



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE ALMA ATA SOBRE ATENCIÓN  
PRIMARIA DE SALUD BUCODENTAL.  
¿QUÉ SE LOGRÓ?

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

VERÓNICA JUDITH CAMPOS HERNÁNDEZ

TUTOR: C.D. ROBERTO GÓMEZ GÓNZALEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# 1.INTRODUCCIÒN

Durante mucho tiempo los problemas de salud a nivel mundial han sido un punto preocupante para toda la humanidad; No podemos pasar por alto que dentro de estos problemas de salud se encuentra la atención bucodental.

La salud bucal ha atravesado por distintas etapas en su historia y continúa actualmente su desarrollo. 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 parodontopatías.

Como sabemos la odontología durante la época colonial e independiente (1530-1900), fue practicada a nivel individual curativo y restaurativo más que nivel colectivo, sin la necesidad de un título profesional para ejercerla, lo cual cambió a principios del siglo XX.

La odontología, se conoce desde tiempos antiguos y en cada época a tenido avances; Esta ciencia ha sido compleja y a progresado rápidamente; Pero en realidad desde tiempos remotos muy poca gente pudo gozar del beneficio de la atención odontológica, como anécdota citaremos a George Washington uno de los primeros en utilizar una dentadura, hecha de marfil, de colmillos de hipopótamo con las bases de oro, y los dientes inferiores(8), eran de ser humano atados unos a otros y a la base con fibra de oro.<sup>1</sup>

Washington tuvo 9 dentistas, entre ellos John Greenwood, el más prominente dentista de los Estados Unidos en la época;

¿Quién se puede dar el lujo de tener 9 dentistas?

El concepto de ir al dentista desde hace varias décadas, para la mayoría de la gente esta basado en ciertas ideas, tales como son: Es muy caro, duele mucho, no asisto hasta que me duela; y no solo el dentista, si no todos los servicios de salud .

Cabe mencionar que ante esto se han llevado acabo infinidad de propuestas para erradicar este tipo de problemas,, pero una de las mas importantes y de la que se pretende hablar en esta tesina, es de la Conferencia que se llevo acabo El 12 de septiembre de 1978, en la cual se expresa la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. En la cual se propuso alcanzar metas de salud, para todos en el año 2000.<sup>2</sup>

Es importante reconocer que , antes de esta conferencia, el acceso a los servicios de Salud era muy complicado, ya que a veces esta atención era un lujo para las personas que gozaban de un nivel económico alto; y si hablamos en materia odontológica; era un tanto mas complicado, pues los servicios prestados en este ámbito eran complejos, y poco factibles, pues en épocas pasadas la mayoría de los tratamientos se basaba de extracciones, y reposición de piezas dentarias; tomando en cuenta que este ultimo, era costoso y no muy cómodo.

Aquí pretendemos identificar que es lo que ha pasado con lo propuesto en esta conferencia hasta la actualidad; y dentro de esto, que resoluciones se tomaron con respecto a la salud bucodental y que fue lo que se logró.

¿Qué metas de Salud Bucal se propusieron para el año 2000 en esta conferencia?

¿Cuál es el verdadero sentido de esta declaración?

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

OMS: Organización Mundial de la Salud

FDI: Federación Dental Internacional

ONG: Organización no Gubernamental

OMI: Organización Misionera Internacional

CMC: Comisión Medica Cristiana

SPT: Salud para Todos

AMS: Asamblea Mundial de la Salud

ONU: Naciones Unidas

APS: atención primaria de salud

APSS: atención primaria de salud selectiva

PSC: programas de salud comunitaria

BSBC: *Buena salud a bajo costo* (Fundación Rockefeller)

FMI: Fondo Monetario Internacional

## INDICE

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- PROPOSITO.....	7
3.-OBJETIVOS.....	7
3.1-Generales.....	7
3.2-Específicos.....	7
4.-ANTECEDENTES.....	8
5.-QUE FUE LA LLAMADA DECLARACION DE ALMA ATA....	16
6.- LOS 10 PUNTOS CITADOS EN LA DECLARACIÓN.....	18
7.-- ATENCION PRIMARIA DE SALUD.....	23
7.1 Servicios Básicos propuestos por la APS.....	24
7.2Componentes estratégicos de APS.....	25
7.3 Lo que no es atención primaria.....	26
7.4 Principios de la atención primaria de salud.....	26
7.5 Falsos paradigmas de APS.....	28
8.METAS DE SALUD BUCAL PROPUESTAS POR LA OMS.....	30
9.-RAZONES POR LAS QUE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. NO PUDO SER ALCANZADO .....	31
10.- LOGROS DE NUESTRO PAIS EN MATERIA BUCODENTAL..	40

11.-METAS DE SALUD BUCAL PROPUESTAS PARA EL 2020	
12.CONCLUSIONES.....	50
13DISCUSIÓN.....	51
14GLOSARIO.....	52
15BIBLIOGRAFIA.....	54

**Logotipo de la  
Conferencia de Alma-Ata  
1978<sub>2</sub>**



**Alma-Ata (Kazakstán)**



## 2.PROPOSITO

Concientizar; a la comunidad odontológica, de la importancia que hay en la Atención Primaria de Salud, en el ámbito de Salud bucodental; y el papel que juega en el cumplimiento de las metas de Salud Bucal citadas en la declaración de Alma Ata. Haciendo conciencia de su verdadero propósito. y evitar que se pueda cometer errores al confundirse con los falsos paradigmas de APS.

## 3.OBJETIVOS

### 3.1OBJETIVO GENERAL

Efectuar una revisión, descripción, y análisis de los objetivos y metas, logradas en la conferencia de Alma Ata sobre atención primaria de salud bucodental, Identificando el espíritu de la declaración.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.-Que se estableció en esta declaración.
- 2.- Que papel jugo APS en este proyecto
- 3.-Metas de salud bucal en dicha conferencia
- 4.-Por que no se cumplió con los objetivos propuestos para el año 2000
- 5.-Describir y Analizar los logros de nuestro pais
- 6.-Cuales son las metas propuestas por la OMS para el 2020

#### 4. ANTECEDENTES

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre ellos, constituyen la principal preocupación de la comunidad mundial.<sup>3</sup>

#### 5. PANORAMA HISTÓRICO

Las raíces del enfoque social de la salud

Se reconoce desde antiguo que los factores sociales y ambientales influyen decisivamente en la salud humana.<sup>3</sup>

Las campañas sanitarias del siglo **XIX** y gran parte del trabajo de los fundadores de la salud pública moderna reflejan que eran conscientes de la estrecha relación entre la posición social de las personas, las condiciones de vida y sus consecuencias para la salud.<sup>3</sup>

Rudolf Virchow (1821-1902) preguntaba: ¿"No comprobamos que las enfermedades del pueblo nos llevan siempre a los defectos en la sociedad"?. La investigación epidemiológica reciente ha confirmado el papel central de los factores sociales y ambientales en las grandes mejoras de salud registradas en la población de los países industrializados a principios del siglo **XIX**.<sup>3</sup>

Los análisis de McKeown revelan que gran parte de la moderna reducción de la mortalidad debida a enfermedades infecciosas como la tuberculosis se produjo antes de emplear tratamientos médicos eficaces. De hecho, las principales fuerzas impulsoras de la reducción de la mortalidad fueron los cambios en cuanto al suministro alimentario y las condiciones de vida.<sup>3</sup>

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, redactada en 1946, muestra que los fundadores de la Organización deseaban que la OMS abordara las raíces sociales de los problemas de salud, así como los retos de proporcionar una atención médica curativa eficaz.<sup>3</sup>

La Constitución define la salud como "un estado de pleno bienestar físico, mental y *social*", y señala que la finalidad de la Organización es "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible" de ese estado.

Las funciones básicas de la Organización incluyen la colaboración con los Estados Miembros y los organismos especializados apropiados "para promover el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo y otros aspectos de la higiene del medio", según sea necesario para lograr progreso en la salud.

La Constitución prevé, una integración propicia de los métodos biomédicos, tecnológicos y sociales de la salud.<sup>3</sup>

Los años cincuenta: concentración en la tecnología y campañas contra enfermedades específicas

La Constitución de la OMS deja un modelo social de la salud vinculado a vastos compromisos con los derechos humanos. Sin embargo, el contexto político de la guerra fría que siguió a la segunda guerra mundial y la descolonización, obstaculizaron la aplicación de esta visión y favorecieron un enfoque más apoyado en las tecnologías sanitarias despachada a través de campañas revestidas de una impronta "militarista" Diversos factores históricos impulsaron esta modalidad. Uno de ellos fue la sucesión de grandes adelantos en la investigación de medicamentos que dio lugar en este período a una serie de antibióticos nuevos, vacunas y otros medicamentos, lo que infundió en los profesionales sanitarios y el público en general la idea de que la tecnología encerraba la respuesta a los problemas mundiales de salud.<sup>3</sup>

Este auge también impulsó la industria farmacéutica moderna, destinada a convertirse no sólo en una fuente de beneficios científicos, sino también en una fuerza política cuyo poder de presión influiría cada vez más en las políticas sanitarias nacionales e internacionales. Otro cambio clave en el contexto político fue la retirada temporal en 1949 de la Unión Soviética y otros países comunistas de las Naciones Unidas. Después de la retirada soviética, los organismos de las Naciones Unidas, incluida la OMS, quedaron más firmemente bajo la influencia de los Estados Unidos.<sup>3</sup>

En la redacción de la Constitución de la OMS, los funcionarios estadounidenses, hicieron hincapié en un modelo social de salud cuyas alusiones ideológicas fueran mal recibidas en el escenario de la guerra fría.<sup>3</sup>

Durante este período y posteriormente, los modelos de atención sanitaria de los países en desarrollo estuvieron influidos por la dinámica del colonialismo. Los sistemas de salud establecidos en zonas de África y Asia colonizadas por los poderes europeos servían casi exclusivamente a las elites colonizadoras y estaban centrados en la atención curativa con gran tecnología en un puñado de hospitales urbanos. La preocupación por la salud pública general era escasa, y los servicios para las personas que vivían en los barrios pobres o las zonas rurales, muy pocos. Muchas antiguas colonias se independizaron en los años cincuenta y sesenta y establecieron sus propios Sistemas Nacionales de Salud; Lamentablemente, estos se estructuraron con frecuencia sobre los modelos de la época colonial. <sup>3</sup>

Las estrategias sanitarias tras la independencia reconocían a menudo la necesidad de ampliar los servicios a las poblaciones desfavorecidas y rurales, pero en la práctica el grueso de los fondos para la salud procedentes del gobierno o de los donantes internacionales siguió fluyendo hacia la atención curativa de los centros urbanos. En este período, algunos países de bajos ingresos recién independizados gastaban la mitad de sus presupuestos sanitarios nacionales en mantener uno o dos resplandecientes “palacios de la enfermedad”: Se trataba de “hospitales de alta tecnología” dotados con los últimos equipos del mercado, con plantillas de doctores formados en occidente y que ofrecían sus servicios a las necesidades sanitarias de la elite urbana.

La salud pública internacional durante este período se caracterizó por la proliferación de 11 programas "verticales", rigurosamente focalizados, y campañas basadas en la tecnología, dirigidas contra enfermedades concretas como la malaria, la viruela, la tuberculosis y la frambesia.

Tales programas se consideraban sumamente eficientes; No obstante, debido a su naturaleza pasaban por alto el contexto social y su función en la generación de bienestar o enfermedades. Como ocurría con la atención sanitaria centrada en los hospitales, estos programas no trataban los problemas de salud más graves de la mayoría de la población (en particular, la rural pobre).<sup>3</sup>

Las campañas verticales iniciadas en este período consiguieron algunos éxitos notables, el más famoso fue la erradicación de la viruela. Sin embargo, las limitaciones de este enfoque fueron reveladas en fracasos como el de la campaña de la OMS-UNICEF para la eliminación mundial de la malaria. La lucha contra la malaria, que empezó a mediados de los años cincuenta, dependía una vez más de la tecnología, en este caso el rociamiento extensivo con el insecticida DDT para matar a los mosquitos vectores. El enorme programa resultó un fracaso muy costoso.<sup>3</sup>

Los años sesenta y primeros de los setenta: auge de los enfoques comunitarios

A mediados de los años sesenta, era claro en muchas partes del mundo que los modelos dominantes de salud pública y médicos no satisfacían las necesidades más urgentes de las poblaciones pobres y desfavorecidas (la mayoría de la gente de los países en desarrollo). La pura necesidad hizo que las comunidades y los trabajadores de salud locales buscaran alternativas a las campañas verticales contra las enfermedades y a la preponderancia de la atención curativa urbana. De este modo, surgió un interés renovado por la dimensión social, económica y política de la salud.

Durante los años sesenta y principios de los setenta, los trabajadores de salud y organizadores de la comunidad en varios países se unieron en el esfuerzo de abanderar los programas pioneros de salud comunitaria.

Estas iniciativas acentuaron la participación local y el empoderamiento de la comunidad en la toma de decisiones sobre salud y a menudo enmarcaron sus esfuerzos dentro de los derechos humanos que relacionaban la salud con exigencias económicas, sociales, políticas y ambientales mayores. Se restó importancia a la tecnología médica de un nivel superior y la confianza en los profesionales médicos con gran formación disminuyó enormemente. En cambio, se pensó que los trabajadores de salud de la comunidad contratados localmente podrían, con una formación limitada, ayudar a sus vecinos a afrontar la mayoría de los problemas comunes de salud.

La educación sanitaria y la prevención de las enfermedades constituían el meollo de estas estrategias.<sup>3</sup>

Los trabajadores de salud de la China rural (denominados en sentido figurado "médicos descalzos") eran el ejemplo más notable. Se trataba de "diversos agentes sanitarios de ámbito rural que vivían en las comunidades en las que servían, le daban más importancia a la atención

sanitaria rural que a la urbana, más a los servicios preventivos que curativos y combinaban la medicina occidental con la tradicional".<sup>3</sup>

Las iniciativas comunitarias también prosperaron en Bangladesh, Costa Rica, Guatemala, la India, México, Nicaragua, Filipinas, Sudáfrica y otros países. En algunos casos, tales iniciativas se ocuparon no sólo de determinantes sociales y ambientales de la salud, sino también de temas subyacentes de la estructura política – económica y las relaciones de poder.<sup>3</sup>

Lo que había empezado como experimentos sueltos, locales o nacionales, de los programas de salud comunitaria adquirió una dimensión internacional creciente y una mayor autoridad a comienzos de los años setenta algunas ONG y organizaciones misioneras internacionales, en particular la Comisión Médica Cristiana, desempeñaron un papel importante al promover sobre el terreno los modelos basados en la comunidad y difundir la información sobre su éxito.<sup>3</sup>

A principios de los años setenta, se tenía cada vez más conciencia de que los enfoques tecnológicos de atención de salud no habían logrado mejorar significativamente la salud de la población en muchos países en desarrollo, mientras que se obtenían resultados positivos en entornos muy pobres mediante programas comunitarios.<sup>3</sup>

En 1975 la OMS y el UNICEF publicaron un informe conjunto que examinaba métodos alternativos para satisfacer las necesidades de salud básicas en los países en desarrollo. El informe ponía de relieve las deficiencias de los programas verticales contra las enfermedades que confiaban en el apoyo tecnológico y pasaban por alto a la propia comunidad. Recalcaba que factores sociales como la pobreza, la vivienda

inadecuada y la falta de educación eran las raíces reales subyacentes de las causas inmediatas de morbilidad de los países en desarrollo.<sup>3</sup>

Este modelo emergente de trabajo sanitario encontró un poderoso aliado en Halfdan Mahler, un médico danés veterano en salud pública que se convirtió en Director General de la OMS en 1973.

Mahler era un líder carismático con profundas convicciones éticas para quien justicia social era una palabra sagrada” Se indignaba ante las inequidades mundiales en la salud y el sufrimiento evitable de millones de personas pobres y marginadas; Su participación en campañas verticales contra las enfermedades en América Latina y Asia le llevó al convencimiento de que tales enfoques eran incapaces de resolver los problemas de salud más importantes y que prestar una atención excesiva a las avanzadas tecnologías curativas estaba distorsionando los sistemas de salud de muchos países en desarrollo. Junto con la ampliación a las comunidades desfavorecidas de los servicios de atención básica de salud, era necesario tomar medidas para abordar factores determinantes no médicos a fin de superar las inequidades en materia de salud y lograr la "Salud para Todos en el año 2000", tal como Mahler propuso en la Asamblea Mundial de la Salud de 1976. "La Salud para Todos," dijo, "implica la eliminación de los obstáculos para la salud tanto como la solución de problemas netamente médicos" es decir, la eliminación de la desnutrición, la ignorancia, la contaminación del agua potable y la falta de higiene en la vivienda.<sup>3</sup>



Así se llega a un punto culminante en la historia de la Salud; La cristalización de un movimiento: Alma-Ata y la atención primaria de salud

Este nuevo programa saltó a la palestra en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, El 12 de septiembre de 1978; dos de las Naciones Unidas , La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), llevaron acabo; este gran congreso conjunto, realizado en Alma Ata (Kazajstán), en la antigua URSS;

La cual supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud; En la Conferencia, participaron Unos tres mil delegados de 134 gobiernos y 67 organizaciones internacionales <sup>3</sup>.

En esta reunión, la salud fue asumida como un derecho humano del que todos somos titulares, destinada a convertirse en un hito en la salud pública moderna.

La declaración de la conferencia enarboló el objetivo de Mahler, “Salud para Todos en el año 2000” mediante la atención primaria de salud (APS). <sup>3</sup>

Virtualmente todos los países presentes se comprometieron a este objetivo.<sup>4</sup>

Además, ratificaron la amplia definición de la OMS de la salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social*.

Para lograr el ambicioso objetivo de Salud para Todos, las naciones del mundo junto a la OMS, el UNICEF y las principales agencias financieras se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado *Atención Primaria de Salud (APS)*<sup>4</sup>

## 6. QUE FUE LA LLAMADA DECLARACIÓN DE ALMA ATA

Es el mayor pronunciamiento internacional en salud que hasta ahora haya tenido lugar en el mundo; Es el marco en el que se reconocen y confluyen la mayor parte de quienes luchan por el derecho a la salud de los pueblos.<sup>5</sup>

En esta declaración se propuso firmemente, acabar con las desigualdades en torno al acceso de servicios de salud, que ricos o pobres por igual contaran con las mismas facilidades para tener un trato digno y de calidad con respecto a la materia de salud en todo el mundo.

Alma Ata proclama que la atención primaria de la salud (APS) es la clave para lograr salud para todos los pueblos del mundo en el tiempo de una generación.

El Dr. Halfdan Mahler, director general de la OMS entre 1973 y 1988 y máximo impulsor de las ideas de Alma Ata, afirma que la APS es la verdadera meta a alcanzar en el espíritu de la justicia social;

Alma Ata se dio en el marco del reconocimiento de que un “nuevo orden económico mundial” más justo era imperativo.

La Declaración de Alma Ata representa una revolución del pensamiento en salud que promueve cambios políticos, técnicos y en la asignación de recursos.<sup>5</sup>

Declara que la salud es un derecho humano fundamental, que las desigualdades en salud entre y dentro de los países son política, social y económicamente inaceptables, reconoce la relación entre salud y desarrollo, el derecho y el deber que tiene el pueblo de participar en la planificación y aplicación de la atención en salud.<sup>5</sup>

Llama a la acción urgente de los gobiernos, el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial a sumarse a la APS para proteger y promover la salud de todos los países.<sup>5</sup>

Asimismo, señala que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos y que uno de los principales objetivos de gobiernos, organizaciones internacionales y de la comunidad mundial debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social económicamente productiva.

Declara a la Atención Primaria de la Salud (APS) como la estrategia fundamental para lograr la salud para todos y la define como la función central y el núcleo principal del sistema nacional de salud y como parte integrante del desarrollo social y Económico de la comunidad<sup>5</sup>

## 7LOS 10 PUNTOS ESTABLECIDOS POR LA DECLARACIÓN

### I

La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; Es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

### II

La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países

.

### III

El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo.

La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

### IV

Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

## **V**

Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

.

## **VI**

La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad.

Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema trabajan, nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

## VII

La atención primaria sanitaria:

(1) Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.

(2) Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

(3) Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición;

Adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales, apropiado tratamiento de las enfermedades comunes, traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.

(4) Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

(5) Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos

disponibles; Así como para desarrollar y finalizar a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

(6) Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

(7) Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

## **VIII**

Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

## **IX**

Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/ UNICEF sobre atención primaria constituye una

base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

## **X**

Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamiento podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada.

La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamado urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración.<sup>6</sup>



Para llevar a cabo los puntos citados en esta declaración, se deja en claro, que Atención primaria de salud es el único camino para lograr, la meta de “Salud Para Todos en el año 2000”.

## 8. ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Es una política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo; esta política nació en La asamblea que se llevo a cabo en Alma Ata Rusia, en 1978, la cual se denominó “Salud para todos en el año 2000”.<sup>7</sup>

En la reunión de Alma Ata quedo establecido que para llevar a cabo dicha política, era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como atención primaria de salud (APS) ,<sup>7</sup>

La que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud.

La declaración de Alma Ata señala que la “Atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.<sup>7</sup>

La APS fue concebida en esta conferencia internacional como la “clave” para alcanzar la meta de “salud para todos”, conforme a un espíritu de justicia social que promovía la cooperación entre países, la movilización y coordinación de la cooperación internacional en función de las prioridades nacionales en salud.<sup>7</sup>

Se reconoce ampliamente que la APS es el camino para lograr la equidad en salud y garantizar el derecho de todo ser humano a disfrutar del nivel más alto posible de salud

La Atención Primaria de Salud (APS) fue concebida como una estrategia para que todos los pueblos de la tierra alcancen el nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Los servicios básicos propuestos por la estrategia de APS son los siguientes ocho:

### 8.1 Servicios básicos de atención primaria de salud

- Educación sanitaria y promoción para la salud
- suministro de agua de consumo humano
- Nutrición
- Atención materno infantil incluida planificación

- familiar
- Inmunizaciones
- Salud mental
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales
- tratamiento de emergencias y traumatismos comunes

APS plantea como indispensable, la provisión de este "paquete de servicios básicos" para la población. Este paquete no debiera ser negociable y debiera recibir todo el apoyo político y financiero de los gobiernos. No es un paquete de servicios para pobres o para gente del medio rural, por el contrario, es un grupo de servicios, necesario para que todos los pueblos del mundo logren un nivel adecuado de salud, debe de servir para la acción intersectorial, la reorganización de los sistemas de servicios de salud, y para orientar los créditos que reciben los países del fondo monetario internacional.

Es claro que lograr que sin apoyo político, sin participación intersectorial y sin participación comunitaria, el logro de este paquete de servicios de atención primaria de salud sencillamente es una utopía. El éxito de la estrategia requiere como condición necesaria una política nacional bien definida y el desarrollo, de acuerdo a las características socioeconómicas de cada país, de los siguientes componentes estratégicos.<sup>7</sup>

## 8.2 Componentes estratégicos de la atención primaria de salud

1. Extensión de la cobertura de los servicios de salud y mejoramiento del ambiente
2. Desarrollo de la articulación intersectorial
3. Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas
4. Disponibilidad de insumos y equipos críticos
5. Formación y utilización de recursos humanos
6. Financiamiento del sector
7. Cooperación internacional.<sup>7</sup>

Debe quedar claro que para aplicar la estrategia de APS no basta con planificar la provisión de las 8 intervenciones definidas como básicas o prioritarias, sino también es necesario que el plan de acción incluya el desarrollo de los 8 componentes estratégicos antes mencionados.

Atención Primaria Salud, es solo un medio para conseguir el objetivo de lograr niveles básicos de salud para cualquier habitante del mundo, especialmente de aquellos que viven en países de menor desarrollo, independientemente de su ideología, clase social y lugar de residencia.<sup>7</sup>

De acuerdo a lo anterior, conviene destacar que lo que no es atención primaria

### 8.3 Lo que no es atención primaria

- No es una forma primitiva, empírica o elemental de atención, ni se sustenta en tecnologías que no incorporan los adelantos del desarrollo científico.
- No es una acción exclusiva de los servicios de salud o de alguna institución de ese sector, ni es un programa independiente o paralelo a las demás acciones del sistema de servicios de salud.
- No es un nivel de atención dentro de un sistema de servicios de salud ni se reduce a lo que podría considerarse como el nivel mas periférico.
- No se reduce a la utilización de personal no profesional, ni puede circunscribirse a miembros de la comunidad

### 8.4 Principios de atención primaria de salud de salud

- Equidad.
- Cobertura universal con servicios básicos.

- Carácter multisectorial (ejemplo: saneamiento básico, nutrición, educación).
- Participación de la comunidad.
- Fomento de la salud.

**Principio de equidad.** La asignación de recursos para atender la salud se debe realizar con equidad, lo que significa que se deben distribuir con base en las necesidades específicas de cada grupo de población y en la medición de su riesgo relativo.<sup>7</sup>

**Principio de universalidad.** Sin excepción, toda la población debe tener acceso permanente a servicios que fomenten su salud y le prevengan el riesgo de enfermar, así como a los servicios curativos más apropiados para combatir las enfermedades y accidentes de mayor prevalencia. Esto implica:

- Definir una cartera de servicios básicos,
- Determinar un mecanismo de aseguramiento,
- Establecer un financiamiento sostenible y organizar la provisión de servicios, los cuales deben fundamentarse en la evidencia científica y utilizar la tecnología apropiada

**Principio de multisectorialidad.** Este criterio reconoce, la influencia que tienen en la salud y la enfermedad la educación, la nutrición, el saneamiento básico y otras condiciones ambientales como la polución, la condición jurídica y social de la mujer, y el desarrollo socioeconómico en general.

**Principio de participación comunitaria.** Implica que se debe fomentar la participación de la comunidad en las actividades de salud, no solo porque

esa participación permite alcanzar resultados a menor costo, sino también porque influye en la autorresponsabilidad y la sostenibilidad de las acciones sanitarias.

***Principio de fomento de la salud.*** Fomentar la salud de las personas. Fomentando hábitos y estilos de vida saludables e identificando los riesgos a nivel personal, familiar y comunitario. La atención primaria debe ser diferenciada claramente de la atención secundaria, ya que esta se enfoca a la atención del individuo enfermo, en tanto que la primera se enfoca a la atención del individuo sano. Tener clara esta diferencia, ayuda a promover cambios actitudinales en el personal de salud y a progresar de una conducta expectante en donde se espera a que el individuo enferme para actuar, hacia una conducta anticipatoria, en donde se anticipa a la enfermedad y se actúa para prolongar la salud del individuo, sea identificando riesgos para eliminarlos o atenuarlos o promoviendo estilos de vida sanos, en una actitud francamente promocional.<sup>7</sup>

La puesta en marcha de la estrategia de APS significaba romper con falsos paradigmas

## 8.5 Los falsos paradigmas en salud

- La salud de la población es responsabilidad exclusiva del sector salud.
- La salud de la población depende de los servicios de atención médica.
- La atención sanitaria esencial requiere un modelo basado en médicos.
- La atención sanitaria esencial requiere tecnologías sofisticadas y costosas.

- La comunidad tiene poco que aportar a la atención de salud de la población.
- La salud se logra atendiendo adecuadamente a los enfermos.
- La atención primaria de salud es una atención primitiva para gente pobre.

La estrategia de APS supera los modelos médicos que prevalecían en esa época en el mundo subdesarrollado, y se presentaba como una oportunidad para rectificar viejos vicios de la asistencia sanitaria.

Los enfoques previos enfatizaban una atención secundaria dirigida hacia la enfermedad, que privilegiaba servicios curativos caros, basados en una infraestructura hospitalaria localizada en el medio urbano; en tanto que la APS enfatizaba los servicios preventivos, de costo razonable para la comunidad y con una infraestructura basada en pequeños centros de atención en la que tienen un papel relevante los agentes comunitarios de salud.<sup>7</sup>

## 9. METAS DE SALUD BUCAL PARA EL AÑO 2000

Después de la ratificación y adopción de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en 1978.

En 1981 la OMS y La Federación Dental Internacional elaboro las metas específicas Sobre Salud Bucal.

1.- El 50% de los niños de 5-6 años estarán libres de caries.

2.-El índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) en la población de 12 años de edad, será igual o menor de 3.

3.- El 85% de la población de 18 años de edad mantendrá todos sus dientes en la boca.

4.- Disminuir en 50% el promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años de edad.

5.- Disminuir en 25% el promedio de dientes perdidos en la población de 65 y mas años de edad.

La OMS y La FDI recomendaron a todos los países miembros la adopción de metas nacionales, en concordancia con sus problemas de salud características y posibilidades.

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 y situación geográfica acusan marcadas contradicciones, entre otros aspectos, por las condiciones de salud de la



población y, como en el caso de atención bucodental, por las posibilidades de acceso a los servicios de salud bucal.<sup>8</sup>

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

## 10. Razones por las que Salud para todos el año 2000. No pudo ser alcanzado

Desde el punto de vista crítico; es fácil darse cuenta el por que la meta de Salud Bucal para Todos en el año 2000; no se pudo cumplir.

Si nos remontamos a la declaración, esta lleva un contenido social y político; Por lo que, los desarrollos económico y social están entrelazados y que los niveles de salud afectan a ambos. Lo que pone en claro, que habrá intereses político-económicos afectados de algunos países.<sup>9</sup>

La estrategia APS marcó la reaparición vigorosa de los determinantes sociales.

El concepto de APS tenía fuertes implicaciones sociopolíticas. Primero, apuntaba explícitamente la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo abasteciera de servicios de salud, sino que afrontara las causas fundamentales, *sociales, económicas y políticas de la falta de salud*. Concretamente tal como se concibió en Alma Ata, dicha estrategia debía promover una distribución más justa de los recursos.

«El compromiso político por la Atención Primaria de Salud, implica la transferencia de una mayor cantidad de recursos sanitarios a la mayoría desatendida de la población. Así como es, necesario aumentar los presupuestos nacionales de salud hasta que toda la población tenga acceso a una atención de salud básica.

»Es necesaria una política donde los países más influyentes se comprometan a realizar una distribución justa de los recursos para

permitir a los países en desarrollo y, a los menos desarrollados, poner en marcha la Atención Primaria de Salud.» Se hacía hincapié en la estrecha relación entre salud y desarrollo en los sectores más empobrecidos de la comunidad.<sup>9</sup>

Los factores sociales siguen siendo la fuerza impulsora del desarrollo. El propósito del desarrollo es permitir a las personas mantener una vida productiva económicamente y socialmente satisfactoria.

La Declaración mantiene que, para llevar a la práctica de forma eficaz la Atención Primaria de Salud, la participación comunitaria es fundamental.

La participación de los usuarios había sido un signo común de los programas basados en la comunidad que habían sido estudiados en el proceso de elaboración de la Declaración. Lo que afirma que «la autoestima y la conciencia social son factores clave en el desarrollo humano»<sup>9</sup>



Atención Primaria de Salud desencadenaba una mayor concienciación y movilización lo que era potencialmente revolucionario, era probable encontrar oposición de aquellos que querían preservar el orden establecido

Ministros de salud de países subdesarrollados incitados por especialistas y agencias financieras internacionales comenzaron a poner en marcha programas nacionales basados en la Atención Primaria de Salud..

Los esfuerzos de las bases para poner la salud en manos del pueblo se convirtieron en una seria amenaza para las elites y los gobiernos, como también para la clase médica, que durante largo tiempo había mantenido un poderoso monopolio del saber y de la capacidad de curar.<sup>9</sup>

Para hacer superfluos los programas comunitarios de salud, introdujeron costosos programas gubernamentales en las mismas comunidades (olvidando a menudo zonas que no tenían ningún tipo de servicios).<sup>17</sup> Estaban bien abastecidos de medicinas no esenciales, con instrucciones de que las distribuyeran generosamente; En completo contraste con la ética de la APS pues esta buscaba el uso responsable y limitado de los medicamentos por lo que los nuevos programas patrocinados por los gobiernos contribuían a minar el potencial empuje progresista de las iniciativas comunitarias.<sup>9</sup>

Irónicamente la Declaración de Alma Ata, que construía su filosofía sobre las «luchas populares por la salud» de los Programas de Salud basados en la Comunidad, fue utilizada por los gobiernos autoritarios para deshacerse de esos programas verdaderamente comunitarios. Escudándose en que todos los servicios de salud a la comunidad debían unificarse bajo la bandera de la APS, procedieron a asimilar, incorporar o cerrar los programas autónomos desarrollados por la comunidad.<sup>9</sup>

Ahora, casi dos décadas después de la Declaración de Alma Ata, muchos críticos han concluido que la APS fue un *experimento que fracasó*.<sup>9</sup>

Algunos países como Mozambique y Nicaragua tuvieron éxito durante los años ochenta, al llevar a cabo iniciativas en la línea del protocolo de Alma Ata. Ambos países fueron alabados por la OMS por aumentar su cobertura de APS y mejorar de forma muy importante sus estadísticas de salud. Pero su temprano éxito fue breve pues los gobiernos de Sudáfrica y Estados Unidos, preocupados por los modelos alternativos que estos países podrían suponer para sus vecinos- lanzaron campañas desestabilizadoras diseñadas para detener su progreso. Cuando los dos países fueron incapaces de mantener su incipiente progreso, los opositores a la APS (y al desarrollo orientado a la equidad) usaron este dato para argumentar que los éxitos de estas alternativas de apoyo al pueblo eran transitorias e insostenibles..

La APS fue atacada por el propio sistema internacional de salud pública, al ser puesto en marcha el programa Atención Primaria de Salud Selectiva (APSS) en lugar de Atención Primaria de Salud, pues APSS no llevaba contenido político.

Esto sin duda despojaba APS de sus componentes de más alcance, potencialmente revolucionarios.<sup>9</sup>

Por otra parte en el artículo (ALMA ATA FUE UN FRAUDE) argumenta que el nuevo orden económico internacional consagrado en Alma Ata, le impuso a la humanidad la miseria social y económica, las epidemias, el hambre y la degradación del medio ambiente.<sup>10</sup>

Ya que el resultado del nuevo orden económico internacional fue la globalización de la economía, que significó la especialización de la producción a nivel planetario, la descentralización geográfica en función de aprovechar ventajas comparativas de distintos países, la movilización de los capitales a través de las fronteras con pocas restricciones y ninguna regulación, la transmisión (transnacionalización) de la tecnología, el conocimiento y la cultura, los fenómenos ambientales

(degradación y contaminación), las enfermedades infecciosas y el crimen organizado.<sup>9</sup>

En 1998 Jeffrey Sachs señalaba que la circulación financiera internacional sin restricciones creaba una profunda desestabilización, que el otorgamiento excesivo de préstamos, precedieron la crisis Mexicana (1994) y la crisis del sudeste asiático (1997).<sup>10</sup>

Por tanto, el releer la Declaración brinda una sensación de que los aspectos sociales y económicos de la vida no son fácilmente divisibles del modo en que se han fraccionados bajo las políticas neoliberales.<sup>11</sup>

- La Declaración está libre de propuestas sobre la necesidad de cambiar conductas para promover salud.
- El comportamiento mundial no es tomado en cuenta por la Declaración.
- Transmite la idea del camino a la salud como uno basado en la solidaridad y en el colectivismo, en vez de la ideología del individualismo que ha venido a caracterizar los debates sobre la salud desde los años setentas.
- No se refiere a temas ambientales y de desarrollo sustentable, desde el punto de vista actual.
- El impacto potencial y real del cambio climático en la salud, el agotamiento y recursos no renovables, especialmente el petróleo, fue una ausencia muy importante.

- Los problemas de la contaminación y la disminución de la biodiversidad, no fueron identificados por OMS.<sup>11</sup>

Por lo que la salud es reconocida como un "derecho humano fundamental", y también es vista como una "meta social mundial".

El discurso de participación en la Declaración hace eco a la imagen de ciudadanos con derechos y obligaciones.

Esto contrasta con el término de "consumidor" que es usado en algunos sistemas de salud, este lenguaje de "consumidores" es prestado de ideologías de mercado e implica una persona que compra servicios de salud de un "productor", que es el sistema de salud. Estas relaciones tienden a ver a los derechos humanos interpretados como el derecho de todos los servicios de salud que se puedan pagar.<sup>11</sup>

- Entre 1980 y el 2000 en varios países llegaron al gobierno diversos políticos y dirigentes favorables a programas económicos neoliberales; Esto sucedió en los países anglosajones y en América Latina:<sup>12</sup>
- Algunos presidentes que aplicaron en distinto nivel y efectividad varias políticas descritas como neoliberales son:.
- 1. Alberto Fujimori (PERU)
- 2. Augusto Pinochet (CHILE)
- 3. Carlos Menem (ARGENTINA)
- 4. Carlos Salinas de Gortari (MEXICO)
- 5. Fernando Collor de Mello (BRASIL)
- 6. Gonzalo Sánchez de Lozada (BOLIVIA)

- 7.-Margaret Thatcher (REINO UNIDO)
- 8.Ronald Reagan (ESTADOS UNIDOS)
- 9. Oscar Arias (COSTA RICA)<sup>12</sup>

El neoliberalismo incluye entre sus conceptos principales:

- Liberación de las empresas privadas de cualquier control impuesto por el Estado, sin importar cuánto daño social ello produzca.
- Reducción de salarios mediante la "desindustrialización" de los trabajadores y la supresión de derechos laborales obtenidos tras largos años de lucha.
- Eliminación de los controles de precios. En definitiva, libertad total para el movimiento de capitales, bienes y servicios.
- Reducción del gasto público en servicios sociales como educación y atención de la salud.
- Reducción de la red de seguridad para los pobres, e incluso recorte del gasto en mantenimiento de caminos, puentes, suministro de agua.
- exoneraciones fiscales para las empresas.
- Debilitamiento o eliminación de toda norma gubernamental que pueda disminuir las ganancias de las empresas, incluidas las leyes que protegen el ambiente y la seguridad laboral.
- Eliminación del concepto del "bien público" o "comunidad",
- Actualmente, el neoliberalismo al oponerse a la intervención redistributiva del Estado, perpetúa la desigualdad socioeconómica tradicional y la acrecienta.
- Exacerbar el individualismo y la competencia llevando al olvido el sentido de comunidad, y produciendo la destrucción de la integridad humana y ecológica
- Restringe la intervención del Estado hasta despojarlo de la posibilidad de garantizar los bienes comunes mínimos que se merece todo ciudadano.
-

Por lo ya descrito anteriormente podemos darnos cuenta, que fueron varios los motivos que truncaron las metas mundiales de Salud , en la cual por supuesto incluimos Salud Bucal recordando que sin esta un individuo no llega a la Salud plena.

Los países mencionados anteriormente llevaban en algún momento alguna influencia neoliberal.<sup>12</sup>

Si observamos Cuba no esta presente; Este país fue de los pocos que de las 5 metas citadas por La OMS Y La FDI lograron cumplir 4 de ellas. ¿Cual fue el motivo de este logro? Cuba es un país socialista esto respondería la pregunta, lo que nos indica que dependiendo de la tendencia de las ideas políticas de cada país serán los logros. A continuación se ponen algunos logros en materia de Salud bucal de Cuba.

Resultados de los propósitos de salud bucal, según años 1993 y 1995 y propuesta para el año 2000. (CUBA)

Metas	Resultados	Resultados	Propuesta
	1993	1995	2000
1	36%	37,5%	50%
2	2,3%	4,2%	3,3%
3	76,7%	42%	88%
4	10,9%	11,5%	7,8%
5	26,9%	27%	25,2%

Perspectivas de cumplimiento de los procesos para el año 2000 según edades y el año 1996.



Edades	1996	2000
2 Años	100%	50%
8	1,2%	3,3%
14	84,3%	8,8%
31-40	4,2%	7,8%
61	23,1%	25,2%

Las perspectivas de cumplimiento de los indicadores propuestos para el año 2000 son factibles para las metas 1, 2,4 y 5.<sup>13</sup>

Sin embargo, pese a estos obstáculos hubo varios logros.

No podríamos mencionar en esta tesina los logros de todos los países que estuvieron presentes en dicha conferencia; Por lo que se citaran logros de nuestro país México.

## 11.LOGROS DE NUESTRO PAÍS EN MATERIA BUCODENTAL

En México contamos con información limitada sobre los principales problemas bucales.

- ✓ En 1978, de la Rosa realizó un estudio en niños de 6 a 15 años de edad en el que observó altos índices de caries, con promedios de 4 a 6 dientes afectados por caries a los 12 años de edad, según su nivel socioeconómico.<sup>14</sup>
- ✓ En 1980 la Secretaría de Salud realizó una encuesta en el DF se observó que 95.5% de los niños entre 6 a 14 años de edad padecía de caries dental.<sup>14</sup>
- ✓ Jensen y Hermosillo reportaron una prevalencia de caries en niños de 12 años casi de 100% (97.3%).
- ✓ Sánchez reportó en niños de 12 años un promedio de casi 8 dientes afectados por caries y una prevalencia de 100%.
- ✓ En 1984 Irigoyen y colaboradores observan índices de caries de 5.6 y 4.8, en dentición temporal; de niños de 6 y 7 años de edad. Entre 1987-1989, la Secretaría de Salud realizó el levantamiento de índices de caries en diversos Estados de la República, observando que el índice de caries fue mayor a 3 en la mayoría de los estados.
- ✓ En 1988 Irigoyen observa una prevalencia de caries de 90% en niños de 6 a 12 años de edad, con un promedio de 4 dientes afectados a los 12 años.<sup>14</sup>

Diversos estudios epidemiológicos realizados recientemente indican que la prevalencia de caries en niños de México se encuentra entre 70% y 85% en la dentición permanente a los 12 años, y de 50% en la dentición temporal de los niños de 6 años, dependiendo de la población de que se trate<sup>14</sup>

Al ver que la población infantil presentaba 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 fluoración de la sal doméstica representaba un mejor vehículo de distribución.<sup>14</sup>

Por lo que

- ✓ En 1981 el Poder Legislativo de México aprobó la instrumentación de la fluoración de la sal de mesa como medida masiva para la prevención de la caries dental.<sup>16</sup>
- ✓ En 1984, la definición de la fluoración de la sal en el Programa Nacional de Salud.
- ✓ En 1985, la promoción legal y económica para la fluoración de la sal, por instancia del Instituto de Salud en el Estado de México
- ✓ En 1987, la creación del Comité Interinstitucional para la Fluoración y elaboración del Programa Nacional en México.
- ✓ La segunda publicación y reformas al reglamento para la sal yodada y fluorada.<sup>14</sup>
  
- ✓ La publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988;
- ✓ La puesta en marcha de modelos de salud en escolares y del sub-programa de salud bucal
- ✓ En 1988 se normó y reglamentó la fluoración de la sal.
- ✓ 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, involucrando de manera integral los aspectos

educativo, preventivo, curativo y de participación social, para mejorar la salud bucal de la población escolar.

- ✓ 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.
- ✓ También se implementa Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Parodontopatías en Preescolares y Escolares para mejorar la salud bucal de la población escolar.
- ✓ Además, el Día Mundial de la Salud en 1994 fue dedicado a la salud bucal, lo que refleja su importancia.<sup>14</sup>
- ✓ Según resultados parciales de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1996-2000, la prevalencia de caries en niños de 6 años es 61.8% y el promedio de CPOD a los doce años es 2.23. En ambos casos se observa un alto porcentaje de lesiones cariosas no tratadas.
- ✓ En 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 mal oclusiones, el cáncer bucal y los padecimientos dentofaciales que restan calidad de vida a los individuos.<sup>14</sup>

En México el conocimiento sobre las enfermedades periodontales es aun muy limitado, diversos estudios las sitúan como una enfermedad de alta prevalencia, y si bien se puede observar en sus etapas iniciales en los niños

se encuentran concentradas sobre todo en la población de adolescentes y adultos; esta presenta al igual que la caries un carácter acumulativo que se incrementa con la edad. Por lo que una de las mejores soluciones a este problema es la prevención.<sup>14</sup>

- ✓ En julio de 1990 y Agosto de 1991, Maupomé y colaboradores encontraron una alta prevalencia de caries en zonas rurales y periurbanas marginadas de varios estados de México.<sup>15</sup>

Aguascalientes, Tapachula (Chiapas), Huetamo, (Ciudad Hidalgo y Morelia Michoacán), San Diego (Puebla), Querétaro (Querétaro), Mocoltlan, Badiraguato, Los Mochis y Guasave (Sinaloa), Tlaxiaco y Huatla de Juárez (Oaxaca) .<sup>15</sup>

Encontrando que las mujeres tienen mas dientes cariados y perdidos que los hombres.<sup>15</sup>

- ✓ En 1991, las secretarías de salud y de comercio, así como la Asociación Mexicana de la Industria Salinera, firman un acuerdo para la adición de flúor en la sal de mesa.<sup>16</sup>

- ✓ En 1993, se implementó la fluoración de la sal de mesa en el ámbito nacional.

- ✓ En 1994 Se puso en marcha el Programa Salud escolar y el programa de fluoración de la sal.
- ✓ En 1995 se publicó la NOM-040-SSA1-1993, Bienes y servicios, sal yodada y sal yodada fluorada, la cual establece los niveles de yodo y flúor que deben adicionarse.<sup>16</sup>
- ✓ El 90% de la Sal que se consume en los hogares Mexicanos esta adicionada con yodo. y el 74% con flúor
- ✓ Los logros obtenidos por el programa de Fluoración ha sido la reducción del índice de caries en escolares de 6 años de edad, entre la primera y segunda encuesta Nacional de Caries y Fluorosis dental, fue un promedio de 40% la reducción en caries .<sup>16</sup>

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%).<sup>16</sup>

Al no poderse cumplir las metas de Salud Bucal; La OMS propone nuevas metas para el 2020 con respecto a la materia Bucodental

Metas de Salud bucal propuestas por la OMS para el año ( 2020).

### 1.DOLOR

Una reducción en los episodios de dolor de origen oral y craneofacial

Reducir el número de personas que faltan varios días a la escuela, el empleo y el trabajo por motivo de dolor de origen oral y craneofacial.

Reducción en el número de personas afectadas por limitaciones funcionales (esto abarca una serie de factores mensurables, como el dolor y el deterioro, pérdida de dientes incisivos, traumatismos y anomalías dentales congénitas y faciales).

Una reducción en la prevalencia de casos moderados y graves de dolor y alteraciones estéticas (lo que incluye pérdida de dientes, anomalías dentales, tales como defectos del esmalte, dientes anteriores traumatizados, Fluorosis grave, recesión gingival y halitosis. Lo que contrae impactos sociales en las actividades diarias.<sup>17</sup>

### 2. TRANSTORNOS FUNCIONALES

Disminuir el número de personas que experimentan dificultades en la masticación la deglución el habla / (comunicación). Este cubre un gran número de factores mensurables relacionados con la pérdida congénita y adquirida de dientes y deformidades faciales y dentales.

### 3.-LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Aumentar el número de proveedores de servicios de salud competentes para reconocer y reducir al mínimo los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas en el ambiente del cuidado de la salud oral.

#### 4.- CANCER OROFARINGEO

Reducir la prevalencia de cáncer oro-faríngeo  
Mejorar la supervivencia (5 años la tasa de supervivencia) de los casos tratados.

Hacer remisiones de urgencia rápidas (Diagnostico y tratamiento oportuno).

Reducir la exposición a factores de riesgo con especial referencia a tabaco, alcohol y una mejor nutrición

Aumentar la atención especializada multidisciplinaria a las personas afectadas que lo requieran.<sup>17</sup>

#### 5.- MANIFESTACIONES ORALES POR VIH

Reducir la prevalencia de las infecciones oportunistas oro faciales.  
Aumentar el número de proveedores de servicios de salud que son competentes para diagnosticar y tratar las manifestaciones orales de la Infección por VIH.

Aumentar el número de encargados de formular políticas que son conscientes de las implicaciones orales de la infección por VIH .

#### 6.-NOMA

13

Aumentar los estudios que nos den datos sobre las poblaciones en riesgo  
Aumentar la detección temprana

Hacer remisiones rápidas de urgencia

Reducir la exposición a factores de riesgo con especial referencia a la cobertura de inmunización de sarampión y la mejora de la nutrición y el saneamiento.



Aumentar en el número de personas afectadas que reciben atención especializada multidisciplinaria.

#### 7.-TRAUMA

Detectar a tiempo temprano este problema.

Hacer remisiones rápidas de urgencia

Aumentar el número de proveedores de servicios de salud que son competentes para diagnosticar y dar atención de emergencia.

Aumentar la Atención especializada multidisciplinaria a las personas afectadas en caso necesario.

#### 8.-ANOMALÍAS CRANEOFACIALES

Reducir la exposición a factores de riesgo, con especial referencia a los agentes teratogénicos de alcohol tabaco y la mejora de la nutrición

Aumentar el acceso a análisis genéticos y el asesoramiento

Aumentar la rápida remisión

Aumentar el número de personas afectadas que reciben atención especializada multidisciplinaria

Aumentar la detección temprana de discapacidad en mal oclusiones y su remisión de urgencia.<sup>17</sup>

#### 9.-CARIES DENTAL

Aumentar la proporción de niños de 6 años de edad libres de caries.

Reducir el índice CEO principalmente niños de la edad de 12 años con especial atención a los grupos de alto riesgo dentro de las poblaciones..

Reducir el número de dientes extraídos a causa de la caries dental en edades 18,35-44 años, 65-74 años

#### 10.-DESARROLLO DE LAS ANOMALÍAS DE LOS DIENTES

Reducir la prevalencia de Fluorosis dental desfigurantes, con especial referencia al contenido de flúor de los alimentos, el agua y la inadecuada administración de suplementos.

Reducir la prevalencia de anomalías del desarrollo adquirido de los dientes con especial referencia a las enfermedades infecciosas y medicamentos incorporados.

Aumentar la detección precoz de anomalías hereditarias y adquiridas así como la remisión de las mismas.

## 11. ENFERMEDADES PERIODONTALES

Reducir el número de 3 dientes con enfermedad Periodontal en edades de 18, 35-44 y 65-74 años, con especial referencia al tabaquismo, la mala higiene oral, el estrés y enfermedades sistémicas.

Reducir la prevalencia de las enfermedades periodontales necrosantes (GUNA) reduciendo la exposición a factores de riesgo tales como la mala nutrición, el estrés y la supresión inmune.

Reducir la prevalencia de la infección Periodontal activa (en todas las edades) Aumentar la proporción de personas de todas las edades con periodonto sano (encías y el apoyo a la estructura ósea)

## 12. ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL

Aumentar el número de proveedores de servicios de salud que son competentes para diagnosticar y dar atención de emergencia  
Aumentar la rápida remisión.

## 13. TRASTORNOS DE LA GLÁNDULA SALIVAL

Aumentar el número de proveedores de servicios de salud que son competentes para diagnosticar y dar atención de emergencia

#### 14.- PÉRDIDA DE DIENTES

Reducir el número de personas edéntulos en las edades 35-44 y 65-74 años

Aumentar el número de dientes naturales presentes en edades de 18, 35-44 y 65-74 años.

Aumentar el número de individuos con dentición funcional (21 o más dientes naturales) en las edades 35 -44 y 65-74 años.

#### 15. SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD

Establecer planes basados en la evidencia para crear los recursos humanos que puedan proporcionar la atención que sea apropiada para el contexto cultural, social, económica y de morbilidad de los perfiles de todos los grupos dentro de la población.

Aumentar la proporción de la población con acceso a servicios adecuados de atención de salud oral.<sup>17</sup>

#### 16. INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Que sea más la población, cubierta por los sistemas de información satisfactoriamente.<sup>17</sup>

## 12. CONCLUSIONES:

El verdadero y Principal objetivo de APS fue el de poner la Salud en manos del pueblo, lograr que la gente más marginada mejorara su calidad de vida y pudiera gozar de una Salud plena, completa en todos los sentidos, Sin embargo los verdaderos propósitos de la justicia social de APS fueron enterrados, y cubiertos por intereses sociopolíticos.

Por lo cual queda claro que es al pueblo, la comunidad, la población a quienes nos corresponde tratar de rescatar el verdadero sentido de APS;

Nosotros como profesionales de la Salud Bucodental Tenemos la obligación de llevar el conocimiento de la prevención de nuestra área a toda la gente que este a nuestro alcance no importando la condición social.

Y a pesar de todo esto la lucha por la salud dental va avanzando lentamente pero no se ha detenido, Sin embargo debemos hacer conciencia de difundir nuestros conocimientos para darnos cuenta sobre el verdadero problema que causa la no prevención.

#### 14. Discusión:

Es claro que APS fue concebida en la declaración de Alma –Ata con los propósitos más sinceros de poner al alcance de toda la humanidad el derecho a la salud; Pero este proyecto implicaba la Socio-economía de todo el mundo.

La información leída nos da un panorama de éxito sobre este programa, y nos dicen que no se pudo cumplir con todas las metas pero que el proyecto va por buen camino.

Cuando en realidad, los verdaderos propósitos de APS fueron disfrazados y atacados por conveniencias Político económicas de las grandes potencias.

Pues APS nunca fue visto con buenos ojos por los países desarrollados, pues esta daría ventaja a países pobre de salir política y económicamente.

Por lo que el verdadero objetivo de APS nunca se llevo a cabo.

## 15. GLOSARIO

**NEOLIBERALISMO:** Neoliberalismo: termino como aquella teoría política con la que se pretende lograr la máxima reducción de la intervención del Estado.

**SOCIALISMO:** Se designa a diversos movimientos políticos y sistemas económicos que se oponen ala propiedad privada y defienden la explotación en común de la riqueza en beneficio de ls sociedad y no del lucro personal

**GLOBALIZACIÓN:** Proceso fundamentalmente económico que consiste en la creciente integración de las distintas economías nacionales en una única economía de mercado mundial

**BANCO MUNDIAL:** Es el organismos especializado de las Naciones Unidas. Su propósito declarado es reducir la pobreza mediante préstamos de bajo interés, créditos sin intereses a nivel bancario y apoyos económicos a las naciones en desarrollo. Está integrado por 185 países miembros. Fue creado en 1944 y tiene su sede en la ciudad de Washington, Estados Unidos.

**NOMA:** Enfermedad que destruye las membranas mucosas de la boca y posteriormente otros tejidos. Se presentan en niños desnutridos que residen en áreas de sanidad deficiente.

**TRANSNACIONALIZACIÓN.** Es un importante cambio en la educación superior. Los países pueden ser al mismo tiempo importadores y exportadores de programas educativos. Los estudiantes pueden no residir en los países en donde se elaboran e imparten los programas educativos. Suele haber una institución colaboradora local, pero los programas se elaboran en otro país e incluso, en otra lengua. La educación transnacional puede suponer una competición para la educación local..

**DESCENTRALIZACIÓN** consiste en el traspaso del poder y toma de decisión hacia núcleos periféricos de una organización. Supone transferir el poder de un gobierno central hacia autoridades que no le están jerárquicamente subordinadas.

**INEQUIDAD:** Desigualdad o injusticia.

**AGENCIA MULTILATERAL:** es una organización intergubernamental cuyo mandato es ayudar a los países menos favorecidos (PMF) a dirigir una diplomacia comercial más activa y a entender mejor los aspectos técnicos de las normas relacionadas con el comercio y los acuerdos de la Organización Mundial de Comercio

**UTOPIA:** Es el nombre dado a una comunidad ficticia cuya organización política, económica y cultural contrasta en numerosos aspectos con las sociedades humanas contemporáneas.

**DESARROLLO SUSTENTABLE:** Este término, se aplica al desarrollo socio-económico y fue formalizado por primera vez en el documento conocido como Informe Brundtland (1987), fruto de los trabajos de la Comisión Mundial de Medio Ambiente y Desarrollo de Naciones Unidas, creada en Asamblea de las Naciones Unidas en 1983. VER



**MECANISMO DE ASEGURAMIENTO:** Es la calidad Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades

**TERATOGENICO:** Factor que genera malformaciones.

**COLONIALISMO:** política de los estados capitalistas económicamente más desarrollados orientada hacia la esclavización y la explotación de los pueblos de países atrasados en el aspecto económico

## 16. BIBLIOGRAFIA:

1-La dentadura de George Washington.com [homepage on the Internet] [updated].2008.Available. from: <http://www.google.com.mx/search?>.

2.- Declaración de Alma Ata. Organización Panamericana de la Salud. Revista Salud Publica Educ 2002; (1): 22-24

3.-Como era el servicio odontológico en años pasados.com [homepage] on the Internet].Organización Mundial de la Salud, OMS.[updated 2005]. Available from: ACCIÓN SOBRE LOS FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE LA SALUD: APRENDER DE LAS EXPERIENCIAS ANTERIORES [www.gogle.com](http://www.gogle.com)

5.-Nervi L.L. Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud, OMS.2004. [http://www.cisas.org.ni/files/El\\_Salvador/dia](http://www.cisas.org.ni/files/El_Salvador/dia)

6.-DECLARACIÓN DE ALMA-ATA DE 1978.com.[homepage on the Internet]. <http://www.medicinabiofisica.net/admin/ficheros/1155027435.pdf>

7.-Santacruz J, La atención primaria de Salud. Viejo Compromiso y nuevos Retos.[homepage on the Internet]] Consultor. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.[updated 2002]. Costa Rica.Available.[www.cor.ops-oms.org](http://www.cor.ops-oms.org)

8.-Palma M, Abay V, Sánchez R. COMPORTAMIENTO DE LAS METAS DE SALUD BUCAL PARA EL AÑO 2000 EN EL ÁREA DEL CENTRO DE CAMAGUEY Instituto superior de Ciencias Medicas, "Carlos J Fimlay". Facultad de Estomatología. Revista electrónica 2002;6(3) ISSN 1025-0255.<http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6n3/572.htm>.



9.- WernerD, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodríguez B. Cuestionando la Solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia infantil. edición digital P.O. Box 1344 Palo Alto CA 94302 USA Health Wrights.2006 Cap.3y4

<http://www.healthwrights.org/spanish/Libros/question.htm>

10.- Trombetta L. *Alma –Ata fue un fraude. Principal- Tribuna de Salud. Argentina Diciembre2007Vol.6 (13) www.tribunadesalud.com.ar/node/162 - 24k.*

11.-Baum F. *¡Salud para todos , ahora! Reviviendo el espíritu de Alma – Ata en el siglo XXI. Revista Medica Social Marzo 2007.vol 2(1):37-45. (www.medicinasocial.info)*

12.- M Alberto, Neoliberalismo.[monografía por Internet ], España, 2009.<http://es.wikipedia.org>.

13.-Gonzalez O, Walkiria L, Fernández N, Ganén I. Propósitos de Salud Bucal para el año 2000.Situación actual y perspectiva. Facultad de Ciencias Medicas Guantánamo.2000.

14.- Medina Solís C. E., Maupomé G, Ávila- Burgos L, Pérez -Núñez R, Pelcastre- Villafuerte B, Pontigio-Loyola América. *Políticas de Salud en México: Disminuir las principales enfermedades. Una Descripción. Medigraphic Revista Biomédic.2006,17:269-286*

15.-Maupomé G ,Borges A, Ledesma C, Herrera R,Huerta E, Navarro A. *Prevalencia de Caries en zonas rurales Peri-Urbanas Marginadas Salud Publica de México, julio-agosto, año/vol.35, número 004 Instituto Nacional de Salud Publica. Cuernavaca, México pp.357-367*

<http://redalvc.uaemex.mx>

16. León M.E. *Participación conjunta: Autoridades Sanitarias-Industria Salinera Mexicana en el control Sanitario de la Sal para Consumo Humano. Segundo Foro ciudadano de la Salud. Secretaria de Salud.* [www.salud.gob.mx/sitios temporales/foro\\_ciudadano/ii\\_foro/pdf/La](http://www.salud.gob.mx/sitios temporales/foro_ciudadano/ii_foro/pdf/La)

17Hobdell M, Petersen P.E, Clarkson, Newell J. *Global goals for oral health 2020.* *J Dental International.*2003;53:285-288.



