



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPACTO DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA
INTEGRADO DE SALUD DEL NIÑO PARA LA
PREVENCIÓN DE CARIES EN PACIENTES
DERECHOHABIENTES DEL IMSS DURANTE EL
PERIODO ENERO 2009 A JUNIO 2010.

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:

CYNTHIA ITZÉ LUNA ALONSO

TUTOR: C.D. BLANCA SUSANA OBREGÓN CASTELLANOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de forjarme como profesional.

A mis padres: Ma. Edith Gloria Alonso Razo y Carlos Luna Rojas, gracias por darme la vida, por enseñarme a luchar, por hacer de mí una mejor persona, por sus consejos, enseñanzas y amor. Por ustedes he logrado una meta más en mi vida. A Ustedes que supieron encaminar mis rebeldías, perdonar mis errores, consolar mis tristezas, compartir mis sueños, disfrutar mis logros; porque nunca estuve sola. Todo lo que soy, se los debo a Ustedes.

A mi esposo: David I. Vargas Juárez, gracias por tu amor, por estar conmigo en los momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo. Porque eres parte importante de mis logros. Por este inicio de una nueva vida formando una familia. Eres parte de mí.

A mi hermana: Karla por crecer a mi lado, por esas horas de juego y más tarde de complicidad. Por compartir todo. Siempre juntas.

A mi tía Hilda: Por el apoyo y cuidado, sin ti tampoco hubiera llegado hasta aquí.

A mi sobrino: Juan Carlos, que la distancia nunca nos separe.

A mis abuelos: Consuelo (q.e.p.d.), Pancho (q.e.p.d.), Daniel (q.e.p.d.) y Mary por estar presentes y tener su ejemplo.

A mis tíos y primos: Que a pesar de la distancia y cambios de en nuestras vidas hemos estado juntos apoyándonos en los buenos y malos momentos.

A mis amigos: Aarón, Paola, Diana, Ivette, Dánae, Guillermo, Claudia, Magali, Gaby, Raúl, Pepe, Paco, que son parte de mi familia, compartimos momentos inolvidables. El paso por la universidad no hubiera sido lo mismo ni tan divertida sin ustedes. Tal vez la vida nos lleve por diferentes caminos pero ni el tiempo ni la distancia terminará con esta amistad.

A mis profesores: Quienes me han formado como profesional en esta etapa universitaria. Un agradecimiento especial a mi tutora C.D. Blanca Susana Obregón Castellanos por hacer posible este trabajo.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. SALUD PÚBLICA	7
1.1. Antecedentes	7
1.2. Derechos del Niño	16
1.3. Asistencia Sanitaria	20
1.3.1. La equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud	22
1.3.2. Un nuevo programa de acción destinado a mejorar la salud, la equidad y el desarrollo	23
1.3.3. Tres principios de salud para lograr la equidad sanitaria	23
1.3.4. Programas de acción urgentes: equidad sanitaria y cambio ambiental	25
1.4. Funciones generales de la Salud Pública	25
1.5. Carta de Ottawa	26
1.5.1. Medidas preventivas en Salud Bucal	27
1.5.2. Fluoración	28
1.5.3. Programas en Salud Bucal	30
1.5.3.1. Consumo de productos con riesgo potencial para la Salud Bucal	34
1.5.3.2. Programa PREVENIMSS	36
1.5.3.2.1. Programa Integrado de Salud del Niño	43
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	49
3. JUSTIFICACIÓN	50
4. OBJETIVOS	51
4.1. Objetivo general	51
4.2. Objetivos específicos	51



5. METODOLOGÍA	53
5.1. Material y método	53
5.2. Tipo de estudio	54
5.3. Población objeto de estudio	54
5.4. Variables	54
5.5. Operacionalización de variables	54
5.6. Recursos	55
5.6.1. Humanos	55
5.6.2. Materiales	55
5.6.3. Financieros	55
6. RESULTADOS	56
6.1. Distribución de la población	56
6.2. Distribución de la población beneficiada por el Programa PREVENIMSS	57
6.3. Programa Integrado de Salud del Niño para la prevención de caries	67
7. CONCLUSIONES	76
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
9. ANEXOS	81
• ANEXO 1 Oficio de presentación a la Coordinación de Programas Integrales de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.	
• ANEXO 2 Oficio de agradecimiento a la Dra. Rosa Elia Maldonado Macías, Médico No familiar de la Coordinación de Programas Integrales de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.	
• Glosario	



INTRODUCCIÓN

“Una onza de prevención es mejor que varias libras de tratamiento”.¹ Siendo esta frase la realidad del siglo XXI.

Con base en la Organización Mundial de la Salud, México se encuentra actualmente dentro de los primeros países con mayor índice de enfermedades bucales, siendo la caries dental la que afecta a más de un 90% de la población. Aparece desde los primeros años de vida y adquiere especial relevancia en los escolares de 3 a 14 años de edad.²

La responsabilidad de la salud en la comunidad corresponde primordialmente al gobierno. Para cumplirla tiene dentro de su estructura, un organismo encargado de manera especial de dirigir y coordinar las acciones necesarias para alcanzar el máximo posible de salud, promover el desarrollo y elevar el nivel de vida. En México la responsable es la Secretaria de Salud, pero existe en cada país otras instituciones, tanto oficiales como descentralizadas.

En este contexto en México, la Secretaria de Salud dispone en su estructura de niveles superiores para la planeación, evaluación del desarrollo y control de los programas de salud. En 1998 se creó dentro de dichos niveles, la Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, dando así un poderoso impulso a las acciones preventivas que basadas en la epidemiología, contribuirían más eficazmente a la salud colectiva.

En organismos descentralizados encontramos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fundado el 19 de enero en 1943 por Miguel Ángel Huerta, siendo la Institución con mayor importancia de Seguridad Social que proporciona servicios de salud para grupos especiales de la población. Donde se lleva a cabo una importante reorganización para proporcionar atención preventiva integral, para reforzar los servicios de atención primaria a través del Programa PREVENIMSS; que tiene como prioridad, prestar



servicios preventivos de salud a los derechohabientes que tienen acceso al sistema de salud IMSS; lo anterior mediante una herramienta básica como es la provisión sistemática y ordenada de acciones preventivas, dando gran importancia a la caries dental como un padecimiento primordial debido a su incidencia y prevalencia en la comunidad. Con esto se pretende realizar actividades para dar cumplimiento cabal al derecho que tiene toda la población de la protección a la salud.

Se tiene como primordial acción preventiva bucodental la atención a niños de 3 a los 9 años de edad, por ser el sector más vulnerable ante tal enfermedad como es la caries dental.

Esta Tesina tiene el propósito de identificar el impacto de la cobertura que ha tenido el *Programa Integrado de Salud del Niño* para la prevención de caries en pacientes derechohabientes del IMSS durante el periodo enero 2009 a junio 2010.



1. SALUD PÚBLICA

Existe un amplio concepto de Salud Pública que se considera clásico según la definición de C.E. Winslow, que hace en 1920, en los que sus objetivos son: prevenir las enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia.¹ También se puede definir como la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a promover y restaurar la salud de la población.³ La Salud Pública se dedica al logro común para conseguir el más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad.¹

La Salud Pública impide las enfermedades, prolonga la vida, fomenta la salud mediante un esfuerzo organizado por la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal. Esto para el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad; desarrollando un mecanismo que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.⁴ Todas estas acciones o actividades, tanto las propias de los Servicios de Salud, como las comunitarias, son actividades o funciones de la Salud Pública.³

1.1. Antecedentes

Prehistoria

La prehistoria cubre aproximadamente 3.5 millones de años del pasado de la humanidad. Esta etapa abarca el desarrollo de las primeras sociedades humanas, desde la aparición de los primeros homínidos (hace 4 millones de años) hasta la intervención y difusión de la escritura (hacia el año 3500 a. de N.E.).⁵

Se sabe que desde la más remota edad el hombre trato de conseguir la curación de sus enfermedades. Esto existe, desde el primer momento de la existencia de la especie humana.⁵



Los antiguos pobladores del planeta vieron en la enfermedad la influencia de espíritus malignos. Así se explica la forma, de aparecer alteraciones dolorosas e invalidantes en un ser que hasta ese momento había permanecido sano, fuerte y en buen estado. La terapéutica frente a procesos que se consideraban de origen espiritual se hacía a base de conjuros y ritos mágicos. El uso de las hierbas como elementos curativos fue el inicio de la medicina experimental.⁵

Hasta el advenimiento de las ciudades es muy probable que el ser humano primitivo haya tenido patrones de enfermedad no muy distintas a las del ser humano de las sociedades modernas. Con la agregación de gente en comunidades cerradas las infecciones comenzaron a diseminarse.⁵

Historia

- Época Antigua

En Mesopotamia el principal testimonio de vida de las civilizaciones se encuentra en el código Hammurabi (1900 a. C.). En él se determinan en trece artículos, las responsabilidades en que incurren los médicos en el ejercicio de su profesión, así como los castigos dispuestos en caso de mala praxis. Con este texto y en conjunto con 30 mil tablillas recopiladas por Asurbanipal (669-626 a. C.), procedentes de la biblioteca descubierta en Nínive por Henry Layarde en 1841 ha podido intuirse la concepción de la salud y la enfermedad en este periodo, así como las técnicas empleadas por sus profesionales sanadores. De todas estas tablillas unas 800 están específicamente dedicadas a la medicina, y entre ellas se cuenta la descripción de la primera receta conocida. Lo más llamativo es la intrincada organización social en torno a tabúes y obligaciones religiosas y morales, que determinaban el destino del individuo.⁶



Fueron los antiguos pueblos de Egipto y Mesopotamia los que iniciaron poco a poco el cambio de los conceptos mágico-religiosos que caracterizaban a la medicina. La higiene personal y pública se desarrollaron grandemente en esas civilizaciones, y por lo que toca a la terapéutica apartándose un poco de la idea de que eran los espíritus malignos los causantes de las enfermedades, comenzaron a utilizar algunas drogas que aún se emplean en la actualidad.¹ Los *egipcios*, tal como los describe Herodoto, eran el más sano de todos los pueblos de su época: “tenían un sentido profundo de limpieza personal, conocían numerosas fórmulas farmacéuticas y construían canales de desagüe para las aguas residuales”.³

Palestina (1850 a. C.) tuvo una corriente migratoria hacia Egipto al 1600 a.C. (durante 400 años). Los judíos buscaban una vida mejor y al final acababan como esclavos. Sus fuentes de conocimientos eran la biblia (antiguo testamento), el talmud (recopilación de textos legales con costumbres y leyes) y la concepción de la enfermedad (consecuencia del pecado). Sus aportaciones a la Salud Pública fueron la capacidad de hacer leyes, normas como higiene personal e íntima de la mujer, reposo-descanso, circuncisión en niños, inspección de alimentos, cuarentena y la declaración de las enfermedades contagiosas como la lepra.⁶

En la antigua civilización *hebrea*, la ley Mosaica escrita hacia el año 1500 a.C., contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad; prescribe ordenamientos escritos influidos por conceptos religiosos, sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, el aislamiento de los leprosos, la desinfección de las viviendas después de una enfermedad, la eliminación de las materiales fecales, la protección del agua y de los alimentos y de higiene de la maternidad, muchos de los cuales se practican aun por los israelitas.^{1,3}



- Época Clásica

Grecia inspirada en la mitología, afirmaba que Asclepio o Esculapio, médico renombrado, fue enseñado a curar por Quirón centauro mitológico, que tenía varias hijas: una de ellas, Higea de donde deriva la palabra higiene, era la diosa de la salud. El nombre de Hipócrates padre de la medicina, se relaciona con el juramento que lleva su nombre y que se considera hasta la fecha como guía de la ética médica, el cual describe en su Tercer Libro de las Epidemias, donde afirmaba que el estado del aire y los cambios de estación engendran la peste.^{1,6} La higiene se desarrolló hasta un grado nunca conseguido anteriormente. Se prestaba mayor atención a la limpieza personal, al ejercicio y a las dietas que a los problemas del saneamiento del medio.³

Roma adoptó la mitología griega invocando el poder sobrenatural de sus deidades. Los romanos construyeron grandes obras para la dotación de agua y el alejamiento de los desechos, ejemplo de estos son los acueductos y la cloaca máxima. Tenían igual que los persas y egipcios lujosos baños y habitaciones en excelentes condiciones sanitarias. Había ya principios básicos de higiene personal y Salud Pública.¹

- Edad Media

En *la edad media* aparecen escuelas de medicina de tipo monástico. Una de las más famosas fue la de Salerno en el sur de Italia. En ella se enseñaba la medicina Hipocrática y se practicaba la cirugía. En esta escuela se elaboró un pequeño volumen que contenía numerosos consejos sobre higiene. Uno de estos consejos es: “Si vuestra salud y vigor queréis mantener, huid de preocupaciones agobiantes, juzgad profana toda cólera, absteneos de comer o beber mucho, emplead siempre los tres médicos: el doctor dieta, el doctor ejercicio y el doctor alegría.”¹



Durante esta época, precedida por el cristianismo, se produjo una reacción contra todo lo que recordaba al Imperio Romano y al paganismo reinante de aquella época, tan intensa fue la reacción, que llegó a provocar un cambio marcado de actitud en relación con el saneamiento y la higiene personal. Se consideraba inmoral el contemplar el propio cuerpo, la gente casi nunca se bañaba y llevaba ropa sucia, se descuidaba el saneamiento, y se dejaban acumular desperdicios y excrementos de las viviendas o en sus cercanías. Las aguas residuales se echaban, generalmente por las ventanas. Además, se produjeron importantes movimientos bélicos o religiosos así como el establecimiento de contactos comerciales con el Oriente y Occidente. Siendo estas circunstancias asociadas a las bajas condiciones socioeconómicas de la población y a la carencia de alimentos durante esta época, las enfermedades transmisibles se diseminaron y se produjeron grandes epidemias de pestes bubónicas, de lepra y de otras enfermedades que segaron la vida de millares de personas, durante los siglos XI a XII, originaron que se estableciera en Marsella, Francia, en el año de 1381, la cuarentena marítima y el establecimiento en tierra de cordones sanitarios, unas de las primeras medidas sanitarias dirigidas a la protección de la salud mediante actividades realizadas de forma organizada y sistemática, que aún se siguen en la actualidad.^{1,3}

- Época del Renacimiento

Los siglos del *Renacimiento* fueron testigos de grandes avances en la medicina, importantes médicos de la época aportaron ideas renovadoras y describieron la anatomía del cuerpo y enfermedades, incursionaron en la cirugía.¹

El descubrimiento del Nuevo Mundo en 1492 permitió conocer que los pueblos conquistados eran extraordinariamente limpios y que habían realizado grandes avances en Salud Pública.¹



- Época Precolombina

En México, como en otras latitudes, la medicina primitiva fue empírica y mágica. Entre los *Aztecas* el conocimiento de ésta se dividía en especialidades; algunas enfermedades de tipo infeccioso, como la viruela y el sarampión, se mencionaban en los códices elaborados después de la conquista (fig. 1). También conocieron el tifo y el mal del pinto; es posible que se identificara el paludismo como padecimiento transmisible.⁴

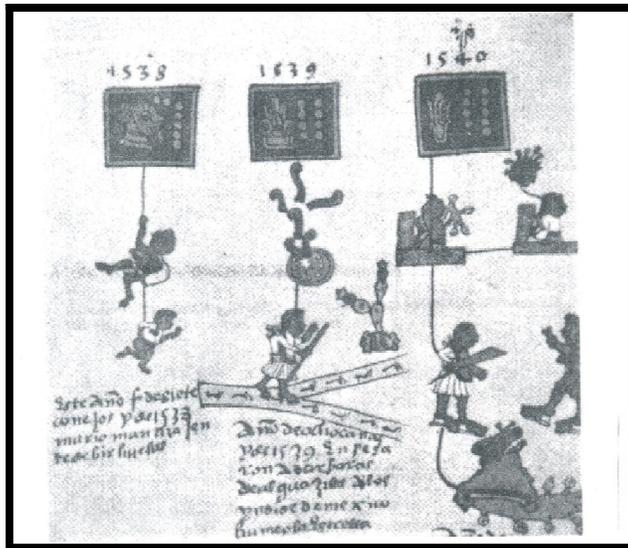


Fig. 2. López, Ma. Concepción. SALUD PÚBLICA. 1ra Edición. México: Editorial McGraw-Hill, 1993. Pp. 9

La sífilis la curaban por medio de baños de vapor o temascalli y sales de mercurio.⁴

En el imperio de Moctezuma II en el año 1519 hay un auge de la herbolaria y su aplicación como plantas medicinales; el achiote o pimiento de tabasco se usaba para la lepra.⁴



En 1524, Hernán Cortés fundó el hospital de La Pura y Limpia Concepción de Nuestra Señora, conocido posteriormente como el Hospital de Jesús.⁴ Cuatrocientos ochenta y seis años después de su fundación sigue en funcionamiento y está ubicado actualmente en Avenida 20 de noviembre #86 en la Colonia Centro de la Ciudad de México (Fig. 2).



Fig. 2. Hospital de Jesús. www.esmas.com

En 1780, se presentó un brote de viruela grave. El doctor Bartolache, de origen guanajuatense, publicó un libro sobre la curación de la misma.⁴

En 1785, salió la gaceta de México con las primeras estadísticas hospitalarias.⁴

El 3 de abril de 1804, llegó la expedición científica dirigida por el doctor Francisco Javier Balmis, el cual por mandato del Rey Carlos IV, organizó la introducción de la vacuna antivariolosa en México y en Filipinas. La difusión de la linfa antivariolosa en la primera nación es citada como un hito en la historia de la Salud Pública.⁴ El 8 de mayo de 1980, la XXXIII Asamblea de la OMS



aceptó el "Informe final de la Comisión Global para la certificación de la erradicación de la viruela".¹

En enero de 1841, se cita la creación del Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México. Esta corporación vino a tomar el lugar de una facultad médica que se creó a raíz de la extinción del protomedicato colonial que era el cuerpo formado por médicos autorizados, sabios y competentes a disposición de los conquistadores. El Consejo Superior de Salubridad intervenía en asuntos de higiene pública; además como lo venían haciendo los cuerpos precedentes se ocupó de la certificación de títulos y de la autorización para el ejercicio de su profesión a médicos, cirujanos, flebotomianos, parteras y dentistas; así como de la supervisión de medicinas y del funcionamiento de las boticas.⁴ En 1883, el doctor José María Luis Mora concibió la orientación del derecho a la salud, no incluía los aspectos de tipo social.⁴ El médico Eduardo Liceaga presidente del Consejo (1885-1913) fue un gran contribuidor para la Salud Pública, impulsó la enseñanza clínica, fundó el Hospital General, el Manicomio de Castañeda, y fue uno de los participantes en la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902.^{7,8,9}

En 1902 se dictaron en México las primeras medidas para combatir el paludismo y la fiebre amarilla, eliminando el medio de transmisión que era el mosquito, además de medidas como la desecación de pantanos en donde depositaban sus larvas, desinfección con ácido sulfuroso de habitaciones de enfermos, así como la detección y aislamiento de posibles pobladores infectados mediante el establecimiento de cercos sanitarios. De la misma manera, otras medidas fueron la vacuna antivariolosa obligatoria, la instalación de kioscos sanitarios en los cuales se les enseñaba a la población a usar los excusados, se bañaba de manera gratuita y obligatoria a los pobres, se desinfectaba la ropa de éstos y se incineraban sus petates. En la campaña contra la tuberculosis se prohibió escupir en las vías públicas,



edificios, templos y teatros. Con esta intención, para combatir la sífilis se organizó la inspección de prostitutas, soldados y soldaduras de los cuarteles con el fin de garantizar la reclusión de los enfermos.^{4,9}

Durante el porfiriato, no hubo lugar donde no penetraran las autoridades sanitarias ni asunto donde no legislaran: la aglomeración de los cuarteles, cárceles y asilos; el aseo de los hospitales, mesones y vecindades; la seguridad de los teatros, circos y cinematógrafos, el horario y mobiliario de escuelas; el transporte de los cadáveres y el examen de los terrenos donde habrían de construirse los panteones; la reglamentación del trabajo fabril y la ubicación de los establecimientos peligrosos; el análisis de los medicamentos, bebidas y comestibles; la limpieza de los canales, ríos y lagos; la sanidad en los barcos y ferrocarriles, pasaron a ser asunto de la profesión médica.⁹

De 1959 comienza el servicio del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); brinda atención médica y préstamos a los empleados de las dependencias federales y organismos paraestatales. En el reglón de la Seguridad Social en 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).⁴

La filosofía de la Salud Pública será promoción de la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de las mismas.⁴

Por decreto presidencial, el 6 de agosto de 1965 se funda la comisión mixta, coordinadora de actividades en Salud Pública, asistencia y seguridad social, para el mejor aprovechamiento de los recursos. El IMSS amplía la cobertura e instituye el programa de Solidaridad Social; por otra parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) amplía la red hospitalaria.⁴

Para el año de 1973, se estableció el Programa de Planeación Familiar con base en la Ley General de Población. Se dio a conocer el Plan Nacional de



Salud, documento que asienta que la salud individual es indispensable para el logro de la salud colectiva. Para 1975, es efectuado el primer ciclo de vacunación simultánea en todas las localidades de más de 500 habitantes.⁴

En 1977 se crea COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) con el propósito de llevar a cabo acciones que permitieran que las zonas rurales marginadas contaran con elementos materiales y de organización suficientes para lograr una participación más equitativa de la riqueza nacional, además de que los grupos en condiciones de desventaja alcanzaran una situación de mayor equilibrio.¹⁰

En 1979, dando cumplimiento al decreto del Diario Oficial de la Federación, se instituye la cartilla nacional de vacunación.⁴

En 1980, se incrementaron los programas de salud rural y de vacunación contra la tuberculosis. En 1983, se elevó a categoría constitucional el derecho a la protección de la salud para todos, vinculándolo con las garantías sociales.⁴

1.2. Derechos del Niño

Lo vivido en la edad temprana es fundamental para la edad adulta; por ello, a la niña y el niño, debe garantizárseles el respeto y la protección de sus derechos; asimismo, deben brindárseles todos los cuidados necesarios para su completo desarrollo.¹¹

Con el propósito de garantizar el respeto a los derechos de las niñas y de los niños, a nivel internacional se han aprobado, por la Asamblea General de la ONU, documentos como la DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO y LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO.¹¹



- Declaración de los derechos del niño. 1959

Esta declaración fue aprobada el 20 de noviembre de 1959, por la Asamblea General de la ONU.¹¹

En diez principios, la Declaración establece los derechos del niño para que disfrute de protección especial y disponga de oportunidades y servicios que le permitan desarrollarse felizmente en forma sana y normal, en condiciones de libertad y dignidad; para que tenga un nombre y una nacionalidad desde su nacimiento; para que goce de los beneficios de seguridad social y reciba tratamiento, educación y cuidados especiales si tiene algún padecimiento; para crecer en un ambiente de afecto y seguridad; para que reciba educación y figure entre los primeros que reciban protección y socorro en casos de desastre; para que se le proteja contra cualquier forma de discriminación, a la par de que sea educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, por la paz y la fraternidad universal.¹¹

Dentro de los principios que establece esta Declaración el art. 4 y 7 son de vital importancia, donde se establece que el niño tiene derecho a disfrutar de los beneficios de la seguridad social, por lo tanto de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados. Los cuidados especiales que se le brinden al menor y a su madre, deben garantizarse desde antes de su nacimiento. Y que el niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le debe dar una educación que favorezca su cultura general y le permita desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, para llegar a ser un miembro útil a la sociedad.¹¹

- Convención sobre los derechos del niño. 1989.

Treinta años después de la adopción de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959 -que fue una guía para la actuación pública y privada en favor



del respeto de los derechos de los niños- fue aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (el 20 de noviembre de 1989) la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual entró en vigor el 2 de septiembre de 1990.¹¹

La Declaración de los Derechos del Niño es un documento jurídico que en el Derecho Internacional es de carácter precisamente declarativo y recomendatorio que sin duda, es un gran paso, ya que reúne los derechos civiles, sociales y culturales, sin los cuales no se podría hablar verdaderamente del niño como un sujeto de derecho, pero no tiene fuerza jurídica suficiente para obligar a los Estados que la suscribieron a cumplir con su contenido. En cambio, la Convención de los Derechos del Niño, establece instrumentos y un Comité de Vigilancia para el debido cumplimiento de la misma. La Convención está integrada de un preámbulo y tres partes, contenido en 54 artículos.¹¹

En el preámbulo se enuncian los principios básicos de los aspectos tratados en la Convención. Las cinco primeras disposiciones de la parte primera que se comprende de los artículos 1° al 41, establecen principios generales en cuanto a la no discriminación en el disfrute de sus derechos bajo cualquier situación o circunstancia; los compromisos y las responsabilidades asumidos por los Estados en cuanto al respeto de estos derechos, así como la atención del interés superior del niño; los derechos y deberes de los padres, de la familia ampliada en su caso, o de la propia comunidad, con el fin de que los menores ejerzan los derechos ya reconocidos. Los 36 artículos restantes establecen una enumeración de los derechos y libertades fundamentales, entre los que figuran de gran interés para este trabajo los siguientes:

12. El derecho a ser protegido contra toda forma de abuso físico o mental, (incluyendo malos tratos, abuso y explotación sexual).



15. El derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y de los servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación.

16. El derecho a una alimentación nutritiva e higiénica.

17. A beneficiarse de la seguridad social.

18. A la educación, la que estará encaminada a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades, así como inculcarle el respeto de los derechos humanos, el respeto a sus padres, el cuidado y conservación de su propia identidad cultural, de su lengua, sus valores, del medio ambiente y el amor por su patria, con el fin de que asuma una vida responsable en una sociedad libre.¹¹

En la parte segunda. Comprende del artículo 42 al 45, establece el compromiso de los Estados, que suscriben esa Convención, para dar a conocer ampliamente los principios y disposiciones de la misma en la forma más eficaz, tanto a los adultos como a los niños, e instituye El Comité de los derechos del NIŃO. Este Comité, compuesto de diez expertos de reconocida integridad moral y competencia en la esfera de los derechos del niño, ejercen sus funciones a título personal; el Comité es el encargado de examinar los progresos realizados por los Estados que ratifiquen o se adhieran a la Convención, para los cuales éstos deberán presentar informes periódicos al Comité en lo que respecta a los derechos del niño.¹¹

En la parte tercera. Comprendida del artículo 46 al 54, se establecen los tiempos y las formas en que se haría la ratificación de esta Convención ante la Secretaría General de la ONU por parte de los Estados, así como los requisitos y fecha de su entrada en vigor.¹¹

La Convención fue adoptada por la Asamblea General de la ONU el 20 de noviembre de 1989, entró en vigor el 2 de septiembre de 1990, fecha en que se depositó el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión de



conformidad con lo dispuesto por el artículo 49 de la propia Convención; fue ratificado por México el 21 de septiembre de 1990 y entró en vigor en nuestro país el 21 de octubre de 1990, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 1991. Forma parte del Orden Jurídico Mexicano, es vigente y obligatoria su observancia y es -de acuerdo al artículo 133 Constitucional, junto con la propia Constitución, las leyes federales y los demás tratados internacionales- la Ley Suprema de toda la Unión.¹¹

Se puede concluir que existe una constante preocupación de la humanidad por la protección y seguridad de la niñez. Los niños son el sector más vulnerable de la sociedad, de ahí el interés de asistirlos y promoverlos para lograr su vida y su salud y asegurarle el efectivo goce de todos sus demás derechos, a fin de garantizarle un desarrollo físico, mental, social y espiritual que le permita la formación de su carácter y personalidad.¹¹

1.3. Asistencia Sanitaria

Las acciones propias de los Servicios de Salud dirigidos a la promoción de la salud de la población, generalmente se clasifica en dos grandes grupos:

- I. Acciones sobre el medio ambiente. Incluye actividades de los servicios de salud dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su más amplio sentido. Se trata de prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química y biológica del medio ambiente en que vive inmerso el ser humano.
- II. Acciones sobre el individuo. Incluye actividades de promoción de la salud que inciden sobre el individuo, que a su vez se divide en dos grupos:
 - a. Educación sanitaria. Pretende incidir sobre la conducta humana, fomentando las conductas positivas de salud, y cambiando los estilos de vida negativos, que son los principales



determinantes o condicionantes de la salud en los países desarrollados.

- b. Medicina preventiva. Mediante esta se pretende fomentar la salud y prevenir las enfermedades prevalentes, aplicando a los individuos y grupos técnicas de la medicina preventiva.

Todas las acciones organizadas que se realizan para la restauración de la salud de la población corresponden a la medicina preventiva, dichas actividades se implementan para recuperar la salud en caso de su pérdida, estas se llevan a cabo a través de la rehabilitación y reinserción social, las cuales se realizan en tres niveles: primer nivel (unidades de medicina familiar -centro de salud-), segundo nivel (hospitalario) y tercer nivel (hospital de alta especialidad).³

Dichas unidades están estrechamente conectadas y coordinadas; algún problema que no pueda ser resuelto en una unidad de primer nivel –centro de salud- será remitido a segundo nivel (hospital). Y posteriormente a un hospital de alta especialidad como son los Regionales en donde se atienden los problemas que no pueden ser manejados en primer y segundo nivel.³

El enfoque comunitario es el presente y futuro de la asistencia primaria. La tendencia actual es organizar dicha asistencia de acuerdo con los postulados de la Medicina Comunitaria que son:

- Atiende las necesidades de salud de la comunidad además de la enfermedad.
- Realiza de forma integrada funciones de promoción de la salud, de asistencia sanitaria y de trabajo social.
- Atiende también a los factores ambientales causantes de enfermedad.



- Se acerca al individuo al que educa sanitariamente, previene sus enfermedades, y atiende en caso de enfermedad.
- La asistencia se presta de forma integrada por el equipo médico primario.
- Los Centros de Salud están coordinados con un Hospital de segundo nivel.³

1.3.1. La equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud

La sociedad siempre espera que el sector sanitario se ocupe de las enfermedades y de las cuestiones que afectan a la salud. No cabe ninguna duda de que la mala distribución de la atención sanitaria, es uno de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, la alta morbilidad que deriva en índices de mortalidad prematura terriblemente altos es producto, en gran parte, de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, se reproducen, trabajan, envejecen y mueren, condiciones que, en conjunto, proporcionan la libertad que necesita todo ser humano para apreciar la vida.¹²

A su vez, la deficiencia y el contraste en las condiciones de vida son consecuencia de factores estructurales más profundos que, en conjunto, determinan la organización social: políticas y programas sociales deficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política. Estos “factores estructurales” están circunscritos a cada país y dependen de su gobierno pero, cada vez en mayor medida en el transcurso de los últimos 150 años, también tienen repercusiones que trascienden los límites políticos a causa de la globalización. Esta combinación nociva de políticas injustas, una situación económica precaria y una mala gestión política es, en gran parte, el motivo fundamental por el que un gran número de personas de todo el mundo no puede gozar de la buena salud que deberían tener a su alcance desde el



punto de vista biológico. Las condiciones de vida, que en sí mismas son producto de esos factores estructurales, constituyen el conjunto de los determinantes sociales de la salud.¹²

Corregir estas desigualdades es una cuestión de justicia social. Reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo ético. El derecho a gozar de las condiciones necesarias que permitan alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr está consagrado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en muchos otros tratados internacionales. Sin embargo, el respeto por ese derecho es sumamente desigual en las distintas partes del mundo. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas.¹²

1.3.2. Un nuevo programa de acción destinado a mejorar la salud, la equidad y el desarrollo

Partimos de la concepción de que no hay ningún motivo biológico que justifique que una niña de una parte del mundo, como podría ser Lesotho (En el sur de África), tenga una esperanza de vida al nacer 42 años menor que la de una niña de otra parte del mundo, por ejemplo, del Japón. Por otra parte, no hay ningún motivo biológico que justifique una diferencia de 20 años o más en la esperanza de vida al nacer entre los distintos grupos sociales de un mismo país. Poner en práctica medidas para modificar los determinantes sociales de la salud permitirá obtener enormes mejorías en lo que respecta a la equidad sanitaria.¹²

1.3.3. Tres principios de la salud para lograr la equidad sanitaria

En función de los determinantes sociales de la salud, se ha derivado en la formulación de tres principios de acción:



1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, se reproducen, trabajan, envejecen y mueren.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos —es decir, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida— en el plano mundial, nacional y local.
3. Definir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y educación, así como sensibilizar a la opinión pública acerca de los determinantes sociales de la salud.¹²

Es probable que la salud y la equidad sanitaria no siempre constituyan la meta principal de todas las políticas sociales, pero serán un resultado esencial. A modo de ejemplo, está la gran importancia que atribuyen las distintas políticas al desarrollo económico: es incuestionable la importancia del desarrollo económico, en particular para los países pobres, pues brinda la oportunidad de obtener recursos para invertirlos en mejorar la calidad de vida de la población. Siendo que, el crecimiento por sí solo, que no viene de la mano de políticas sociales adecuadas cuyo propósito sea garantizar una distribución justa de los beneficios, no mejora la salud. Los sistemas sanitarios cumplen una función importante, al igual que los ministros de la salud, quienes tienen una responsabilidad fundamental de rectoría. El sector sanitario debe trabajar de común acuerdo con otros sectores de la sociedad como el educativo, económico, político, etc.¹²

La salud y la equidad sanitaria son parámetros que permiten determinar el éxito de las políticas sociales pero, además del sector sanitario, las intervenciones destinadas a mejorar los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad



civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como los foros mundiales y los organismos internacionales.¹²

1.3.4. Programas de acción urgentes: equidad sanitaria y cambio ambiental

Finalmente, el mundo todo ha reconocido que el deterioro y el agotamiento de los sistemas naturales, que traen aparejado el cambio climático entre otros efectos, no representan cuestiones técnicas que sólo importan a los ambientalistas, sino un problema que tiene profundas repercusiones en el modo de vida de las personas de todo el mundo y en todos los seres vivos.¹²

Trasciende el cometido, y la competencia, de proponer un nuevo orden económico internacional que equilibre las necesidades de desarrollo social y económico de la población mundial, la equidad sanitaria y la urgencia por resolver los problemas del calentamiento global, pero la sensación de urgencia y la voluntad de experimentar con soluciones innovadoras con participación comunitaria y de sustentabilidad que constituyan el impulso necesario para tratar ambos problemas.¹²

1.4. Funciones generales de la Salud Pública

Las actividades propias de la Salud Pública son:

- Administración sanitaria. Para llevar un soporte administrativo adecuado, éste debe estar organizado racionalmente y debe contar mínimo con: escalón central, intermedio (regional o provincial) y escalón local.
- Demografía y estadística sanitaria: Siendo los demográficos volumen, estructura y dinámica de la población; y las de salud como morbilidad, mortalidad, hábitos insanos, saneamiento del medio, recursos de salud y utilización de estos. En conjunto son fundamento para la



planificación de las acciones de Salud Pública como para su administración, ejecución y evaluación.

- Laboratorio de Salud Pública: Fundamento para el diagnóstico de las enfermedades transmisibles, vigilancia epidemiológica y elaboración de productos biológicos; siendo también de gran apoyo contra la contaminación del medio ambiente (agua, aire, suelo, alimentos etc.).
- Epidemiología: Para conocer la frecuencia e incidencia de los problemas de salud en la población, así como sus factores causales.
- Planificación y programación: De acuerdo con los problemas de salud prevalentes y atendiendo a las prioridades.
- Legislación: Básica en las fases de la Salud Pública para llevar a cabo el control de los factores nocivos del medio ambiente, como para el desarrollo e implementación de los programas de salud.
- Docencia: Indispensable para la capacitación del personal que lleve a cabo las acciones de salud.
- Investigación: La investigación aplicada forma parte de la labor diaria de los servicios de salud, y los programas deben tener como base los resultados de esta investigación para su desarrollo.³

1.5. Carta de Ottawa

Hace 32 años, la Declaración de Alma-Ata definió la Atención Primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud.¹²



Esta ambición, que lanzó el movimiento de salud para todos, resultaba atrevida. Suponía que una política clara y novedosa podría incrementar el nivel de salud de las poblaciones desfavorecidas y, de ese modo, conducir al desarrollo general. La Declaración amplió el modelo médico para incluir factores sociales y económicos, y reconoció que las actividades de numerosos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, determinaban las perspectivas de mejorar la salud. Los objetivos generales eran la equidad en el acceso a la atención, y la eficacia en la prestación de los servicios.¹²

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la Salud Pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.¹³

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud presenta los enfoques, estrategias y proposiciones fundamentales que los participantes consideraron indispensables para avanzar de forma significativa en el progreso y la promoción de la salud.¹³

1.5.1. Medidas preventivas en Salud Bucal

Las medidas para la prevención de enfermedades bucodentales están focalizadas en las acciones tendientes a controlar la incidencia y prevalencia



de la caries por ser la de mayor índice, debido a la falta de hábitos de higiene o de conocimientos. Para lograr el objetivo de bajar el índice de la caries dental, en Odontología se han implementado medidas como la fluoración del agua de consumo, realización de Programas de Salud Bucal, entre otros.¹⁴

1.5.2. Fluoración

La SSA 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. 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 fluoración del agua en las plantas potabilizadoras de Los Mochis, Sin., Veracruz, Ver., y el conjunto urbano Nonoalco-Tlatelolco, en el DF. Desafortunadamente, los cambios administrativos y financieros provocaron la desaparición de esas primeras y únicas plantas fluoradoras antes de que pudieran evaluarse sus logros.¹⁵

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 fluoración de la sal doméstica representaba un mejor vehículo de distribución. En 1988 se normó y reglamentó la fluoración de la sal. En marzo de 1981 se decretó en México la fluoración de la sal. Para la operación del Programa Nacional de Fluoración 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). Este programa estipuló cantidades recomendadas por organismos internacionales tras la experiencia de diversos países en la fluoración de la sal para tener efectos carioprofilácticos y cariostáticos deseables.¹⁵ De acuerdo con la NOM-40-SSA1-1993 en el numeral 6.4 indica “Se exceptúa de agregar fluoruro a la sal que se destina para consumo de poblaciones donde el agua de consumo humano contenga concentración natural óptima de flúor de 0,7 mg/l. Al efecto, el gobierno de la entidad federativa correspondiente cuidará que exista esta correlación en el territorio respectivo”.¹⁵ Esta Norma Oficial Mexicana tiene como propósito establecer los límites de ión yodo y de ión flúor que debe contener el producto denominado sal yodada y sal yodada fluorada, con el fin de prevenir las enfermedades provocadas a la población por deficiencia de dichos elementos.¹⁷ Es de observancia obligatoria a nivel nacional que se complementa con las siguientes normas:

- NOM-013-SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- NOM-086-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Alimentos y Bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición. Especificaciones nutrimentales.
- NOM-117-SSA1- 1994. Bienes y Servicios. Método de prueba para la determinación de cadmio, arsénico, plomo, estaño, cobre, fierro, zinc y mercurio en alimentos, agua potable y agua purificada por espectrometría de absorción atómica.



- NOM-120-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Buenas prácticas de higiene y sanidad para el proceso de alimentos, bebidas no alcohólicas y alcohólicas.¹⁷

En la actualidad existen numerosas formas de aplicación de los fluoruros. Los tejidos dentarios pueden ser expuestos a diferentes concentraciones y formas de aplicación como son:

- Fluoruros sistémicos.
- Fluoración del agua de consumo.
- Suplementos fluorados sistémicos.
- Fluoruros tópicos.
- Pastas dentadas fluoradas.
- Fluoración de la sal.^{15,17}

1.5.3. Programas en Salud Bucal

La Organización Mundial de la Salud es un firme defensor de la renovación de la atención primaria de salud, señalando que es la piedra angular de los sistemas de salud y es la mejor manera de proporcionar una atención integral de salud equitativa y asequible. El cuidado preventivo está dentro de los principales componentes de la atención primaria de salud y cuando la disposición es completa, se incrementa el acceso y la utilización de los servicios de prevención, que a su vez contribuye a mejorar la salud y la mejora de la calidad de vida.¹⁸

Los Programas de Salud son estrategias destinadas a elevar la conciencia individual y colectiva de la salud y enfermedad para tener el máximo grado de bienestar.

Es bien sabido que las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son de las de mayor incidencia y prevalencia



alrededor del mundo y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos, lo que las constituye como problemas de Salud Pública bucal. Una de las principales tareas de los planeadores en salud es encontrar estrategias para prevenir, controlar y erradicar estos problemas.¹⁵

En España los planes de salud bucodental que desarrollan los servicios de atención primaria, se centran especialmente en la población de mayor riesgo: niños, discapacitados, embarazadas y personas de la tercera edad.¹⁹

Asimismo, en las regiones de Castilla y León en el año 2002 se comenzó un programa dirigido a la población infantil entre 6 y 14 años, mayores de 75, personas con discapacidad y mujeres embarazadas. A la población infantil se les realiza la asistencia dental básica: higiene anual, higiene bucal, fluoruro tópico, selladores de fosetas y fisuras en los primeros y segundos molares, eliminación de cálculo y extracciones.¹⁹

Los niños que requieren tratamientos especiales son remitidos a dentistas privados con lo que existe un contrato de servicios, excluyendo los tratamientos derivados de traumatismos, ortodoncias, los reparadores de la dentición temporal, o los realizados con fines estéticos.¹⁹

En Murcia (España) se identificó que la caries y la enfermedad inflamatoria de las encías son unas de las enfermedades más frecuentes en la boca durante la infancia. Conociendo esta problemática, en el 2007 la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, implementó un Programa de Salud Bucodental infantil que consiste en una serie de medidas preventivas con la finalidad de evitar la caries y la enfermedad periodontal.²⁰

Las investigaciones reportan que durante las últimas décadas la prevalencia y experiencia de caries han declinado en algunos segmentos de la población de la mayoría de los países desarrollados y que esta tendencia se ha visto parcialmente reflejada en algunos países de América Latina y el Caribe.



También, que la causa más probable de la disminución en la prevalencia de caries en el mundo es la instauración de programas de educación, prevención y tratamiento de esta enfermedad, cambios en los criterios diagnósticos y la introducción de fluoruros en sus diversas presentaciones.¹⁵

Las prioridades a las que se aboca la política de salud bucal en México son disminuir la experiencia de caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal, para lo cual se han diseñado diversos componentes de la política, como son: el educativo preventivo en escolares, el educativo asistencial y el de fluoración de la sal.¹⁵

Ha sido un hecho que desde hace mucho tiempo la atención curativa recibe la mayor parte del presupuesto para la asistencia sanitaria, sin embargo, la atención preventiva está recibiendo mayor atención de los profesionales de la salud así como también de los políticos, los que toman las decisiones, profesionistas; teniendo en cuenta su efectividad y sus efectos a largo plazo.¹⁸

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 fluoración de la sal. En esta época se puso en marcha el Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Políticas de Salud Bucal en México Periodontopatías en Preescolares y Escolares para mejorar la salud bucal de la población escolar. 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.¹⁵



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 maloclusiones, el cáncer bucal y los padecimientos dentofaciales que restan calidad de vida a los individuos.¹⁵

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. 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 fluoración de la sal de mesa, el aspecto curativo-asistencial y la normatividad.¹⁵

En el contexto, como medida complementaria desde 2002, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha diseñado e implantado la estrategia de Programas Integrados de Salud, más conocida como PREVENIMSS y que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes.²¹



1.5.3.1. Consumo de alimentos con riesgo potencial para la Salud Bucal

Por su ontología, el valor de los alimentos reside en su capacidad para mantenerla vida y la salud de quienes los ingieren; sin embargo, alimentarse no es un proceso inocuo aunque los alimentos en sí mismos por su composición sean benéficos. Ante la epidemia de enfermedades relacionadas con los estilos de vida, particularmente las crónicas y degenerativas, conocer en el ciclo de la vida los hábitos de alimentación es indispensable para saber cómo se adquieren o se modifican estos hábitos en cada una de las etapas, empezado desde la niñez.²²

Con relación a los alimentos, su riesgo potencial para salud bucal depende de su composición, de su frecuencia de consumo, del tamaño de las porciones o raciones y de la forma de preparación de los mismos; factores que a su vez determinan normalidad, escasez o abundancia de energía, que propicia salud o riesgo para la salud de las personas. Estos factores están insertos en los hábitos de alimentación que cambian por razones de edad, de género, de área geográfica, de la educación de las personas, de su capacidad económica, de la influencia de los medios de comunicación masiva y del grado de comercialización de los alimentos, entre otros muchos factores.²²

El factor más importante en relación con la dieta y la salud dental es la frecuencia de consumo de hidratos de carbono refinados. Después de la ingesta de estos carbohidratos se produce ácido en la placa dental. Cuando el pH de la placa se sitúa por debajo de 5.5 comienza la desmineralización del esmalte. El carbohidrato más implicado en este proceso es la sacarosa.²³

En el grupo de edad de 1 a 4 años, más de la mitad de los niños tienen un consumo alto y medio de bebidas y productos con azúcares refinados, predominando las regiones Norte, Sur y Sureste de la República Mexicana;



asimismo las frituras saladas tipo botana aparecen con la misma frecuencia de consumo.²²

En el grupo de 5 a 9 años, hay una discreta disminución en el consumo de jugos industrializados, pero un aumento significativo en el consumo de los otros productos, incluyendo los alimentos de la llamada comida rápida. En este grupo de edad, las regiones Norte y Sureste de la República Mexicana tienen el mayor consumo, con un porcentaje mayor del 70% (Tabla 1).²²

Grupo de edad / Alimento	Porcentaje de la población con consumo alto y medio* según región					CONSUMO NACIONAL		
	Norte	Centro	Sur	Sureste	Ciudad de México	Medio %	Alto %	Total %
Niños menores de un año								
Jugo industrializado	43.9	34.0	28.6	30.1	31.3	26.8	8.1	34.9
Refrescos	11.5	8.3	7.1	10.7	3.1	6.3	2.6	8.9
Niños de uno a cuatro años								
Dulces	69.6	74.0	69.3	45.9	68.5	38.8	29.7	68.5
Refrescos	69.7	50.0	52.8	50.7	36.5	36.3	15.0	51.3
Jugo industrializado	70.3	49.0	47.5	49.9	49.6	39.8	14.8	54.6
Fritura tipo botana	61.3	52.9	50.6	42.1	41.9	41.9	10.5	52.4
Pastillito industrializado	42.1	41.8	40.3	33.9	41.9	31.2	9.6	40.8
Torta	17.5	23.7	33.5	32.3	13.2	21.2	1.5	22.7
Taco, quesadilla o equivalente	53.4	41.6	37.4	27.7	17.5	38.4	1.6	40.0
Hot dog - hamburguesa - pizza	29.4	14.3	15.1	17.6	9.1	17.3	0.8	18.1
Niños de cinco a nueve años								
Dulces	78.1	82.5	74.3	56.7	76.8	40.9	36.4	77.3
Refrescos	77.6	67.2	65.4	71.4	57.4	47.1	22.1	69.2
Jugo industrializado	68.1	46.8	48.5	51.9	51.9	40.5	13.2	53.7
Fritura tipo botana	76.1	70.0	67.9	59.5	62.2	50.6	18.8	69.4
Pastillito industrializado	49.8	49.2	45.5	44.9	52.6	37.6	11.4	49.0
Torta	30.2	40.7	49.7	45.1	27.3	33.6	3.9	37.5
Taco, quesadilla o equivalente	68.6	53.0	47.1	41.4	25.7	50.2	2.3	52.6
Hot dog - hamburguesa - pizza	41.1	22.4	25.2	26.3	14.0	25.9	1.1	27.0
Adolescentes de 10 a 19 años								
Dulces	64.6	70.7	60.8	39.4	72.4	38.1	26.9	65.0
Refrescos	76.7	62.6	67.9	58.0	72.6	39.6	27.8	67.3
Jugo industrializado	62.2	50.2	51.8	60.5	55.9	41.9	13.3	55.2
Fritura tipo botana	67.7	58.8	61.5	41.9	64.2	41.4	18.7	60.1
Pastillito industrializado	37.8	33.9	32.9	22.8	47.3	30.1	4.9	35.0
Torta	42.5	46.8	54.3	51.1	33.3	40.2	5.1	45.3
Taco, quesadilla o equivalente	66.2	55.7	49.8	43.7	30.4	50.0	4.1	54.1
Hot dog - hamburguesa - pizza	46.2	30.7	35.0	41.6	17.1	32.7	2.2	34.9

* Consumo medio (al menos una vez por semana) y alto (una o más veces al día).

Tabla 1. Consumo de alimentos* con riesgo potencial para la salud en niños y adolescentes según región. ENCOPREVENIMSS 2004.

Una dieta sana y equilibrada es esencial para una óptima salud general.



1.5.3.2. Programa PREVENIMSS

El énfasis actual se ha desplazado hacia la entrega rentable de la asistencia sanitaria, que implica encontrar el equilibrio entre la atención curativa y preventiva a través de reforzar los servicios de atención primaria.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es el más grande sistema de Salud Pública en México, este presta servicios en las zonas urbanas y la casi totalidad de las comunidades de la República Mexicana. El IMSS brinda atención a aproximadamente 43 millones de miembros.²⁴ Desde el año 2000, esta institución reorientó su visión con respecto a la prestación de atención médica y comenzó a buscar un equilibrio adecuado en sus gastos de salud para la atención tanto curativa como preventiva. En 2007, las condiciones crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión, insuficiencia renal crónica, el cáncer cervical, cáncer de mama y el VIH/SIDA representaron el 12.15% de los gastos sanitarios totales. Las proyecciones para el año 2050, utilizando un panorama optimista, que incluye el fortalecimiento de las medidas preventivas y la innovación tecnológica, se estima que el porcentaje de gastos de salud para estas siete condiciones sería un 22% y el escenario pesimista (de no invertir en la atención preventiva) estimó un aumento del 57% en los gastos de salud.¹⁸

Para reforzar la atención preventiva, el IMSS llevó a cabo un análisis de la manera en que estos servicios eran prestados, el análisis mostró:

- I. La falta de coordinación para brindar servicios de prevención. Había más de 30 programas preventivos aislados (programa de vacunación, programa de planificación familiar, programa de cribado del cáncer de cuello uterino, etc.)
- II. Deficiencias del sistema de información de salud que no pudo proporcionar cifras exactas en cuanto su cobertura.



Ante este panorama el IMSS desarrolla el programa PREVENIMSS que apuntaba a mejorar la prestación de los servicios, y evaluar el progreso de la cobertura de los servicios de atención preventiva en las 37 Delegaciones de la República Mexicana.²⁴

La definición habitual de cobertura es la actualización regular de la proporción de personas que necesitan una intervención y la reciben efectivamente, por lo tanto, la información sobre la cobertura es clave para evaluar los programas de salud.²⁵

La estrategia PREVENIMSS tiene como compromiso fundamental mejorar la calidad de vida de los usuarios, a través de elevar su cultura e información en el cuidado de la salud, para lograr una participación activa y corresponsable entre los derechohabientes y el personal médico. Lo anterior mediante una herramienta básica de dicho programa como lo es la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la prevención, la detección oportuna, control de enfermedades y la promoción de la salud reproductiva y que ellas, en conjunto garanticen evitar padecimientos prevenibles, identificar tempranamente otros y evitar la aparición de complicaciones y sus consecuencias.²⁶

- Un primer objetivo es alcanzar el 100% del reparto de las Cartillas de citas y las guías para el cuidado de la salud para cada derechohabiente; y de manera simultánea insistir en su lectura y utilización; se pretende que dichas guías permanezcan en cada hogar y con ello los pacientes tengan la facilidad de consultarlas en cualquier momento para hacer un seguimiento de las actividades realizadas y por realizar.²⁶ Para ordenar y facilitar las acciones se dividió a la población en cinco grupos programáticos, identificados por colores.
- El segundo objetivo es la revisión de las acciones plasmadas en la Cartilla de Salud y Citas Médicas, y comentar con el paciente el objetivo, siendo este



el momento cuando se pueden efectuar el mayor número de acciones posibles o programar según sea el caso.

Existe el decálogo de PREVENIMSS para su lectura diaria de los Médicos de unidades de medicina familiar, para su incorporación en cada consulta del paciente de acuerdo a la edad, el cual dice:

- I. Revisa la cartilla de salud y citas médicas.
- II. Evalúa el estado de nutrición.
- III. Promueve la correcta alimentación y la práctica del ejercicio.
- IV. Prescribe hierro para prevenir la anemia en niños menores de un año y en mujeres embarazadas.
- V. Identifica y realiza las acciones de prevención, control y detección que el paciente requiera.
- VI. Identifica y realiza las acciones de salud reproductiva pertinentes.
- VII. Con el apoyo en la cartilla y en las guías para el cuidado de la salud, informa o capacita al paciente.
- VIII. Evalúa la conveniencia y la posibilidad de incorporarlo a un grupo de ayuda o a sesiones educativas.
- IX. Registra en la cartilla y en el formato RAIS las acciones realizadas.
- X. Registra también las acciones previas, realizadas dentro o fuera de la unidad.
- XI. Programa citas para las acciones que no se pudieron realizar o que el paciente requiera en el futuro.

Este para un mejor desarrollo de la atención preventiva integral.²⁷



Una serie de cambios organizativos y de procedimiento se llevó a cabo dentro del Instituto. La cartilla individual del IMSS para cada grupo de edad fueron rediseñadas para:

- Incluir información preventiva.
- Hacer el registro de fecha de los servicios preventivos.
- Recordatorios.

Adaptados para cada grupo. Además, de contener información como los registros de vacunas, exámenes y actividades educativas.¹⁸

Se han realizado encuestas poblacionales probabilísticas anuales en las 37 Delegaciones de la República Mexicana con el fin de aportar información útil para la evaluación de los Programas Integrados de Salud. Estos programas se concibieron como una estrategia de prestación y de evaluación de servicios de salud preventivos, que el instituto Mexicano del Seguro Social implanto en el año 2002 con los siguientes objetivos:

- Estimular la participación de los derechohabientes en el cuidado de la salud.
- Integrar la prestación de los servicios preventivos en las unidades de medicina familiar.
- Evaluar la cobertura y el impacto de los componentes de los cinco Programas Integrados de Salud.

La realización de encuestas se inició un año después de haber implementado los Programas Integrados de Salud, fueron cuatro años consecutivos de realizar dichas encuestas, del 2003 al 2006.²²

Los principales variables en cada grupo de edad programáticos fueron:

- 1) Niños (0-9 años): registro de altura y el peso, las actividades de salud bucal, medición de la agudeza visual y el esquema de vacunas.



- 2) Adolescentes (10-19 años): registro de altura, peso y cintura, las actividades de salud bucal, medición de agudeza visual, el esquema de vacunas y el uso de condones.
- 3) Mujeres (20-59 años): registro de altura, peso y cintura, detección de tuberculosis, cáncer cervical, cáncer de mama, diabetes tipo 2 e hipertensión.
- 4) Hombres (20-59 años): registro de altura, peso y cintura, detección de tuberculosis, diabetes tipo 2 e hipertensión.
- 5) Adulto Mayor (60 años y más): registro de altura, peso y cintura, vacuna antineumocócica, vacuna contra la influenza, detección de tuberculosis, cáncer de cuello uterino (mujeres), cáncer de mama (mujeres), diabetes tipo 2 e hipertensión.

El objetivo general de la estrategia de PREVENIMSS es elevar la cobertura y el impacto de los Programas Integrados de Salud. Por lo tanto, su medición es una actividad estratégica fundamental. Es por ello que las coberturas de los programas se analizan sistemáticamente, con base en la información que general los registros continuos: Sistemas Únicos de Información (SUI) hasta el 2004 y el Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS) a partir de 2005.²²

La modernización de los sistemas de información tuvo un periodo de transición en el cual las coberturas podrían estar sobre o subestimadas y por ello la necesidad de validarlas o rectificarlas mediante encuestas poblacionales probabilísticas periódicas.²² En la actualidad gracias a la División Técnica de Información Estadística en Salud (DTIES) como área normativa de los procesos de información médica y archivo clínico elaboraron los cuadros de salida del Sistema de Información Integral de la Salud (SIAIS)



que comprende aspectos como: Población, PREVENIMSS, Salud Reproductiva, Salud en el Trabajo, Productividad y Vigilancia Epidemiológica.

La cobertura de PREVENIMSS es analizada diariamente para obtener el informe mensual por el Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) en cada unidad médica para el procesamiento de la información con base en las hojas RAIS y así obtener información fidedigna de estos programas, obteniendo de estos reportes la cobertura de los Programas Integrales de Salud.

En el Programa de PREVENIMSS, como se mencionó anteriormente existen grupos programáticos, donde en cada uno existen actividades preventivas impresas en las Cartillas de Salud de acuerdo a las necesidades del grupo de edad. El niño como grupo más frágil por la incidencia y prevalencia de enfermedades –como raquitismo, desnutrición, diarrea, infecciones respiratorias agudas- toma gran importancia por su vulnerabilidad, pero de acuerdo a ENCOPEVENIMSS (encuestas anuales del 2003 al 2006 en las 37 Delegaciones de la República Mexicana) la utilización de los servicios preventivos de salud del niño ha ido en aumento de un 6.4% en 2003 a 14.3% en 2006.²² Después de estas encuestas se desarrollaron diferentes estrategias para el incremento de la cobertura como son:

- Incorporación de derechohabientes a protocolos de atención preventiva mediante la entrega informada de la Cartilla de Salud y Citas Médicas, de la Guía para el Cuidado de la Salud y el inicio de las acciones preventivas en todos los derechohabientes que asisten a las unidades, independientemente del servicio solicitado.
- Recorridos sistemáticos en las salas de espera con el propósito de invitar a los derechohabientes a incorporarse a los programas de salud.



- Instalación de módulos PREVENIMSS en las salas de espera para realizar las acciones preventivas que no requieren privacidad.
- Organización de sesiones educativas relativas a los temas incluidos en la sección de promoción de la salud.
- Incorporación de recién nacidos a protocolos de atención preventiva en unidades médicas con atención obstétrica.
- Cita programada a las unidades de medicina familiar para la detección de hiperplasia adrenal congénita, fenilcetonuria y deficiencia de biotinidasa, entre el tercero y quinto día de edad.
- Capacitación del personal de enfermería de los servicios de medicina preventiva y de atención materno infantil para la aplicación tópica de flúor y para la detección de defectos visuales, acciones que antes sólo las realizaban personal de los servicios de odontología y de oftalmología.

Para ello primero fue necesaria la remodelación y el equipamiento de los cubículos de Medicina Preventiva a partir de 2005, con el fin de que cada enfermera contara con un consultorio.²²



1.5.3.2.1. Programa Integrado de Salud del Niño

La prevención de las alteraciones bucodentales representa uno de los mayores retos sanitarios de la sociedad siendo la caries dental o alteraciones derivadas de ella que ocasiona más problemas en la población. La progresión de la caries dental, unida al descontrol de las afecciones periodontales, llega con el tiempo a producir grandes desastres en la boca, cuya consecuencia más común es la pérdida dentaria. La expresión de este impacto es el alto índice de edentulismo de los adultos mayores.²³

El grupo del niño de 3 a 9 años de edad es el grupo más importante ya que es el grupo donde se inicia la historia natural de la caries dental y es la única oportunidad para abordar el padecimiento antes de que se inicie o cuando está en sus etapas tempranas, esto es a partir de los 3 años de edad ya que serán más beneficiados por las 5 acciones preventivas para la caries dental, ya que recibirá adiestramiento y podrá realizarlos durante toda la época de erupción de los dientes permanentes.²⁸ Para el control de estas actividades preventivas bucales se registran en su carnet de citas de acuerdo a su grupo programático (Fig. 4).

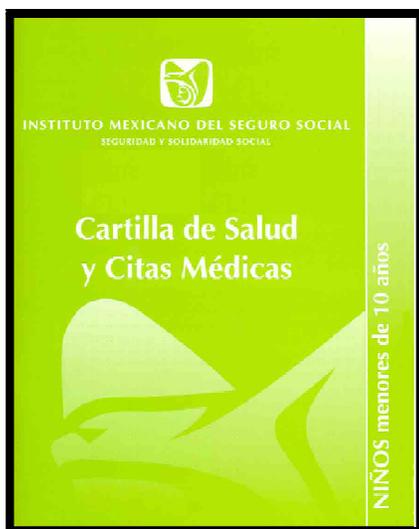


Fig. 4. Fuente directa



En el Programa Integrado de Salud del Niño existe “Prevención y control de enfermedades” en el cual se identifica a la caries dental en niños de tres años, donde en forma particular se llevan a cabo las actividades de Salud Bucal (Fig. 6), y se da la capacitación a los padres junto con el niño para la:

- 1) Detección de placa dentobacteriana
- 2) Eliminación de placa dentobacteriana
- 3) Técnica de cepillado
- 4) Técnica de uso de hilo dental
- 5) Aplicación de Fluoruro

NUTRICIÓN			
PREVENCIÓN DE ANEMIA			
ACCIÓN	EDAD RECOMENDADA	FECHA	
ADMINISTRACIÓN DE HIERRO	A PARTIR DE LOS 2 MESES DE EDAD EN NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER O PREMATURO	INICIO	
	A PARTIR DE LOS 4 MESES DE EDAD EN NIÑOS CON PESO NORMAL AL NACER	TERMINO	

SALUD BUCAL			
ACCIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	EDAD RECOMENDADA	FECHA
CAPACITACIÓN PARA:	CARIES	CADA AÑO	
-DETECCIÓN DE PLACA DENTOBACTERIANA	DENTAL	A PARTIR	
	Y	DE LOS	
-CEPILLADO DENTAL	ENFERMEDADES	3 AÑOS	
	DE LAS	DE	
APLICACIÓN DE FLUOR	ENCÍAS	EDAD	

ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSES	EDAD	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
SABIN	POLIOMIELITIS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		ADICIONALES		
PENTAVALENTE DPT+HB+Hib	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS HEPATITIS «B» INFECCIONES GRAVES POR H. influenzae b	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
DPT	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS	REFUERZO 1	2 AÑOS	
TRIPLE VIRAL SRP	SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS	REFUERZO 2	4 AÑOS	
		PRIMERA	1 AÑO	
SR o SRP	SARAMPIÓN RUBEOLA	SEGUNDA	6 AÑOS	
		ADICIONALES		
OPORTUNIDAD				

Fig. 6. Fuente directa



También se emite una Guía del Cuidado de la Salud para cada grupo programático, el Programa Integrado de Salud del Niño identificado con el color verde (Fig. 7)

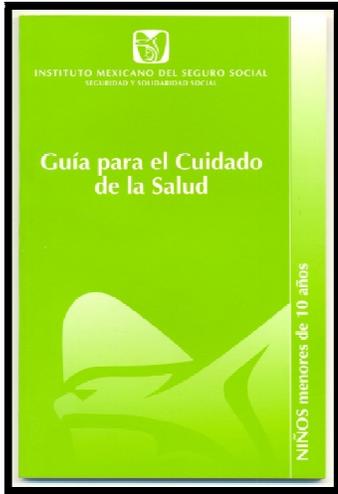


Figura 7. Fuente directa

En esta guía se explica de una manera sencilla y básica las medidas preventivas en Salud Bucal (Fig. 8).

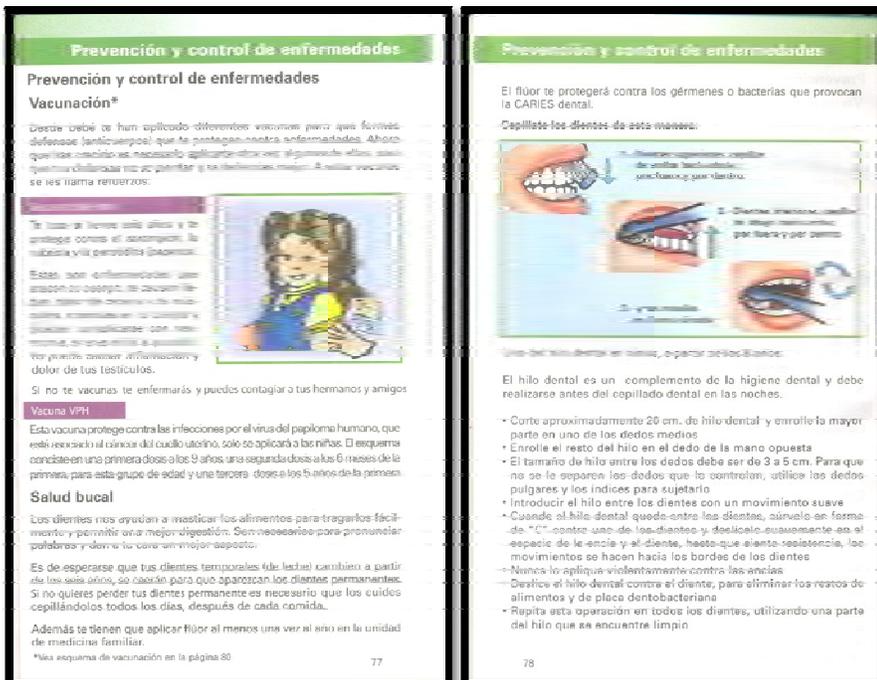


Fig. 8. Fuente directa



La cobertura de los Programas Preventivos para los Niños ha aumentado en forma continua siendo para la prevención de caries dental del 40.5 a 58.1% de aumento, por haber sido aplicados los 5 pasos para la prevención de dicha enfermedad (Tabla 2).^{18, 22}

INDICADORES	Coberturas según año indicado			
	2003	2004	2005	2006
	%	%	%	%
Promoción de la salud				
Incorporación a protocolos de atención preventiva Derechohabientes con Cartilla	32.1	62.7	77.2	90.7
Nutrición				
Medición de peso				
0 a 9 años	72.2	73.5	79.0	84.4
< 1 año	88.7	94.9	97.2	97.7
< 5 años	78.5	81.6	85.7	89.8
5 a 9 años	65.9	65.4	72.3	79.4
Medición de talla				
0 a 9 años	56.6	70.3	76.0	81.7
< 1 año	77.5	92.2	95.4	96.2
< 5 años	62.6	78.0	82.6	86.9
5 a 9 años	50.6	62.8	69.3	76.9
Prevencción de anemia	17.8	46.0	47.7	65.5
Prevencción y control de enfermedades				
Vacunación				
Esquemas completos para la edad*	91.4	91.0	91.4	90.3
Aplicación tópica de flúor	40.5	42.0	43.2	58.1
Detección de enfermedades				
Hipotiroidismo congénito **	97.1	96.7	98.5	98.0
Hiperplasia adrenal congénita**				
Fenilcetonuria**	--	--	60.3	81.6
Deficiencia de biotinidasa**				
Detección de defectos visuales	12.5	22.5	32.1	47.5

Tabla 2. Programa de Salud del Niño. Coberturas. ENCOPEVENIMSS 2003-2006.

*Registros en la Cartilla Nacional de Vacunación o en la Cartilla de Salud y Citas Médicas. **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica. No se utilizó el indicador de Coberturas con Esquemas Completos en Niños de un año porque el tamaño de la muestra se calculó para el grupo de 0 a 9 años.



La información dada por ENCOPREVENIMSS en la aplicación de fluoruro, abarca la aplicación de las 5 medidas de prevención para niños de 3 a 9 años de edad que son:

1. Detección de placa dentobacteriana
2. Eliminación de placa dentobacteriana
3. Enseñanza de técnica de cepillado
4. Enseñanza de técnica de uso de hilo dental
5. Aplicación de fluoruro.²²

El objetivo general del Programa PREVENIMSS es elevar la cobertura y el impacto de los Programas Integrados de Salud.²²

La estrategia PREVENIMSS tiene como compromiso fundamental mejorar la calidad de vida de los usuarios, a través de elevar su cultura e información en el cuidado de la salud, para lograr una participación activa y corresponsable entre los derechohabientes y el personal médico.¹⁸



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la educación para la salud carece de una planeación y de una normatividad actualizada para la formación de recursos humanos.

Si bien este problema es conocido por la mayor parte del gremio odontológico y estimado subjetivamente como una fuente de problemas sociales, económicos y profesionales, no ha sido investigado con la profundidad que requiere ni por las instituciones académicas ni por las asociaciones profesionales.²⁹

La caries es un proceso infectocontagioso multifactorial químico-biológico donde se relacionan factores como lo son el huésped, la dieta, microorganismos y tiempo; que se caracteriza por la destrucción parcial o completa de los tejidos del órgano dentario debido a la desmineralización.¹⁴ La caries por su elevada frecuencia representa un problema de salud pública que ocurre en toda la población. De acuerdo con las estadísticas, el 90% de la población se encuentra afectada por la caries. Se estima que entre los 6 y 7 años de edad, la gran mayoría presenta una lesión cariosa en dientes permanentes que avanza a razón de uno por año.²

Por esta problemática el Instituto Mexicano del Seguro Social implementa en 2002 un importante Programa de Atención Integral de la Salud, en el cual se realizan actividades preventivas para el control de enfermedades, teniendo la posibilidad de incidir en toda la población derechohabiente del IMSS en beneficio de su salud.



3. JUSTIFICACIÓN

Es indudable que en las últimas décadas algunos sectores de la población de México han presentado una mejoría en su estado de salud bucal. Esta mejora no hubiese sido posible sin la promulgación de políticas de salud bucal, con las estrategias y programas que de ella se desprenden.

Este esfuerzo ha coincidido en lo general con las propuestas de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. No obstante, es evidente que aún queda mucho por hacer en términos de asegurar un buen estado de salud bucodental, apropiado a las expectativas y necesidades clínicas de los distintos grupos poblacionales.

Asimismo, algunos de estos logros han estado dirigidos sólo a una parte de la salud bucal, y no a todas las enfermedades y condiciones a las que hace referencia la política de salud bucal. Por otra parte, en algunas ocasiones los diferentes programas de salud bucal no han sido bien planificados o realizados, o han estado básicamente enfocados a poblaciones más aparentes para los planificadores de servicios.

Con este antecedente y con la intención de mejorar la salud bucal en México, el Instituto Mexicano del Seguro Social instaura desde hace ocho años el Programa Integral de Salud llamado PREVENIMSS, proporcionando atención preventiva integral, para reforzar los servicios de atención primaria.

Teniendo en cuenta toda la problemática expuesta, la presente Tesina tiene como fin realizar el análisis de los resultados obtenidos para identificar el impacto que ha tenido respecto a las estrategias de prevención de caries en niños derechohabientes en el periodo de enero 2009 a junio 2010.



4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

- ❖ Identificar el impacto que ha tenido la cobertura del Programa Integrado de Salud del Niño para la prevención de caries en pacientes Derechohabientes del IMSS en el periodo de enero 2009 a junio 2010.

4.2. Objetivos Específicos:

- ❖ Identificar la Población total de derechohabientes en la República Mexicana de enero 2009 a junio 2010.
- ❖ Identificar la Población total derechohabiente beneficiada por el Programa PREVENIMSS en la República Mexicana de enero 2009 a junio 2010.
- ❖ Identificar el número de tratamientos preventivos contra tratamientos curativos realizados de enero 2009 a junio 2010.
- ❖ Identificar la Población total derechohabiente beneficiada por el Programa PREVENIMSS de los grupos programáticos de enero 2009 a junio 2010.
- ❖ Identificar a Niños beneficiados derechohabientes de 0 a 9 años de edad por el Programa Integral de Salud del Niño de enero 2009 a junio 2010.
- ❖ Identificar la Atención Preventiva de acuerdo al lugar de enero 2009 a junio 2010.
- ❖ Identificar la cobertura de la Promoción de la Salud y Niños incorporados a protocolos de atención preventiva de enero 2009 a junio 2010.



- ❖ Identificar coberturas y prevalencias del Programa Integrado del Niño para la prevención de caries a partir de los 3 a los 9 años de edad de enero 2009 a junio 2010.
- ❖ Identificar las coberturas por Delegación del Programa Integrado de Salud del Niño para la prevención de caries dental a partir de los 3 a los 9 años de edad en el año en 2009 y 2010.

Los objetivos específicos planteados, se definieron con base en los cuadros de salida del Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS) durante el periodo de enero 2009 a junio 2010.



5. METODOLOGÍA

5.1. Material y método

Se estableció comunicación mediante oficio S/N (anexo 1) dirigido al Dr. Álvaro Julián Mar Obeso Jefe de la Unidad de Salud Pública del IMSS con atención a la Dra. Rosa Elia Maldonado Macías Médico no familiar de la Coordinación de Programas Integrados de Salud. Solicitando su colaboración en el desarrollo de este estudio, a través del cual se obtuvieron los resultados de cuadros de salida del Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS) del Programa Integrado de Salud del Niño durante el periodo enero 2009 a junio 2010: número de derechohabientes con que recibieron atención preventiva integrada por delegación, número de atención preventiva integrada por atención curativa, datos mensuales acumulados de las coberturas y prevalencias del Programa de Salud del Niño y coberturas por delegación de caries dental de Programas integrados de Salud. Así mismo, se obtuvo información del personal de PREVENIMSS de clínicas de primer nivel de la Cd. de México.

Con la información proporcionada se realizó el análisis de datos y a partir de los resultados emitidos por los cuadros de salida del SIAIS (Sistema de Información de Atención Integral a la Salud) se realizaron cuadros y gráficas para determinar el total y la distribución de la población beneficiada de enero de 2009 a junio 2010.

Paralelamente, se hace el comparativo de la atención curativa contra la atención preventiva proporcionada por delegación.



5.2. Tipo de estudio

Retrospectivo observacional.

5.3. Población objeto de estudio

Niños de 3 a 9 años de edad beneficiados por el *Programa Integrado de Salud del Niño para la prevención de caries* en pacientes derechohabientes del IMSS.

5.4. Variables

- I. Delegaciones de la República Mexicana
- II. Tratamientos Preventivos
- III. Tratamientos Curativos
- IV. Derechohabientes Totales
- V. Acciones Preventivas
- VI. Niños beneficiados

5.5. Operacionalización de variables

- I. Delegaciones de la República Mexicana. Estados donde esta implementado PREVENIMSS, algunos Estados divididos en secciones.
- II. Tratamientos preventivos. Procedimientos que se realizan para evitar la caries dental como: técnica de cepillado, detección de placa dentobacteriana (profilaxis), técnica de uso de hilo dental y aplicación tópica de fluoruro.
- III. Tratamientos Curativos. Procedimientos realizados para la rehabilitación del paciente como: restauraciones directas, endodoncias y extracciones.
- IV. Derechohabientes Totales. Asegurados y pensionados, así como sus familiares que dependen económicamente de ellos y que cubren los requisitos que establece la Ley del Seguro Social para recibir los



beneficios. Las personas que se encuentran vinculadas a otras de manera permanente o eventual por una relación de trabajo o cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aun cuando éste en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de impuestos a derechos.

- V. Acciones Preventivas. Estrategias para la protección de la salud bucal en niños de 3 a 9 años de edad y para los padres mediante sesiones educativas.
- VI. Niños beneficiados. Población de 3 a 9 años de edad incorporados a protocolos de atención preventiva, que recibió algún tipo de tratamiento preventivo o alguna instrucción de educación para la salud bucal.

5.6. Recursos

5.6.1. Humanos

- 1) Tutora.
- 2) Pasante.
- 3) Personal de la Coordinación de Programas Integrados de Salud dependiente de la Jefatura de Salud Pública.

5.6.2. Materiales

- 1) Computadora.
- 2) Microsoft Excel y Word version XP
- 3) IBM SPSS Statistics 19.
- 4) Impresora.
- 5) Hojas bond tamaño carta.
- 6) Memoria portátil de 4 Gb.
- 7) Material Bibliográfico

5.6.3. Financieros

Cubiertos por el Pasante



6. RESULTADOS

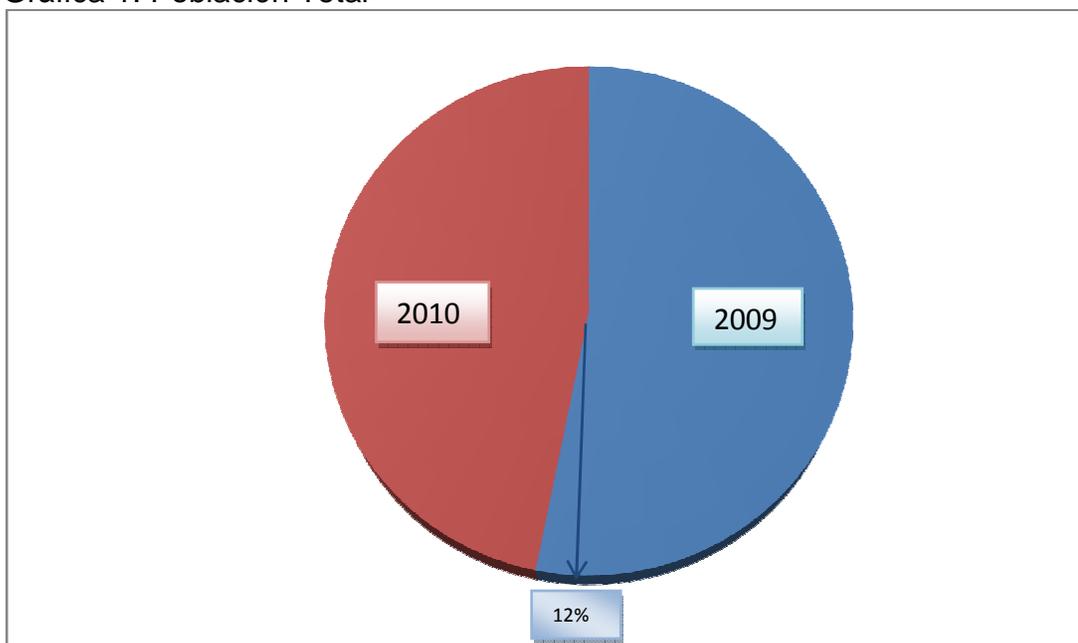
6.1. Distribución de la población derechohabiente

Cuadro 1. Población Total

AÑO	SEMESTRE	POBLACIÓN DERECHOHABIENTE
2009	Primer y Segundo semestre	49,134,310
2010	Primer semestre	43,367,823

Fuente: Coordinación de Afiliación al Régimen Obligatorio. Coordinación de Prestaciones Económicas.

Gráfica 1. Población Total



Fuente directa

El cuadro 1 y la gráfica 1 nos muestran una disminución del 12% de población total del 2009 al 2010 en el sistema de salud IMSS. Mostrándonos que el IMSS ha dejado de atender a cerca de 6 millones de la población total en la República Mexicana.



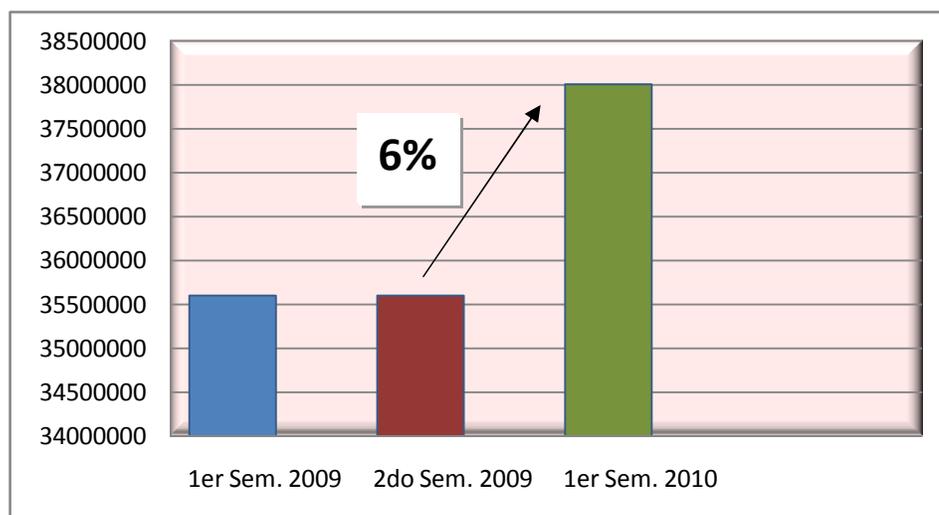
6.2. Distribución de la población beneficiada por el Programa PREVENIMSS

Cuadro 2. Distribución de la población derechohabiente beneficiada por el Programa PREVENIMSS en el periodo de enero 2009 a junio 2010.

AÑO	SEMESTRE	POBLACIÓN DERECHOHABIENTE
2009	Primer semestre	35,603,247
2009	Segundo semestre	35,603,248
2010	Primer semestre	38,005,477

Fuente: Coordinación de Afiliación al Régimen Obligatorio. Coordinación de Prestaciones Económicas.

Gráfico 2. Distribución de la Población beneficiada por el Programa de PREVENIMSS en el periodo de enero 2009 a junio 2010.



Fuente directa

Se puede observar la cobertura que ha tenido el Programa PREVENIMSS, obteniendo un aumento del 6% de población beneficiada por el Programa, de otra manera, 2 millones de derechohabientes han obtenido atención por parte del Programa PREVENIMSS. Esto a pesar de la disminución de la Población total a nivel nacional de derechohabientes.



Cuadro 3. Población beneficiada por el Programa PREVENIMSS por Delegación en el 1^{er} semestre del 2009.

DELEGACIÓN	POBLACIÓN PREVENIMSS	POBLACIÓN DERECHO-HABIENTE	DELEGACIÓN	POBLACIÓN PREVENIMSS	POBLACIÓN DERECHO-HABIENTE
Aguascalientes	535,521	696,191	Oaxaca	365,365	756,348
Baja California	1,413,392	1,724,713	Puebla	1,133,268	1,605,814
Baja California Sur	262,122	321,667	Querétaro	715,339	1,093,387
Campeche	250,627	412,019	Quintana Roo	497,341	714,867
Coahuila	1,591,532	1,788,952	San Luis Potosí	792,612	1,099,801
Colima	249,922	333,691	Sinaloa	1,132,964	1,507,770
Chiapas	461,719	811,912	Sonora	1,166,307	1,387,130
Chihuahua	1,560,654	1,963,164	Tabasco	326,188	684,009
Durango	527,449	734,422	Tamaulipas	1,355,085	1,787,693
Guanajuato	1,644,698	2,399,741	Tlaxcala	275,936	295,154
Guerrero	549,197	736,633	Veracruz Norte	994,310	1,579,805
Hidalgo	440,849	718,267	Veracruz Sur	823,116	993,129
Jalisco	3,003,823	4,009,078	Yucatán	801,671	877,020
México Oriente	2,660,144	2,878,828	Zacatecas	331,654	673,598
México Poniente	1,417,257	1,708,313	DF 1 Noroeste	793,009	3,300,701
Michoacán	831,378	1,387,030	DF 2 Noroeste	770,455	
Morelos	464,408	608,164	DF 3 Suroeste	1,059,205	3,997,848
Nayarit	307,316	418,865	DF 4 Suroeste	1,270,684	
Nuevo León	2,608,046	3,347,270	TOTAL	35,603,247	49,134,310

Fuente: www.imss.gob.mx

En la tabla se puede determinar que las Delegaciones con mayor población de beneficiados del Programa PREVENIMSS son: Tlaxcala, Baja California Sur, Yucatán, Colima, Nayarit, Morelos...



Cuadro 4. Población beneficiada por el Programa PREVENIMSS por Delegación en el 2^{do} semestre del 2009

DELEGACIÓN	POBLACIÓN PREVENIMSS	POBLACIÓN DERECHO-HABIENTE	DELEGACIÓN	POBLACIÓN PREVENIMSS	POBLACIÓN DERECHO-HABIENTE
Aguascalientes	535,521	696,191	Oaxaca	365,365	756 348
Baja California	1,413,392	1,724,713	Puebla	1,133,268	1 605 814
Baja California Sur	262,122	321,667	Querétaro	715,339	1 093 387
Campeche	250,627	412,019	Quintana Roo	497,341	714 867
Coahuila	1,591,532	1,788,952	San Luis Potosí	792,612	1 099 801
Colima	249,922	333,691	Sinaloa	1,132,964	1 507 770
Chiapas	461,719	811,912	Sonora	1,166,307	1 387 130
Chihuahua	1,560,624	1,963,164	Tabasco	326,189	684 009
Durango	527,449	734,422	Tamaulipas	1,355,085	1 787 693
Guanajuato	1,644,698	2,399,741	Tlaxcala	275,936	295 154
Guerrero	549,197	736,633	Veracruz Norte	994,310	1 579 805
Hidalgo	440,849	718,267	Veracruz Sur	823,116	993 129
Jalisco	3,003,823	4,009,078	Yucatán	801,671	877 020
México Oriente	2,660,144	2,878,828	Zacatecas	331,654	673 598
México Poniente	1,417,257	1,708,313	DF 1 Noroeste	793,009	3 300 701
Michoacán	831,378	1,387,030	DF 2 Noroeste	770,455	
Morelos	464,408	608,164	DF 3 Suroeste	1,059,205	3 997 848
Nayarit	307,316	418,865	DF 4 Suroeste	1,270,684	
Nuevo León	2,608,046	3,347,270	TOTAL	35,603,248	49,134,310

Fuente: www.imss.gob.mx

En la tabla se puede determinar que las Delegaciones con mayor población de beneficiados del Programa PREVENIMSS son: Tlaxcala, Baja California Sur, Yucatán, Colima, Nayarit, Morelos... igual que en el 1^{er} trimestre del mismo año.



Cuadro 5. Población beneficiada por el Programa PREVENIMSS por Delegación en el 1^{er} semestre del 2010.

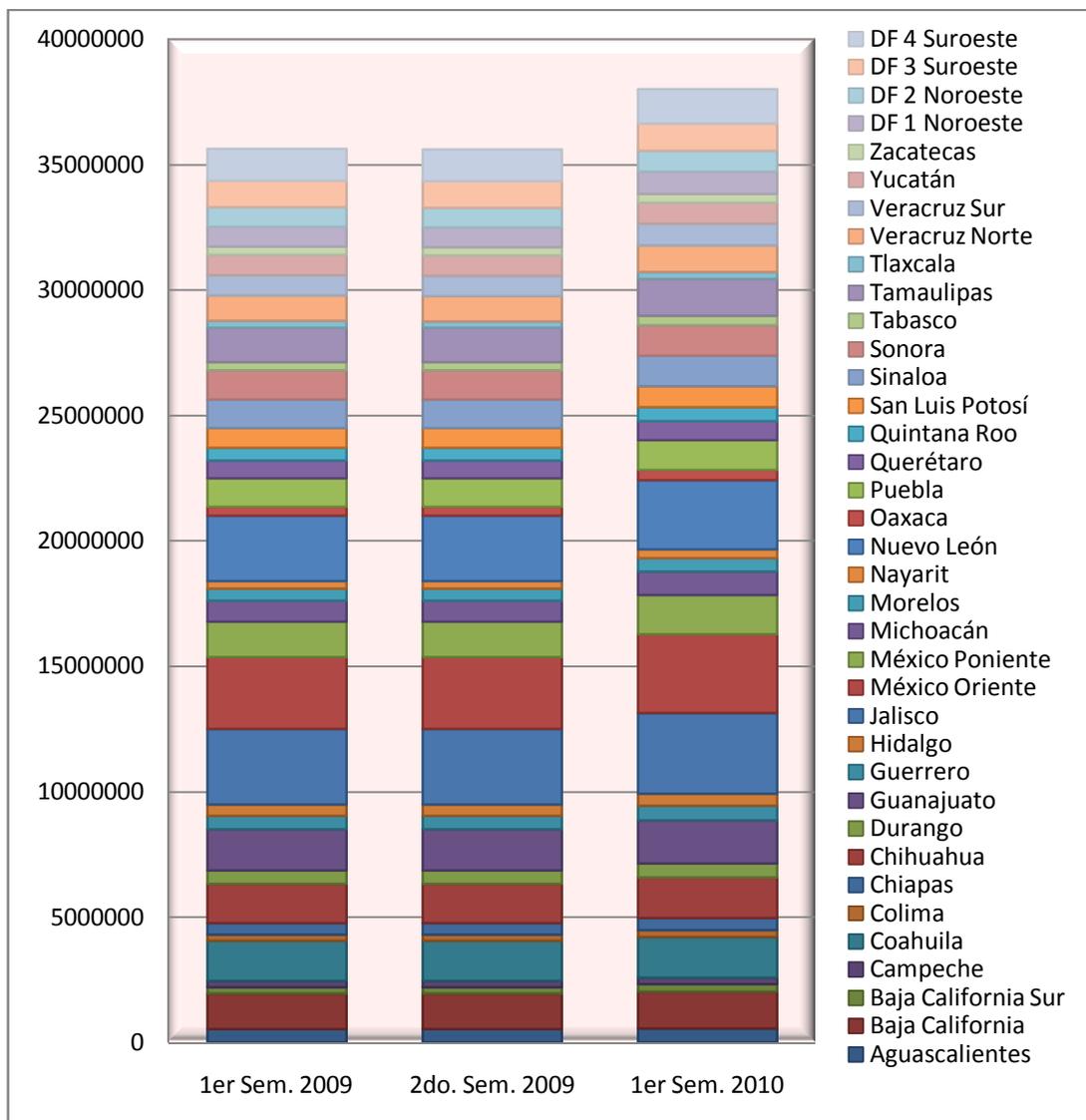
DELEGACIÓN	POBLACIÓN PREVENIMSS	POBLACIÓN DERECHO-HABIENTE	DELEGACIÓN	POBLACIÓN PREVENIMSS	POBLACIÓN DERECHO-HABIENTE
Aguascalientes	567,524	628,261	Oaxaca	384,667	520,196
Baja California	1,462,961	1,621,596	Puebla	1,198,225	1,374,498
Baja California Sur	296,022	300,220	Querétaro	760,700	913,611
Campeche	269,648	318,394	Quintana Roo	563,385	596,786
Coahuila	1,618,485	1,719,103	San Luis Potosí	820,867	970,552
Colima	275,289	333,522	Sinaloa	1,217,067	1,350,870
Chiapas	482,613	698,684	Sonora	1,223,573	1,336,909
Chihuahua	1,620,319	1,772,139	Tabasco	370,650	546,891
Durango	536,077	615,607	Tamaulipas	1,466,943	1,609,885
Guanajuato	1,161,820	1,737,537	Tlaxcala	278,120	358,864
Guerrero	576,613	671,026	Veracruz Norte	1,061,419	1,310,056
Hidalgo	477,301	567,549	Veracruz Sur	869,497	1,098,872
Jalisco	3,227,450	3,609,351	Yucatán	824,899	876,337
México Oriente	3,119,563	3,575,149	Zacatecas	369,213	444,704
México Poniente	1,579,084	1,770,331	DF 1 Noroeste	864,957	1,015,259
Michoacán	938,217	1,071,783	DF 2 Noroeste	845,334	989,059
Morelos	530,761	593,516	DF 3 Suroeste	1,085,741	1,340,419
Nayarit	336,380	389,745	DF 4 Suroeste	1,365,910	1,570,393
Nuevo León	2,782,466	2,925,869	TOTAL	38,005,477	43,367,823

Fuente: www.imss.gob.mx

En la tabla se puede determinar que las Delegaciones con mayor población de beneficiados del Programa PREVENIMSS son: Baja California Sur, Quintana Roo, Campeche, Yucatán, Nayarit, Colima...



Gráfica 3. Población beneficiada por el Programa PREVENIMSS por Delegación de la República Mexicana durante el periodo enero 2009 a junio 2010.



Fuente: directa

La gráfica 3 muestra una variación en las Delegaciones con mayor población beneficiada del 1^{er} y 2^{do} semestre del 2009 frente a las Delegaciones del 1^{er} semestre del 2010; sin embargo, existe un aumento importante en todas las Delegaciones de más del 50% de población que ha ingresado al Programa PREVENIMSS del año 2010 contra el año 2009.

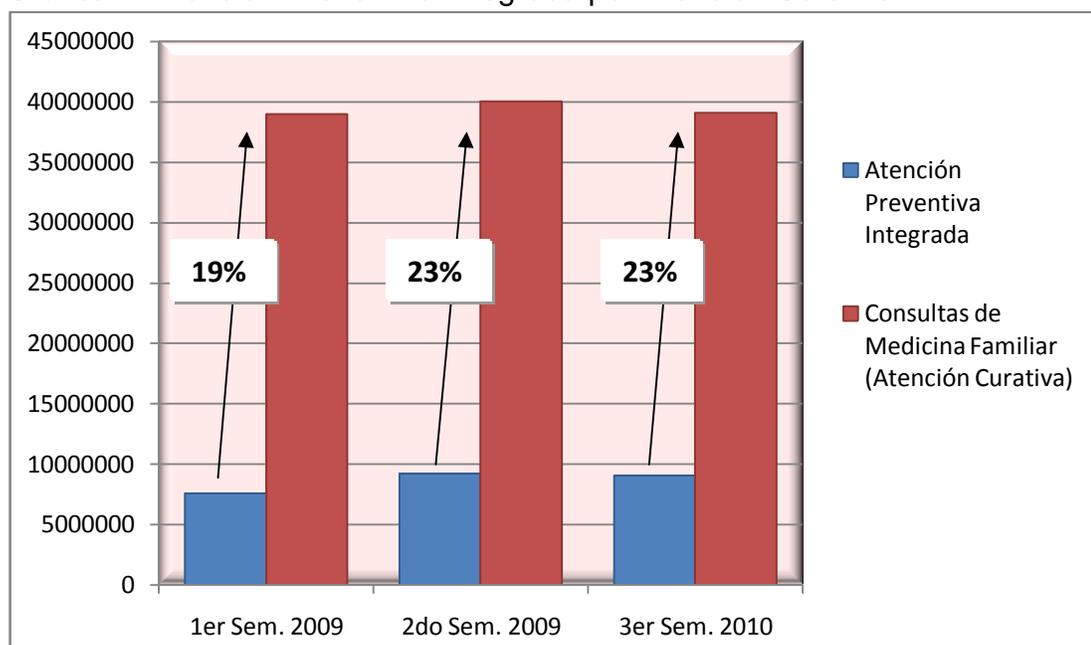


Cuadro 6. Atención Preventiva Integrada por Atención Curativa

Semestre/ Año	Atención Preventiva Integrada	Consultas de Medicina Familiar	Diferencia	Porcentaje
1 ^{er} Sem. 2009	7,569,046	39,006,019	31,436,973	19.40%
2 ^{do} Sem. 2009	9,243,917	40,046,378	30,802,461	23.08%
1 ^{er} Sem. 2010	9,075,656	39,094,409	30,018,753	23.21%
Total	25,888,619	118,146,806	92,258,187	21.91%

Fuente. Programas Integrados de Salud y Salud Reproductiva, Cobertura de Atención Integral- Informe Mensual. SIAIS

Gráfica 4. Atención Preventiva Integrada por Atención Curativa



Fuente directa

En el cuadro 6 y gráfica 4 se observa que existe una desfavorable diferencia entre la Atención Preventiva Integrada (tratamientos preventivos) y la Atención Curativa. Siendo del 22% más los tratamientos curativos.



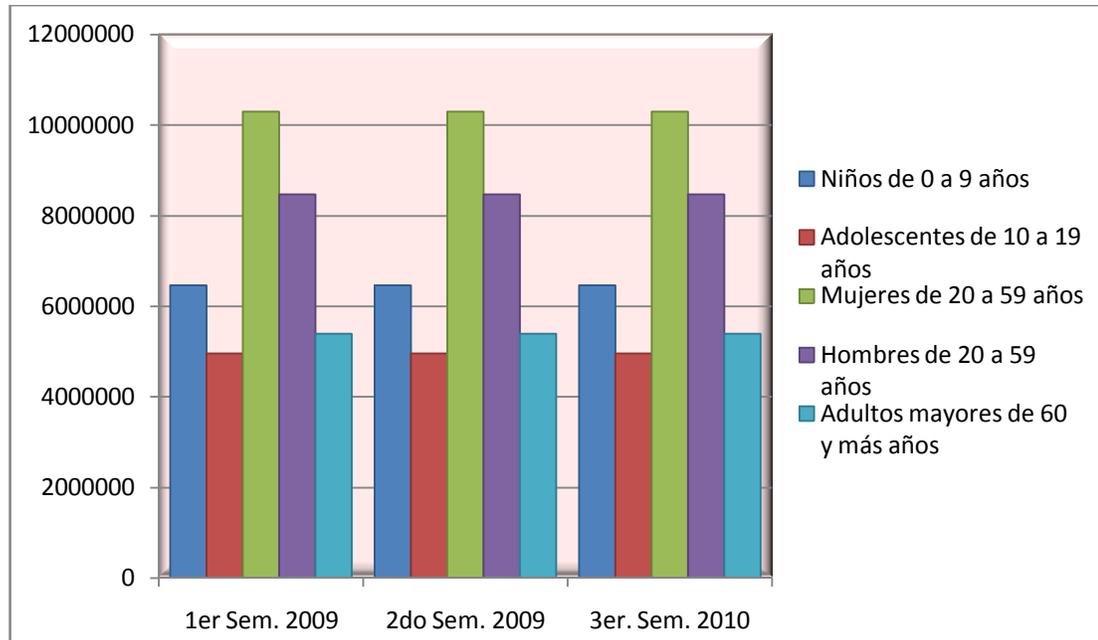
Cuadro 7. Población total beneficiada por el Programa PREVENIMSS en los diferentes grupos programáticos.

Semestre/ Año	Grupo Programático	Población Derechohabiente PREVENIMSS
1^{er} Sem. 2009	Niños de 0 a 9 años	6,470,314
	Adolescentes de 10 a 19 años	4,959,799
	Mujeres de 20 a 59 años	10,298,652
	Hombres de 20 a 59 años	8,475,359
	Adultos mayores de 60 y mas años	5,399,123
2^{do} Sem. 2009	Niños de 0 a 9 años	6,470,309
	Adolescentes de 10 a 19 años	4,959,814
	Mujeres de 20 a 59 años	10,306,048
	Hombres de 20 a 59 años	8,467,953
	Adultos mayores de 60 y más años	5,399,123
1^{er} Sem. 2010	Niños de 0 a 9 años	6,790,715
	Adolescentes de 10 a 19 años	5,243,689
	Mujeres de 20 a 59 años	11,034,432
	Hombres de 20 a 59 años	9,074,166
	Adultos mayores de 60 y más años	5,862,475

Fuente. Programas Integrados de Salud y Salud Reproductiva, Cobertura de Atención Integral- Informe Mensual. SIAIS



Gráfica 5. Población total beneficiada por el Programa PREVENIMSS en los diferentes grupos programáticos.



Fuente directa

En el cuadro 7 y gráfica 5 se muestra el total de población beneficiada por el Programa de PREVENIMSS, según grupo programático, donde se puede identificar que la mayor atención la reciben las Mujeres de 20 a 59 años en tratamientos como detección de cáncer de mama, diabetes mellitus, hipertensión arterial, en segundo lugar encontramos a los Hombres de 20 a 59 años de edad con enfermedades como sobre-peso, diabetes mellitus, hipertensión arterial. En tercer lugar están los Niños de 0 a 9 años siendo el grupo más vulnerable, se ven padecimientos como enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y dando un segundo lugar al esquema básico de vacunación y Salud Bucal.

Desafortunadamente se da prioridad a otros grupos programáticos debido a enfermedades que también recaen en la población mexicana.



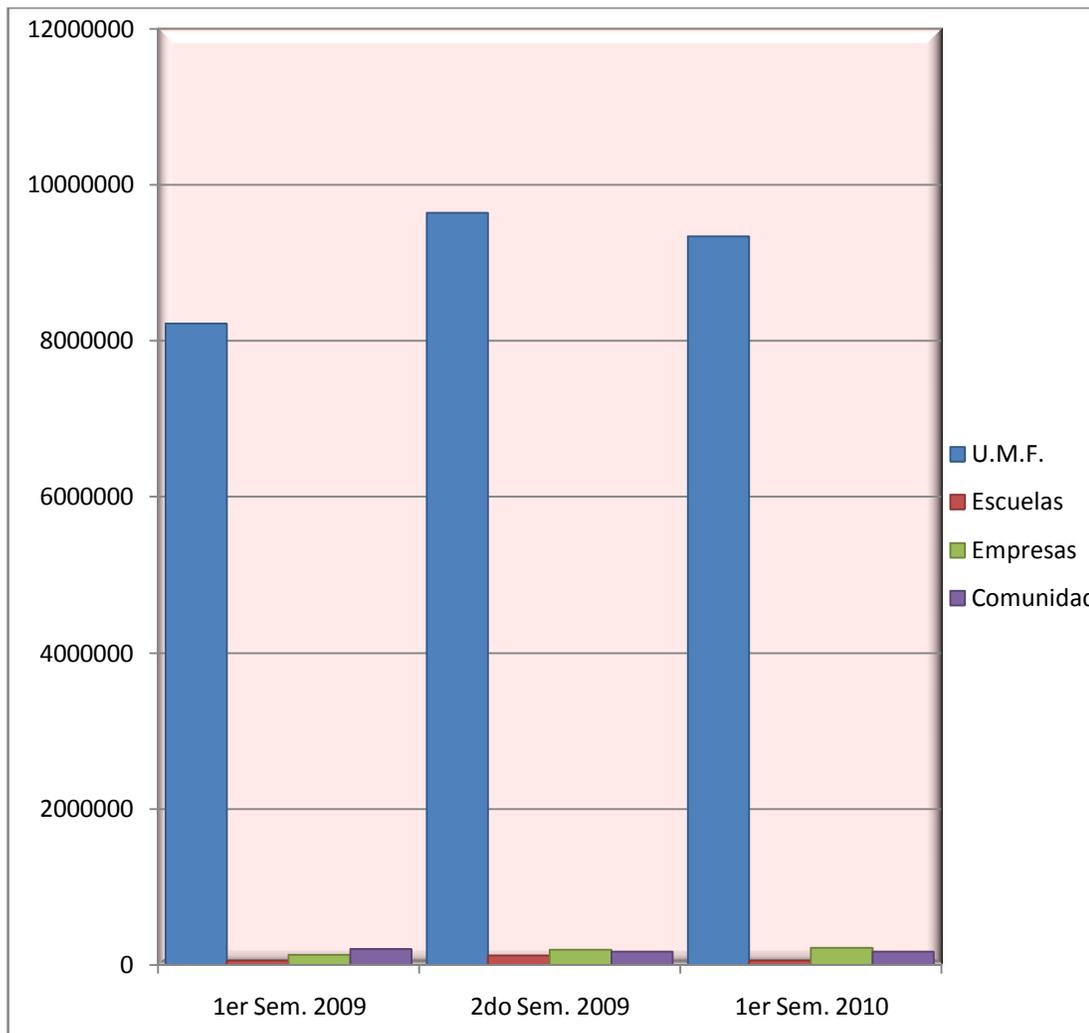
Cuadro 8. Atención Preventiva por lugar

Semestre/ Año	Lugar	No. De Consultas
1^{er} Sem. 2009	Unidades de Medicina Familiar (U.M.F.)	8,221,324
	Escuelas	58,037
	Empresas	132,950
	Comunidad	201,584
2^{do} Sem. 2009	Unidades de Medicina Familiar (U.M.F.)	9,642,670
	Escuelas	123,163
	Empresas	196,718
	Comunidad	167,634
1^{er} Sem. 2010	Unidades de Medicina Familiar (U.M.F.)	9,344,305
	Escuelas	60,696
	Empresas	222,437
	Comunidad	169,103

Fuente. Programas Integrados de Salud y Salud Reproductiva, Cobertura de Atención Integral- Informe Mensual. SIAIS



Gráfico 6. Atención Preventiva por lugar



Fuente: directa

El cuadro 8 y gráfica 6 podemos observar que existe una mayor cobertura en las Unidades de Medicina Familiar, donde en un porcentaje mucho más bajo les siguen las empresas, de acuerdo a los convenios que existen con los centros de trabajo para dar sesiones educativas.



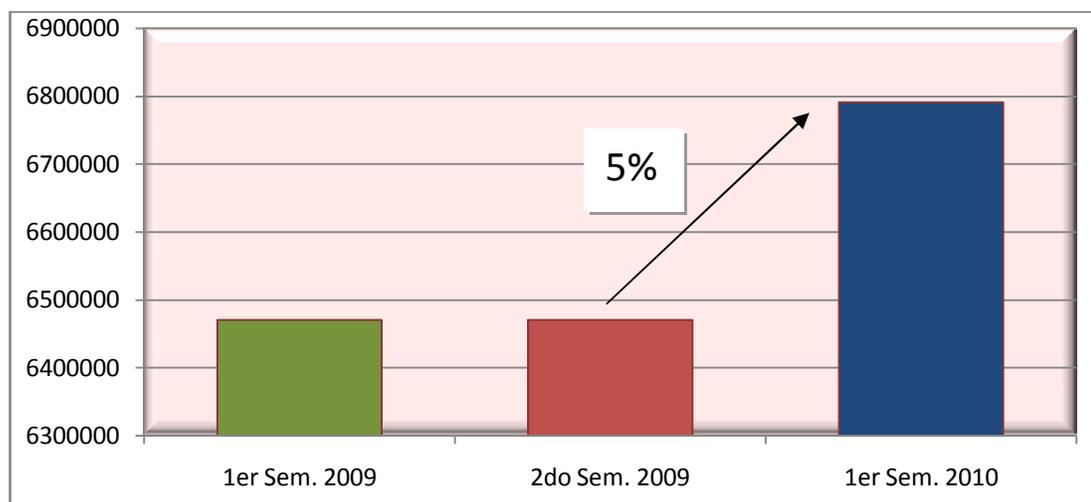
6.3. Programa Integrado de Salud del Niño para la prevención de caries

Cuadro 9. Niños beneficiados derechohabientes de 0 a 9 años de edad en el Programa Integral de Salud del Niño perteneciente a el Programa PREVENIMSS durante el periodo enero 2009 a junio 2010.

AÑO	SEMESTRE	NIÑOS DERECHOHABIENTES DE 0 A 9 AÑOS DE EDAD
2009	Primer semestre	6,470,314
2009	Segundo semestre	6,470,309
2010	Primer semestre	6,790,715

Fuente. Programas Integrados de Salud y Salud Reproductiva, Cobertura de Atención Integral- Informe Mensual. SIAIS

Gráfica 7. Niños beneficiados derechohabientes de 0 a 9 años de edad en el Programa Integral de Salud del Niño perteneciente a el Programa PREVENIMSS durante el periodo enero 2009 a junio 2010.



Fuente directa

El cuadro 9 y gráfica 7 muestra que hay un aumento del 5% o sea 300,000 niños derechohabientes de 0 a 9 años más beneficiados por el Programa Integral de Salud del Niño.



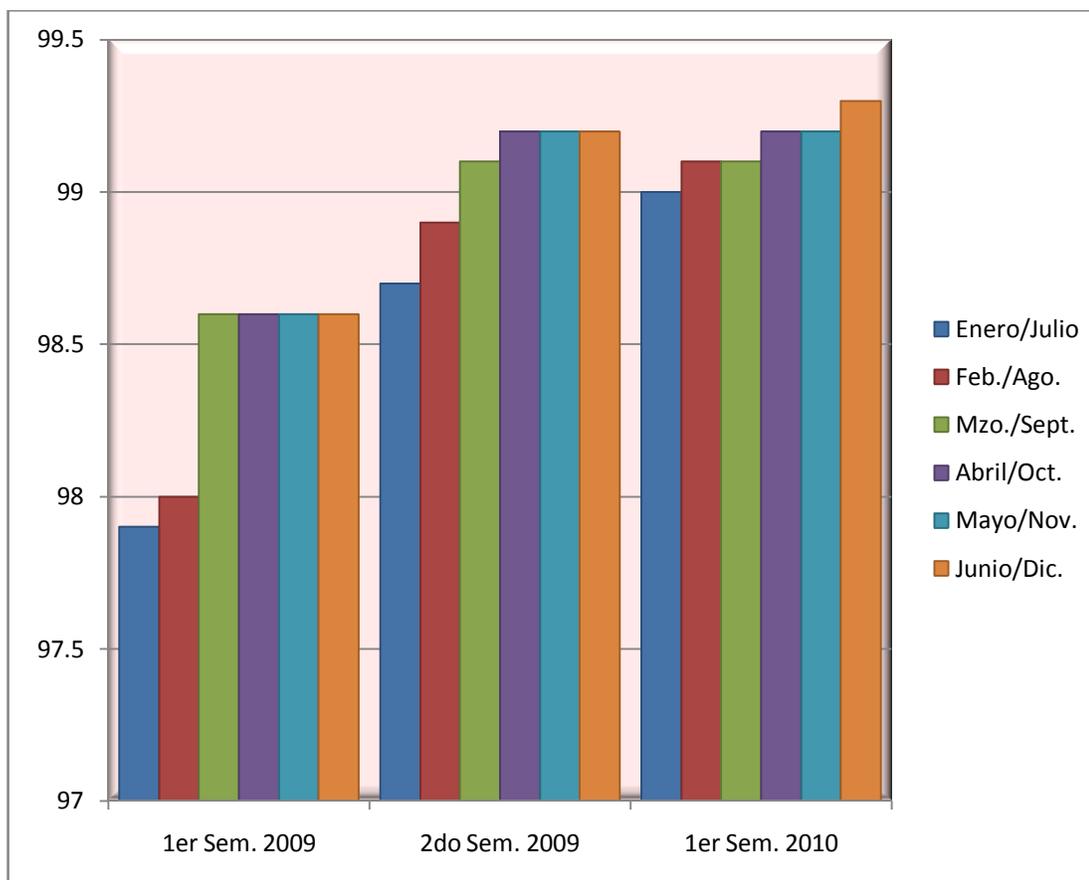
Cuadro 10. Cobertura de Promoción de la Salud y Niños incorporados a protocolos de atención preventiva en el periodo enero 2009 a junio 2010.

Semestre/ Año	Mes	Meta Anual	Datos Mensuales Acumulados (%)
1^{er} Sem. 2009	Enero	>95 %	97.9
	Febrero		98
	Marzo		98.6
	Abril		98.6
	Mayo		98.6
	Junio		98.7
2^{do} Sem. 2009	Julio		98.8
	Agosto		98.9
	Septiembre		99.1
	Octubre		99.2
	Noviembre		99.2
	Diciembre		99.2
1^{er} Sem. 2010	Enero		99
	Febrero		99.1
	Marzo		99.1
	Abril		99.2
	Mayo		99.2
	Junio		99.3

Fuente. Programas Integrados de Salud del Niño, Coberturas y Prevalencias Nacional- Informe Mensual. SIAIS



Grafica 8. Cobertura de Promoción de la Salud y Niños incorporados a protocolos de atención preventiva en el periodo enero 2009 a junio 2010.



Fuente: directa

En el cuadro 10 y gráfica 8 se muestra que la meta anual en la cobertura de Promoción de la Salud y Niños incorporados a protocolos de atención preventiva que es mayor a 95%, se logra y supera en el periodo de enero de 2009 a junio de 2010.



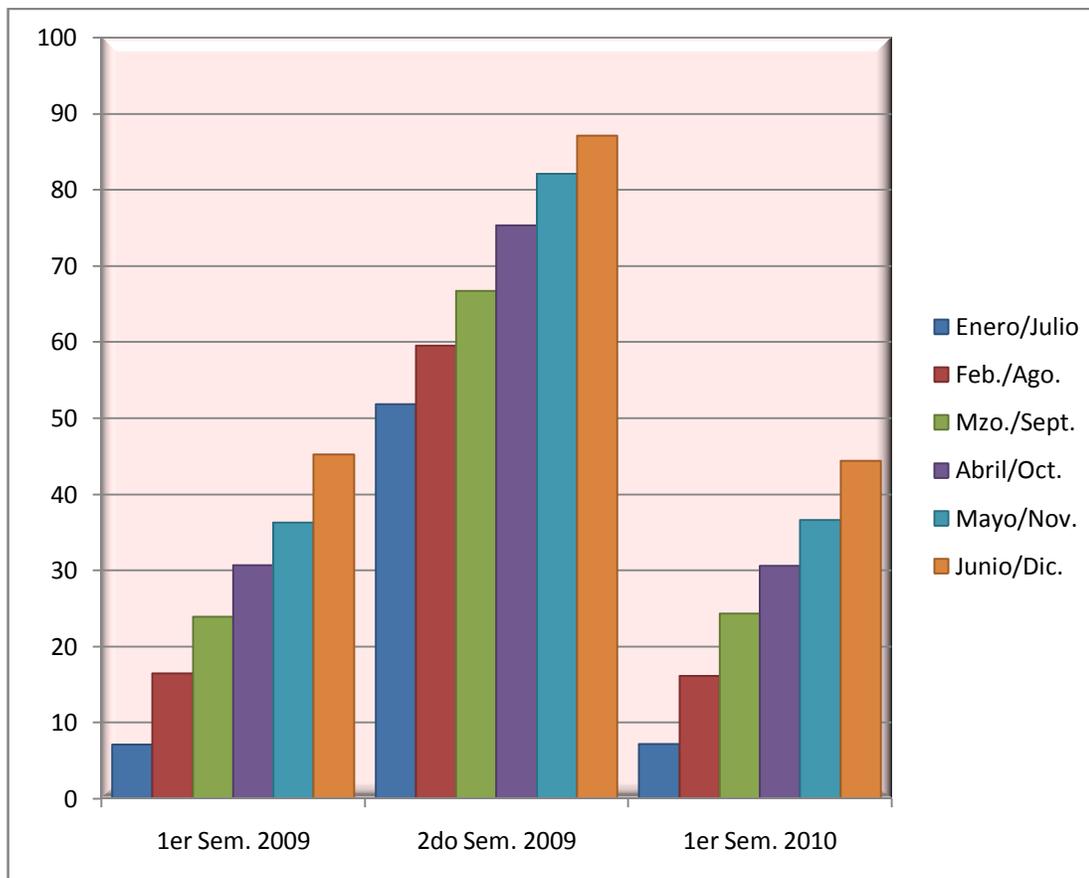
Cuadro 11. Coberturas y prevalencias del Programa Integrado del Niño para la prevención de caries a nivel nacional a partir de los 3 a los 9 años de edad en el periodo de enero 2009 a junio 2010.

Semestre/ Año	Mes	Meta Mensual	Meta Anual	Datos Mensuales Acumulados (%)
1^{er} Sem. 2009	Enero	7.9 %	>95 %	7.1
	Febrero			16.5
	Marzo			23.9
	Abril			30.7
	Mayo			36.3
	Junio			45.2
2^{do} Sem. 2009	Julio			51.8
	Agosto			59.5
	Septiembre			66.7
	Octubre			75.3
	Noviembre			82.1
	Diciembre			87.1
1^{er} Sem. 2010	Enero			7.2
	Febrero			16.1
	Marzo			24.3
	Abril			30.6
	Mayo			36.6
	Junio			44.4

Fuente. Programas Integrados de Salud del Niño, Coberturas y Prevalencias Nacional- Informe Mensual. SIAIS



Gráfica 9. Coberturas y prevalencias del Programa Integrado del Niño para la prevención de caries a nivel nacional a partir de los 3 a los 9 años de edad en el periodo de enero 2009 a junio 2010.



Fuente: directa

En el cuadro 11 y gráfica 9 podemos observar que desafortunadamente no se cubren las expectativas respecto a la cobertura anual, sin embargo, en la meta mensual (7.9%) se cubre y supera dicha meta, a excepción del mes de enero de 2009 y 2010. También se puede identificar que aunque aún no existe información del 2^{do} semestre del 2010, es claro que en este semestre del año aumenta el porcentaje en la cobertura, de esta forma, probablemente se iguale o aumente el porcentaje de la cobertura y prevalencia del Programa Integrado del Niño para la prevención de caries.



Cuadro 12. Coberturas por Delegación de Salud del Niño para la prevención de caries dental partir de los 3 a los 9 años de edad en el año 2009.

Delegación	Prevención y control de enfermedades	Delegación	Prevención y control de enfermedades
	Caries Dental		Caries Dental
Aguascalientes	88.1%	Oaxaca	100%
Baja California	58.6%	Puebla	96.1%
Baja California Sur	81.1%	Querétaro	99.8%
Campeche	100%	Quintana Roo	100%
Coahuila	81.8%	San Luis Potosí	88.2%
Colima	65.3%	Sinaloa	59.3%
Chiapas	100%	Sonora	58.7%
Durango	73.9%	Tabasco	100%
Guanajuato	72.7%	Tamaulipas	83.3%
Guerrero	100%	Tlaxcala	98.9%
Hidalgo	73.8%	Veracruz Norte	100%
Jalisco	78.7%	Veracruz Sur	100%
México Oriente	89.1%	Yucatán	100%
México Poniente	70.7%	Zacatecas	57.7%
Michoacán	100%	DF 1 Noroeste	100%
Morelos	82.6%	DF 2 Noroeste	100%
Nayarit	92.9%	DF 3 Suroeste	92%
Nuevo León	79.9%	DF 4 Suroeste	69.1%

Fuente. Programas Integrados de Salud y Salud Reproductiva, Cobertura de Atención Integral- Informe Mensual. SIAIS



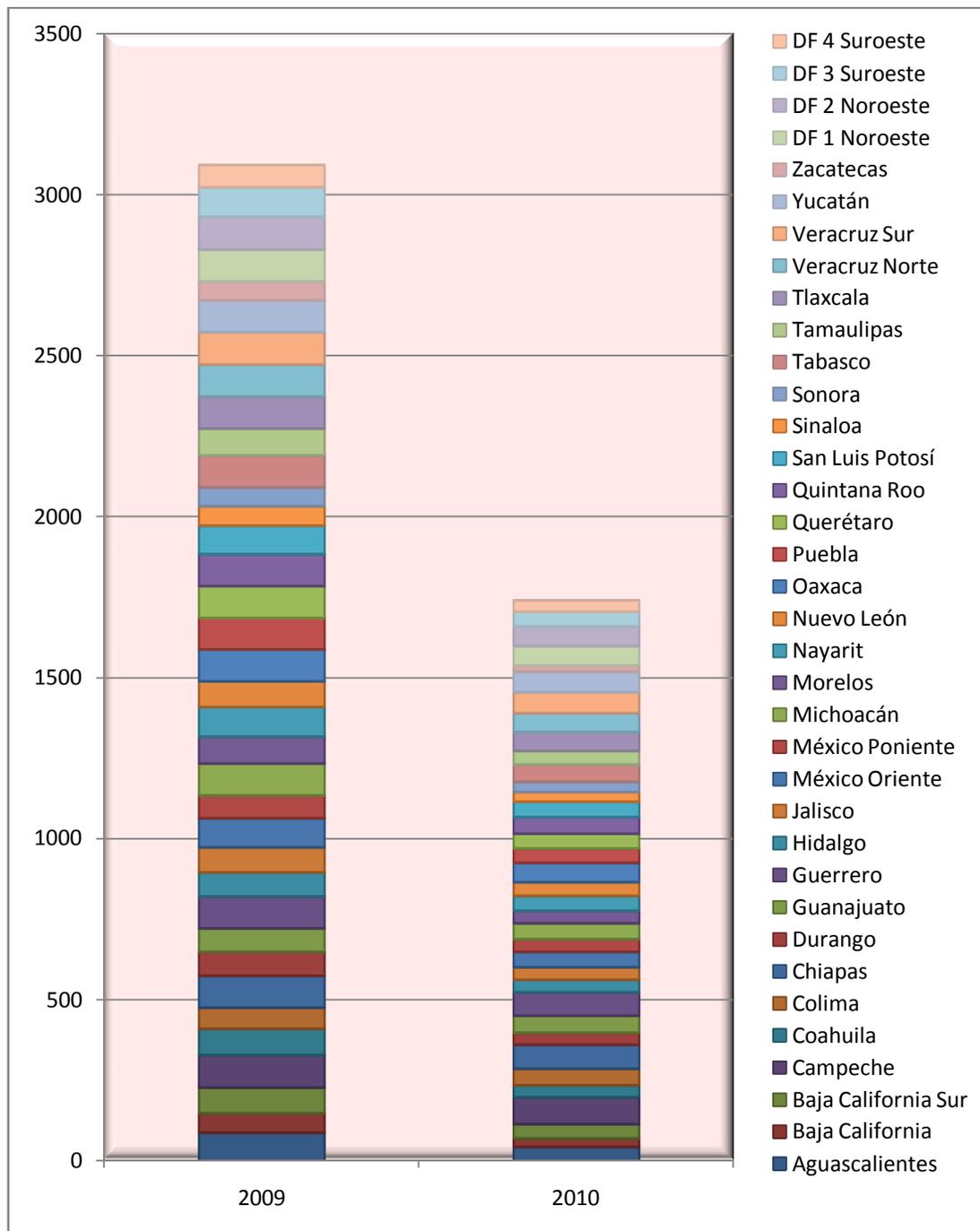
Cuadro 13. Coberturas por Delegación de Salud del Niño para la prevención de caries dental a partir de los 3 a los 9 años de edad de enero a junio del año 2010.

Delegación	Prevención y control de enfermedades	Delegación	Prevención y control de enfermedades
	Caries Dental		Caries Dental
Aguascalientes	42.9%	Oaxaca	60.5%
Baja California	27.2%	Puebla	43.8%
Baja California Sur	44.4%	Querétaro	45.8%
Campeche	81.9%	Quintana Roo	52.5%
Coahuila	38.1%	San Luis Potosí	46.9%
Colima	52%	Sinaloa	30.9%
Chiapas	73.3%	Sonora	32.1%
Durango	37.9%	Tabasco	53.2%
Guanajuato	52.4%	Tamaulipas	41.8%
Guerrero	72.9%	Tlaxcala	59.4%
Hidalgo	40.1%	Veracruz Norte	58.4%
Jalisco	38.8%	Veracruz Sur	65.3%
México Oriente	46.5%	Yucatán	64%
México Poniente	40.3%	Zacatecas	19.2%
Michoacán	49.7%	DF 1 Noroeste	60.9%
Morelos	38%	DF 2 Noroeste	58.8%
Nayarit	46.2%	DF 3 Suroeste	46%
Nuevo León	42.4%	DF 4 Suroeste	36%

Fuente. Programas Integrados de Salud y Salud Reproductiva, Cobertura de Atención Integral- Informe Mensual. SIAIS



Gráfica 10. Coberturas por Delegación del Programa Integrado de Salud del Niño para la prevención de caries dental a partir de los 3 a los 9 años de edad en el año en 2009 y 2010.



Fuente: directa



La meta anual de cobertura para todos los indicadores del Programa PREVENIMSS es mayor a 95%. En el cuadro 12 podemos observar que Delegaciones como Campeche, Chiapas, Guerrero, Michoacán, etc., cubren con la meta, pero desafortunadamente Delegaciones como Zacatecas, Baja California, Sonora, Sinaloa, etc., no llegan a superar el 60% de la cobertura del Programa Integral de Salud del Niño para la prevención de caries de los 3 a los 9 años de edad. Desgraciadamente no se puede hacer el análisis de la meta anual para el 1er semestre del 2010 ya que se necesita la cobertura del 2^{do} semestre para poder ser completo dicho análisis, esto originado por el tiempo en la que se elabora este trabajo.

Aunque en los cuadros 12 y 13, y en la gráfica 10 se observa una clara diferencia en los porcentajes de la cobertura por Delegación respecto a la prevención de caries dental (acciones preventivas), el cuadro 12 muestra el porcentaje de todo el año 2009 y en el cuadro 13 se muestra el porcentaje de enero a junio del 2010, pudiéndonos dar cuenta que en el primer semestre del 2009 se tenía un menor promedio de porcentaje de cobertura respecto al primer semestre del 2010. Dándonos grandes expectativas para el segundo semestre del 2010, aumentando considerablemente el porcentaje promedio final del presente año.



7. CONCLUSIONES

Lamentablemente aún no se subsanan las desigualdades sanitarias, esto obedece a que, las intervenciones —en materia social, política y económica— no consiguen una disminución importante de las diferencias sanitarias en nuestro país. El gradiente social de la salud entre los distintos países y las enormes diferencias entre ellos no van a desaparecer al cabo de un corto tiempo; más bien, el propósito es igualar la terrible injusticia que existe en todo el mundo pase a ser una cuestión prioritaria en los programas de acción a nivel mundial, regional y nacional. El objetivo de los programas preventivos son de mejorar la situación sanitaria y los medios necesarios para llevar a cabo cambios, es factible subsanar esas diferencias en gran medida pero, para ello, es preciso comenzar a actuar de inmediato.

La esperanza de vida de un niño depende enormemente del lugar donde haya nacido. En el Japón o en Suecia, es superior a los 80 años, en México es de 75 años, en el Brasil es de 72, en la India, de 63, pero en algunos de los países africanos, no supera los 50 años. También es muy disímil la esperanza de vida entre los distintos habitantes de un mismo país, diferencia que se observa en todos los países, en los más ricos inclusive. Si bien es probable que la proporción de habitantes pobres y ricos en los países de bajos ingresos no sea la misma que en los países ricos, no deja de ser verdad que los más ricos prosperan y los menos ricos, no.

La inequidad sanitaria es un conjunto desafortunado de sucesos vinculados y no son las diferencias entre el comportamiento de distintas personas lo que ocasiona que la situación sanitaria de algunos países y grupos demográficos se mantenga en un grado de precariedad respecto de la situación de los demás. Es injusto que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud cuando es posible evitarlas mediante la aplicación de medidas razonables, tanto en la esfera mundial como dentro de cada sociedad.



En lo referente al Programa Integral de Salud del Niño para la prevención de caries, las acciones preventivas tuvieron una cobertura mediana, ya que el impacto y cobertura esperados por del Programa es más del 95% a nivel nacional. Probablemente por la falta de interés de las autoridades, de directivos médicos, de la población, del gobierno, etc.

Las coberturas obtenidas los tres semestres analizados muestran un incremento paulatino y sostenido en todos los grupos de edad. Estos resultados se relacionan con el aumento en la utilización de los servicios preventivos. Sin embargo, este incremento no fue suficiente para incorporar a todos los derechohabientes. **Es por ello que, existe la necesidad de desarrollar diferentes estrategias sustentables, de acuerdo a la idiosincrasia de las diversas comunidades.**



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, Rafael A. SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA. 3ª Edición. México: Editorial El Manual Moderno, 2002. Pp. 20-40.
2. Sistema Nacional Vigilancia Epidemiológica. EPIDEMIOLOGÍA. No. 28, Vol. 20, semana 28, julio del 2003.
3. Salleras, Sanmartí. L. EDUCACIÓN SANITARIA Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Editorial Ediciones Díaz De Santos 1985. Pp. 29-141.
4. López, Ma. Concepción. SALUD PÚBLICA. 1ra Edición. México: Editorial McGraw-Hill, 1993. Pp. 8-40.
5. Daniel Alatorre Reyes, Lorena Llanes Arena. Libro de sexto grado SEP. Pp. 40-45.
6. Barquin, C. "Historia de la Medicina" 5ª Edición. Cd. De México: Editorial Nueva Editorial Interamericana. 1985. Pp. 25-30.
7. Álvarez, J. *et. al.* HISTORIA DE LA SALUBRIDAD Y DE LA ASISTENCIA EN MÉXICO. 1ª Edición. Cd. De México: Editorial Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA), 1960. Pp. 243-245.
8. Bustamante, M. *et. al.* LA SALUD PUBLICA EN MÉXICO 1959-1982. 1ª Edición. Cd. de México: Editorial Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) ,1982. Pp. 38-42.
9. Carrillo, A. (1999). HACIENDO HISTORIA "La Salud Pública en el Porfiriato". Res. 1999; marzo-abril (1): 18-23. Cd. de México: Editorial Facultad de Medicina UNAM.
10. Mathus Robles, M.A.: "La Lucha contra la Pobreza en México" en Observatorio de la Economía Latinoamericana, N° 109, 2009. <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/2009/mamr.htm>
11. www.cndh.org.mx
12. Chan, M. REGRESO A ALMA-ATA. 2008 http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/



13. <http://www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>
14. Barrancos, J. OPERATORIA DENTAL. 3ª Edición. Editorial Médica Panamericana, 1999. Pp. 334-335, 632-640.
15. Medina-Solis C., Maupomé G., Ávila-Burgos L., POLÍTICAS DE SALUD BUCAL EN MÉXICO: DISMINUIR LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES. UNA DESCRIPCIÓN
Vol. 17/No. 4/Octubre-Diciembre, 2006
Rev. Biomed 2006; 17:269-286
16. Norma Oficial Mexicana NOM-40-SSA1-1993. BIENES Y SERVICIOS, SAL YODADA Y SAL YODADA FLUORADA, ESPECIFICACIONES SANITARIAS.
17. <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=146>
18. Gutierrez G., Perez-Cuevas R., Levy S.: Strengthening preventive care programs: a permanent challenge for healthcare systems; lessons from PREVENIMSS México.
BMC Health 2010, 10:417. PubMed Abstract | Publisher Full Text
19. http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/11/08_enportada/8
20. <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=28618&idsec=282>
21. <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/index.htm>
22. Instituto Mexicano del Seguro Social. ENCOPREVENIMSS. 2007
23. Varela, M. PROBLEMAS BUCODENTALES EN PEDIATRÍA. 1ra Edición. Madrid: Editorial Ediciones Ergon, S.A. 1999. Pp. 1-7, 59-61.
24. http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Tabla.aspx?ID=SCRS04_0020_01&OPC=opc04&SRV=M00-1
25. <http://www.rae.es/rae.html>
26. http://www.148.245.4.14/ControlMedico/Difusion/Documents/programa_prevenimss.pdf
27. www.imss.gob.mx



28. Instituto Mexicano del Seguro Social. Jefatura Delegacional de Servicios Médicos. FOMENTO A LA SALUD DENTAL.
29. Maupomé G., C.D., M.SC., PH.D., Díez de Bonilla J.: La educación dental en un momento crítico. Consideraciones generales en el entorno profesional de América del Norte.

Print version ISSN 0036-3634

Salud Pública Méx. Vol. 39 No. 6 Cuernavaca Nov. /Dec. 1997

SCiELO Public Health. doi: 10.1590/S0036-36341997000600009



9. ANEXOS

- ANEXO 1 Oficio de presentación a la Coordinación de Programas Integrales de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ANEXO 2 Oficio de agradecimiento a la Dra. Rosa Elia Maldonado Macías, Médico No familiar de la Coordinación de Programas Integrales de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- GLOSARIO



Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA

COORDINACIÓN DE LA ASIGNATURA DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Asunto: Facilidades para obtener información del Programa Integral de Salud del Niño durante el periodo de enero 2009 a junio 2010.

Dr. Álvaro Julián Mar Obeso
Jefe de Unidad de Salud Pública.
Presente

At'n: Dra. Rosa Elia Maldonado Macías
Medico No Familiar
Coordinación de Programas Integrados de Salud.

Por este medio presento a Usted a la alumna **LUNA ALONSO CYNTHIA ITZÉ** con número de cuenta **40407463-2** inscrita en el "SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD" en esta Facultad, quien actualmente se encuentra elaborando la tesina sobre **IMPACTO DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD DEL NIÑO PARA LA PREVENCIÓN DE CARIES EN PACIENTES DERECHOHABIENTE DEL IMSS DURANTE EL PERIODO ENERO 2009 A JUNIO 2010**, bajo la tutoría de la C.D. Blanca Susana Obregón Castellanos.

Por tal motivo me dirijo a Usted solicitando su valiosa colaboración para que le otorguen las facilidades convenientes a la alumna para que pueda desarrollar este trabajo.

Agradecimiento de antemano las atenciones que se sirva prestar a la presente, quedando de Usted reciba un cordial saludo.

Atentamente

La Coordinadora

C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
Tel. 5623. 2242



Coordinación de Educación para la Salud



Anexo 2



CYNTHIA ITZÉ LUNA ALONSO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

COORDINACIÓN DE LA ASIGNATURA DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Asunto: Agradecimiento

Dr. Álvaro Julián Mar Obeso
Jefe de Unidad de Salud Pública.
Presente

At'n: Dra. Rosa Elia Maldonado Macías
Medico No Familiar
Coordinación de Programas Integrados de
Salud.

Por medio del presente me dirijo a Usted para agradecer su valiosa colaboración, otorgando las facilidades necesarias y permitir el acceso a la información estadística que resguardan en las instalaciones a su digno cargo a la alumna **LUNA ALONSO CYNTHIA ITZÉ** con número de cuenta **40407463-2**, inscrita en el **SEMINARIO DE TITULACIÓN "EDUCACIÓN PARA LA SALUD"** en esta Facultad, quien actualmente se encuentra elaborando la Tesina de:

"IMPACTO DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD DEL NIÑO PARA LA PREVENCIÓN DE CARIES EN PACIENTES DERECHOHABIENTE DEL IMSS DURANTE EL PERIODO ENERO 2009 A JUNIO 2010."

Reciba mi más alto reconocimiento por su trayectoria laboral y un cordial saludo, para cualquier consulta o comentario me pongo a su disposición.

Atentamente

La Coordinadora

C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
Tel. 5623. 2242



Coordinación de Educación para la Salud





Glosario

1. Cobertura. Cantidad o porcentaje abarcado por una cosa o una actividad.
/ Extensión territorial que abarcan diversos servicios, especialmente los de telecomunicaciones.
2. Impacto. Tratar de determinar lo que se ha alcanzado. / El impacto de un proyecto o programa social es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de la población objetivo como resultado de la entrega de productos (bienes o servicios).
3. Índice. Número de personas que siguen un medio de comunicación o un programa en un período de tiempo determinado.
4. Sustentable. adj. Que se puede sustentar o defender con razones.
5. Sustentar. Conservar algo en su ser o estado. / Sostener algo para que no se caiga o se tuerza. / Defender o sostener determinada opinión.