.
4. Factores citotóxicos: Lipopolisacáridos, hemolisina, toxinas de células epiteliales y endoteliales.
5. Enzimas de destrucción tisular: Colagenasa, dentilisina, hialuroninasa.

2. *Enfermedad Cardiovascular (ECV)*

La Enfermedad cardiovascular usualmente es el resultado del largo proceso de la aterosclerosis, cuya placa ateromatosa está compuesta de un cuerpo lipídico, depósitos calcificados y gran cantidad de tejido fibroso; que progresivamente tiende a reducir el flujo sanguíneo durante los periodos de mayor demanda de oxígeno. La Enfermedad por efectos de la aterosclerosis e infarto miocárdial es producto de un complejo multifactorial: orgánicos, metabólicos, infecciones crónicas y ambientales. La Enfermedad periodontal es capaz de predisponer a las personas a la ECV, dada la abundancia de bacterias gramnegativas y sus metabolitos, y las reacciones inmunes contra ellas." Hay evidencia que *Streptococcus sanguis*, *A. actinomycetemcomitans* y *Porphyromonas gingivalis* inducen agregación plaquetaria, contribuyendo a la formación del trombo y subsiguiente isquemia miocárdial.

3. *Enfermedad Cerebrovascular*

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.

4. *Neumonía Bacteriana*

La neumonía 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 como *Actinobacillus actinomycete-mcomitans*, *Actinomyces israeli* y las anaerobias P

gingivalis y Fusobacterium, pueden ser aspiradas hacia las vías inferiores y causar neumonía. La fuente puede ser la Placa dental y especialmente en casos de periodontitis. Las personas con enfermedad respiratoria tienen índices de higiene oral significativamente más alta que aquellas sin enfermedad respiratoria.

5. *Bajo Peso Vivo de Neonatos*

Los cambios hormonales de la gestación promueven una inflamación llamada gingivitis de la gestación. Entonces, las infecciones orales también parecen incrementar el riesgo que contribuye al bajo peso vivo de los neonatos, por debajo de los 2 500 g. En el segundo trimestre de la gestación en la placa dental se incrementa la tasa de bacterias anaerobias gramnegativas respecto a las aerobias. Estudios de casuística ha demostrado que las mujeres que tienen hijos con bajo peso al nacer, bien sea por trabajo prenatal, o bien por prematura ruptura de membrana, tienden a tener más severa enfermedad periodontal, que las madre que dan a luz niños con peso normal.

6. *Dermatitis*

Pustulosis palmaria y plantar es una enfermedad cutánea crónica que involucra a pequeñas pústulas, vesículas y eritema con hiperqueratosis. Los mecanismos son aún desconocidos.

7. *Nefritis*

Los antígenos bacterianos de infecciones crónicas orales pueden depositarse en los glomérulos desencadenando la nefritis. La formación de complejos intrínsecos induce la formación de Complementos: C3a y C5a. Los factores quimiotácticos causan acumulación

de polimorfunucleares y liberación de enzimas lisosomales. La anafilatoxina y C5b6789 induce la inflamación y lesión de la membrana basal.

8. *Artritis*

Los antígenos bacterianos de infecciones crónicas orales pueden invadir la cavidad articular y desencadenar artritis. La acumulación complejos inmunes activan el sistema del Complemento, y forman C3a y C5a, los que con la anafilatoxina, activan a los macrófagos para producir citokinas inflamatorias como: IL I, IL6 y TNE 5.

9. *Diabetes Mellitus*

La Diabetes mellitus es un síndrome clínico caracterizado por hiperglicemia debido a una absoluta o relativa deficiencia de insulina. Las anormalidades metabólicas comprometen a los ojos, riñones, sistema nervioso y vascular, y al periodonto. La (EP) Enfermedad periodontal severa coexiste con severa diabetes. La diabetes es un factor de riesgo para la severa EP. Se ha postulado que la severa EP incrementa la severidad de la diabetes mellitus y complica el control metabólico. La EP desarrolla mayor riesgo en diabéticos que en no diabéticos. Tales evidencias sugieren que la severa periodontitis es un factor de riesgo importante en la progresión de la diabetes, y el control de la EP es esencial para el control de la diabetes a largo plazo. Se investiga el rol de la *Capnocytophaga gingivalis* en la diabetes.

Consideraciones finales

En la discusión anterior se ha observado que las enfermedades bucales son enfermedades muy importantes y estos tienen consecuencias directas en la salud de la persona en general. Por ejemplo, estas enfermedades pueden causar cáncer, problema estomacal, infarto, problema psicológicos y entre otros, por lo mayores niveles de bacterias en la boca. Dichos microorganismos pueden entrar al torrente sanguíneo y si llegan a las válvulas del corazón llegan a causar serios problemas cardiacos, (por lo tanto puede morir el paciente).

CAPÍTULO II

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL EN EL MUNDO Y MÉXICO

La salud en la población, aunque tiene su asiento biológico en cada individuo, tiene determinantes sociales y ambientales; por lo tanto, el mejoramiento de la salud puede consumarse a través de acciones deliberadas a nivel individual, de la prestación de servicios individuales y comunitarios, y de las intervenciones en salud pública. Algunos servicios públicos o privados, aunque no persiguen específicamente mejorar la salud, inciden en forma positiva o negativa sobre ella, y aunque su objetivo específico no es procurar cierto estado de salud, pueden mejorarla (Álvarez-Manilla, 1988).

En la reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata en 1978 se analizó el problema de la salud en el mundo y se adoptaron una serie de resoluciones en una declaración que lleva el nombre de esa conferencia. Estas resoluciones se han mantenido actualizada en diferentes declaraciones la ultima realizada en el 2008 postularon diferentes metas la ultima establecida para el 2017 y en el marco de los objetivos del milenio, señalando que la posibilidad de lograrla dependía de la puesta en marcha de diferentes estrategias (OMS, 1978).

Después de la ratificación y adopción de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en 1978, en 1981 la OMS adoptó como primer indicador global del estado de salud bucal un promedio de no más de 3 dientes cariadados, perdidos u obturados a la edad de 12 años para el año 2000.

Las siguientes metas fueron propuestas para el año 2000 por la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) en 1981: 50% de los niños de 5-6 años debían estar libres de caries, 85% de la población debía tener todos sus dientes en boca a los 18 años de edad, reducción en un 50% de los niveles de personas edéntulas a los 35-44 años de edad, y la reducción en un 25% de las personas edéntulas a los 65 años de edad (FDI, 2009).

En 1983 la salud bucal fue declarada como parte de la “Estrategia Salud para Todos” (resolución WHA36.14) y en 1989 la OMS aprobó la promoción de la salud bucal como parte integrante de “Salud para todos para el año 2000” (WHA42.39). Además, el Día Mundial de la Salud en 1994 fue dedicado a la salud bucal, lo que refleja la importancia conectada a este tema (OMS, 2003).

En el año 2000 como resultado de la distribución de la caries dental en la población (la cual presenta un sesgo o una concentración de la enfermedad en un segmento de la población en alto riesgo) se propuso un nuevo índice de caries y nuevas metas. El índice propuesto es el Índice de Caries Significante (SIC), que pone mayor atención en el tercio de la población con la mayor experiencia de caries. La meta propuesta para el 2015 es que a los 12 años de edad el SIC no sea mayor de 3 (Bratthall, 2000). Asimismo, la FDI, la OMS y la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR) han presentado nuevas metas para el año 2020. Las metas propuestas son: 1. Promover la salud bucodental y minimizar el impacto de las enfermedades de origen bucodental y cráneo facial sobre la salud general y sobre el desarrollo psicosocial, dando un mayor énfasis a las poblaciones que se ven más afectadas por esas condiciones y enfermedades. 2. Minimizar el impacto de las manifestaciones orales y cráneo faciales de las enfermedades generales sobre los

individuos y la sociedad y usar estas manifestaciones para el diagnóstico precoz, la prevención y el manejo eficaz de las enfermedades sistémicas.

Por otra parte, considerando las metas anteriores, estas organizaciones propusieron siguientes objetivos. 1. Reducir la mortalidad por enfermedades bucodentales y cráneo faciales, 2. Reducir la morbilidad de las enfermedades bucodentales y cráneo faciales aumentando de este modo la calidad de vida, 3. Fomentar en los sistemas de salud oral las políticas y programas sostenibles, de acuerdo a las prioridades, las que deberán provenir de revisiones sistemáticas de las mejores prácticas (las políticas deben estar basadas en la evidencia científica), 4. Desarrollar sistemas de salud oral accesibles y costo-eficaces para la prevención y el control de las enfermedades bucodentales y cráneo faciales usando el método del factor de riesgo común, 5. Integrar la promoción y la atención de la salud oral con otros sectores que influyen en la salud, 6. Desarrollar programas de salud oral para mejorar la salud general, 7. Reforzar los sistemas y los métodos de vigilancia de la salud oral, tanto en lo que se refiere al proceso como al resultado de estos, 8. Promover la responsabilidad social y una práctica profesional ética entre los encargados de la entrega de atención, 9. Reducir las disparidades de salud oral entre los diferentes grupos socioeconómicos de cada país y las desigualdades en la salud oral de todos los países, y 10. Aumentar el número de proveedores de atención sanitaria capacitados en la vigilancia epidemiológica exacta de las enfermedades y trastornos orales.

Además, se proponen las siguientes acciones dentro de la Estrategia de Atención Primaria para lograr las metas del milenio establecidas: 1. Acciones de promoción de la salud bucal mediante programas concretos, 2. Propuesta de celebrar la semana de salud bucal de la Región que permita fortalecer el discurso donde se afirma a la salud bucal como

parte de la salud integral y fortalecer la promoción en salud bucal, 3. Escuelas y guarderías saludables, 4. Fortalecer servicios preventivos como acceso a elementos fluorurados, sellantes, PRAT y otros, 5. Fortalecer la inter-sectorialidad, 6. Participación social, 7. Alianzas entre docencia, gremios, servicios y ONGs, 8. Construcción de un sistema de vigilancia y 9. Educación a la población sobre sus deberes y derechos, de tal forma que el pueblo educado reclame sus derechos.

Este documento contiene propuestas para nuevas metas globales de salud bucal, objetivos y población a las que se dirige. Es un marco de referencia útil para los planificadores de salud regionales, nacionales y locales, al mismo tiempo que no pretende ser prescriptivo (FDI, 2003). En la actualidad, la política de salud bucal mundial es la de continuar con la mejora de la salud bucal en el siglo XXI y objetivos globales para la salud bucodental (OMS, FDI, 2003).

El programa de acción sanitaria mundial

El análisis del pasado y nuestra comprensión de los retos más importantes, así como de las deficiencias que impiden afrontarlos plenamente, indican que sólo la firme voluntad política, la integración de las políticas y la amplia participación permitirán hacer progresos y reducir la inequidad en materia de salud. Todo avance importante hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud requerirá la adopción de medidas en muchos sectores y en todos los niveles: individual, comunitario, nacional, regional y mundial.

El programa de acción sanitaria mundial esbozado en el presente documento está dirigido a todas las partes interesadas y no sólo a la OMS. En él se destacan siete esferas prioritarias. Las tres primeras son esferas amplias que guardan estrecha relación con la salud: invertir en la salud para reducir la pobreza; crear seguridad sanitaria individual y mundial; y promover la cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres, y los derechos humanos relacionados con la salud. Las otras cuatro se centran en tareas más específicas: abordar los determinantes de la salud; reforzar los sistemas de salud y ampliar el acceso equitativo; aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; y reforzar la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

1. Invertir en salud para reducir la pobreza

Erradicar la pobreza extrema y el hambre es el primero y el más importante de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En todos los países la pobreza se acompaña de elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, exposición a enfermedades infecciosas, malnutrición y carencias en micronutrientes. La relación con la pobreza es recíproca: las mejoras sanitarias son indispensables para reducir la pobreza, y viceversa.

Las mejoras en la salud de las personas más pobres potenciarán al máximo la eficacia de las actividades encaminadas a reducir la pobreza. Para lograrlo será necesario que los sistemas de salud sean más equitativos, por ejemplo, estableciendo mecanismos de financiación más justos. Esto supone alinear las contribuciones con la capacidad de pago y

la utilización de los servicios con el grado de necesidad protegiendo de esa manera a las personas del riesgo de pobreza debido a los gastos relacionados con la salud. Esas medidas están vinculadas con la seguridad: las personas con riesgo de pobreza absoluta necesitan redes de seguridad que las protejan de los gastos ruinosos y de un mayor empobrecimiento.

Entre los medios de proporcionar esa protección figuran las transferencias de efectivo, los programas de subvenciones alimentarias, las obras públicas y el microcrédito. Para lograr que las personas tengan acceso a servicios sanitarios esenciales tal vez sea necesario utilizar mecanismos como cupones, exención del pago de honorarios por servicios de atención de salud, seguro social de enfermedad y subsidios a combustibles utilizados para cocinar y como medio de calefacción.

Los gobiernos desempeñan un papel fundamental. Cuando existen políticas de reducción de la pobreza los encargados de formular las políticas pueden definir en un único proceso normativo coherente programas interministeriales, por ejemplo, en materia de educación, medio ambiente y salud. Sin embargo, su éxito depende del grado de implicación de los gobiernos y de la capacidad del sector público de centrarse en el logro de resultados y hacer un seguimiento de los progresos. Algunos de los indicadores más útiles y precisos para llevar a cabo esta tarea son los utilizados para evaluar la situación sanitaria. Las contribuciones de asociados como el Banco Mundial, las Naciones Unidas, la Comisión Europea y los organismos de ayuda bilateral, junto con las del sector privado, desempeñan un papel importante en estos esfuerzos coordinados para reducir la pobreza. Para complementar y ampliar las actividades actuales se están creando nuevas formas de financiación, como el Servicio Financiero Internacional.

2. Crear seguridad sanitaria individual y mundial

En los hogares de las comunidades más pobres la prevención y el control de las enfermedades infecciosas tienen carácter prioritario, pero igual importancia revisten los riesgos sanitarios relacionados con los alimentos y la inseguridad del abastecimiento de agua. En muchas partes del mundo la violencia sexual contra las mujeres y las violaciones son comportamientos muy difundidos y arraigados.

Esas causas de falta de salud y defunción prematura pueden reducirse mediante la sensibilización y la preparación, así como aplicando medidas preventivas. Dentro de las comunidades los riesgos sanitarios están vinculados con factores más amplios, como la educación, la igualdad entre hombres y mujeres, los niveles de ingresos y la disponibilidad de alimentos, agua, combustible y tierra. Otros factores están relacionados con el comercio, los sistemas tributarios y las subvenciones a la agricultura. Los gobiernos desempeñan un papel decisivo en todas estas esferas, tanto para proteger a las personas en situación de alto riesgo como para colaborar con otros países.

3. Promover la cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos relacionados con la salud

En la Constitución de la OMS se establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. En los últimos años, el alcance y contenido de los derechos humanos relacionados con la salud se han determinado con más claridad en el derecho internacional, con arreglo al cual los gobiernos tienen la obligación de trabajar por la realización progresiva de estos derechos.

Uno de los problemas que hay que resolver a nivel mundial es el de la falta de acceso de los pobres y de otros grupos marginados a los servicios de salud esenciales. Para lograr la cobertura universal es preciso que los sistemas de salud dispongan de una financiación adecuada y equitativa y aseguren el suministro de atención de salud, prestando atención prioritaria a los grupos marginados.

Realizar el derecho de toda persona a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr supone ampliar el acceso de todos a la salud sexual y reproductiva. Todos los grupos tienen derecho a participar en la formulación, aplicación y seguimiento de las políticas, los programas y la legislación en materia de salud. En algunos casos, será necesario hacer hincapié en que esto abarca a las personas con discapacidades físicas o mentales, los refugiados y desplazados o la población migrante, los indígenas y las comunidades tribales, las comunidades étnicas y religiosas, los enfermos de VIH/SIDA, las viudas, los niños, los adolescentes y las personas mayores. Para asegurar la participación también será necesario incluir como prioridad en el programa de salud pública mundial la eliminación de la estigmatización y la discriminación. En este contexto cabe mencionar asimismo otros derechos humanos fundamentales relacionados con la salud, como el derecho a beneficiarse del progreso científico y el derecho a acceder a la información y la educación sanitarias.

En la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se reconoce que la potenciación de la capacidad de acción de la mujer y la igualdad entre hombres y mujeres son requisitos previos del desarrollo; el logro de todos los objetivos relacionados con la salud depende de la adopción de medidas a este respecto. La salud de las mujeres se ve perjudicada por la prevalencia entre ellas de la pobreza, la falta de empleo, la violencia y

las violaciones, así como por el control limitado de su vida sexual y reproductiva, y su falta de influencia en la adopción de decisiones. Es fundamental ampliar el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva.

Quienes trabajan con los gobiernos y las autoridades de salud pública deben promover activamente la consideración de las cuestiones relativas a la paridad entre los sexos en la formulación y aplicación de las políticas y los programas sanitarios. En las actividades de seguimiento y evaluación deben utilizarse sistemáticamente datos desglosados por sexo. Muchos países están adoptando medidas encaminadas a ampliar la cobertura de servicios sanitarios esenciales, para lo cual han emprendido la reforma de sus sistemas de atención primaria de salud. Esto brinda la oportunidad de centrarse en las personas marginadas para promover servicios de atención comunitaria y personal, orientar al sector privado hacia el logro de los objetivos de salud pública y mejorar el acceso a una atención hospitalaria segura. Las iniciativas internacionales de salud pública encaminadas a mejorar los servicios sanitarios esenciales se basan en el fortalecimiento de los servicios de atención primaria y la capacitación del personal sanitario para que pueda localizar y ayudar a las personas más necesitadas.

Las actividades de colaboración facilitadas por la OMS y sus asociados, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Alianza Mundial para Vacunas Inmunización, aprovecharán los logros recientes en la lucha contra las enfermedades, como la erradicación de la poliomielitis y la reducción de la incidencia del sarampión, para lo cual recurrirán a nuevos medios de aunar fuerzas siempre y cuando sea necesario y oportuno. El éxito de esas iniciativas depende fundamentalmente de que se asuman como propias en los países. En ese marco, y con una mayor inversión de los

gobiernos y los organismos internacionales, todos los países pueden elaborar sus propios medios innovadores de llegar a las poblaciones marginadas, formular planes para lograr la cobertura universal en esferas como la inmunización; la salud sexual y reproductiva; la atención continua, que abarque el embarazo, la maternidad, la atención del recién nacido y los cuidados ulteriores; la vigilancia y respuesta ante brotes epidémicos; y los servicios de prevención, tratamiento y atención para la protección contra enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

4. Abordar los determinantes de la salud

Todo esfuerzo serio para mejorar la salud de las personas más vulnerables del mundo y reducir la inequidad sanitaria debe abordar los determinantes básicos de la salud. Algunos de ellos, como los niveles de ingresos, el papel asignado a las personas en función de su sexo, la educación y el origen étnico, están relacionados con la exclusión social; otros, como las condiciones de vida, el entorno laboral, las prácticas sexuales de riesgo y la disponibilidad de alimentos y agua, guardan más relación con la exposición a riesgos. Otros determinantes más amplios, de carácter económico, político y ambiental, abarcan la urbanización, los derechos de propiedad intelectual, el comercio y las invenciones, la globalización, la contaminación atmosférica y el cambio climático.

Los modos de vida poco saludables, que antes se veían principalmente como un problema de los países más ricos, se han exportado a todo el mundo y se han visto agravados por la creciente urbanización. La transición nutricional, así como la comercialización en todo el mundo de alimentos ricos en azúcares, grasas y sal, son fuerzas motrices de la creciente epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles. El consumo

nocivo de alcohol es otra causa de enfermedades crónicas y trastornos mentales. Es posible reducir estos problemas sanitarios mediante un enfoque de la prevención y el control que abarque la totalidad del ciclo vital, desde la salud materna, la lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses, la promoción de la salud en las escuelas y los lugares de trabajo, la educación sexual, y la promoción de una dieta saludable y una actividad física regular desde la niñez hasta la vejez. También es necesario establecer vínculos de colaboración con la industria.

La adopción de medidas en algunos de estos frentes tal vez requiera el ejercicio de funciones de reglamentación por los gobiernos, incluso en la esfera de la legislación, junto con el mejoramiento de la capacidad de hacer cumplir las normas. Es probable que el rápido cambio climático tenga efectos negativos, en particular en las comunidades más pobres. Éstas se verán probablemente más afectadas por las olas de calor, la precariedad en el abastecimiento de agua, las inundaciones, la reducción de la producción de alimentos y la prolongación del periodo de transmisión de las enfermedades vectoriales.

La creciente urbanización va acompañada de inadecuación en los servicios de saneamiento y abastecimiento de agua, las malas condiciones de la vivienda, el hacinamiento y la falta de salubridad en los lugares de trabajo. Es mucho lo que puede hacerse para mitigar estos problemas. Por ejemplo, un mejor aislamiento de las casas puede reducir el consumo de combustibles y la contaminación del aire en los locales cerrados. Las Naciones Unidas llevan a cabo un seguimiento de la inseguridad alimentaria a nivel mundial, prestan asistencia para facilitar tanto el acceso directo a los alimentos como, en casos extremos, el establecimiento de redes de seguridad social. La Comisión del Codex

Alimentarius seguirá aplicando el Programa Conjunto FAO/OMS sobre normas alimentarias para proteger a los consumidores y facilitar el comercio de alimentos.

Las medidas necesarias para abordar la mayor parte de estos determinantes van más allá del radio de influencia de los ministerios de salud y abarcan un gran número de funciones gubernamentales y judiciales. Por consiguiente, para abordar con eficacia estos determinantes hay que ampliar el ámbito en que se desarrollan las actividades de salud pública. Los gobiernos, en especial los ministerios de salud, deben asumir un mayor protagonismo en la formulación de políticas públicas para mejorar la salud, para lo cual han de adoptarse medidas colectivas intersectoriales. La función de la OMS consiste en mantener informados a los gobiernos acerca de la situación sanitaria, fomentar la sensibilización y promover políticas para abordar los determinantes cuando surja la oportunidad de hacerlo. Como ejemplos de ello cabe citar la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, la Estrategia de salud reproductiva y la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual; el Convenio Marco para el Control del Tabaco; y las conclusiones de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. Se prevé que se añadirán otras opciones normativas cuando la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud publique sus conclusiones. En muchas esferas, los gobiernos, con la asistencia de la OMS, deberán colaborar con la industria para aplicar un programa de salud pública establecido de común acuerdo.

5. Reforzar los sistemas de salud y promover el acceso equitativo

Sin inversiones cuantiosas y sostenidas los sistemas sanitarios no podrán seguir avanzando hacia la cobertura universal y no será posible subsanar las deficiencias en materia de aplicación. El fortalecimiento de los sistemas de salud estará vinculado con procesos gubernamentales más amplios, como la reforma de la administración pública, la revisión y reestructuración del gasto público, la descentralización y las estrategias de reducción de la pobreza. Si bien todos estos procesos repercuten en la salud, los profesionales sanitarios siempre han tenido una escasa participación en ellos.

Entre los sistemas que es preciso reforzar en todos los niveles figuran los de liderazgo y gobernanza, producción de conocimientos, instalaciones y capacidad de gestión para mejorar la prestación de los servicios de salud, y las tecnologías, incluidas las intervenciones y los medicamentos. Esta labor debe centrarse en objetivos como los siguientes: aumentar la prestación de servicios eficaces a todas las personas que los necesiten, mejorar la seguridad de los pacientes y su protección financiera, aumentar la eficacia, ampliar la capacidad, mejorar la coordinación en la formulación de las políticas, que debe ser más participativa, prever una mayor rendición de cuentas y una aplicación más plena. Es tan fundamental reforzar las técnicas de gestión en todos los niveles, e incorporar medidas de reforma, como prestar atención primaria de salud. Al mejorar los sistemas de información sanitaria a nivel nacional y de distrito, aumentará la variedad y eficacia de las posibles estrategias e intervenciones. Es preciso instituir procesos plenamente funcionales de derivación de pacientes para que las personas que lo necesiten tengan acceso a la atención hospitalaria o de especialistas.

El problema de la inequidad de los resultados sanitarios para ricos y pobres se plantea en todos los países. A menudo se ve agravado por el hecho de que el sector privado

proporciona más atención a los sectores más acomodados. El sector privado tiene que desempeñar un papel importante, pero los gobiernos deben marcar las pautas y alentar a la comunidad empresarial para que trabaje con miras a alcanzar los objetivos de salud pública. Es necesario establecer mecanismos de protección social y distribución de riesgos para proteger a las personas de la ruina económica que pueden provocar los gastos sanitarios.

La crisis de recursos humanos para la gestión sanitaria, incluida la escasez de personal sanitario y su mala distribución, representa actualmente un problema en muchos países y atrae la atención de los encargados de formular políticas en todo el mundo. Las transformaciones demográficas y epidemiológicas, las políticas de financiación, los adelantos tecnológicos y las expectativas de los consumidores también son factores de cambio que inciden en los sistemas de salud y en la demanda de personal. Éste busca oportunidades de empleo en un mercado de trabajo internacional en expansión, lo cual acelera la migración de profesionales de la salud de las partes más pobres a las más ricas del mundo.

En los países, es necesario que los gobiernos desempeñen su función de liderazgo para fomentar la productividad del personal sanitario mediante políticas nacionales basadas en una comprensión cabal de problemas como el de las dificultades con que se tropieza para retener a ese personal, y en la consideración de las opiniones de los propios trabajadores. Será necesario ampliar las actividades educativas a fin de prepararse para el futuro y la financiación del personal sanitario deberá coordinarse y ser suficientemente previsible como para alentar su distribución equitativa y su incremento. Las medidas que se adopten en los planos nacional e internacional han de armonizarse a fin de contar con un marco fiscal adecuado que permita aumentar las inversiones en personal sanitario y

negociar políticas que estructuren los procesos migratorios y el mercado internacional de trabajo teniendo plenamente en cuenta los efectos negativos que supone la pérdida de personal sanitario en los países en desarrollo.

Muchos grupos de la sociedad civil aportan contribuciones fundamentales y deben participar en todo el proceso de consultas con miras a introducir cambios importantes en los sistemas de salud. Estos grupos abarcan a los dispensadores privados, los que aplican prácticas médicas tradicionales, las asociaciones vecinales, las organizaciones no gubernamentales y los que prestan atención domiciliaria. Las comunidades y las personas deben participar en la toma de decisiones que afecten a su salud, para lo cual es preciso establecer los incentivos pertinentes.

6. Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología

La actual carga mundial de mortalidad y morbilidad prematuras podría aliviarse en gran medida aplicando soluciones relativamente baratas y probadas en un marco más coherente y coordinado de medidas de salud pública. Sin embargo, también se necesitan importantes adelantos científicos y nuevos conocimientos, que, junto con nuevas tecnologías, puedan aportar tratamientos eficaces. Por ejemplo, es preciso disponer de nuevas tecnologías para luchar contra la tuberculosis, la malaria, el VIH/SIDA y las enfermedades crónicas, así como para afrontar los problemas de salud asociados con el envejecimiento de las poblaciones.

Es menester ampliar las investigaciones para comprender mejor tanto la relación entre los factores determinantes y sus consecuencias como los medios más adecuados para que los gobiernos, en particular los ministerios de salud, puedan influir en otros sectores de la administración pública. Las investigaciones aún no se han centrado suficientemente en las intervenciones que los pobres necesitan con más urgencia, como los sistemas para administrar antibióticos a niños con neumonía y el acceso a la atención perinatal y al tratamiento de enfermedades tropicales desatendidas, como la leishmaniasis, la tripanosomiasis africana humana, la esquistosomiasis, la úlcera de Buruli y la enfermedad de Chagas. Tampoco se ha prestado suficiente atención a las posibilidades que ofrecen las medicinas tradicionales y otros conocimientos indígenas. Un aspecto importante de la futura labor consistirá en desarrollar y evaluar nuevas tecnologías.

Para salvar la distancia que media entre conocer las medidas que hay que aplicar y ponerlas en práctica es preciso establecer mecanismos nacionales y mundiales más eficaces que permitan utilizar los conocimientos y las tecnologías existentes, incrementando al mismo tiempo la capacidad local de llevar a cabo investigaciones. Las nuevas tecnologías proporcionan tratamientos más eficaces y los países deben conocer las medidas que han de adoptarse para hacerlos asequibles y evitar que provoquen otras formas de inequidad y planteen dilemas éticos. Los mecanismos internacionales de financiación, como el Fondo Mundial y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, proporcionan al fabricante algunas garantías de que dispondrán de un mercado seguro, lo cual hace posible la inversión necesaria para aumentar la producción.

Las nuevas modalidades de apoyo internacional para el desarrollo de tecnologías, como las donaciones de la Fundación Bill y Melinda Gates y la labor del Grupo

Internacional de Trabajo sobre Bienes Públicos Mundiales, aportan una contribución considerable a la concepción de nuevas intervenciones en favor de los pobres. Esas iniciativas son un poderoso instrumento de cambio y ponen de relieve la necesidad de que la OMS y otros asociados intensifiquen sus esfuerzos para establecer un programa común que tome en cuenta tanto las prioridades nacionales como las acordadas a nivel internacional.

Cada vez se cuenta con más experiencia a nivel mundial sobre el uso de los medios de comunicación para promover la sensibilización acerca de cuestiones sanitarias, como la salud sexual y reproductiva en los adolescentes y los adultos jóvenes. Se siguen registrando progresos en la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones para prestar asistencia de salud a personas que viven en zonas remotas o, por otras razones, de difícil acceso, así como para cotejar los datos sanitarios con los resultados de las investigaciones y para distribuir información y asesoramiento. Estos adelantos ya han empezado a beneficiar a las comunidades más pobres.

Cada vez es más necesario comprender bien cuál es la mejor manera de utilizar Internet para lograr objetivos de salud pública. Se prevé un incremento de la comercialización directa por el sector privado, lo cual inducirá a las personas a escoger determinados tipos de atención y tratamiento sin apoyo profesional. La OMS - los Estados Miembros y la Secretaría – deberá contribuir al establecimiento de normas en esta esfera, que garanticen la calidad de los productos y proporcionen información pertinente a los usuarios.

7. Reforzar la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas

Es necesario que a nivel nacional exista tanto una firme voluntad política como una gobernanza y un liderazgo racionales. La salud de la población debe ser una de las preocupaciones básicas de los gobiernos. La formulación de políticas públicas es una ocasión propicia para introducir más coherencia en la producción de resultados sanitarios. Los ministerios de salud deben demostrar liderazgo en la promoción del diálogo sobre políticas y de estrategias de intervención intersectoriales tanto en el ámbito público como en el privado. Esto significa que no sólo han de abordarse cuestiones del sector sanitario sino también otras de alcance más amplio, como las reformas de la administración pública, la política macroeconómica, la igualdad entre los sexos y los derechos humanos relacionados con la salud.

Las pruebas que demuestran la influencia de la salud en el crecimiento económico y la reducción de la pobreza indican que la salud debe ser un aspecto prioritario en las estrategias nacionales de desarrollo, crecimiento económico, y reducción de la pobreza y la inequidad. El diálogo entre los ministerios de salud y los de finanzas y planificación sobre cuestiones macroeconómicas debe centrarse en la mayor previsibilidad, estabilidad y continuidad de la asignación de recursos financieros, que debe estar vinculada con el logro de objetivos acordados.

Los ministerios de salud desempeñan un papel fundamental en la configuración, reglamentación y gestión de los sistemas sanitarios y en la clarificación de las responsabilidades que incumben al gobierno, la sociedad y las personas, respectivamente. Al estudiar la ampliación de las intervenciones y los servicios, las autoridades nacionales y

sus colaboradores deben formular planes sólidos y realistas basados en la equidad, la costoeficacia y los análisis financieros, el compromiso a nivel local y el conocimiento de las medidas eficaces a nivel local. Los proyectos piloto y las islas de excelencia no suelen contribuir a ampliar la cobertura a menos que ello esté previsto desde el comienzo.

Cuando los asociados internacionales aportan recursos considerables al sector de la salud, los gobiernos deben tener capacidad para planificar, gestionar y coordinar la cooperación. Con el apoyo de la OMS, los gobiernos deben armonizar y simplificar aún más las políticas de los donantes, que han de estar en consonancia con las prioridades y los sistemas de gestión acordados, con arreglo a lo establecido en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda (2005), donde se indican correctamente los cinco requisitos básicos: apropiación, armonización, alineación, resultados y mutua responsabilidad. Los donantes internacionales, las Naciones Unidas y los asociados en pro de la salud mundial deben dar seguimiento a esta declaración y asegurar la adopción de medidas colectivas para aplicarla.

En el plano internacional, los gobiernos deberán abordar con eficacia los acuerdos negociados, como el Acuerdo sobre los ADPIC y el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios, teniendo en cuenta su importancia creciente para los bienes y servicios sanitarios. La colaboración con la industria en general en esferas como las de los alimentos, los productos farmacéuticos y los seguros, debe proseguir centrándose en programas de salud pública formulados de común acuerdo. La OMS tiene la responsabilidad de mantener informados a los gobiernos y asegurar su participación en el proceso. Por último, los participantes no gubernamentales en la esfera de la salud pública, ya sean activistas, académicos o empresarios, necesitan disponer de foros en los que puedan contribuir de

manera transparente a los debates mundiales y nacionales sobre políticas relacionadas con la salud.

En general, los gobiernos adoptan acuerdos oficiales sobre asuntos sanitarios internacionales en foros como la Asamblea de la Salud. Teniendo en cuenta el papel cada vez más importante que desempeñan los actores no gubernamentales, así como su importancia para velar por la buena gobernanza y la rendición de cuentas, es preciso establecer otros mecanismos y foros mundiales en los que la comunidad de salud pública más amplia pueda abordar cuestiones de interés común.

Programa mundial de la salud bucal Organización Mundial de Salud (OMS) 2003

La salud oral significa más que dientes sanos, la salud bucodental es parte integral y esencial para la salud general. Es un factor determinante para la calidad de vida. Implica estar libre de dolor, lesiones, trastornos, enfermedades, en su contraparte nos permite hablar, sonreír, besar, tocar, oler, saborear, masticar, tragar y llorar, así mismo proporciona protección contra las infecciones microbianas y del medio ambiente (PMSB, 2003).

Cuando está presente una alguna enfermedad bucodental en la mayoría de los casos limita las actividades diarias, de la escuela, del trabajo, de la casa, causando millones de horas de trabajo perdidas cada año en todo el mundo, además de crear un impacto psicosocial importante y disminuir la calidad de vida (PMSB, 2003).

La detección temprana de alguna enfermedad es en la mayoría de los casos cruciales. Un examen oral completo puede detectar signos de deficiencias nutricionales, así

como una serie de enfermedades generales, incluyendo infecciones microbianas, trastornos inmunológicos, lesiones y cáncer oral (PMSB, 2003).

Las enfermedades bucodentales son importantes problemas de salud pública. Presentan alto impacto en los individuos que la padecen, además de esto los tratamientos de las enfermedades son sumamente costosos, es considerada la cuarta enfermedad más costosa de tratar en los países más industrializados, en algunos países de no desarrollados los presupuestos para sortear los costes en salud oral son casi nulos.

La OMS ha elaborado sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades bucales hace varios años, particularmente en relación a la caries dental en los niños mostrándose una alta prevalencia en los países desarrollados y en bajo número en los países en desarrollo, en diferentes estudios se documenta que el patrón en el cambio de aumento en la prevalencia se debe al crecimiento económico por parte de algún país.

La caries sigue siendo un importante problema de salud oral en los países más industrializados, que afecta del 60-90% de los escolares y la gran mayoría de los adultos. Es también una enfermedad de mayor prevalencia en varios países de América Latina y Asia, sin embargo se podría considerar baja en África (PMSB, 2003).

En la última parte del siglo 20 se observó una transformación importante tanto en la salud general y la salud bucal, sin embargo a pesar de los grandes logros en las últimas décadas, millones de personas en el mundo han sido excluidos de los beneficios del desarrollo económico y los avances científicos. Muchas de las consecuencias de la mala salud han modificado conforme a las necesidades que se presentan en cada Región y/o País

de tipo social, económico, políticos, culturales. Un factor importante es la reducción de la pobreza.

En este programa se concretó algunos factores estratégicos para mejorar la salud bucal, por ejemplo; 1. Reducción de la carga de enfermedades bucodentales y la discapacidad, especialmente en los pobres y poblaciones marginadas, 2. Proveer estilos de vida saludable y reducir los factores de riesgo para la salud oral que se deriven de causas sociales, económicas, medio ambiental, 3. Desarrollo de sistemas de salud oral que mejoren de manera equitativa la salud oral, responder a las demandas de la población y que estas sean financieramente viables, y 4. Realizar políticas en salud oral basada en las integraciones de los procesos nacionales y programas dirigidas hacia las comunidades. Promover a la salud oral como una dimensión eficaz para el desarrollo de políticas de la sociedad.

El programa aborda que estos principales desafíos para el futuro será la de traducir los conocimientos y experiencias de la enfermedad. Los factores sociales, económicos, culturales y los cambios demográficos de la población entenderlos, buscar la reducción de las disparidades existentes, mejorar los accesos en servicios de salud, crear y fortalecer los programas de atención primaria.

Además, el desarrollo de programas para promover la salud bucodental de los países afectados se centra en: 1. Identificación de los factores determinantes de la salud, los mecanismos en marcha para mejorar la capacidad de diseñar y aplicar políticas que promuevan la salud oral, 2. Ejecución de proyectos de demostración basados en la comunidad para promover la salud bucodental, con especial referencia a los grupos de

poblaciones pobres y desfavorecidas, 3. Fortalecimiento de la capacidad de planificación y evaluación de los programas nacionales de salud oral, promoción y evaluación de intervenciones de promoción de la salud oral en funcionamiento, 4. Desarrollo de métodos y herramientas para analizar los procesos y resultados de la salud bucal, y 5. Establecimiento de redes y alianzas para reforzar las iniciativas nacionales e internacionales para promoción de la salud oral, así mismo, ampliar las redes de intercambio de experiencias.

Por otra parte, el programa da una gran importancia al proceso sistemático para la generación de nuevos conocimientos. Sobre la base en los avances en las ciencias biomédicas y sociales, la salud pública y tecnología de la información. Este programa cree que este proceso corregirá el desequilibrio en la distribución de los conocimientos sobre la salud bucal, por lo que una vez obtenidos los resultados se beneficiarían todos, incluidos los pobres de manera equitativa y sostenible, estos apoyos los desglosa de la siguiente manera: 1. Apoyar las iniciativas que fortalezcan la capacidad de investigación en los países en desarrollo, a fin de que la investigación sea reconocida como la base de la políticas de salud oral, 2. Mayor participación de los Centros Colaboradores en Salud bucal en alta prioridad, 3. Fomentar la salud bucal con programas de formación hacia la investigación, y 4. Proporcionar a las universidades un acceso fácil a la literatura científica y en línea de la salud oral.

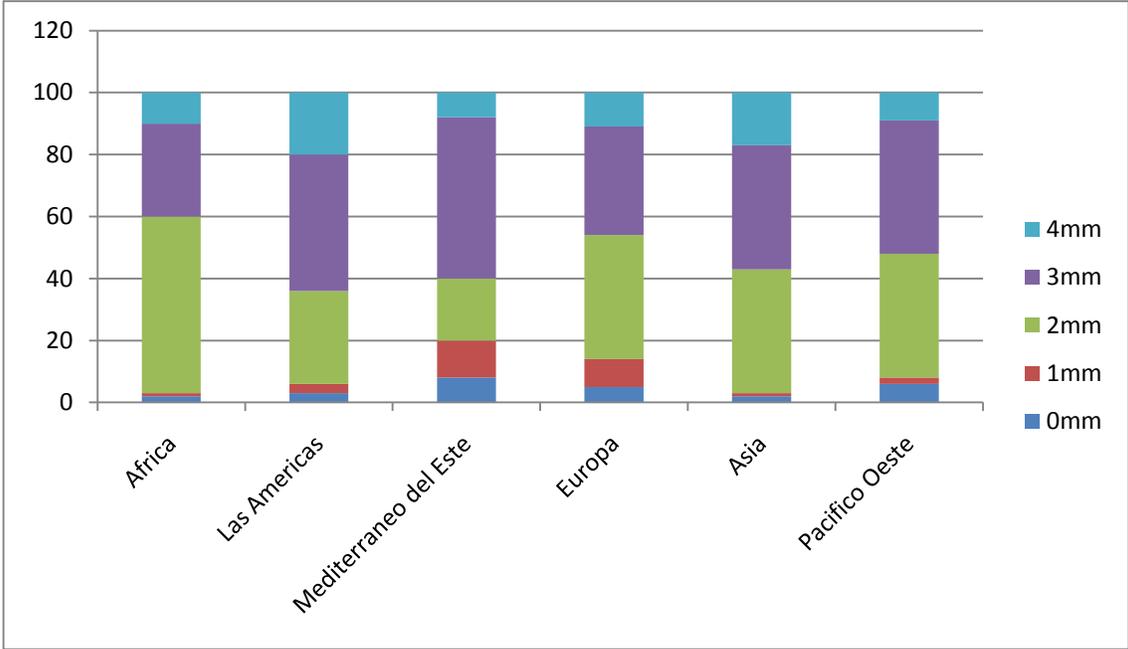
Además, el programa recomienda que, algunos países deberían reorientar sus inversiones existentes en materia de salud, a fin de reflejar las diversas necesidades de una población. Las políticas públicas saludables son fundamentales para mejorar el acceso, promover la equidad y creación de entornos de apoyo. En muchos países en desarrollo, el

acceso a los servicios de salud bucodental es limitado y los dientes se dejan a menudo sin tratar o se terminan extrayendo a causa de dolor o malestar. En todo el mundo, perder los dientes es visto por muchas personas como una consecuencia natural del envejecimiento.

Mientras que en algunos países industrializados presentan una tendencia positiva de reducción de pérdida dental entre los adultos en los últimos años. La proporción de adultos edentulos de 65 años o mayores de esa edad sigue siendo alta en algunos países (PMSB, 2003). En cuanto a las enfermedades periodontales también existen una alta prevalencia. En los niños se observa signos de etapas iniciales de enfermedades periodontales y entre los adultos manifestaciones marcadas de esta enfermedad. En la siguiente figura se presenta porcentaje de personas afectadas por las enfermedades periodontales en las edades de 35-44 (PMSB, 2003).

Figura 2.1

Porcentaje de personas afectadas por las enfermedades periodontales en diferentes continentes



Fuente: PMSB, 2003

Situación de la Salud Oral en las Américas: Programas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

A pesar de prioridades y metas de programas mundial de salud bucal, las condiciones de salud bucal en el contexto latinoamericano se expresan como un verdadero mosaico epidemiológico. En este mosaico se combinan problemas característicos de las llamadas culturas subdesarrolladas con las de avanzado desarrollo, en las cuales la estructura socioeconómica, culturales, medioambientales 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 (OPS-1993).

Como resultado de las desigualdades en salud entre los grupos sociales, en América Latina como conjunto no se lograron las metas en salud bucal propuestas para el año 2000 por la OMS/FDI. En México, según la “Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis”, 3 de los 21 estados con datos disponibles en el 2000 no cumplieron con dicha meta (14.3%) (SS, 2001).

La prevención de las enfermedades es la piedra angular de la política de salud bucodental de la Organización Panamericana de la Salud. Su política, capacitación y sus instrumentos ha producido que la salud oral mejore.

Programa Regional de Salud Bucodental de la OPS 1997

En su 120ª sesión, celebrada en junio de 1997, el Comité Ejecutivo examinó el documento CE120/12 y recomendó que el Consejo Directivo considerara la adopción de una resolución relativa a las estrategias de salud bucodental destinadas a apoyar la labor gubernamental en pro de la eficacia y la eficiencia de los programas preventivos de salud bucodental, y para fortalecer la organización y prestación de servicios de salud bucodental en la Región.

En la Región escasean los datos integrales sobre la salud oral. Sin embargo, hay cierta información que permite efectuar una evaluación general de la situación actual y las tendencias recientes, especialmente sobre caries dental y necesidades de tratamiento periodontal. Los datos sobre salud bucodental en América Latina y el Caribe (LAC) indican que la mayoría de los países tienen una elevada prevalencia de caries dental y de enfermedades periodontales.

Uno de los objetivos principales de la estrategia de la OPS es la fluoruración, que es la forma más eficaz en función de los costos de prevenir la caries dental y, por ende, de evitar problemas más graves. Otro componente importante de la estrategia es el apoyo a los programas de información, educación y comunicación destinados a mejorar o fomentar la toma de decisiones, la toma de conciencia de la comunidad, y los cambios en el comportamiento con miras a prevenir la caries dental, las enfermedades periodontales, los cánceres de la faringe y de la cavidad bucal, los trastornos bucodentales relacionados con la infección por el VIH/SIDA, y la prevención de la transmisión del VIH y del virus de la hepatitis B en entornos de atención odontológica.

Además, la estrategia apoya el mejoramiento de los programas de salud bucodental en el sector público y promueve la formación y la capacitación de recursos humanos para la salud bucodental. Debido a que las enfermedades dentales no constituyen una amenaza para la vida, no se incluyen en las estadísticas de mortalidad ni en las políticas sanitarias nacionales. La competencia por recursos con otros trastornos de salud obstaculizan la planificación y la formulación de políticas para los programas de salud bucodental en la Región.

Los países adolecen de graves limitaciones en su capacidad para recopilar y analizar datos pertinentes sobre salud oral que puedan usarse para la planificación o la evaluación. La prevalencia de las enfermedades orales es mayor entre las poblaciones marginadas, en especial las que tienen bajos ingresos y poca instrucción o están aisladas geográficamente. A esto se suma lo tardío de la atención, si es que acaso la reciben. En el diseño de los programas nacionales de prevención deben abordarse las inequidades asociadas con esa distribución diferencial.

Para modificar este perfil epidemiológico y sus factores determinantes, los países pueden apoyarse en una red organizada de servicios para la prestación de atención bucodental, principalmente curativa, con la participación de los sectores público y privado. Sin embargo, estos servicios tal vez sean inadecuados para atender las necesidades en constante cambio de las comunidades. En muchos países de América Latina y el Caribe, los servicios públicos de atención odontológica están mal organizados y los recursos financieros y humanos de que disponen son insuficientes. Es probable que solo se encuentre atención odontológica de calidad en las zonas urbanas y a un costo elevado.

Por otra parte, es posible que sea más fácil tener acceso a los proveedores privados, pero los servicios que prestan son, en su mayoría, principalmente curativos y costosos. Por consiguiente, los grupos de mayores ingresos disponen de mayor acceso a los servicios dentales.

Datos estadísticos de las Américas 1997

Actualmente, la Región tiene más de 400,000 odontólogos, con un promedio de 3.1 por 10,000 habitantes. El número real de odontólogos por 10,000 habitantes varía entre 0.2 y 10.5. La mayoría de los odontólogos de la Región se dedica al ejercicio privado de la profesión en zonas urbanas; como resultado, hay grandes zonas desatendidas. En la Región, hay 202 facultades de odontología, 65% de las cuales están ubicadas en Brasil y México. Los programas de estudios de esas facultades hacen hincapié en las intervenciones curativas y ofrecen muy poco en odontología de salud pública. El adiestramiento se orienta principalmente a preparar a profesionales para el ejercicio privado. El resultado es una escasez de programas organizados de prevención en la Región, a pesar de su eficacia probada y de graves limitaciones en la cobertura de servicios de salud oral.

Para mejorar la salud bucal la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea diferentes estrategias para mejorar la salud buco dental. El programa señala que 1. Debe implementar Programas nacionales preventivos de salud oral, 2. Formular plan de varios años de la OPS para los programas de fluoruración del agua y de la sal, 3. Debe desarrollar la política de salud oral en programas de información, educación y comunicación para atender la carga de las enfermedades bucodentales, en especial el cáncer de la cavidad bucal y la faringe y la infección por el VIH/SIDA, 4. Hacer mejoramiento de

la eficiencia, la eficacia y la equidad de los sistemas de salud oral en el sector público y aspectos claves del desempeño del sistema, que a su vez conducirán a una mejor salud oral, y 5. Debe Desarrollar recursos humanos para la salud oral.

En Américas, la salud bucodental sigue siendo una faceta crucial de las condiciones generales de Salud en América Latina y el Caribe por la importancia que reviste como parte de la carga mundial de morbilidad bucodental. Una vez terminada la estrategia presentada al Consejo Directivo en 1997 en el cual se hace hincapié en la prevención de las enfermedades bucodentales mediante el establecimiento de programas integrales de salud bucodental, el fortalecimiento de la capacidad nacional y la promoción de intervenciones de salud bucodental sostenibles.

A partir de este documento en el año del 2006 se crea el Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental el cual fue preparado para tratar los desafíos persistentes y dinámicos de la salud bucodental al comienzo del nuevo milenio. Su meta fundamental radica en reducir la carga de morbilidad de diversos padecimientos bucodentales en el año 2015. Sus objetivos propuestos son los siguientes: 1. Reducir el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los niños 12 años en los países y 2. Mejorar la evaluación y el tratamiento de otros problemas bucodentales y aumentar el acceso individual.

Un Programa de Salud Bucodental común exige una alianza firme entre los sectores privado y público. La promoción y el mejoramiento del estado de salud bucodental en las Américas contribuirán al logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio y del desarrollo general mundial.

La prevención de enfermedades es la piedra angular de la política de salud bucodental de la OPS para la Región de las Américas. La importancia en el mejoramiento de la eficiencia, la eficacia y la equidad de los sistemas de salud oral en el sector público y aspectos claves del desempeño del sistema, que a su vez conducirán a una mejor salud oral fortaleciendo el desarrollo sostenible de los servicios de salud oral en el sector público y ayudar a los ministerios de salud a crear la capacidad necesaria en sus programas de salud oral, en el marco de los procesos de reforma del sector.

La cooperación técnica se destinará a ayudar a que los países organicen la oferta y la demanda de servicios de atención de salud, en especial de la atención dental integral, a nivel local. Un enfoque eficaz debe permitir mayor cobertura de salud oral, asignar particular importancia a la prevención y establecer modelos eficientes y eficaces para la prestación de servicios.

Programa Regional de Salud Bucodental de la OPS 2006

Este documento de estrategia se ha preparado para tratar los desafíos persistentes y dinámicos de la salud buco dental al comienzo del nuevo milenio. Su meta fundamental es reducir la carga de morbilidad de diversos padecimientos bucodentales. En el siguiente cuadro se presenta una calificación de los países del continente Américas según sus la gravedad de las enfermedades bucodentales. Organización Panamericana de Salud divide estos países en tres rangos, es decir, Emergente CPOD (Caries Perdido Obturado Dental) más de 5 significa países con alto grado de enfermedades buco dental, el segundo rango es el Crecimiento CPOD 3-5, significa países con medio riesgo de enfermedades buco dental y

el tercer rango es el Consolidación CPOD menor de 3 incluye países que tienen menor grado de estas enfermedades. Debemos señalar que en el año 1996 México se encontraba en el rango de crecimiento CPOD3-5 que significa en esa época el país era medio riesgo para las enfermedades buco dental.

Cuadro 2.1. Clasificación de los países de Américas según la salud bucodental, 1996

Emergente CPOD>5	Crecimiento CPOD 3-5	Consolidación CPOD <3
Belice El salvador Guatemala Honduras Nicaragua Paraguay Perú Republica Dominicana	Argentina Bolivia Chile Colombia Costa rica Ecuador México Panamá Puerto rico Trinidad y Tobago Uruguay Venezuela	Bahamas Bermuda Canadá Cuba Dominica Estados Unidos de América Guyana Jamaica

Fuente: Publicación científica No. 615 de la OPS

Por otra parte en el año 2005 OPS dio a conocer la nueva lista de los países con las enfermedades buco dental. Para este año, OPS clasificó los países en los tres mismos rangos lo cual había clasificado en el año 1996. En esta lista se puede observar que los países como Republica Dominicana, Paraguay, Panamá entre otros pasaron de rango emergente CPOD más de 5 a crecimiento CPOD 3-5. Además países como México, Venezuela, Uruguay entre otros mejoraron sus programas de su salud buco dental y pasaron de crecimiento CPOD 3-5 al nivel consolidación CPOD menos de 3.

Cuadro 2.2. Clasificación de los países de Américas según la salud bucodental, 2005

Emergente CPOD >5	Crecimiento CPOD 3-5	Consolidación CPOD <3
Guatemala Santa lucia	Argentina Bolivia Chile Paraguay Republica Dominicana Panamá	Bahamas Bermuda Canadá Cuba Dominica Estados Unidos de América Guyana Jamaica Colombia Costa rica Ecuador México Puerto rico Trinidad y Tobago Uruguay Venezuela

Fuente: Publicación científica No. 615 de la OPS

Del análisis anterior se observa que existe una gran diferencia positiva en la salud bucodental, a pesar de estas mejoras, la carga de morbilidad es grave y sigue siendo alta en ciertas zonas geográficas y grupos de alto riesgo. Existen barreras que impiden que la atención de salud bucodental equitativa esté al alcance de la población son, por ejemplo; falta de apoyo a las políticas y las leyes, aumento en el costo de la atención dental, falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucodental, acceso desigual a los servicios de atención de salud bucodental, especialmente en los grupos vulnerables como las mujeres, los niños, los indígenas y las personas con discapacidades físicas y de edad, factores culturales, de género y otros factores sociales y calidad deficiente de la atención de salud bucodental.

Programas Globales de Salud Oral para el año 2020

En el año 2000 como resultado de la distribución de la caries dental en la población (la cual presenta un sesgo o una concentración de la enfermedad en un segmento de la población en alto riesgo) se propuso un nuevo índice de caries y nuevas metas. El índice propuesto es el Índice de Caries Significante (SiC), que pone mayor atención en el tercio de la población con la mayor experiencia de caries. La meta propuesta para el 2015 es que a los 12 años de edad el SiC no sea mayor de 3 (Bratthall, 2000). Asimismo, la FDI, la OMS y la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR) han presentado nuevas metas para el año 2020.

Este documento contiene propuestas para nuevas metas globales de salud bucal, objetivos y población a las que se dirige. Es un marco de referencia útil para los planificadores de salud regionales, nacionales y locales, al mismo tiempo que no pretende ser prescriptivo (FDI, 2003). En la actualidad, la política de salud bucal mundial es la de continuar con la mejora de la salud bucal en el siglo XXI y objetivos globales para la salud bucodental (OMS, FDI, 2003).

Metas y objetivos del programa

Este programa se ha propuesto dos metas alcanzable para el año 2020, son: 1. Promover la salud bucodental y minimizar el impacto de las enfermedades de origen bucodental y craneofacial sobre la salud general y sobre el desarrollo psicosocial, dando un mayor énfasis a las poblaciones que se ven más afectadas por esas condiciones y enfermedades, y 2. Minimizar el impacto de las manifestaciones orales y craneofaciales de las enfermedades generales sobre los individuos y la sociedad y usar estas manifestaciones para el diagnóstico precoz, la prevención y el manejo eficaz de las enfermedades sistémicas.

Asimismo, también se acordaron en 11 objetivos para mejorar la salud bucal en el mundo especialmente en los países en vías desarrollo, son: 1. Reducir la mortalidad por enfermedades bucodentales y cráneo-faciales; 2. Reducir la morbilidad de las enfermedades bucodentales y cráneo-faciales aumentando de este modo la calidad de vida; 3. Fomentar en los sistemas de salud oral las políticas y programas sostenibles, 4. De acuerdo a las prioridades, las que deberán provenir de revisiones sistemáticas de las mejores prácticas (i.e. las políticas deben estar basadas en la evidencia científica); 5. Desarrollar sistemas de salud oral accesibles y costo-eficaces para la prevención y el control de las enfermedades bucodentales y cráneo-faciales usando el método del factor de riesgo común; 6. Integrar la promoción y la atención de la salud oral con otros sectores que influyen en la salud; 7. Desarrollar programas de salud oral para mejorar la salud general; 8. Reforzar los sistemas y los métodos de vigilancia de la salud oral, tanto en lo que se refiere al proceso como al resultado de estos; 9. Promover la responsabilidad social y una práctica profesional ética entre los encargados de la entrega de atención, 10. Reducir las disparidades de salud oral entre los diferentes grupos socioeconómicos de cada país y las desigualdades en la salud oral de todos los países, 11. Aumentar el número de proveedores de atención sanitaria capacitados en la vigilancia epidemiológica exacta de las enfermedades y trastornos orales.

Además, se proponen las siguientes acciones dentro de la Estrategia de Atención Primaria para lograr las metas del milenio establecidas, por ejemplo: 1. Acciones de promoción de la salud bucal mediante programas concretos, 2. Propuesta de celebrar la semana de salud bucal de la Región que permita fortalecer el discurso donde se afirma a la salud bucal como parte de la salud integral y fortalecer la promoción en salud bucal, 3. Escuelas y guarderías saludables, 4. Fortalecer servicios preventivos como acceso a

elementos fluorurados, sellantes, PRAT y otros, 5. Fortalecer la intersectorialidad. 6. Participación social, 7. Alianzas entre docencia, gremios, servicios y ONGs, 8. Construcción de un sistema de vigilancia y 9. Educación a la población sobre sus deberes y derechos, de tal forma que el pueblo educado reclame sus derechos.

Consideraciones finales

De la discusión y análisis de los programas nacionales e internacionales se puede observar claramente, por parte de las agentes internacional y nacional tenemos programas y leyes para mejorar la salud bucal y combatir de las enfermedades bucales. Aunque hemos avanzado en esa materia se carecen fuentes de información. Hasta hoy no tenemos podido avanzar sistemáticamente tener una base datos y información sobre las enfermedades buco dental, por eso muchas veces los programas antes mencionados no ha funcionado bien.

CAPÍTULO III

POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL EN MÉXICO Y NUEVO LEON

Dentro de la transición demográfica hacia el envejecimiento que está viviendo nuestro país, donde 1 de cada 20 personas tienen 60 años o más y se estima que para el año 2050, 1 de cada 4 los tendrá. Este grupo de edad sufre cambios sustanciales en la dieta, influenciado por los bajos recursos económicos, la pérdida de gran número de dientes, así como la presencia de infecciones bucales recurrentes y crónicas y al no incluirse la atención odontológica como parte integral de la atención médica, no se podrá gozar de una salud general, viéndose disminuida su calidad de vida. Debido a que para las tres principales causas de muerte en mayores de 20 años y más, en el 2005 la diabetes, la cardiopatía Isquémica y la enfermedad vascular cerebral se ha demostrado que las Enfermedades Periodontales (EP), los abscesos dentarios e infecciones crónicas, son un factor de riesgo.

En este programa se describen las estrategias que ayudarán a disminuir estos riesgos y así mejorar las condiciones de vida de los mexicanos. Ante estas necesidades de atención el Programa de Salud Bucal ha realizado diversas acciones que le han permitido, en los últimos diez años pasar de ser un programa en crecimiento a un programa en consolidación, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ya que presentó evidencia donde se demuestra que los escolares de 12 años de edad presentan un índice CPOD-12 menor a 3. La información disponible en 1989 para México muestra un índice CPOD-12 de 4.4 y para el año 2001 un promedio nacional de 1.9. Lo que demuestra un gran avance durante este periodo pero que aún no es suficiente. Para poder explicar esto se presentan las

estrategias que han conformado el programa en los últimos años. Dentro de los componentes del programa, se incluye el componente fluoruración de la sal, que es la estrategia preventiva de tipo masivo para disminuir la caries dental y que en la actualidad cubre a más de 75 millones de personas, cabe señalar que la población mexicana forma parte de los 350 millones de personas, que la OPS considera que tienen acceso a este beneficio en las Américas.

Así mismo se promueven y desarrollan modelos de mejores prácticas, para aumentar y mejorar el acceso a la salud bucal mediante la aplicación de procedimientos sencillos como es el Tratamiento Restaurativo Atraumático, estrategia con la cual se propone limitar el daño causado por la caries dental en la población con mayor marginalidad de 19 entidades federativas.

La capacitación de los odontólogos, así como la actualización de los equipos dentales han sido parte importante para iniciar el proceso de mejora en la calidad de la atención, dentro de este proceso se encuentra la integración de la visión epidemiológica del programa, por lo que, por primera vez en México, se da inicio al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucles (SIVEPAB), que se desarrolla en coordinación con la Dirección General Adjunta de Epidemiología y por medio del cual se determina el estado de salud y necesidades de atención odontológica de la población usuaria de los servicios de primer nivel de atención.

La estrategia Semanas Nacionales de Salud Bucal y el componente de Salud Bucal del Preescolar y el Escolar, son parte central del programa ya que es importante lograr un cambio favorable a la salud bucal en edades tempranas, por lo que deberán mantenerse y

fortalecerse para impactar en la salud bucal y general de las próximas generaciones. El Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal integrado en el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, se convierte en la columna vertebral del programa, ya que permite brindar las acciones de prevención que corresponden a cada grupo de edad, y que contemplan acciones de promoción de la higiene bucal, detección de alteraciones en la mucosa de la cavidad oral e higiene de prótesis dental en los adultos mayores.

El Programa de Acción de Salud Bucal es de carácter sectorial y comprende la definición de intervenciones basadas en las mejores prácticas y evidencias científicas, con lo cual se asegura la capacidad de respuesta, para reducir la carga de enfermedad y el costo social y económico causado por las enfermedades bucales en México. Estos compromisos son compatibles con las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El documento constituye una guía valiosa y representa una gran oportunidad para la consolidación de los diferentes componentes del Programa de Acción, al promover las medidas institucionales necesarias para la mejora de la Salud Bucal en el país.

Marco Jurídico de México sobre salud bucal

En México existe un marco regulatorio jurídico que orientan las acciones de prevención, protección y promoción a la salud, las instituciones del sector establecen políticas orientadas a mejorar las condiciones de salud bucal de la población, estas políticas, constituyen una respuesta organizada de la sociedad para este fin.

En la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 1° y 2° inciso B apartado III y V Artículo 4° fracción XVI del artículo 73 y Artículo 4° señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.

Asimismo, en la Ley General de Salud en su artículo 1° describa que “la presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social”. Además, en el Artículo 112 la educación para la salud tiene por objeto, en su fracción III señala que sobre orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal.

Asimismo, la Ley General en Salud presenta una reglamentación para regular diferentes aspectos, de manera especial cabe señalar al Reglamento de La Ley General de Salud en materia de protección social en salud y el Reglamento interior de la Secretaria de Salud. Con el propósito de mejorar las condiciones de salud bucal de la población, es indispensable contar con servicios de calidad que respondan a las expectativas de los usuarios tomando en cuenta la diversidad cultural y su demanda de atención. El reglamento NOM-009-SSA2-1993 describa para el fomento de la salud del escolar y el reglamento NOM-010-SSA2-1993 afirma para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana en los quehaceres odontológicos. También, el reglamento

NOM-013-SSA2-1994 describa para la Prevención y Control de las Enfermedades Bucales y el reglamento NOM-017-SSA2-1994 señala para la vigilancia epidemiológica.

Además, el Acuerdo 132 de presente artículo establece la formación del Comité Nacional de Salud Bucal para unificar y homologar criterios. En su reglamento NOM-031-SSA2-1999 describa para la atención de la salud del niño, el reglamento NOM-036-SSA2-2002 señala la Prevención y control de enfermedades y considera un apartado en el área de la Odontología. El reglamento NOM-040-SSA1-1993 describa sobre los productos y servicios y especificaciones sanitarias de la sal yodatada y fluorurada. El reglamento NOM-127-SSA1-1994 de mismo artículo señala sobre salud ambiental, el NOM-168-SSA1-1998 constituye un apoyo para una buena práctica odontológica, con ética y calidad y el NOM-178-SSA1-1998 también establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica y el equipamiento de consultorios dentales.

Con relación a la política de salud bucal dentro de las políticas nacionales de salud, es hasta 1988 que apareció por primera vez el componente de salud bucal en el informe de labores de la Secretaría de Salud como una parte de la recientemente creada Dirección de Fomento a la Salud (informe de labores SSA 1988). Así, entre lo más destacado de la política de salud bucal en la década de los 80 podemos mencionar:

1. En 1981, la publicación del Reglamento de Yodación y Fluoruración de la Sal, en el Diario Oficial de la Federación en México.
2. En 1984, la definición de la fluoruración de la sal en el Programa Nacional de Salud.

3. En 1985, la promoción legal y económica para la fluoruración de la sal, por instancia del Instituto de Salud en el Estado de México.
4. En 1987, la creación del Comité Interinstitucional para la Fluoruración y elaboración del Programa Nacional en México.
5. La segunda publicación y reformas al reglamento para la sal yodada y fluorurada.
6. La publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988;
7. La puesta en marcha de modelos de salud en escolares y del sub-programa de salud bucal (SSS, DGMP, Programa de trabajo, SSA, 1994).

Programa de acción específico 2007-2012 de salud bucal

El Programa de Salud Bucal forma parte del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades perteneciente a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud y requiere de una estructura gerencial a nivel federal que le permita regular las acciones para la prevención y control de las enfermedades bucales y establecer las políticas nacionales sobre la materia en los ámbitos social, público, académico y gremial.

En este programa se describen las estrategias que ayudaran a disminuir los riesgos por las enfermedades bucales y así mejorar las condiciones de vida. La capacitación de los odontólogos, así como la actualización de los equipos dentales ha sido parte importante

para poder iniciar el proceso de mejora en la calidad de la atención, dentro de este proceso se encuentra la integración de la visión epidemiológica del programa, por lo que, por primera vez se da inicio en México al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales (SIVEPAB), que se desarrolla en coordinación con la Dirección General Adjunta de Epidemiología y por medio de la cual se determina el estado de salud y necesidades de atención odontológica de la población.

La estrategia Semanas Nacionales de Salud Bucal del Preescolar y el componente de salud bucal del Escolar y Preescolar, son parte central del programa ya que es importante lograr un cambio favorable a la salud bucal en edades tempranas, por lo que deberán mantenerse y fortalecerse para impactar en la salud bucal y general de las próximas generaciones.

El Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal integrado en el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, se convierte en la columna vertebral del programa, ya que permite brindar las acciones de prevención que corresponden a cada grupo de edad, y que contemplan acciones de promoción de la higiene bucal, detección de alteraciones en la mucosa de la cavidad oral e higiene de prótesis dental en los adultos mayores.

Los objetivos del Programa Nacional de Salud Bucal, se han reorientado según la nueva estrategia para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. El mayor énfasis se aplica en el desarrollo de políticas globales para la promoción de la salud bucal y la prevención de las enfermedades bucales, coordinadas con otros programas prioritarios dentro y fuera del sector.

El Programa de Acción de Salud Bucal es de carácter sectorial y comprende la definición de intervenciones basadas en las mejoras prácticas y evidencias científicas, con lo cual se asegura la capacidad de respuesta, para reducir la carga de enfermedad y el costo social y económico causado por las enfermedades bucales en México. Estos compromisos son compatibles con las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La evaluación del programa dentro de la Secretaría de Salud se lleva a cabo a través de la estrategia conocida como Caminando a la Excelencia, basada en indicadores de proceso y resultado, con ello se miden las actividades preventivas que se realizan dentro del consultorio dental, de manera masiva o grupal extramuros, y se promueve la disminución de acciones mutilantes y no transmisibles con mayor frecuencia.

Los principales retos de la salud bucal en México 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.

De acuerdo a los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales en el 2007 (SIVEPAB), el 100% de los pacientes que acuden a los servicios de salud odontológicos de las instituciones participantes, padece caries dental y el 53% presenta algún grado de enfermedad periodontal. Ante esta realidad el Programa de Salud Bucal requiere incrementar el número de cirujanos dentistas en contacto con paciente, así como el número de servicios odontológicos, además de coordinar acciones preventivas y curativas de acuerdo con la evidencia epidemiológica.

Así mismo es indispensable incorporar estrategias de salud bucal dirigidas a prevenir, promover y proteger la salud de la población, especialmente a las personas con capacidades diferentes, con VIH/SIDA, durante el envejecimiento, personas con enfermedades crónicas degenerativas, así como a la mujer durante el embarazo. Otros retos de importancia para la mejora continua del Programa de Acción. 1. Generar conocimiento y difundirlo entre el gremio odontológico y el resto del equipo de salud, mediante investigaciones específicas, para diseñar modelos de atención de acuerdo a la problemática de cada región del país, y 2. 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 ende contribuya a disminuir la prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes.

Debemos señalar que la Secretaría de Salud creó la Dirección de Odontología en la década de los 60 con los objetivos principales de implantar procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales de los Centros de Salud del país; difundir, especialmente a nivel escolar, los principios higiénicos para fomentar la salud dental; y estudiar la viabilidad de la fluoración del agua potable o de la sal de consumo (SSA, 1988).

Durante este tiempo se fomentó la actualización de todo el personal odontológico de las instituciones que formaban el Sistema de Salud. Se efectuaron también análisis químicos para determinar el contenido del ión flúor en el agua de diferentes ciudades del país, y se inició la fluoruración del agua en las plantas potabilizadoras de Los Mochis, Sinaloa, Veracruz, Veracruz, y el conjunto urbano Nonoalco- Tlatelolco, en el Distrito Federal. Desafortunadamente, los cambios administrativos y financieros provocaron la

desaparición de esas primeras y únicas plantas fluoruradoras antes de que pudieran evaluarse sus logros (SECOFI, 1988).

Al presentar la población infantil altos índices de caries y ante la imposibilidad percibida de brindar atención bucal integral a toda la población durante la década de los 70 y 80, debido a los altos costos, se consideró conveniente instaurar programas preventivos de amplia cobertura para la población general. Debido a que en el país no toda la población tiene servicio de agua intradomiciliaria, la fluoruración de la sal doméstica representaba un mejor vehículo de distribución. En 1988 se normó y reglamentó la fluoruración de la sal (SECOFI, 1988).

En marzo de 1981 se decretó en México la fluoración de la sal (reglamento de yodación SSA, 1981). Para la operación del Programa Nacional de Fluoruración de la Sal se estableció un acuerdo entre la SSA, la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial y la Asociación Mexicana de la Industria Salinera, para la producción, distribución y comercialización de la sal en los estados donde el abastecimiento de agua potable contiene flúor en cantidad menor a la óptima (0.7-1.59 ppm) (Acuerdo de concertación para la fluoruración-yodación de la sal, SSA, SECOFI, AMISAC, 1991). Este programa estipuló cantidades recomendadas por organismos internacionales tras la experiencia de diversos países en la fluoruración de la sal para tener efectos cario profilácticos y cariostáticos deseables (Lineamientos para la dosificación de fluoruro (SSA, 1992).

Los programas de fluoruración a nivel sistémico y de salud pública no fueron la única estrategia preventiva en funciones. En 1983 la preocupación por la salud en escolares condujo a la realización del Primer Congreso Higiénico Pedagógico. De entonces a la

actualidad diversas estrategias, acciones y modelos se han propuesto para prevenir las principales enfermedades bucales en los niños (SSA, Subsecretaria de Prevención y control de enfermedades, 2000). Actualmente las acciones preventivas y educativas dirigidas a la niñez escolar mexicana se basan en la norma “NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar”, en la cual se puede observar un componente sobre salud bucal (NOM-009-SSA2-1993).

Con relación a la política de salud bucal dentro de las políticas nacionales de salud, es hasta 1988 que apareció por primera vez el componente de salud bucal en el informe de labores de la Secretaría de Salud como una parte de la recientemente creada Dirección de Fomento a la Salud (informe de labores SSA 1988). Así, entre lo más destacado de la política de salud bucal en la década de los 80 podemos mencionar: 1) en 1981, la publicación del Reglamento de Yodación y Fluoruración de la Sal, en el Diario Oficial de la Federación en México; 2) en 1984, la definición de la fluoruración de la sal en el Programa Nacional de Salud; 3) en 1985, la promoción legal y económica para la fluoruración de la sal, por instancia del Instituto de Salud en el Estado de México; 4) en 1987, la creación del Comité Interinstitucional para la Fluoruración y elaboración del Programa Nacional en México; 5) la segunda publicación y reformas al reglamento para la sal yodada y fluorurada; 6) la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988; y 7) la puesta en marcha de modelos de salud en escolares y del sub-programa de salud bucal (SSS, DGMP, Programa de trabajo, SSA, 1994).

En 1990 la Dirección General de Fomento a la Salud puso en marcha el modelo de salud bucal para escolares en las principales ciudades del país, buscando involucrar de manera integral los aspectos educativo, preventivo, curativo y de participación social, para

mejorar la salud bucal de la población escolar. Igualmente, con este modelo se pretendió fomentar en la comunidad escolar la adquisición de conocimientos y el desarrollo de conceptos, conductas, actitudes y hábitos positivos relacionados con la salud bucal (modelo de salud bucal para escolares SSA, 1990).

Entre los doce programas prioritarios del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud entre 1989-1994, existían dos relacionados con la salud bucal. Estos eran el programa de salud escolar y el programa de fluoruración de la sal. En esta época se puso en marcha el Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Parodontopatías en Preescolares y Escolares para mejorar la salud bucal de la población escolar (Programa nacional educativo contra la caries, 1990).

Asimismo, en la década de los 90 se publica la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de las enfermedades bucales. Esta norma tiene por objetivo establecer los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios de la prevención de la salud bucal a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia (modificación NOM-013-SSA2-1994).

En 1995 se publicó la NOM-040-SSA1-1993, Bienes y servicios, sal yodada y sal yodada fluorurada, la cual establece las especificaciones sanitarias de la sal para consumo humano y animal (NOM-040-SSA1-1993). Así mismo, en el año 1996 se iniciaron las Semanas Nacionales de Salud Bucal, programándose dos para cada año. En estas actividades se unen los esfuerzos de instituciones del Sector Salud, además de asociaciones

gremiales y la Secretaría de Educación Pública. El objetivo fue intensificar todas las actividades preventivas dentro de un método unificado y normado, enfocándose a la caries dental, la gingivitis, las maloclusiones, el cáncer bucal y los padecimientos dentofaciales que restan calidad de vida a los individuos. Esta estrategia se realiza periódicamente en los 32 estados, dentro de las unidades clínicas y en escuelas de educación primaria.

Las características del programa incluyen respetar las políticas internas de cada organismo participante; que cada estado e institución organice, según sus necesidades, un curso de capacitación previo para todo el personal participante en la realización de las acciones específicas de la "Semana Nacional de Salud Bucal"; que la unificación de criterios sea únicamente para lograr las metas planteadas; que cada organismo decida sobre el personal y recursos que pueda destinar para el proyecto operativo; y que las metas sean calculadas de acuerdo a los insumos y recursos de los participantes. En abril de 1998 el Programa de Salud Bucal fue incluido como programa prioritario en las políticas nacionales de salud (Programa de Salud Bucal, 2000).

La política de salud bucal en el periodo 2000- 2006 reconoce que en México las principales enfermedades bucales se encuentran todavía con una alta incidencia y prevalencia, al igual que como enfermedades del rezago que afectan principalmente a los pobres. Entre ellas destacan la caries dental y la enfermedad periodontal, que según el Plan Nacional de Salud (PNS) afectan a 90 y 70 por ciento de la población, respectivamente. (Programa de Salud Bucal, 2000).

Para su disminución y atención se han diseñado las siguientes actividades dentro del Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, desde donde se dictan las principales

políticas de salud en México y en correspondencia con la política social del Plan Nacional de Desarrollo (Plan Nacional de Desarrollo, 2001): promoción de la salud bucal de la población; fortalecimiento de los programas institucionales a nivel nacional; intensificación de las actividades de salud bucal durante las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal; promoción del desarrollo de investigaciones en salud bucal; ampliación de la cobertura del servicio estomatológico a zonas marginadas de difícil acceso aplicando el Tratamiento Restaurativo A traumático; fortalecimiento de la coordinación entre las áreas relacionadas con el Programa de Fluoruración de la Sal de Mesa. Con estas actividades se espera ampliar la cobertura a la población y alcanzar las metas de alto impacto, que son disminuir la prevalencia de caries a los seis años de edad al 50 por ciento, y obtener a los 12 años de edad un índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de tres.

Dentro de la Política Nacional de Salud se generó el Programa de Acción Salud Bucal, que en su objetivo general pretende mejorar la salud bucal de la población mexicana, contribuyendo al abatimiento de las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia. La misión de este programa de acción es la de disminuir las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia a través de establecer, fortalecer y vigilar políticas, estrategias y programas, así como evaluar las condiciones de la salud bucal para mejorar y ampliar equitativamente la atención a la población con ética, calidad y eficiencia (Programa Nacional De Salud 2001-2006).

La mejora de la salud bucal en la población se pretende conseguir a través de varios componentes; estos son: el componente de salud bucal del preescolar y escolar, de fluoruración de la sal de mesa, el aspecto curativo-asistencial y la normatividad. Estos elementos presentan a su vez objetivos generales y específicos, estrategias, metas, acciones

estratégicas y acciones a mediano plazo, para cumplir con lo marcado en la política nacional de salud bucal. Es de suponerse que, dada esta estructuración, será factible evaluar el cumplimiento de metas, objetivos y programas, lo cual no ha sido cabalmente realizado con otros programas en el pasado.

En 2003 se puso en marcha el Sistema Nacional de Cartillas de Salud que aparentemente es la política de salud más reciente. 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 últimas tres uno de los rubros básicos es la salud bucal (Sistema de Cartillas Nacional de Salud).

Estatus y Programas de Salud Bucal en Nuevo León

La Secretaria de Salud, el estado de Nuevo León caracteriza bajo índice de caries dental en el país. La encuesta nacional realizada por la Secretaria de Salud lo cual empezó en el año 1997 y termino en 2001. En esta encuesta se entrevistaron 3223 niños de 6 a 10 años en Nuevo León. En la siguiente tabla se analiza los resultados obtenida de esta encuesta. Se observa que los muchachos de 7 a 9 años son los más que presentan problemas de caries en los dientes primarios y permanentes, y los muchachos de 6 a 7 años presentan más el problema de obturados. Según la encuesta, es necesario señalar que los alumnos de 6 a 10

años corren un riesgo de higiénico bucal, por eso es necesario tomar algunas medidas para evitar estas enfermedades que crezcan y dañan los dientes de los niños.

Tabla 3.1. Enfermedades bucales en Nuevo León entre los niños 6 a 10 años, 2001

		Dientes primarios cariados	Dientes permanente cariados	Dientes primarios obturados
Edad	Numero	Promedio	Promedio	Promedio
6	1280	1.34	0.15	0.08
7	499	1.60	0.30	0.07
8	505	1.76	0.42	0.01
9	522	1.50	0.69	0.01
10	417	1.06	0.72	0.05
6-10	3223	1.44	0.40	0.08

Observando la discusión anterior, es necesario analizar aunque el problemas bucales en el estado de Nuevo León todavía no se presenta como un problema de alto riesgo entre los niños, pero según esta encuesta y la información observada en los centros de salud esta enfermedades señala su gravedad entre la gente de tercera edad. Por eso, es sumamente importante analizar las políticas públicas del estado para entender como está considerando para combatir el dicho problema.

Programas de Acción en salud bucal en el estado de Nuevo León

El Programa Nacional de Acción en Salud Bucal menciona que, los Servicios Estatales de Salud disponen o deben de disponer de áreas específicas para la conducción de dicho Programa; no obstante, se considera que son insuficientes por la alta prevalencia de enfermedades bucales en la población por que deben contar con estructuras jerárquicas apropiadas para la adecuada coordinación sectorial, con énfasis en la atención de usuarios

de los servicios, población en general y toma de decisiones. El responsable del Programa en el estado debe contar con un nivel mínimo de jefatura de departamento o mayor. Es importante la participación de profesionales con perfiles afines a las aéreas mencionadas, además de personal de campo y trabajo social.

Otro nivel de responsabilidad que marca el Programa es el Jurisdiccional el cual debe de contar con una Coordinación de Prevención y Control de Enfermedades Bucales. Las diferentes instituciones requieren fortalecer la estructura con personal disponible, para atender la demanda del programa en sus ámbitos de responsabilidad. Así mismo, generara mecanismos de supervisión y evaluación permanente con el apoyo de los indicadores y sistema de información para la toma de decisiones.

Por último se encuentra el nivel Aplicativo el cual debe contar con personal de salud capacitado para brindar atención y educación a las personas, promover la salud bucal y prevenir las enfermedades bucales, principalmente a grupos de riesgo. Es indispensable que el odontólogo aplicativo realice actividades intra y extra muros y estén comprometidos con su institución y la sociedad mexicana.

Ley estatal de salud en Nuevo León

El Estado de Nuevo León se encuentra regulado por marcos jurídicos y la salud no es la excepción teniendo La Ley Estatal de Salud, la cual su objeto es establecer la regulación sanitaria a nivel local, estableciendo las bases para el ejercicio de las atribuciones que las

entidades federativas tienen en materia de salubridad local. Entre lo que destaca lo siguiente:

Artículo 31.- Para la prevención y atención de padecimientos y enfermedades bucales, la Secretaría Estatal de Salud, de conformidad con la reglamentación y las normas técnicas expedidas por la Secretaría de Salud, y con el apoyo de los demás integrantes del Sistema Estatal de Salud, fomentara y coordinara:

I.- El desarrollo de actividades que contribuyan a la salud bucal.

II.- la difusión de campañas tendientes a promover la salud bucal.

III.- La atención clínica básica; y

IV.- La investigación epidemiológica bucal, encaminadas a detectar las enfermedades bucales de mayor prevalencia en el Estados y a la prevención y atención de las mismas.

Además, el artículo 44 señala sobre la educación para la salud tiene por objeto. En su apartado III describa sobre Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal.

El Programa Estatal de Salud, 2004-2009

El estado de Nuevo León es uno de los estado más desarrollado en el país, con una población consiente de la cultura de la salud, el reto es propiciar esquemas de trabajo que no solo mantengan los niveles de salud actuales, sino el lograr llevarlos a estándares

internacionales que propicien la consolidación de las actividades generadoras del bienestar social entre los nuevoleonenses. En ese sentido el presente programa menciona lo siguiente:

“Para otorgar sus servicios, la Secretaria de Salud cuenta con una infraestructura distribuida en todo el Estado, el cual se divide operativamente en 8 jurisdicciones sanitarias, 4 urbanas, y 4 rurales contando en total con 460 unidades de salud. El personal de dichas unidades es el encargado de operar los programas nacionales de salud pública, así como de otorgar servicios de salud a la población de su área de influencia, donde se incluyen: servicios medico y servicio dental. Además de 7 centros de especialidades donde se incluye el servicio dental.”

Como objetivos, estrategias y líneas de acción, la cual su objetivo general es el de proporcionar servicios eficientes de salud a la población en el apartado 1.6 manifiesta lo siguiente: “Instituir brigadas odontológicas permanentes en zonas rurales y en zonas urbanas de alta marginación” bajo los siguientes aspectos:

1. Fortalecer los servicios odontológicos brindados por la Secretaria de Salud a la población abierta, creando modelos de atención odontológica asistencial en el área marginal y rural.
2. Confeccionar prótesis total y parcial a pacientes adultos mayores que han perdido sus piezas dentales total o parcialmente.
3. Implementar un programa permanente escolar en los centro de salud, encaminados a elevar la calidad bucal en niños desde la edad preescolar.

La Dirección de Planeación de la Secretaría de Salud muestra un cuadro del que habla de la morbilidad general de padecimientos de notificación obligatoria del año 2005 y entre las enfermedades que habla no se encuentra la caries pero en contraste si especifica de la gingivitis y la enfermedad periodontal que la ubica en el lugar 11 de padecimientos por cada 100,000mil habitantes 7,162 la padece con una tasa de 172.

Consideraciones finales

El programa de Salud Bucal de México forma parte del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Control de Enfermedades perteneciente a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y requiere de una estructura gerencial a nivel federal que le permita regular las acciones para la prevención y control de las enfermedades bucales y establecer las políticas nacionales sobre la materia para los ámbitos social, público, académico y gremial. Aunque, este programa ya lleva varios años funcionando, pero hasta hoy no tenemos un resultados significativos. Por eso, es necesario reforzar la infraestructura para dar respuesta a los compromisos emanados del análisis de las necesidades existentes. También es importante reforzar la relación entre nivel federal, estatal y local.

Por otro lado, el servicio prestado por el Gobierno de Nuevo León se considera insuficiente por la amplia prevalencia de enfermedades bucales en la población aunque ya cuenta con estructuras jerárquicas para la adecuada coordinación sectorial, con énfasis en la atención a usuarios de los servicios, población en general y toma de decisiones. No se descarta un análisis de funciones y su posible crecimiento. Es indispensable la participación

de profesionales con perfiles afines a las áreas mencionadas, además de personal de campo y trabajo social.

CONCLUSIÓN

La cumbre de la Tierra de 1992, en Rio de Janeiro, Brasil, se constituyó en la principal plataforma de difusión política del concepto de desarrollo sustentable, es decir, aquel que satisface las necesidades de las generaciones presentes en forma igualitaria, sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Esto desencadenó toda una serie de definiciones en versiones institucional, ideológica y académica, cuyo factor común es el consenso de que el mundo está padeciendo una crisis ambiental que implica un cambio de conciencia y de estrategias para confrontarla y superarla.

Como hemos señalado anteriormente, el término “desarrollo sustentable” ha sido y sigue siendo usado indistintamente en diversos documentos, así como en reuniones de todo tipo, incluyendo políticas, económicas, científicas, etc. El objetivo de este concepto es muy claro y loable, por lo que significa para la humanidad. Pero en la práctica ha sido imposible llevarlo adelante debido a que afecta directamente a los intereses de los países industrializados, mejor dicho a las empresas de esos países que a su vez son quienes dan el poder y la fortaleza a los gobiernos de los mismos. Igualmente, los múltiples conflictos de clases y los modelos de producción son barreras prácticamente infranqueables para realizar un desarrollo sustentable.

Las agencias internacionales gubernamentales (tal como la Comisión Económica para América Latina, CEPAL) indican que el desarrollo sustentable está basado en primer término en el crecimiento económico, en segundo lugar en la equidad (social, económica y

ambiental) y tercer lugar en la sustentabilidad ambiental. Otras investigaciones describan que el desarrollo sustentable se basa en la integración de tres elementos fundamentales, en primer término, la sociedad, puesto que ella es el centro de toda actividad humana, en segundo lugar la economía, ya que ella es el motor que mueve el desarrollo de las sociedades, y en tercer lugar el ambiente, puesto que el mismo es la base física de la cual se extraen la mayoría o mejor dicho, todos los bienes y servicios que a través de la economía, mueven y permiten el desarrollo de las sociedades y por ende de las naciones.

Además, se ha observado que el concepto de desarrollo sustentable implica el manejo o gestión de los recursos naturales, de los recursos económicos y muy especialmente los recursos humanos, es decir, la calidad de vida, con elementos que no deben disminuir a lo largo del tiempo y entre los cuales se incluyen el aumento del ingreso real per cápita, servicios de salud, nutrición, vivienda, educación, trabajo y recreación, mejoras en los derechos humanos. Por su definición, el concepto de desarrollo sustentable se opone a las políticas actuales de la mayoría de los países donde los niveles de vida se mantienen sobre la base de la disminución (a veces exhaustiva) de los recursos de producción, incluyendo los recursos naturales, ya que esta práctica satisface las necesidades del presente pero no solo compromete la capacidad de las futuras generaciones de satisfacer las suyas, sino que genera incertidumbre y a veces certeza sobre la pobreza que se establecerá en el mundo.

Ejemplos evidentes de esto son el calentamiento global de la tierra como consecuencia del “efecto invernadero” causado principalmente por las industrias de los países ricos, la destrucción de los recursos naturales renovables, tal como los bosques tropicales (1300 hectáreas por hora en Latinoamérica), los conflictos, la desertificación de

tierras, la escasez de agua potable, y el aumento de las diferencias sociales entre los países, lo cual genera mayor pobreza en los sectores más débiles de la sociedad.

Todo lo dicho anteriormente afecta directamente la salud de la población. Las cifras de los organismos internacionales sobre los problemas que la industrialización genera sobre la salud son alarmantes. Los gases tóxicos que emanan de las grandes y pequeñas fábricas son fuente de las peores enfermedades causadas por el hombre, tanto agudas como crónicas, en muchos casos fatales, tal es el caso de enfermedades respiratorias, de la piel y genéticas. Los metales pesados y otros productos tóxicos que se encuentran en los efluentes de muchas industrias, son igualmente fuente de enfermedades graves y fatales.

Muchos problemas congénitos son generados por los procesos industriales. Pero no son solo los desechos de la industria, los causantes de problemas de salud, también los productos mismos son los generadores de dichos problemas, tal como ocurre con la industria de los cigarrillos y de otras sustancias aditivas como el café y los productos cafeinados, así como las bebidas alcohólicas. También los medicamentos, supuestamente usados para restaurar o mejorar la salud, son en muchos casos, productos generadores de males en la salud de la población. Los casos de la Thalidomida que tantos fetos y bebés teratogénicos causó cuando su prescripción a las madres gestantes era la norma del momento, y del hexacloruro de benceno añadido a muchos productos de uso doméstico para dar mayor blancura, incluyendo jabones para la ropa y para el aseo personal, y hasta a las cremas dentales para dar mayor blancura a los dientes.

Es necesario señalar que, entre 60 y 70 % de la población de América Latina padece algún tipo de enfermedad relacionada con la contaminación atmosférica, especialmente la

causada por los vehículos automotores. Las ciudades más afectadas son Ciudad de México, San Pablo y Santiago. El caso de México es considerado de importancia mundial. Los problemas de la salud forman parte de la problemática ambiental, ya que el entorno de las personas afecta todas sus actividades, incluyendo sus aspectos físicos, psíquicos y sociales. Por lo tanto, los problemas ambientales y de salud no pueden dejar de lado los aspectos y factores sociales y culturales. Obviamente que para lograr el desarrollo sustentable deben integrarse las políticas de desarrollo económico, social, agrícolas y de ciencia y tecnología, pero esencialmente las políticas educacionales.

Consideramos que la forma más conveniente, rápida y eficaz para poder entender, establecer y poner en práctica el desarrollo sustentable, es a través de la educación, especialmente educación ambiental y dentro de esta la educación para la salud y la problemática ambiental, por lo tanto no se debe de dejar a un lado los elementos económicos, sociales y políticos.

Para los programas deben tomarse en cuenta aspectos socio-demográficos tales como edad, sexo, nivel educativo, ocupación, religión, nivel económico, etc. Para que la educación ambiental y la educación para la salud sean efectivas hay que involucrar a la familia, ya que allí se establecen criterios de ética (generalmente informales) sobre el ambiente y la salud; así como hay jerarquías de acuerdo con la familia en particular o con la comunidad o cultura en general. Igualmente, hay que tomar en cuenta a las comunidades, puesto que allí existen, tanto formal como informalmente, los criterios de ética sobre el ambiente y la salud y, además, hay jerarquías formales, cuyos líderes tiene gran influencia en la población.

La salud constituye un elemento esencial del desarrollo sostenible. De hecho, el desarrollo social, económico y medioambiental a medio plazo sería imposible sin hombres, mujeres, niños y familias, comunidades y países con salud. La salud no sólo es importante para el bienestar de individuos, familias y comunidades, sino que constituye también un poderoso instrumento para alcanzar el desarrollo social y económico. Esto se debe a que los vínculos entre las dimensiones medioambiental, social y económica del desarrollo sostenible son fuertes y numerosos. La dimensión económica está relacionada con la medioambiental; la dimensión medioambiental está relacionada con la social; y la dimensión social está relacionada con la económica.

La salud pública sostenida en la evidencia tiende contribuir al desarrollo de los sistemas de servicios de salud, ya toman en cuenta los elementos de percepción de la misma y por parte de administradores, políticos, profesionales, ciudadanos, asociaciones no gubernamentales, entre otros. Para ejercer los anteriores, la investigación de Cantú-Martínez (2007) señala siguientes consideraciones: 1. diseñar las estrategias en la estructuración, homogenización y sistematización de la práctica de los programa de salud, 2. Trabajar mediante comisiones de calidad, con participación de profesionales que aporten diferentes puntos vista, 3. Garantizar la puesta en escena de condiciones para lograr objetivos niveles deseados montando comisiones de acreditación que permitan conseguir un instrumento entregador de los servicios de salud.

El creciente reconocimiento por parte de los líderes políticos nacionales e internacionales y los responsables de la toma de decisiones de las dimensiones social y sanitaria del desarrollo sostenible obedece, en gran medida, a la sobrecogedora importancia de las amenazas para la salud que se ciernen sobre nuestras sociedades. Se trata también del

reconocimiento del asombroso coste económico que acarrearán los problemas de salud y de los enormes beneficios sociales y económicos potenciales de invertir en salud. La salud es fundamental para la consecución de los Objetivos de la Declaración del Milenio (ODM), que reflejan los compromisos asumidos por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio celebrada en septiembre de 2000.

Los cinco objetivos de la Declaración del Milenio relacionados con la salud persiguen: una reducción de dos tercios en la mortalidad de los menores de cinco años; disminuir a la mitad la proporción de niños con menos de cinco años con peso inferior al normal; reducir en un 75 por 100 la tasa de mortalidad maternal; detener y comenzar a invertir la propagación del VIH/SIDA; y detener y empezar a invertir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.

En México, la Salud es un derecho de los ciudadanos y representa un bien estratégico para el desarrollo del país, por esto se requieren programas preventivos que reconozcan los logros y avances del Sistema de Salud, que identifique las nuevas y cada vez más complejas necesidades de la población y aprovechen las oportunidades para ampliar su cobertura, calidad y eficiencia.

Los Programas Preventivos de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud se han reorientado a la nueva estrategia de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud incluida esta en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, sustentados en el Plan Nacional de Desarrollo. El mayor énfasis se pone en desarrollar Políticas Globales en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, coordinadas

con el resto de los Programas y Estrategias de Salud de las Instituciones del Sector Salud a fin de mejorar la eficacia y fortalecer las alianzas estratégicas con objetivos comunes.

Son varios los factores que hay que considerar para la implementación de políticas públicas exitosas en esta materia. La transición demográfica y epidemiológica que presenta nuestro país merece especial atención. Los cambios en la conformación de la pirámide poblacional, explican en gran medida la elevada presencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, no obstante en ciertas regiones prevalecen las enfermedades infecciosas, las transmitidas por vector, las zoonosis, las bucales, la tuberculosis, las parasitosis, las enfermedades diarreicas y respiratorias, lo que marca un escenario de polaridad de patologías distintivas de los países en desarrollo. Asimismo, las cifras de mortalidad materna y perinatal todavía son muy superiores a las observadas en los países desarrollados y son muy diferentes en las entidades federativas.

En el Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002, la OMS expone que en la mayor parte de los países, algunos factores de riesgo son responsables de la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas y bucales, los factores de riesgo más importantes son: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hiperglucemia, escasa ingesta de frutas y hortalizas, exceso de peso u obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco. Cinco de estos factores de riesgo están estrechamente asociados a la mala alimentación y la falta de actividad física, la rápida adopción de estos hábitos negativos contribuyen asimismo a acelerar esa tendencia, estos son factores comunes además para la salud bucal.

El acceso a los servicios de salud requiere atención en dos aspectos estrechamente relacionados: garantizar que la población tenga acceso a los servicios de salud cuando lo necesite, y buscar que, la que ya lo tiene, tenga la capacidad de recibir la atención que requiera sin poner en riesgo su patrimonio. Hoy es necesario mantener una visión de trabajo en equipo, donde la colaboración entre los servicios de salud públicos y privados, las diferentes sociedades médicas, la industria farmacéutica y alimentaria, donde la responsabilidad de uno es la responsabilidad de todos y el compromiso de todos permita formular mejores lineamientos mexicanos para la prevención y control de estas patologías sujetas a Programas de Acción preventivos.

El nuevo paradigma radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad ó sus complicaciones, es mayor que el que se obtiene por atenderlo de manera oportuna y adecuada. La interrelación entre la salud bucal y general ha sido probada con evidencia científica, la enfermedad periodontal severa por ejemplo, tiene una asociación sinérgica con diabetes. La cercana correlación entre varias enfermedades bucales y crónicas no transmisibles, es sobre todo por el resultado de factores de riesgo comunes.

El actual significado, más amplio de la salud bucal, no disminuye la importancia de las dos enfermedades bucales principales, caries dental y enfermedad periodontal, ambas se pueden prevenir y controlar con eficacia con una combinación de acciones entre la comunidad, el profesional y la acción individual. El cuidado médico oral apropiado puede reducir el riesgo de mortalidad prematura. La detección temprana de la enfermedad es en la mayoría de los casos crucial para salvar vidas ya que se proporciona tratamiento oportuno.

Un examen bucal cuidadoso puede detectar deficiencias alimenticias así como algunas enfermedades incluyendo infecciones microbianas, desórdenes inmunes, lesiones, y cáncer oral. Los tejidos orales también proporcionan información sobre las condiciones de órganos y de sistemas de las partes menos accesibles del cuerpo; por ejemplo, las glándulas salivales son un modelo de las glándulas exocrinas y un análisis de la saliva puede proporcionar hallazgos importantes sobre la salud o la enfermedad general. La carga de la morbilidad bucal.

A pesar de grandes logros en la salud oral de poblaciones alrededor del mundo, todavía hay problemas graves en muchas comunidades, particularmente entre grupos marginados en países en vías de desarrollo y desarrollados. La caries dental y las enfermedades periodontales históricamente se han considerado las cargas bucales globales más importantes. Actualmente, la distribución y la severidad de enfermedades bucales varían en diversas partes del mundo y dentro del mismo país o de las diferentes regiones de este. La caries dental sigue siendo un problema de salud oral prevalente en la mayoría de los países industrializados, afectando entre el 60 y 90% de la población escolar y a la mayoría de los adultos.

Es también la enfermedad bucal más frecuente de varios países asiáticos y latinoamericanos, mientras que parece ser menos común y menos severa en la mayoría de los países africanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), espera que la incidencia de la caries dental aumente en muchos países en vías de desarrollo y en África, particularmente como resultado de un consumo cada vez mayor de azúcares y a la exposición inadecuada a los fluoruros.

En la Región de las Américas, a principios de la década de los noventa, los resultados del índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años (CPOD-12) estuvieron por arriba de cinco en catorce países, entre tres y cinco en diez países y por debajo de tres solo seis países. Para el año 2000, solo dos países tuvieron resultados de CPOD-12 mayores de cinco, siete países tuvieron entre tres y cinco y veintinueve países tuvieron menos de tres. Esto da como resultado una reducción de caries en un rango del 35 al 85% y demuestra un cambio significativo en el perfil epidemiológico de la caries dental.

En apego a la Ley General de Salud y los distintos ordenamientos jurídicos, legales y administrativos que orientan las acciones de prevención, protección y promoción de la salud, las instituciones del Sector establecen políticas orientadas a mejorar las condiciones de salud bucal de la población. Estas políticas, constituyen una respuesta organizada de la sociedad para este fin.

El marco jurídico proporciona los elementos esenciales que garantizan el cumplimiento de las acciones para el cuidado de la salud bucal de los mexicanos, las cuales le permiten dar rumbo y dirección al Programa de Acción Salud Bucal 2007-2012, y tiene como sustento: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 20 Artículos: 1º, 2º inciso B aptdo. III y V Art.4º. Fracción XVI del artículo 73. Ley General de Salud Título Iº cap. único art. I, 2, Reglamentos de la ley general de salud en materia de protección social en salud y Reglamento interior de la Secretaría de Salud Artículo en su artículo 45.

Debemos señalar que, a pesar de que hemos tenido varias leyes para combatir y proporcionar la calidad servicios médicos a los ciudadanos, pero hasta el momento se ha podido alcanzar la meta. Esto por varias razones, uno de ellos, esto es no tener buen

servicio en los centro de salud públicos así también la falta de equipo y presupuesto para atender bien a los ciudadanos. Por otra parte, hay una gran ausencia de información sobre problema de salud bucal en el país. No existe una base de datos que nos puede explicar cuáles son los problemas en su mayoría en su totalidad las personas sufren, también no existe una coherencia entre la leyes y las enfermedades bucales concurrente en el país. Es decir no sabemos qué variable se consideraron para formular estas políticas públicas en el país.

Como se ha explicado anteriormente el estado de Nuevo León, es un estado que tiene mayor desarrollo en el país. Según la Secretaria de Salud el estado de Nuevo León ocupa bajo rango en la problemática de salud bucal. Aunque, comparado con otros estados del país Nuevo León tiene menor grado de problema, pero los datos recopilados por la Secretaria de Salud demuestran cifras preocupantes como se presento en el capítulo III. Por otra parte, igual que nivel nacional, hasta el momento por la escasez de la información cuantitativa no se ha podido avanzar sistemáticamente para observar la problemática a su profundidad.

Por otra lado, la Ley General de salud del estado de Nuevo León en su artículo 31 señala “la prevención y atención de padecimientos y enfermedades bucales, la Secretaria Estatal de Salud, de conformidad con la reglamentación y las normas técnicas expedidas por la Secretaria de Salud, y con el apoyo de los demás integrantes del Sistema Estatal de Salud. Este artículo también aborda sobre desarrollo de la actividad que contribuyan a la salud bucal, también explica sobre la difusión de campañas tendientes a promover la salud bucal, así mismo la atención clínica básica y la investigación epidemiológica bucal. Aunque esta ley abarca el tema de salud bucal, pero no aclara en detalle sobre la problemática de

salud bucal, también no considera las recomendaciones Organizaciones Mundial de Salud. Incluso en esta Ley no se ve claramente cuáles son los elementos de enfermedades bucales se consideraron para formular esta.

Así mismo el Programa Estatal de Salud aborda el tema de la salud bucal donde explica de la infraestructura con la que se cuenta en el estado y especifica que las estrategias y líneas de acción en salud bucal serán instituir brigadas permanentes en zonas rurales y zonas urbanas de alta marginación, implementar un programa escolar en los centros de salud y confeccionar prótesis a los adultos mayores que hayan perdido sus piezas dentales. Lo anterior nos explica que es estado cuenta con áreas de infraestructura en salud bucal e intentos de acciones por preservar la salud bucal en la población pero es recomendable realizar un programa estatal de salud bucal donde especifique explícitamente y a groso modo la política pública viable a llevar a cabo para el estado de Nuevo León que se encuentre inmersa en los términos del desarrollo sustentable y los objetivos globales del milenio en cuanto a la salud bucal

Por eso, después de esta investigación se ve la necesaria de hacer una investigación a la profundidad sobre las enfermedades bucales que concurre en el estado para formular una política pública general orientada a la población y en particular afectada por las dicha enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

Acharya, Arunkumar y Cervantes, Niño José Juan (2009), Los Desarrollos de la Investigación en Ciencias Sociales de la Salud: Una Visión Sustentable. *Revista Salud Pública y Nutrición*, Vol. 10, No.3, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Álvarez-Manilla JM (1988), Atención primaria a la salud. *Revista Salud Publica*, No.30. México.

Bascones, Antonio (1992), *Periodoncia básica*. Avances Ed. Madrid, España

Bratthall D (2000), Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-years-olds. *International Dental Journal*, No. 50.

Cantú-Martínez, P.C. 2007. El cometido de la salud pública. Ed. Dirección General de Publicaciones-UANL. Serie Tendencias: México.

Cantú-Martínez; P.C (2008), *Desarrollo Sustentable. Conceptos y reflexiones*, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Cantú-Martínez; P.C (1998). Apreciación Ecológica de la Salud, *Ambiente sin Fronteras*. Vol 1 No. 11/12:1-4.

Comité Interinstitucional de Odontología (1990), *Programa nacional educativo preventivo contra caries y parodontopatías en preescolares y escolares*. SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, SEP, ADM.

Diario Oficial de la Federación (2003), *Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud*. Diario Oficial de la Federación 24-Diciembre-2003.

Encuesta Nacional de Caries Dental (ENCD) (2001), *Programa de Salud Bucal*, Secretaría de Salud, México.

Espinosa, L (2004), Cambios del Modo y Estilos de Vida; su Influencia en el Proceso Salud-Enfermedad, *Revista Cubana Estomatol*, No.3, Instituto Superior de Ciencias Medicas, Habana Cuba.

Foladori G y Pierri Naina (2005). *¿Sustentabilidad? Desacuerdos sobre el desarrollo sustentable*. Universidad Autonoma de Zacatecas, Porrúa Ed. Mexico.

Foladori G (2002), Avances y límites de la sustentabilidad social, *Economía, Sociedad y Territorio*. Vol III, num. 12, México.

Gallego, JM (2000), *Aspectos teóricos de la salud como un determinante del crecimiento económico*. Economía, Serie Documentos. Borradores de Investigación. Universidad del Rosario.

Gimeno, J; Repullo, J y Rubio, S (2006), *Salud Pública y Epidemiología*, Manual de Dirección Médica y Gestión Clínica.

Gobierno de México (1988), *Norma Oficial Mexicana NOM F-8-1988*, Alimentos, Sal Yodatada y Sal Fluorudada. Secretaria de Comercio y Fomento Industrial, SECOFI, México

Gobierno de México (2006), *Manual Para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales*, Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaria de Salud, México.

Gobierno de Nuevo León (2009), *Ley Estatal de Salud*, Congreso Del Estado de Nuevo León, México.

Gobierno de Nuevo León (2004), *Plan Estatal de Salud: 2004-2009*, Secretaria de Salud, Gobierno de Nuevo León. México

Guerrero-Santoyo, MR (2003), El Boletín Odontológico Mexicano: Una Propuesta para el Estudio de la Historia de la Odontología en México, *Revista ADM*. No. 60.

Gudynas E, y Evia Graciela (1993), *El concepto de Ecología Social*. Editorial Popular, Madrid.

Higashida, Bertha (2009), *Odontología Preventiva*. Segunda edición, Mc Graw Hill, México.

Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J y Johnson N (2003), Global goals for oral health 2020, *International Dental Journal*, No. 53.

Jimenez, FJ; Esquivel HRI y Gonzalez Celis, RAL (2003), La percepción de la salud bucal como medida de la calidad de vida de los ancianos. *Revista Asociación Dental Mexicana*. No.60, Mexico.

Jimenez Herrero, L.M (2003), *El Desarrollo Sostenible y las Cumbres Internacionales de Desarrollo*, Curso de Experto Universitario en Planificación y Gestión de Proyectos de

Cooperación Para el Desarrollo en los ámbitos de la Educación, la Ciencia y la Cultura.
OEI/UNED.

Laurell AC (1993), *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana Fundación Friederich Ebert, México.

Laurell, AC (1991), *La Política Social en la Crisis: Una Alternativa para el Sector Salud*, Serie de Cuadernos de Trabajo No. 27, Fundación Friedrich Ebert, México.

Laurell, AC (1996). *¿Podemos garantizar el derecho a la salud?*, Fundación Friedrich Ebert/Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco, México.

Misrachi, C; Espinoza, I (2005), Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud, *Revista Dental de Chile*, Vol. 96, No. 2, Chile

Nussbaum, M y Amartya, S (1996), *La calidad de vida*. Fondo de Cultura Económica. México.

Misrachi, C y Espinoza, I (2005), Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud, *Revista Dental de Chile*. Vol. 96, No. 2, Chile

Naciones Unidas (2003), *Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente*, PNUMA y la Secretaria de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, Compendios informativos, Nueva York.

Organización Panamericana de la Salud (1993), *Organización Sanitaria Panamericana*, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Desarrollo y fortalecimiento de

los sistemas locales de salud. La Salud Bucal. HSD/SILOS-22. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Organización Mundial de la Salud (2003), *Programa Mundial de la Salud Bucal*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza.

Presidencia de la República (2001), *Plan Nacional de Desarrollo: 2001-2006*, Presidencia de la República de México, México.

Ramírez, BS, Martínez, CM y López, V (2007), *Funciones esenciales de la salud pública y sus implicaciones sobre la salud bucal colectiva*, Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Colombia.

Rodríguez, A y Delgado, L (1996), Diagnostico de Salud Bucal, *Revista Cubana Estomatol*, Vol. 32, No. 2, Dirección Nacional de Estomatología, Habana Cuba.

Secretaria de Salud (1990), *Modelo de Salud Bucal para Escolares*, Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Fomento de la Salud, SSA, México.

Secretaria de Salud (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006, Estrategia: reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres*. Programa de Acción: Salud Bucal. SSA, México.

Secretaria de Salud (1988), *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios*. SSA, Gobierno de México, México.

Secretaría de Salud (1981), *Reglamento de Yodación y fluorización de la sal*. D.O.F. México.

Secretaría de Salud (1991), *Acuerdo de concertación para la fluoruración-yodación de la sal en México*, SSA, SECOFI, AMISAC, Gobierno de México.

Secretaría de Salud (1992), *Dirección General de Medicina Preventiva. Dirección de Enfermedades Crónico Degenerativas*. Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades Bucales. Lineamientos para la dosificación de fluoruro sistémico. Bases fisiológicas. SSA México

Secretaría de Salud (2000), *Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades*. Programa de Salud Bucal. Gobierno de México, SSA México.

Secretaría de Salud (1994), *Norma Oficial Mexicana NOM- 009-SSA2-1993*, Para el Fomento de la Salud del Escolar. Gobierno de México, SSA México

Secretaría de Salud (1989), *Informe de labores*, Gobierno de México, México.

Secretaría de Salud (1994), *Programa de trabajo*, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Medicina Preventiva, Grupo interinstitucional de salud bucal, SSA México.

Secretaría de Salud (1995), *Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994*, Para la prevención y control de enfermedades bucales, Gobierno de México, SSA México.

Secretaría de Salud (1999), *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994*, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995. SSA México.

Secretaría de Salud (1995), *Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA1-1993*, Bienes y Servicios. Sal Yodada y Sal Yodada Fluorurada. Especificaciones Sanitarias. SSA México.

World Resources Institute (1996), *Recursos Mundiales: Población y Medio Ambiente*. Eco España Editorial.

World Health Organization (1978), Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 septiembre.

World Health Organization (1982), Global goals for oral health in the year 2000. *International Dental*, FDI, 32:74-7

World Health Organization (2003), *The World Oral Health Report*, Continuous improvement of oral health in the 21st Century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. WHO Geneva.

World Health Organization (2008), Global policy for improvement of oral health, World Health Assembly, *International Dental Journal* No.58, Geneva Switzerland.

Zimbron-Levy, A, Feingold-Steiner, M (1990), *Breve Historia de la Odontología en México*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. Cuernavaca, México.