



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**IMPACTO EN LA COBERTURA DEL PROGRAMA
SEMANAS NACIONALES DE SALUD BUCAL EN LA
POBLACIÓN MEXICANA**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

LAURA BÁRBARA VELÁZQUEZ OLMEDO

DIRECTORA: MTRA. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA

ASESORA: MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA

MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MI MAMÁ

Por darme la vida y todo su amor, saber guiarme hasta donde he llegado, apoyarme en todo momento y haberme enseñado a querer a mi Universidad.

Por darle a mi vida luz, alegría y confianza en mí misma, pero sobre todo por ser la mejor obra de Dios.

A MI HERMANA

Por el profundo sentimiento de compartirlo todo, ocupadas con distintos intereses pero siempre cerca.

Luchando para lograr nuestras metas, pero sin perdernos de vista la una a la otra.

Viviendo nuestras propias vidas, pero *siempre juntas*.

A JOSS

Por brindarnos a mi hermana y a mí el cariño y preocupación de un padre hacia sus hijos.

Por enseñarme el valor de la responsabilidad y por su ejemplo.

A MIS TÍAS, TÍOS Y PRIMOS

Por hacerme saber a cada momento que están siempre a mi lado, darme su confianza y sin importar distancias saber que cuento con ellos.

A MIS MAESTROS

Por sus enseñanzas desde cantos y juegos, hasta mi formación profesional.

A MIS AMIGOS

Alma, Silvia, Guieeshuba, Karina, Diego y Godoy, por la alegría, el optimismo y amistad que me brindaron en estos años.

Adrián y Tere por ser mi apoyo incondicional.

A LA MTRA. MA. CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA

Por su apoyo, paciencia y dedicación en la elaboración de esta tesina.

A LA MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA

Por su valiosa colaboración.

A LOS DOCTORES:

DR. HERIBERTO VERA HERMOSILLO, DR. JESÚS SILVA GASPAR Y DR. CARLOS SANZ BEAR

Por su invaluable aportación e incondicional ayuda.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
1. SALUD PÚBLICA.....	7
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Asistencia Sanitaria.....	12
1.3 Funciones generales.....	13
1.4 Carta de Ottawa.....	14
1.4.1 Medidas preventivas en Salud Bucal.....	16
1.4.1.1 Fluoración.....	16
1.4.1.2 Programas en salud.....	19
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
3. JUSTIFICACIÓN.....	26
4. OBJETIVOS.....	27
4.1 Objetivo general.....	27
4.2 Objetivos específicos.....	27
5. METODOLOGÍA.....	28
5.1 Material y método.....	28
5.2 Tipo de estudio.....	29
5.3 Población de estudio.....	29
5.4 Variables.....	29
5.5 Operacionalización de variables.....	30
5.6 Captura de la información.....	31
5.7 Análisis de la información.....	31
5.8 Recursos.....	32
5.8.1 Humanos.....	32
5.8.2 Materiales.....	32
5.8.3 Financieros.....	32



6. RESULTADOS	33
6.1 Distribución de la población.....	33
6.2 Programa Semanas Nacionales de Salud Bucal.....	38
7. CONCLUSIONES	46
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
9. ANEXO	51
Anexo 1 Carta de presentación al Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.	
Anexo 2 Carta de agradecimiento al Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.	



INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los Estados Unidos Mexicanos se encuentran actualmente entre los países con mayor índice en la frecuencia de enfermedades bucales, siendo la caries dental la que afecta a más de un 90% de la población (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica).

La salud pública es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a mejorar la salud de la población. Las acciones para la salud pública como la promoción de la salud y de asistencia sanitaria son llevadas a cabo por los Servicios de Salud (Salleras, Sanmartí. L. 1985).

En este contexto en México se han instrumentado dos acciones en salud pública encaminadas a la protección de la salud bucal de la población, la primera de impacto nacional fue la fluoración de la sal en 1991 para la prevención de caries dental (debido a que la sal es consumida por toda la población) y en 1998, la implementación del *Programa Semanas Nacionales de Salud Bucal*, en las cuales el Sistema de Salud y el gobierno participan para atender las necesidades de salud bucodental de la población.

Este programa tiene como prioridad prestar servicios de salud bucal a comunidades lejanas que no tienen acceso a un sistema de salud, así como evitar de manera preventiva la aparición o agudización del proceso carioso, y otras enfermedades bucodentales. Con esta disposición se realizan actividades para coadyuvar a la incapacidad que tiene el sector salud de cumplir cabalmente con lo que establece la constitución política en su artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud"



(Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos) debido entre otros factores a la lejanía de los Centros de Salud en las comunidades rezagadas, a la falta de recursos sanitarios y a que en algunos Estados de la República Mexicana no toda la población es derechohabiente a alguna Institución del Sector Salud.

Aunado a esta circunstancia se suma la privatización de la atención en Instituciones Hospitalarias, el alto costo de la atención odontológica por la práctica privada del cirujano dentista prevalente; las cuales se han convertido en obstáculos adicionales para la Secretaría de Salud.

Ante tal panorama, este estudio tiene el propósito de identificar el impacto de cobertura que ha tenido el *Programa de Semanas Nacionales de Salud Bucal* en la población mexicana, a través del análisis de los resultados obtenidos desde su instrumentación.



1. SALUD PÚBLICA

La Salud Pública en su concepción más moderna es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad (Salleras, Sanmartí. L. 1985).

Las actividades propias de los servicios de salud son la promoción de la salud (fomento y protección de la salud) restauración de la salud (asistencia sanitaria) y las funciones generales o de servicio. Todas las acciones organizadas de la comunidad dirigidas a la prevención de enfermedades y a promover el óptimo estado físico, mental y social de la población, son acciones de promoción de la salud. Todas estas acciones o actividades, tanto las propias de los Servicios de Salud, como las comunitarias, son actividades o funciones de la Salud Pública (Salleras, Sanmartí. L. 1985).

1.1 Antecedentes

Desde hace siglos en la época precristiana, se han implementado acciones colectivas organizadas de protección a la salud; de hecho se tienen como antecedentes que 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” (Salleras, Sanmartí. L. 1985).

Los *hebreos*, llevaron todavía más lejos las prácticas y concepciones higiénicas, al incluir en La Ley mosaica lo que se considera como el primer código de higiene escrito, el Levítico, escrito hacia el año 1,500 a.C., en este documento se menciona una extensa variedad de deberes personales y



comunitarios, entre ellos la limpieza del cuerpo, el aislamiento de los leprosos, la desinfección de las viviendas después de una enfermedad, la eliminación de las materias fecales, la protección del agua y de los alimentos y de la higiene de la maternidad (Salleras, Sanmartí. L. 1985).

En la *civilización griega*, 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. De la misma manera, el *Imperio Romano*, sobresale por sus realizaciones en los campos de la higiene personal y de la ingeniería sanitaria. Durante esta época se construyeron numerosos baños públicos y se estableció un suministro adecuado de agua mediante acueductos. Es de interés mencionar, que algunos de estos acueductos y parte de los desagües subterráneos (cloacas) que construyeron continúan en uso y han sido incorporados al sistema de agua y de alcantarillado que actualmente se utilizan en la ciudad de Roma (Salleras, Sanmartí. L. 1985).

Salleras comenta que ciertos autores han expresado dudas sobre si los griegos y los romanos aplicaban todas estas medidas con un concepto real de Salud Pública o por una simple exaltación del refinamiento del espíritu ético, esto debido a la actitud de los griegos para con los débiles, los enfermos y los inválidos, que no solo no eran tenidos en cuenta, sino que, en algunos casos, eran deliberadamente eliminados.

Durante la *Edad Media*, se produjo una reacción contra todo lo que recordaba al Imperio Romano de aquella época, el desprecio a las cosas mundanas y físicas, pasaron a ser las normas de conducta, llegando a provocar un cambio marcado de actitud en relación con el saneamiento y la



higiene personal. La gente casi nunca se bañaba y llevaba ropa sucia, se descuidaba el saneamiento, y se dejaban acumular desperdicios y excrementos en 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 las epidemias más terribles de la historia de la humanidad (Salleras, Sanmartí. L. 1985).

La lepra se extendió probablemente desde Egipto a Asia Menor, y posteriormente se propagó por toda Europa. Para combatirla en todo el continente se dictaron leyes que reglamentaron la conducta y los movimientos de los leprosos. En muchos lugares se decretó su muerte civil quedando excluidos de toda comunidad humana, consiguiendo un doble resultado, aislar radicalmente a los afectados y provocar su muerte rápida por la carencia de alimentos y a su exposición permanente a las inclemencias del tiempo. Estas medidas, aunque inhumanas, prácticamente erradicaron la lepra en Europa hacia el siglo XVI, no siendo así en el resto del mundo, estas acciones pueden considerarse como la primera victoria epidemiológica. La lepra empezaba a declinar cuando aparece una amenaza más mortífera, la peste bubónica, que se extendió gracias a los contactos comerciales entre Europa, Oriente Medio y Asia. Se dice que ninguna calamidad, anterior o posterior, se acercó tanto como ella al exterminio total de la raza humana. Se estima en 25 millones el número total de muertos en el viejo continente, a consecuencia de esta epidemia (Salleras, Sanmartí. L. 1985).



La segregación de los leprosos, las medidas de cuarentena marítima (por primera vez en Venecia en 1349, con una duración de dos meses, reducida después a 40 días) y el establecimiento en tierra de cordones sanitarios, son las primeras medidas gubernativas consideradas como verdaderas acciones de salud pública, dirigidas a la protección de la salud mediante actividades realizadas de forma organizada y sistémica (Salleras, Sanmartí. L. 1985).

En México las culturas Mesoamericanas que destacan en el periodo clásico (200 a. de n.e. a 900 a. de n.e.) son la Teotihuacana y los Aztecas que contaron con grandes obras que les permitían llevar agua limpia a sus respectivas ciudades, así como deshacerse del agua sucia. La cultura Azteca se creó en islotes dentro de un gran lago, por lo cual desarrollaron medidas para evitar su contaminación por medio de la construcción de acueductos al igual que el Imperio Romano. No siendo así después de la llegada de los conquistadores españoles, puesto que al no continuar con este desarrollo sufrían constantes inundaciones e hicieron de esta una de las ciudades más sucias del mundo (<http://es.wikipedia.org> (2007), Rodríguez A. -1995-).

Al pasar de los años, durante el régimen porfiriano (1876-1910) en todo el país la población moría por tuberculosis, sífilis, viruela, peste, fiebre amarilla, el paludismo y el tifo, padecimientos que se veían agravados por el hambre y el incremento de contagio a través de ratas. Debido a los daños causados por estas epidemias se realizaron investigaciones médicas en donde se identificaron las causas de varias enfermedades, por lo que se pudieron preparar vacunas y sueros para prevenirlas o curarlas, así como también para saber su modo de transmisión para producir un cambio radical en la manera de enfrentarlas. El médico Eduardo Liceaga presidente del Consejo Superior de Salubridad de 1885 a 1913 fue el personaje más importante de



la salud pública, impulsó la enseñanza clínica, fundó el Hospital General, el Manicomio de la Castañeda, y fue uno de los participantes en la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902 (Álvarez J. 1960 - Bustamante, M. 1982 - Carrillo A. 1999). En este mismo año, se dictaron en México las primeras medidas para combatir el paludismo y la fiebre amarilla, eliminando el medio de transmisión que era el mosquito: 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 antivarilosa 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 (Carrillo A. 1999).

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 cinematográficos, 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 (Carrillo A. 1999).



1.2 Asistencia Sanitaria

Las acciones de restauración de la salud comprenden todas las actividades organizadas que se implementan para recuperar la salud en caso de su pérdida, estas se llevan a cabo a través de la asistencia sanitaria, la rehabilitación y reinserción social, las cuales se realizan en dos niveles: primario (centro de salud) y secundario (hospitalario) (Salleras, Sanmartí. L. 1985).

De acuerdo a Salleras, la asistencia primaria integral o medicina de la comunidad tiene como principales características:

- Atender las necesidades de salud de la comunidad además de la enfermedad.
- Realizar de forma integrada funciones de promoción de la salud (educación sanitaria y medicina preventiva) de asistencia sanitaria y de trabajo social.
- Atender los factores ambientales causantes de enfermedad, denunciando las deficiencias y promoviendo su corrección.
- Acercarse al individuo al que educa sanitariamente, previene sus enfermedades y le atiende en caso de enfermedad.
- Realizar esta tarea en Centros de Salud ubicados en la propia comunidad asistida.
- Prestar la asistencia de forma integrada por el equipo médico primario (médicos, personal de enfermería y personal de trabajo social), y
- Coordinar los Centros de Salud en conjunto con un Hospital de Distrito ubicado en la comunidad o cerca de ellas, donde se presta la asistencia secundaria.



Asimismo, precisa que en los centros asistenciales primarios (centros de salud) y secundarios (hospital de distrito), la asistencia se presta de forma gradual o escalonada.

La asistencia secundaria se encuentra a cargo de los hospitales, se conecta estrecha y coordinadamente con la asistencia primaria y se realiza en dos niveles:

- Hospital de Distrito.- se tratan los problemas que no pueden ser resueltos en el Centro de Salud.
- Hospital Regional.- se atienden los problemas que requieren de alta especialización.

1.3 Funciones generales de los servicios de salud

De acuerdo con la asistencia sanitaria, los servicios de salud incluyen aquellas actividades que son fundamentales para el ejercicio de las funciones antes mencionadas y constituyen la infraestructura imprescindible para ejercer la Salud Pública. Tanto para la planificación de las acciones en salud pública como para su administración, ejecución y evaluación, son esenciales las estadísticas demográficas (volumen, estructura y dinámica de la población) las estadísticas epidemiológicas (morbilidad, mortalidad, hábitos insanos, saneamiento del medio) así como, la utilización de los recursos de salud para poder ejercer así una medida contra las enfermedades transmisibles (diagnóstico de la enfermedad, vigilancia epidemiológica, elaboración de productos biológicos) y contra la contaminación del medio ambiente (agua, aire, suelo, alimentos, etc.) (Salleras, Sanmartí. L. 1985).



Salleras también considera de vital importancia conocer la frecuencia y distribución de los problemas de salud de la comunidad y de los factores causales de esta frecuencia y distribución, ya que ello coadyuvará a la acción frente a los problemas de salud prevalentes y a la atención de las prioridades. Por lo anterior, la legislación es básica en todas las fases de la Salud Pública, tanto para el control de los factores nocivos del medio ambiente, como para el desarrollo y puesta en marcha de los Programas de Salud. Para atender estas necesidades por medio de los Programas de Salud, la investigación aplicada debe formar parte de la labor diaria de los Servicios de Salud, y los Programas deben desarrollarse de acuerdo con los resultados de esta investigación.

1.4 Carta de Ottawa

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud se organizó en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, y dentro de las políticas recomendadas se emite la Carta dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000” como una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo, cabe destacar que la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, fue adoptada por los 112 participantes de 38 países (www.paho.org).

Con esta misiva se reconoce que sin lugar a dudas las condiciones y requisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Por lo tanto, se reconoce como fundamental proporcionar información y educación para la salud para mejorar las capacidades aplicadas a la vida cotidiana. En este sentido, “...cualquier mejora de salud debe basarse necesariamente en estos requisitos...”. Con tal propósito su



objetivo radica en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, debido a que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (www.paho.org).

La salud es considerada como el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante en la calidad de vida. Con esta concepción, se reconoce que los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir a favor o en el deterioro de la salud. Por lo tanto, la promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria, reducir las diferencias del estado actual de la salud y asegurar la igualdad proporcionando los medios que permitan a la población desarrollar al máximo su salud, basándose en el acceso a la información, a oportunidades que la lleven a una participación comprometida en términos de salud. Las personas que no sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud no podrá alcanzar su plena salud potencial (www.paho.org). Sin embargo, esta aseveración no puede ser del todo cierta, ya que existen circunstancias en las que el individuo no tiene intervención directa para promover su salud, entre otras limitantes se encuentran principalmente a la incapacidad económica, desigualdad en la prestación de servicios públicos por la existencia de niveles sociales y la inequidad de género.

El sector sanitario, no puede proporcionar por sí mismo las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud, la promoción de la salud exige la acción coordinada de los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones



benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las personas de todos los medios sociales están involucrados como individuos, familias y comunidades, por lo tanto a la sociedad, a los profesionales y al sector salud les corresponde la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud (www.paho.org).

Esta consideración implica necesariamente que se desarrollen estrategias y programas de salud de acuerdo a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región, teniendo en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos que las determinan.

1.4.1 Medidas preventivas en salud bucal

En odontología se han introducido medidas para prevenir las afecciones bucales, en principio dirigidas a la caries que es la enfermedad de mayor incidencia y a las periodontopatías (enfermedades de la encía) causadas por la carencia de hábitos de higiene, de información o por enfermedades sistémicas en la población.

1.4.1.1 Fluoración

Debido a que la caries es la principal patología que afecta a la salud bucal de las personas a nivel mundial y nacional, desde el siglo pasado la literatura reporta las primeras investigaciones sobre la influencia que tiene el fluoruro en la protección de los dientes contra este padecimiento. La investigación del flúor en odontología tuvo sus inicios en 1901, cuando un joven dentista Frederick McKay del estado de Colorado, observó que la población infantil tenía manchas cafés en los dientes. Algunos residentes atribuían este



problema a comer carne de puerco en exceso, leche de mala calidad o tomar agua con exceso de calcio (Briceño, Cerda J. 2001).

Con estos hallazgos, Mckay desarrolló investigaciones que fueron ignoradas y rechazadas por los dentistas del pueblo. No fue sino hasta 1909, a la llegada del investigador odontológico Dr. G. V. Black, que Mckay tuvo un avance sustancial en su trabajo, ya que al colaborar en esta investigación descubrieron que no sólo afectaba a los dientes infantiles, sino que también a la dentición adulta, siendo estos dientes sorprendentemente resistentes a la caries. Al tratar de explicar la causa de esta situación, Mckay sostenía la teoría de que había un ingrediente en el agua como lo habían sugerido los residentes. Mediante un análisis fotoespectrográfico, se mostró que el agua de este lugar tenía altos niveles de flúor (Briceño. Cerda J. 2001). El flúor es un elemento no metal, clasificado como halógeno, que a temperatura ambiente se encuentra en estado gaseoso. Posee la propiedad de ser el elemento más electronegativo, por lo que se presenta asociado con otras sustancias formando distintos compuestos (Escobar, Muñoz. F. 2004).

En odontología siguieron avances posteriores como el descubrimiento realizado por Dean en 1942 acerca de la asociación del agua fluorada con la incidencia de caries impulsando con ello su utilización en odontología con dos importantes innovaciones: en 1945 se comienza con la fluoración artificial del agua, y la segunda consiste en la investigación y el desarrollo de agentes fluorados tópicos, aplicables directamente sobre la superficie del diente. De manera sistémica al consumirse a través del agua u otros productos, el flúor se deposita rápidamente en huesos y tejidos, existiendo una distribución más homogénea si está presente durante los períodos de calcificación (crecimiento y desarrollo). De manera tópica actúa facilitando la



mineralización del esmalte dental, fijándose en la etapa de remineralización del esmalte por intercambio iónico con el medio salival, y limitando la desmineralización ingresando iones hidrógeno con flúor, haciendo menor la pérdida de mineral y más rápida su recuperación (Barrancos, Money J. 1999 - Escobar, Muñoz. F. 2004).

En el primer caso al comprobar que el agua fluorada estaba ligada a una menor incidencia de caries, se realizaron estudios que indican que las aguas superficiales contienen bajos porcentajes de flúor, con niveles menores a 1 ppm (parte por millón) y que el agua subterránea tiene un mayor contacto con minerales por lo que adquiere concentraciones más elevadas (Barrancos, Money J. 1999). En este contexto la Norma Oficial Mexicana no. 40 recomienda una concentración no mayor a 0,7 mg/l de fluoruro para consumo humano.

Con estos antecedentes diversos países del mundo han adoptado como medida de protección a la salud bucal la fluoración del agua y la sal de consumo humano, dado que “el contenido de flúor en la sal y el agua es un parámetro de calidad relacionado directamente con la salud bucal” (www.federacionodontologicacol.com).

En Colombia al igual que en otros países, los programas de prevención en salud bucal, se iniciaron con base en el control de la fluoración del agua potable (programa nacional de fluoración de acueductos en 1969) y con la autoaplicación por parte del individuo de fluoruro de sodio al 2%, durante 4 días seguidos en una serie anual. De acuerdo a los resultados, no se cumplieron los objetivos de impacto o cobertura a toda la población por diferentes razones, entre lo que se destaca que siendo Colombia un país subdesarrollado en donde solo un grupo de colombianos consumen agua



potable, se dificulta el utilizar este medio como vehículo para el suministro masivo de fluoruro. No obstante, diez años después se hizo una evaluación en siete grupos de diferentes edades, comprendidas entre 8 y 14 años, identificando una notable reducción en la aparición de caries y en la mortalidad dentaria, aunado a la disminución de costos por atención odontológica que representa para la Secretaria de Salud y Bienestar Social de Medellín. (www.federacionodontologicacol.com).

En México la fluoración de la sal fue implementada durante 1991 como medida preventiva, fecha en que se produjeron toneladas de sal yodada-fluorada destinadas al consumo de la población de la República Mexicana; (de acuerdo al Programa Nacional de Fluoración de Sal de mesa) con excepción de algunos municipios de los estados de Aguascalientes, Baja California, Durango, San Luis Potosí, Sonora y Zacatecas, que de acuerdo con la NOM-40 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" (Norma Oficial Mexicana NOM-040-ssa1-19939).

1.4.1.2 Programas en salud bucal

Los programas de salud bucal son estrategias dirigidas a mantener un nivel de salud óptimo en beneficio de la comunidad.

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.



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: revisión anual, higiene bucal, fluoruro tópico, selladores de foseetas y fisuras en los primeros y segundos molares, eliminación de cálculo y extracciones.

Los niños que requieren tratamientos especiales son remitidos a dentistas privados con los 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 (www.economiadelasalud.com).

En este país se impulsan programas de salud bucal como resultado de haber obtenido en 2003 un elevado porcentaje de población que prefería la asistencia odontológica privada, debido a la falta de prestaciones que ofrece el sistema sanitario público. Para contrarrestar esta situación, el sector sanitario pronuncia que son fundamentales los planes de salud y campañas de información y prevención, para disminuir la prevalencia de la caries dental, la periodontitis o el cáncer de boca, y así poder prestar mayor atención a la población evitando costos más elevados en los tratamientos (www.economiadelasalud.com).

En Murcia, otra región de España, se identificó que la caries y la enfermedad inflamatoria de las encías son unas de las enfermedades más frecuentes en 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, contemplando también algunos tratamientos que cubren las patologías más frecuentes que se presentan en la infancia. Este programa es gratuito y va dirigido a todos los niños de entre 6 a 11 años con asistencia sanitaria proporcionada por el Servicio Murciano de Salud (que poseen Tarjeta Sanitaria). El programa se planeó para que año con año se incorporen los niños que cumplen 6 años de edad (www.murciasalud.es).

En México, a pesar de la fluoración de la sal como medida de prevención en la actualidad se mantiene esta patología (caries) y se continúan realizando tratamientos agresivos que provocan otro tipo de problemas, como las maloclusiones, disfunción de la articulación temporomandibular y deficiencia en la masticación, entre otras. Los malos hábitos alimenticios de la población, la poca cultura del autocuidado, y el alto costo de la atención odontológica son factores que requieren de otras medidas de mayor impacto. Por lo que el gobierno estableció como elemental en el Plan Nacional de Desarrollo fortalecer las medidas preventivas sin descuidar las patologías mencionadas.

En tal contexto, como medida complementaria desde 1998 se implementó el programa "*La Semana Nacional de Salud Bucal*", en el cual participan los Sectores de Salud y Educativo, de la Industria, y Asociaciones Odontológicas, y las cuales se insertan en el Plan Nacional de Desarrollo Programa Nacional de Salud Bucal 1995-2001. En dicho programa se realizan actividades preventivas, educativas y curativas en niños preescolares, escolares, mujeres embarazadas y pacientes con enfermedades sistémicas que son la población de más alto riesgo. Con esta intención, de 1998 a 1999 se instrumentó en su primera fase en una sola ocasión al año teniendo cobertura en toda la República Mexicana.



La Primera *Semana Nacional de Salud Bucal* fue inaugurada en la ciudad de Texcoco, Estado de México, beneficiando a 7,301,479 personas. En el año de 1999 se realizó la inauguración en la ciudad de Querétaro y la cifra aumentó a 10,941,225 (Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades).

En el año 2000 debido a los logros obtenidos, a la colaboración de las instituciones involucradas y a la buena aceptación de la comunidad, se decidió fortalecer la estrategia realizando dos *Semanas Nacionales* al año en los meses de abril y noviembre (para respetar las actividades del calendario escolar de la SEP) respectivamente, teniendo como sede inaugural una ciudad de los diferentes Estados de la República (Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades).

La justificación de este programa se fundamenta en que la salud bucal forma parte de la salud integral; por lo tanto si se padece alguna afección en la cavidad bucal, muy probablemente se carece de salud general. Esto refleja que es necesario integrar a la salud bucal en el concepto de salud general que se considera como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Nuestro país tiene un alto nivel de prevalencia e incidencia de caries y periodontopatías, por lo que en el programa se realizan acciones orientadas a la prevención y detección temprana de estas enfermedades. Asimismo implementa actividades dirigidas a fomentar el autocuidado mediante la adquisición de hábitos higiénicos saludables.

Igualmente, se destaca en el documento la identificación de la relación existente entre enfermedades sistémicas como factores de riesgo de esta patología, refiriendo que resultados de recientes investigaciones reportan que las personas que padecen diabetes corren más riesgo de



padecer enfermedad periodontal, también se ha demostrado la relación con enfermedades cardiovasculares y derrame cerebral. De la misma manera, se reconoce que México no cuenta con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica que proporcione información para precisar la magnitud de la patología bucal, a pesar de que se constituye en la 4^a causa de demanda de atención en los centros de salud. Aunado a este suceso, los servicios dependientes de la Secretaría de Salud, no satisfacen las necesidades de la población con relación a la caries dental, ya que la atención que se brinda es más de tipo curativo que preventivo, a pesar de que la intervención preventiva tiene menor costo que la curativa. Ante tal panorama, se considera necesario aumentar la capacidad de la Nación para mejorar la salud bucal y reducir disparidades en salud, ampliando el conocimiento de la población respecto al significado de salud bucal y la relación que existe entre la boca y el resto del cuerpo, pronunciando que para conseguir este propósito se requiere derribar las barreras entre la población y los servicios de salud con la ayuda del sector público y privado para incidir en las zonas de alta marginalidad (Programa Nacional de Salud Bucal 2001-2006).

En este entorno se plantea como objetivo general disminuir las enfermedades bucales de mayor incidencia mediante actividades preventivas y curativas en forma intensiva. Teniendo como objetivos específicos el fortalecer la estrategia realizándola a nivel nacional durante dos semanas, lograr un cambio en la cultura de la salud de la población; principalmente en niños, mujeres embarazadas, diabéticos y cardiópatas que son los grupos de más alto riesgo. Con esta intención se realizan actividades para fomentar la participación social y la promoción de la salud, mediante la organización de sesiones educativas por parte de los docentes y el personal de salud.



Dentro de las acciones preventivas y de protección específica se precisan las siguientes:

- Detección de placa dentobacteriana.
- Pláticas educativas sobre Salud Bucal.
- Instrucción y práctica de técnica de cepillado y uso de hilo dental.
- Enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%.
- Realización de actividades de actividades preventivas de sellado de fosetas y fisuras, de acuerdo a las posibilidades de cada estado.
- Eliminación de caries en zonas marginadas por medio del Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA) (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica).



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país la salud bucal tiene un rezago importante, considerando la alta prevalencia e incidencia de caries dental y periodontopatías. Se estima que seis de cada diez escolares de 6 años de edad presentan caries y el 80% de estas lesiones no han sido tratadas (Programa Nacional de Salud Bucal 2001-2006). La caries es un proceso multifactorial químico-biológico (químico por que intervienen ácidos, y biológico por que intervienen organismos) donde se interrelacionan los factores: huésped, dieta, microorganismos y tiempo que se caracteriza por la destrucción parcial o completa de los tejidos del órgano dentario (Barrancos, Money J.1999).

Esta problemática se ha identificado entre otras, como consecuencia asociada a la falta de educación para la salud en escuelas, en la práctica familiar, en instituciones y prestadores de servicios de salud públicos y privados, así como a que el Sector Salud no puede por sí mismo realizar las acciones en salud en toda la población mexicana, por lo cual en nuestro país se implementó desde 1998 como medida de atención pública el *Programa de Semanas Nacionales de Salud Bucal*, el cual realiza actividades preventivas, curativas y de educación teniendo la posibilidad de incidir en las comunidades rezagadas en beneficio de su salud bucal.

Considerando la magnitud que puede tener esta medida de incidencia nacional, el presente estudio tiene como propósito efectuar un análisis respecto a los resultados obtenidos para identificar el impacto que ha tenido tanto en las estrategias de prevención, como en la población que ha sido beneficiada desde su implementación.



3. JUSTIFICACIÓN

Para ayudar a la protección de la salud bucal la Secretaría de Salud realiza programas a nivel nacional con la intención de extender este servicio a toda la población mexicana como medida coadyuvante al no poder cubrir la demanda de atención de la población. De la misma manera escuelas y facultades formadoras de profesionales de la salud, a través del servicio social ofrecen atención a poblaciones que lo necesitan. En este contexto la Facultad de Odontología de la UNAM realiza brigadas de atención a comunidades lejanas en donde no existen instancias cercanas que presten servicios de salud odontológica, constituyéndola como una actividad prioritaria de vinculación con la salud, y coadyuvando con ello también a resolver el problema de salud bucal de la población.

Teniendo este antecedente y con la intención de mejorar la salud bucal en México, la Secretaría de Salud pone en práctica desde hace nueve años el *Programa Semanas Nacionales de Salud Bucal*, prestando atención de tipo preventivo y curativo a la población, así como acciones preventivas. Por lo que consideramos conveniente identificar el alcance que ha tenido esta medida e identificar si se han logrado los objetivos planteados en este programa.



4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general:

- Identificar el impacto que ha tenido la cobertura del Programa de las *Semanas Nacionales de Salud Bucal* en la población mexicana.

4.2 Objetivos específicos:

Identificar:

- Estados de la República en donde se han realizado las *Semanas Nacionales de Salud Bucal*.
- El número de tratamientos preventivos y curativos realizados de 1998 a 2006.
- El número de tratamientos curativos, preventivos y acciones preventivas realizados de 2003 a 2006.
- El total de beneficiados adultos en el área odontológica de 2003 a 2006.
- El total de beneficiados menores de 14 años en el área odontológica de 2003 a 2006.
- El número de personas del sector salud que participan en las *Semanas Nacionales de Salud Bucal* de 2003 a 2006.
- Los medios empleados para dar difusión a las campañas de las *Semanas Nacionales de Salud Bucal* de 2003 a 2006.

Cabe mencionar que los objetivos específicos planteados, se definieron con base en los resultados obtenidos en el *Programa Semanas Nacionales de Salud Bucal*.



5. METODOLOGÍA

5.1 Material y método

Se estableció comunicación mediante un oficio (anexo) dirigido al Subdirector Técnico del Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, solicitando su colaboración en el desarrollo de este estudio, a través del cual se obtuvieron los resultados sobre la evolución del *Programa Semanas Nacionales de Salud Bucal* por semana desde su instrumentación: número de pacientes atendidos, así como las acciones realizadas (actividades preventivas y tratamientos curativos) de 1998 a 2006. De la misma manera, a partir de 2003 se proporcionó la información más detallada, en cuanto a las acciones efectuadas y la población beneficiada, razón por la cual se clasificó en tres grupos: tratamientos preventivos (limpieza –profilaxis- eliminación de cálculo dental, selladores de fosetas y fisuras, aplicación de fluoruro tópico y enjuagues y Tratamiento Restaurativo Atraumático TRA); tratamientos curativos (amalgamas, resinas y extracciones) y acciones preventivas (estrategias de enseñanza aprendizaje para la protección de la salud bucal de cada individuo mediante la instrucción de técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicaciones de flúor y sesiones educativas). Asimismo, se obtuvo información del personal participante y de los medios de difusión utilizados.

Cabe mencionar que en cuanto a la población beneficiada se consideró el último conteo (2005) levantado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). De la misma manera, se efectuó la división por zonas de la República Mexicana que recomienda Rodríguez (1995) a partir de sus condiciones físicas: Zona Norte (ZN), Zona Centro (ZC) y Zona Sur (ZS).



Con esta información se hizo la captura de los datos y a partir de los resultados se realizaron cuadros y gráficas para identificar el total y la distribución de la población dividida en menores y mayores de 14 años de edad del 2003 al 2006 y así, mediante la elaboración de cuadros y gráficas detectar el porcentaje de la población beneficiada por edades y zonas.

Igualmente, se hizo el análisis de la información correspondiente a las acciones realizadas en 2005, con el propósito de identificar la población beneficiada para ese año, en concordancia con el Censo de Población considerado en el estudio.

5.2 Tipo de estudio

Estudio retrospectivo, observacional, ya que es el que se aplica captando la información de un fenómeno determinado en el pasado en el cual no existe intervención alguna por parte del investigador.

5.3 Población de estudio

Escolares y adultos beneficiados por el *Programa de Semanas Nacionales de Salud Bucal* en los Estados de la República Mexicana.

5.4 Variables

Estados de la República
Tratamientos preventivos
Tratamientos curativos
Acciones preventivas



Adultos beneficiados
Menores beneficiados
Personal participante de salud
Medios de difusión

5.5 Operacionalización de variables

- 5.5.1 Estados de la República. Estados en donde se llevaron a cabo las *Semanas Nacionales de Salud Bucal*.
- 5.5.2 Tratamientos preventivos. Procedimientos que se llevan a cabo para evitar la aparición de caries y enfermedades como la gingivitis y periodontitis a través de: limpieza (profilaxis) mediante un cepillo rotatorio y pasta abrasiva, eliminación de cálculo dental, selladores de fosetas y fisuras, aplicación de fluoruro (tópico-enjuagues) y Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA).
- 5.5.3 Tratamientos curativos. Procedimientos realizados para la rehabilitación del paciente: amalgamas, resinas y extracciones.
- 5.5.4 Acciones preventivas: Estrategias de enseñanza aprendizaje para la protección de la salud bucal de cada individuo mediante la instrucción de técnica de cepillado, uso de hilo dental, autoaplicaciones de flúor y sesiones educativas.
- 5.5.5 Adultos beneficiados: población mayor de 14 años que recibió algún tipo de tratamiento preventivo, curativo o alguna instrucción de educación para la salud bucal.



- 5.5.6 Menores beneficiados: población menor de 14 años que recibió algún tipo de tratamiento preventivo, curativo o alguna instrucción de educación para la salud bucal.
- 5.5.7 Personal participante: número de personal que colaboró en las *Semanas Nacionales de Salud Bucal*.
- 5.5.8 Medios de difusión: actividades realizadas para la promoción y divulgación de las *Semanas Nacionales de Salud Bucal*. Entrevistas en televisión, radio, conferencias, material didáctico, pinta de bardas y perifoneo en horas.

5.6 Captura de la información

Se creó una base de datos y gráficas en Microsoft Excel versión XP, para registrar la información de la población de la República Mexicana y los resultados del Programa de las *Semanas Nacionales de Salud Bucal*, de acuerdo con las especificaciones señaladas.

5.7 Análisis de la información

Para efectuar el análisis de la información se elaboraron cuadros y gráficas en Microsoft Power Point versión XP.



5.8 Recursos

5.8.1 Humanos

- 1 Tutora
- 2 Asesora
- 3 Pasante
- 4 Personal del Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

5.8.2 Materiales

Computadora, impresora, bolígrafos, lápices, hojas bond tamaño carta, discos de 3 ½, memoria portátil de 1GB, calculadora.

5.8.3 Financieros

Cubiertos por el Pasante



6. RESULTADOS

6.1 Distribución de la población

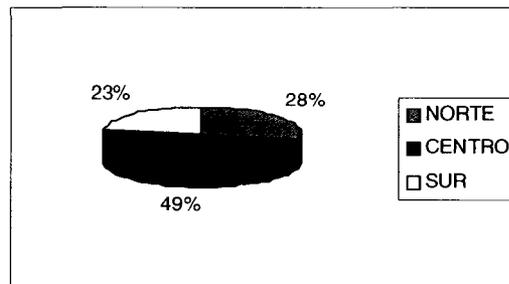
CUADRO 1. Población total en la República Mexicana

NUMERO DE HABITANTES EN LA REPÚBLICA MEXICANA		103,213,188
POBLACIÓN	MAYOR DE 14 AÑOS DE EDAD	71,563,052

Fuente: INEGI, Censo de Población 2005

En el cuadro se observa que el 31% (31,650,440) de la población total de la República Mexicana es menor de 14 años de edad, y el 69% (71,563,052) de personas mayores de 14 años.

GRÁFICA 1. Población total de la República Mexicana por Zonas

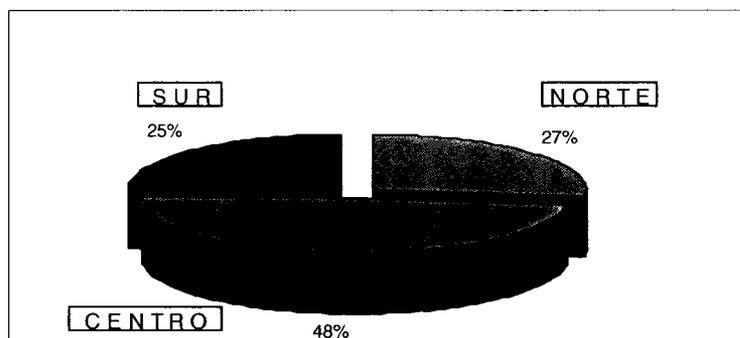


Fuente: Fuente: INEGI, Censo de Población 2005

La gráfica muestra que el 49% (50,916,297) de la población total de la República Mexicana se concentra en la Zona Centro.



GRÁFICA 2. Distribución de la población menor de 14 años por Zonas



Fuente: INEGI, Censo de Población 2005

La gráfica demuestra que el 48% (15,222,081) de la población total menor de 14 años de edad se ubica en la Zona Centro de la República Mexicana, y el resto se encuentra distribuido de manera casi equitativa en las zonas restantes.

CUADRO 2. Distribución de la población mayor de 14 años

ZONA	NUM. DE HABITANTES
NORTE	19,965,531
CENTRO	35,644,216
SUR	15,953,306
TOTAL	71,563,053

Fuente: INEGI, Censo de Población 2005

El cuadro demuestra que el 50% (35,644,216) de la población total mayor de 14 años de edad se ubica en la Zona Centro de la República.

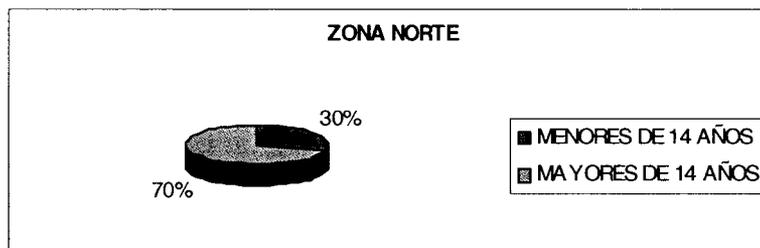


CUADRO 3. Población total en la Zona Norte

ESTADOS (13)	TOT. HAB.	MEN. 14	MAY. 14
BAJA CALIFORNIA	2,844,469	813,527	2,030,942
BAJA CALIFORNIA SUR	512,170	146,339	365,831
AGUAS CALIENTES	1,065,416	358,946	706,470
DURANGO	1,509,117	495,390	1,013,727
CHIHUAHUA	3,241,444	967,376	2,274,068
COAHUILA	2,495,200	764,458	1,730,742
SONORA	2,394,861	719,087	1,675,774
SAN LUIS POTOSÍ	2,410,414	805,289	1,605,125
NEVO LEÓN	4,199,292	1,181,971	3,017,321
ZACATECAS	1,367,692	448,920	918,772
NAYARIT	949,684	292,340	657,344
SINALOA	2,608,242	782,625	1,825,617
TAMAULIPAS	3,024,238	880,440	2,143,798
TOTAL	28,622,239		19,965,531

Fuente: Rodríguez, A. (1995), INEGI Censo de Población 2005

GRÁFICA 3



Fuente: INEGI, Censo de Población 2005

Como se muestra en la gráfica, la población menor de 14 años de edad constituye el 30% (8,656,708) de los habitantes de los estados de la Zona Norte de la República Mexicana, y el 70% (19,965,531) está formada por mayores de 14 años.

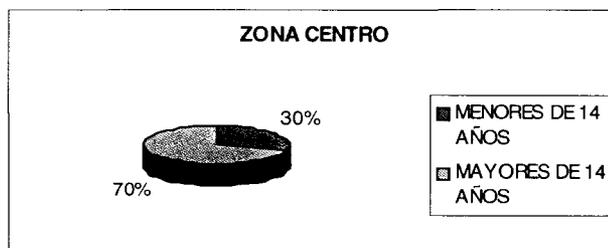


CUADRO 4. Población total en la Zona Centro

ESTADO (11)	TOT. HAB.	MEN. 14	MAY. 14
DISTRITO FEDERAL	8,720,916	2,040,621	6,680,295
EDO. MÉXICO	14,007,495	4,145,820	9,811,675
PUEBLA	5,383,133	1,789,987	3,593,146
JALISCO	6,752,113	2,060,172	4,691,941
GUANAJUATO	4,893,812	1,648,296	3,245,516
QUERÉTARO	1,598,139	510,330	1,087,809
HIDALGO	2,345,514	751,258	1,594,256
MICHOACÁN	3,966,073	1,289,178	2,676,895
TLAXCALA	1,068,207	347,683	720,524
MORELOS	1,612,899	476,075	1,136,824
COLIMA	567,996	162,661	405,335
TOTAL	50,916,297	15,222,081	35,644,216

Fuente: Rodríguez, A. (1995), INEGI Censo de Población 2005

GRÁFICA 4



Fuente: INEGI, Censo de Población 2005

La gráfica nos indica que el 30% (15,222,081) de los habitantes en esta zona son menores de 14 años de edad, y el 70% (35,644,216) son mayores de 14 años.

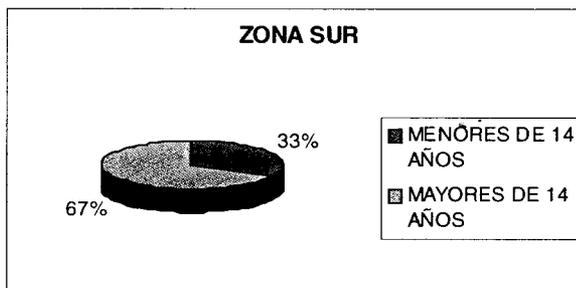


CUADRO 5. Población total en la Zona Sur

ESTADO (8)	TOT. HAB	MEN. 14	MAY. 14
GUERRERO	3,115,202	1,119,682	1,995,520
OAXACA	3,506,821	1,196,031	2,310,790
VERACRUZ	7,110,214	2,188,717	4,921,502
TABASCO	1,989,969	635,699	1,354,570
CAMPECHE	754,730	236,257	518,473
CHIAPAS	4,243,459	1,540,223	2,753,236
YUCATÁN	1,818,948	534,115	1,284,833
QUINTANA ROO	1,135,309	320,927	814,382
TOTAL	23,674,652		15,953,306

Fuente: Rodríguez, A. (1995), INEGI Censo de Población 2005

GRÁFICA 5



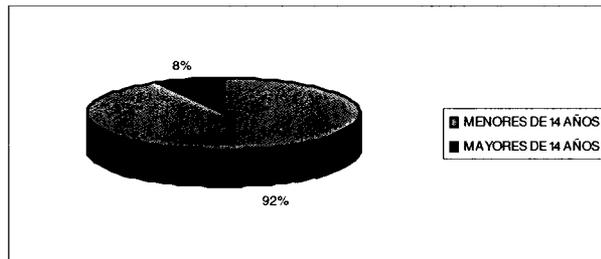
Fuente: INEGI, Censo de Población 2005

En la gráfica podemos observar que la población menor de 14 años de edad constituye el 33% (7,771,651) de los habitantes del Sur de México, y el 67% (15,953,306) está conformado por mayores de 14 años de edad.



6.2 Programa Semanas Nacionales de Salud Bucal

GRÁFICA 6. Población beneficiada en la República Mexicana de 2003 a 2006

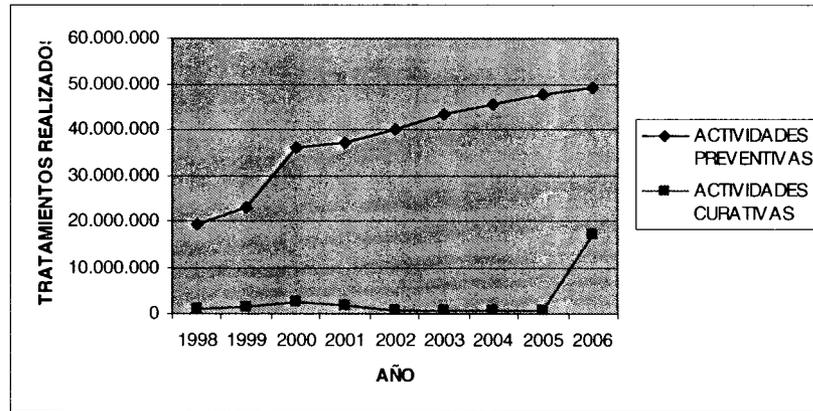


Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal 1998-2006*

La gráfica nos indica que el 92% (45,035,912) del total de personas beneficiadas corresponde a la población menor de 14 años de edad, y el 8% (4,074,508) a la población mayor.



GRÁFICA 7. Actividades preventivas y curativas realizadas de 1998 a 2006 en la República Mexicana

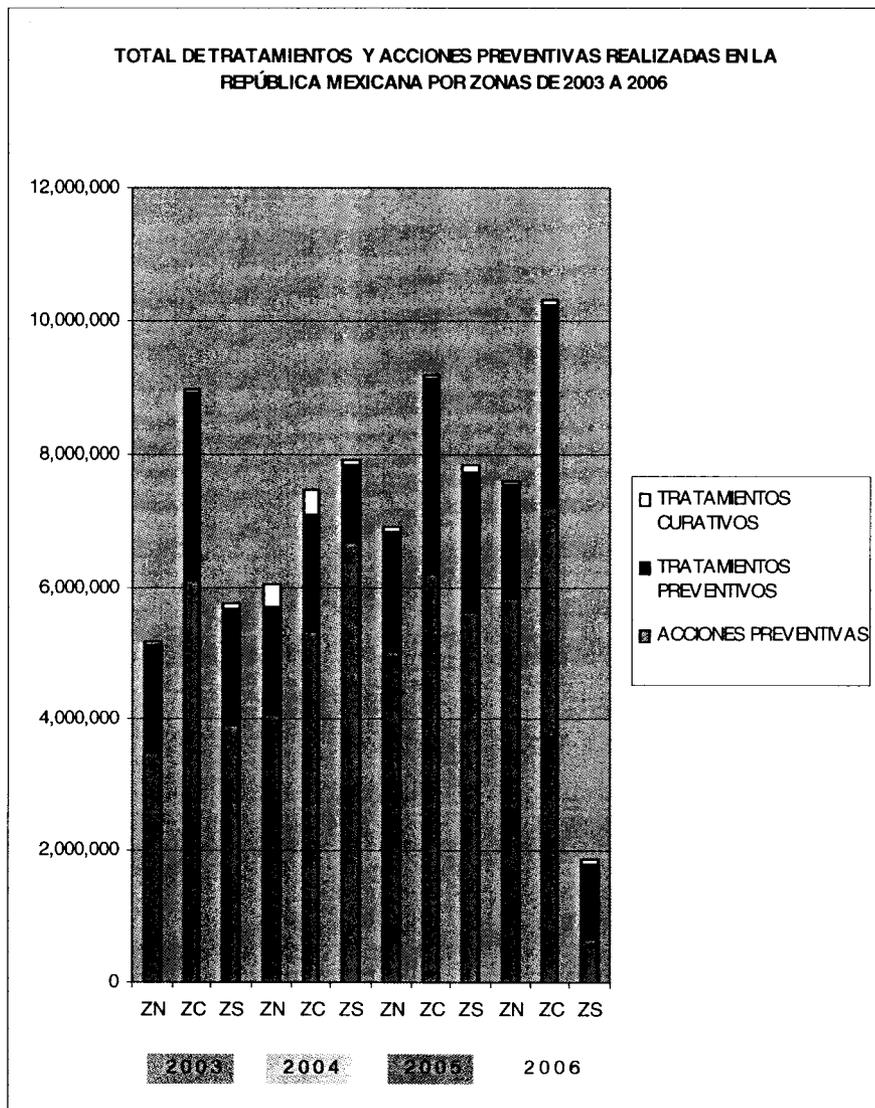


Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal 1998-2006*

En la gráfica se muestra que se efectuaron en un 92% las actividades de tipo preventivo y el 8% de tratamientos curativos, asimismo se observa un incremento considerable de estas últimas para el 2006.



GRÁFICA 8. Acciones preventivas, tratamientos preventivos y curativos realizados por zonas de 2003 a 2006



Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal 2003-2006*



La gráfica muestra que en 4 años, las acciones en educación para la salud (instrucción de técnica de cepillado y uso de hilo dental, autoaplicaciones de fluoruro y sesiones educativas) han tenido mayor impacto en las actividades del *Programa Semanas Nacionales de Salud bucal*, seguidas de los tratamientos preventivos (limpieza –profilaxis- mediante un cepillo rotatorio y pasta abrasiva, eliminación de cálculo dental, selladores de fosetas y fisuras, aplicación de fluoruro (tópico, colutorios) y Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA) y en mucho menor cantidad los tratamientos de tipo curativo (amalgamas, resinas y extracciones). Asimismo, la gráfica indica que en este periodo el desarrollo de la atención en la Zona Sur ha sido débil, siendo el 2006 el año en el que se registra el porcentaje más bajo de intervención de este programa.

CUADRO 6. Personal que ha participado en las *Semanas Nacionales de Salud Bucal* realizadas de 2003 a 2006

AÑO			MEDICOS	ENFERMERAS
2003	6,247	3,833	10,104	13,508
2004	5,642	3,406	9,836	13,149
2005	10,357	8,907	13,646	18,999
2006	7,051	4,437	10,484	12,878
TOTAL	29,297	20,583	44,070	58,534

Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal* 2003-2006

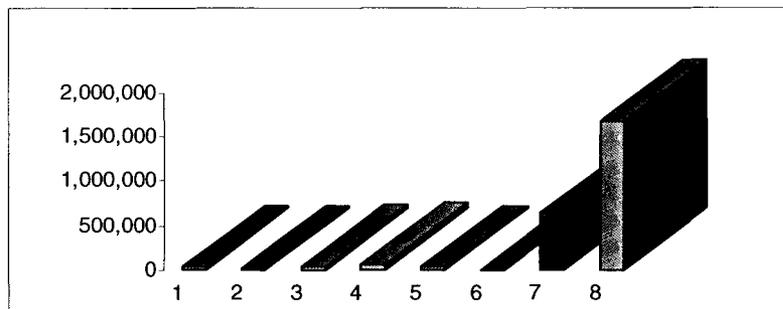
AÑO			DOCENTES	
2003	7,475	1,694	132,269	404,425
2004	6,838	1,975	138,234	407,966
2005	9,304	2,449	208,658	537,876
2006	5,799	1,575	158,207	328,939
TOTAL	29,416	7,693	637,368	1,679,206

Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal* 2003-2006



PROFESIONALES DE SALUD	MEDICOS	ENFERMERAS
ESCOLARES		PADRES DE FAMILIA

GRÁFICA 9



Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal 2003-2006*

Los resultados mostrados en la gráfica del 2003 al 2006 refieren que los padres de familia representan el mayor número de participantes en las *Semanas Nacionales de Salud Bucal*.

CUADRO 7. Medios de difusión de las *Semanas Nacionales de Salud Bucal* de 2003 a 2006

AÑO			CONFERENCIAS DE PRENSA
2003	598	649	281
2004	275	697	332
2005	498	524	1,868
2006	367	657	669
TOTAL	1,738	2,527	3,150

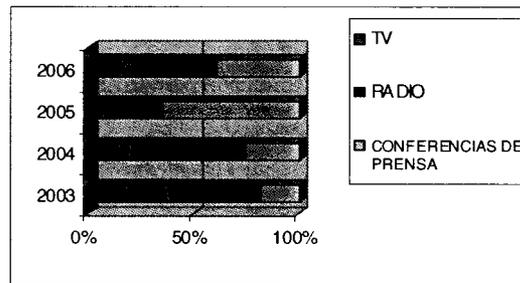
Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal 2003-2006*

AÑO	MATERIAL DIDÁCTICO		
2003	2,045,968	2,678	10,164
2004	1,563,041	3,256	13,289
2005	2,084,264	8,757	8,198
2006	1,991,924	2,560	9,088
TOTAL	7,685,197	17,251	40,739

Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal 2003-2006*

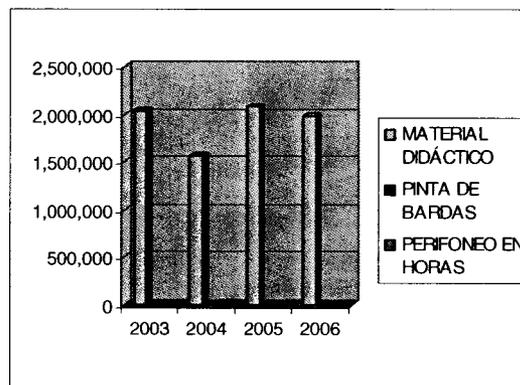


GRÁFICA 10



Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal 2003-2006*

GRÁFICA 11

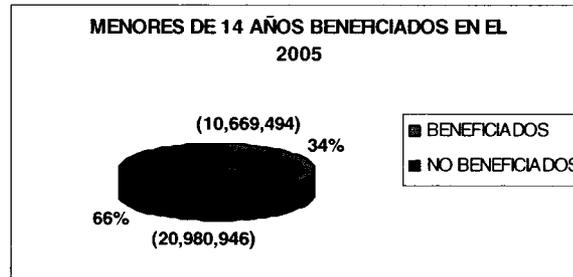


Fuente: *Semanas Nacionales de Salud Bucal 2003-2006*

Las gráficas y cuadros anteriores indican que el material didáctico es el medio de información más empleado, constituyendo el 60% (7,685,197) de los medios de difusión empleados en las *Semanas Nacionales de Salud Bucal*.



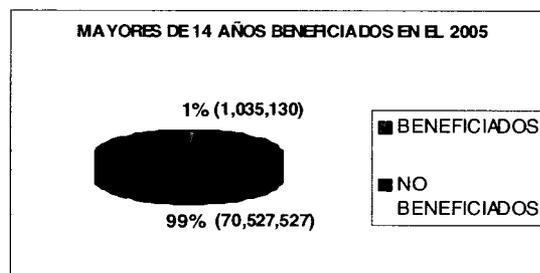
GRÁFICA 12. Población total y beneficiados en el 2005 menores de 14 años de edad en la República Mexicana



Fuente: INEGI, Censo de Población 2005, Semanas Nacionales de Salud Bucal 2003-2006

La gráfica indica que el 34% de los menores de 14 años de edad recibió atención.

GRÁFICA 13. Población total y beneficiados en el 2005 mayores de 14 años de edad en la República Mexicana

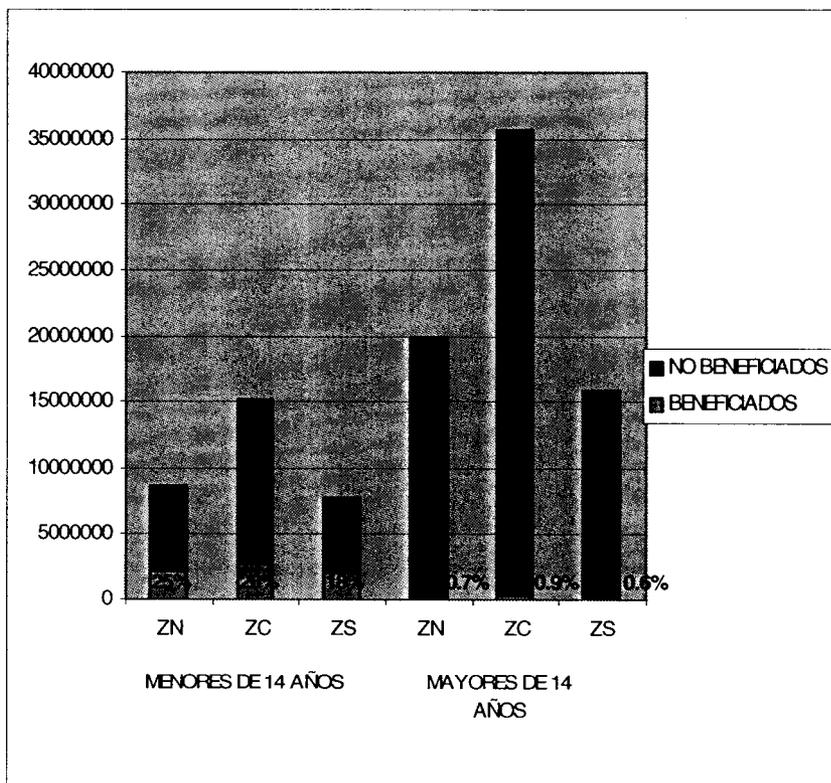


Fuente: INEGI, Censo de Población 2005, Semanas Nacionales de Salud Bucal 2003-2006

La gráfica indica que solamente el 1% de la población mayor de 14 años de edad recibió atención.



GRÁFICA 14. Población beneficiada en el 2005 por zonas en la República Mexicana



Fuente: INEGI, Censo de Población 2005, *Semanas Nacionales de Salud Bucal 2005*

La gráfica muestra que la población menor de 14 años ha sido la más beneficiada en este año. Asimismo que el mayor impacto lo tiene la zona centro con 26% aún cuando no se tiene considerado el Distrito Federal.



7. CONCLUSIONES

Con base en los propósitos y metas establecidos en el *Programa Semanas Nacionales de Salud Bucal* de la Secretaría de Salud, y del análisis de los resultados reportados de las acciones preventivas, tratamientos preventivos y curativos y de las personas beneficiadas se puede concluir lo siguiente:

- La prevención como propósito fundamental en las *Semanas Nacionales de Salud Bucal*, se cumple en la medida que representa el mayor porcentaje de acciones realizadas en comparación con los tratamientos de tipo curativo.
- La atención que se brinda se circunscribe principalmente a los escolares menores de 14 años de edad, lo cual representa mayores beneficios dado que en esta edad se puede interferir para generar conductas para la protección de su salud, no obstante que como no se tiene seguimiento de los pacientes en el programa, no se puede asegurar si el mismo ha incidido en el cambio de conducta para la protección de la salud de la población a largo plazo.
- El programa se realiza en toda la República Mexicana, sin embargo, al hacerse con el financiamiento de cada estado, no se puede garantizar que se presta la misma atención a toda la población.
- Debido a que no existe control por personas beneficiadas, el número de pacientes reportados, no necesariamente corresponden al número de beneficiados, ya que los pacientes pudieron haber sido atendidos más de una vez al año.



- En la Zona Centro del país se ubica el mayor porcentaje de tratamientos y acciones en educación para la salud realizados, esto puede ser debido a que en ella se encuentra el 49% de la población de la República Mexicana. Igualmente cabe destacar que desde el 2004 el Distrito Federal (que contaba en el 2005 con 8,720,916 de habitantes) no ha tenido participación.
- A lo largo del análisis de 2003 a 2006, la Zona Sur ha tenido menor atención, siendo el 2006 el año en el que se registra el porcentaje más bajo de intervención de este programa.
- Los padres de familia (1,679,206) han tenido un papel importante en la realización de este programa, ya que participan como personal voluntario en las diferentes actividades impartidas en las escuelas, a pesar de que no son capacitados, dado que solamente se les da una plática antes del inicio de la campaña. Por lo que se considera que si se les diera algún tipo de instrucción más formal, ésta colaboración representaría una ventaja adicional para el impacto del programa ya que se pueden capacitar como promotores de la salud.
- De los medios de comunicación utilizados para difundir esta medida, el material didáctico (trípticos, volantes, carteles, etc...) es el recurso en el que más se apoya el programa, resultando con menor incidencia los avisos o conferencias televisivas y de radio entre otros.



Por lo anterior consideramos que es un programa muy loable dada la poca oportunidad que tiene el porcentaje más alto de la población para acceder a los servicios odontológicos, así como el alto costo que tiene este tipo de atención, por lo que sería recomendable fortalecer este programa para que se realice más de 2 veces al año, o bien, que a través de Instituciones del Sector Educativo formadores de profesionales en odontología, se efectúe un proyecto en donde conjugando esfuerzos se impulsen y realicen campañas con estas características a nivel Nacional.

De la misma manera, debido a que el impacto mayor del *Programa Semanas Nacionales de Salud Bucal* se orienta a la población menor de 14 años, sería conveniente ampliar su instrumentación a los mayores de 14 años que tienen poca atención odontológica y representan el mayor porcentaje de la población total de la República Mexicana.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, J. *et. al.* HISTORIA DE LA SALUBRIDAD Y DE LA ASISTENCIA EN MÉXICO. 1ª ed. Cd. de México: Editorial Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), 1960. Pp. 243-245.
2. Barrancos, J. OPERATORIA DENTAL. 3ª ed. Editorial Médica Panamericana, 1999. Pp. 334-335.
3. Briceño, J. IMPORTANCIA HISTÓRICA "Historia de la fluoruración". Septiembre – Octubre (2001), Vol. LVII, No. 5, Pp192-194.
4. Bustamante, M. *et. al.* LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO 1959-1982. 1ª ed. Cd. de México: Editorial Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), 1982. Pp. 38-42.
5. 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.
6. Escobar, F. ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. 2ª edición. Caracas – Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C.A. 2004 Pp. 128-131.
7. Meléndez, A., Ramírez, C., Díaz de León, J. (2006) METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. Guía para realizar una Tesina. Ciudad de México: Editorial Facultad de Odontología UNAM.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-40-SSA1-1993, BIENES Y SERVICIOS. SAL YODADA Y SAL YODADA FLUORADA. ESPECIFICACIONES SANITARIAS.
9. Programa Nacional de Salud Bucal 2001-2006. Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE. México2001.
10. Rodríguez, A., Ávila E., Andaluz C. LECCIONES DE HISTORIA DE MÉXICO. 1ª edición, 2ª reimpresión. México- Puebla: Editorial Trillas México, 1995. Pp. 13-19.



11. Salleras, Sanmartí. L. EDUCACIÓN SANITARIA Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Editorial Ediciones Díaz de Santos 1985. Pp. 29-141.
12. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. EPIDEMIOLOGÍA. No.12, vol. 19, semana12, marzo de 2002.
13. Weintraub, JA, Dowglass CW, Guillings DB. (1985) BIOESTADÍSTICA EN SALUD BUCODENTAL. 1ª edición en español. Editorial Organización Panamericana de la Salud (1989)
14. www.paho.org
15. http://www.federacionodontologicacol.com/fluor_odonto.htm
16. http://economiadelasalud.com/Ediciones/11/08_enportada/8
17. <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=28618&idsec=282>
18. <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s=>
19. http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_p%/C3%BAblica



9. ANEXO

Anexo 1 Carta de presentación al Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

Anexo 2 Carta de agradecimiento al Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA**

**COORDINACIÓN DE LA ASIGNATURA DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL**

**ASUNTO: Facilidades para obtener información de las
Semanas de Salud Bucal.**

DR. HERIBERTO VERA HERMOSILLO,
DIRECTOR TÉCNICO DEL
INSTITUTO NAL. DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL
SECTOR SALUD
Presente.

Por este medio presento a usted a la alumna **LAURA BÁRBARA VELÁZQUEZ OLMEDO** CON No. De Cta. 09934644-5 inscrita en el **SEMINARIO DE TITULACIÓN "EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL"** en esta facultad, quien actualmente se encuentra elaborando la **TESINA** sobre **IMPACTO EN LA COBERTURA DE LAS SEMANAS DE SALUD BUCAL EN LA REPÚBLICA MEXICANA**, bajo la tutoría de la Mtra. María Cristina Sifuentes Valenzuela.

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.

Agradeciendo de antemano las atenciones que se sirva prestar a la presente, quedo de usted.

A t e n t a m e n t e.

La Coordinadora

C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
Tel. 5623.2242



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LA ASIGNATURA
DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

ASUNTO: Agradecimiento.

DR. HERIBERTO VERA HERMOSILLO,
SUBDIRECTOR TÉCNICO DEL
CENTRO NAL. DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA,
Presente.

Por este medio me dirijo a usted para agradecer su valiosa colaboración, otorgando las facilidades necesarias y permitir el acceso a los documentos estadísticos que resguardan en las instalaciones a su digno cargo a la alumna LAURA BÁRBARA VELÁZQUEZ OLMEDO con No. de Cta. 09934644-5, inscrita en el SEMINARIO DE TITULACIÓN "EDUCACIÓN PARA LA SALUD" en esta facultad, quien actualmente se encuentra elaborando la TESINA:

**IMPACTO EN LA COBERTURA DE LAS SEMANAS DE SALUD BUCAL
EN LA REPÚBLICA MEXICANA,**

Reciba usted mi más alto reconocimiento por su trayectoria laboral y un cordial saludo, para cualquier consulta o comentario, me pongo a su disposición al Tel. 5623 2242

Atentamente.
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria, D. F., Febrero 14, 2007.
LA COORDINADORA.


C.D. MARÍA-ELENA NIETO CRUZ

MENC/VOLB

