



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN
SALUD BUCAL EN LA COMUNIDAD DE LA SOLEDAD EN
EL MUNICIPIO DE SAN FELIPE DEL PROGRESO 2008.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

FERNANDO MORENO VALLE

TUTOR: MTRO. GUSTAVO EDUARDO PARÉS VIDRIO



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.

Índice

Introducción

Antecedentes Históricos

Capítulo 1.Marco teórico conceptual

1.1 Calidad de vida

1.2Promoción de la salud

1.3 Promoción de la salud bucal

1.4Salud oral (OMS)

1.5Educación para la salud

1.6Promoción de la salud y educación para la salud

1.7Red Mexicana de Municipios Salud

1.8Políticas de Salud Bucal en México

1.9 Prevención de las enfermedades bucales

Capítulo 2.Planteamiento del problema

Capítulo 4.Objetivos

4.1 Objetivo general

4.2 Objetivos específicos

Capítulo 5 Metodología (modelo de planificación PRECEDE /PROCEDE)

5.1Diagnóstico social

5.2Diagnóstico epidemiológico

5.3Diagnóstico conductual y ambiental

5.4Diagnóstico educativo y organizativo

5.5Diagnóstico administrativo y de políticas

5.6Ejecución

5.7Resultados

Capítulo 6. Conclusiones

Capítulo 7 .Referencias bibliográficas

Introducción

El diagnóstico de salud bucal por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para ello es necesario identificar el comportamiento de los componentes de la salud los determinantes o factores de riesgo, con el fin de elaborar un plan de acción, que consiste alcanzar los mejores indicadores de salud y así poder construir comunidades saludables. En el presente trabajo se describen las características del modelo PRECEDE PROCEDE y las fases del diagnóstico, así como sus objetivos, metas y estrategias para poder realizarlo

Se proponen indicadores generales para medir el estado de salud bucal de la población mazahua, en el que se considera que el diagnóstico de salud bucal establece un componente del proceso de salud y enfermedad importante de los individuos de la comunidad

En caso concreto, la salud y enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos: dieta, hábitos bucales, acceso a servicios odontológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucales, responsabilidad individual de su propia salud bucal, asistencia periódica o sistemática a los servicios de salud bucal y la falta de la promoción de la salud bucodental

En la población mazahua la situación social es multifactorial, pero su mayor problema es su extrema pobreza, además de que los servicios son insuficientes en salud bucal, desencadenando múltiples enfermedades y limitando la calidad de vida de su población. Es por ello que en este trabajo se hace un diagnóstico de las variables macro ambientales y micro ambientales que afectan esta comunidad, con el objeto de establecer un programa de educación en salud bucal, que en un futuro mejoré sus condiciones de salud bucal, y que sea una herramienta que permita crear comunidades saludables.

Introducción

El diagnóstico de salud bucal por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para ello es necesario identificar el comportamiento de los componentes de la salud los determinantes o factores de riesgo, con el fin de elaborar un plan de acción, que consiste alcanzar los mejores indicadores de salud y así poder construir comunidades saludables. En el presente trabajo se describen las características del modelo PRECEDE PROCEDE y las fases del diagnóstico, así como sus objetivos, metas y estrategias para poder realizarlo

Se proponen indicadores generales para medir el estado de salud bucal de la población mazahua, en el que se considera que el diagnóstico de salud bucal establece un componente del proceso de salud y enfermedad importante de los individuos de la comunidad

En caso concreto, la salud y enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos: dieta, hábitos bucales, acceso a servicios odontológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucales, responsabilidad individual de su propia salud bucal, asistencia periódica o sistemática a los servicios de salud bucal y la falta de la promoción de la salud bucodental

En la población mazahua la situación social es multifactorial, pero su mayor problema es su extrema pobreza, además de que los servicios son insuficientes en salud bucal, desencadenando múltiples enfermedades y limitando la calidad de vida de su población. Es por ello que en este trabajo se hace un diagnóstico de las variables macro ambientales y micro ambientales que afectan esta comunidad, con el objeto de establecer un programa de educación en salud bucal, que en un futuro mejoré sus condiciones de salud bucal, y que sea una herramienta que permita crear comunidades saludables.

Antecedentes históricos

Durante los primeros milenios de la existencia humana, el panorama de salud estuvo dominado por las enfermedades infecciosas y por el hambre de la población

La evolución humana fue testigo de la aparición de nuevas infecciones y de la pérdida de la virulencia de otras, reflejo del desarrollo de la humanidad, la industrialización, la concentración urbana, el crecimiento demográfico, el invento de nuevas tecnologías, el acceso a la educación y la explosión de conocimientos científicos. No hay duda que los avances de la ciencia, tecnología y la organización han permitido mayores reducciones de la enfermedad y la muerte y mejorar la calidad de vida de la población. (1)

La promoción de la salud debe dar lugar al mejoramiento de la salud de las personas, es por eso que se hace indispensable que se señalen los hechos históricos más relevantes en relación a los elementos aceptados de promoción de la salud en la actualidad.

La historia más reciente para la construcción teórica práctica de la promoción de la salud se inicia con Henry Sigerist que concibió las cuatro funciones de la medicina así.

- La promoción de la salud
- La prevención de la enfermedad
- La restauración del enfermo, y
- La rehabilitación

Fue el primero en usar el término de promoción de la salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria y las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, también se le considera como el precursor de las escuelas saludables cuando dice “ la escuela es una de las instituciones más importantes de la salud pública

Otro nombre importante es el de Thomas Mckewn, quien documentó científicamente hechos que prueban la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, que, se debió al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los Ingleses y no, a las intervenciones medicas .Estos argumentos se consideran fundamentales en el marco teórico de la promoción de la salud que centra sus intervenciones en las determinantes de la salud.

En América Latina se crearon corrientes de medicina social y de epidemiología social en las décadas 60 y 70 que hicieron cuestionamientos críticos a la teoría y práctica de la salud pública. En las últimas décadas se destacan documentos con planteamientos, declaraciones e informes internacionales.

La influencia de la OMS sobre la atención primaria de salud en Alma Ata en 1977, fue inspiradora de iniciativas para mejorar las condiciones de salud de

los más postergados en el mundo. En esta se definen tres elementos esenciales de la futura estrategia de la promoción de la salud: participación comunitaria, acción intersectorial y nivel primario de atención de salud.

En la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986 se crean las bases conceptuales y metodológicas de la promoción de la salud. Se definen los requisitos indispensables que los países debieran garantizar para que su población tenga salud: paz, un ecosistema estable, justicia social y equidad.

- Políticas públicas
- Entornos propicios
- Acción comunitaria
- Aptitudes personales
- Reorientación de los servicios de salud

Dos años después en 1988, en Adelaide, Australia se hacen recomendaciones para profundizar el compromiso con las políticas públicas saludables en todos los niveles: internacional, nacional, regional y local. La declaración de Adelaide identificó cuatro áreas de acción prioritarias en la promoción de la salud (2)

- Entornos saludables
- Salud de la mujer
- Seguridad alimentaria
- Reducción del consumo de tabaco y alcohol.

En 1991 en Sundsvall, Suecia la declaración se basa en dos principios: equidad y desarrollo sostenible para los entornos saludables.

En 1992, la declaración se realizó en Bogotá, Colombia. En ella se puso énfasis en la necesidad de cambiar las políticas públicas de salud para conciliar los intereses económicos con el bienestar de la población.

Una estrategia relevante para el desarrollo de la promoción de la salud se produce en Yakarta, Indonesia, en 1997. En ella se revisan los datos obtenidos en todo el mundo e identifica cinco prioridades de acción: promover la responsabilidad social en materia de salud, ampliar las capacidades de las comunidades, alianzas en pro de la salud, aumentar la inversión de la salud, infraestructura para la promoción de la salud.

Posteriormente en la Quinta Conferencia Internacional De Promoción de la Salud se realizó en México en el año 2000 y participaron representantes de 100 países. La Declaración Ministerial de México sobre Promoción de la Salud fue firmada por 86 ministros de salud o sus representantes. Se acuerda que cada país elaborará un plan de acción de alcance nacional para posicionar la promoción de la salud en la agenda pública.

En el año del 2005 la carta de Bangkok, compila los compromisos

establecidos.

-Abogar por la salud

-Invertir en instrumentos para abordar los factores determinantes de la salud

-Crear capacidad en la promoción de la salud

-Garantizar la protección de la salud y el bienestar

-Establecer redes y alianzas con múltiples actores

Calidad de vida

El término calidad de vida empieza a usarse en los años setenta, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen los llamados informes sociales, contabilidad social o estudios de nivel de vida. La necesidad de insistir en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida. La calidad de vida está relacionada con las condiciones de vida, con aspectos como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida y aspectos económicos. (1)

No existe una teoría única que defina la calidad de vida, este término remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. Tal evaluación no es un acto de razón, sino más bien de un sentimiento, Entendiéndose, que la calidad de vida es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos (Coehlo).

Analizar la calidad de vida de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tengan de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia y que expectativas de transformación de estas tienen y evaluar el grado de satisfacción que consiguen.

La mayoría de los autores coinciden en que la calidad de vida es una construcción compleja y multifactorial sobre las que pueden desarrollarse algunas formas de vida objetivas a través de una serie de indicadores, pero en donde tienen un importante peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo.

Levi y Andersen, describen que un alto nivel de vida objetivo, ya sea por los recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial, puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Para ellos, por encima de un nivel de vida mínimo el determinante de la calidad de vida individual es el ajuste o la coincidencia entre las características de la situación de existencia y las oportunidades, expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal como las percibe el mismo y el grupo social.

Analizar la calidad de vida de una sociedad, exige considerar un estándar colectivo y que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento. Un aspecto fundamental a considerar es el proceso relacional dinámico entre los conceptos referidos y la realidad social, que afectara profundamente el nivel de satisfacción.

Autores como Coehlo, han ido configurando cuatro grandes ámbitos de interés y preocupación:

-Incluye aspectos decisivos para el bienestar general del ciudadano: trabajo, educación, sanidad, vivienda y equipamientos.

-La calidad ambiental en la calidad de vida.

-La naturaleza psicológica, vinculada al ámbito interactivo del sujeto (relaciones familiares, interpersonales, tiempo libre por ejemplo)

-Aspectos socio-políticos, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica.

La teoría de desarrollo denominada Desarrollo a Escala Humana diseñada por Max-Neef y su equipo en 1986 ha tenido gran aceptación y menciona que el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas. Al respecto señalan que la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales. Para estos autores las necesidades fundamentales son las de: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las necesidades humanas. Uno de los aspectos que define una cultura es su elección de sus satisfactores. El cambio cultural es, entre otras cosas, consecuencia de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes.

La definición de una estrategia de desarrollo depende de cómo se entiendan las necesidades, el rol, y los atributos que se asignen a los satisfactores posibles.

El Desarrollo a Escala Humana concentra las metas del desarrollo en el proceso mismo del desarrollo; en que las necesidades humanas puedan comenzar a satisfacerse desde el comienzo y durante todo el proceso de desarrollo.

La satisfacción de las necesidades no es la meta, si no el motor del desarrollo mismo, es decir, la oportunidad que tengan las personas para vivir ese desarrollo desde sus inicios, dando origen a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden en el que se pueda conciliar el crecimiento económico, la solidaridad social y el crecimiento de las sociedades y de los individuos.

El postulado básico del Desarrollo a Escala Humana es que el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos, el desarrollo se concentra en la generación de niveles crecientes de auto dependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el estado.

El crecimiento de las economías no ha estado asociado siempre con la reducción de la pobreza, de las desigualdades en la distribución del ingreso, el desempleo, la mejora de los salarios reales y la disminución de las brechas de las remuneraciones, que son todas variables económicas que afectan las condiciones de vida y la situación de la población en la salud de la población. Tampoco tal crecimiento ha estado asociado con la superación de las brechas en materia de salud y educación ni al incremento en los niveles de participación política, que son componentes del desarrollo humano.

Existe mayor conciencia de la necesidad de tomar medidas que favorezcan a los grupos más vulnerables de la sociedad. La generación de empleo y la superación de la pobreza son objetivos prioritarios de las estrategias de desarrollo actuales. Esto se debe no sólo por razones éticas, sino también a que facilitan la gobernabilidad de los países.

El desarrollo humano tiene cinco componentes estrechamente ligados: salud, educación, crecimiento económico, un ambiente inocuo y sano, y toda una gama de libertades para las personas, entre ellas la democracia y los derechos humanos. (Alleyne 1996).

La salud en el desarrollo implica necesariamente reducir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis, conformar programas de bienestar social mejoramiento de las condiciones de vida y de la salud de las grandes mayorías, y transformar los sistemas de salud sobre la base de un mayor énfasis en las acciones poblacionales de promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, así como de una mayor participación ciudadana organizada (OPS 1991).

Promoción de la salud

Los orígenes de la promoción de la salud se inician en la milenaria babilonia y antigua china en donde se manejaban algunas nociones del enfoque ecológico en el que hoy se sustenta la estrategia de promoción de la salud.

En el siglo XIX, cuando nacen las actuales disciplinas de epidemiología y salud pública, ya se utilizaba el concepto de “salud comunitaria” para definir los efectos que ciertos organismos causaban en grandes grupos de la población. (3)

En 1920, la revista Science publicó un artículo de C.E.A. Winslow, llamado “El desconocido campo de la promoción de la salud”, que planteaba la integración del fomento de la salud en la nascente disciplina de la salud pública. Fue hasta 1946 cuando Henry Sigerist, empleo por primera vez la expresión promoción de la salud con un significado similar al actual. De acuerdo con Sigerist las principales tareas de la medicina eran:

- La promoción de la salud
- La prevención de la enfermedad
- El restablecimiento de los enfermos
- Rehabilitación

Sigerist, considero a la salud con un sentido social, por lo que afirmó lo siguiente.

“Una persona sana es un ser humano con un buen equilibrio mental y corporal y bien adaptado a su medio físico y social. Ejerce pleno control sobre sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales siempre y cuando no sobrepasen los límites normales, y contribuye al bienestar de la sociedad en las medidas de sus posibilidades. Por lo tanto, la salud no es la ausencia de la enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre la vida y la aceptación entusiasta de las responsabilidades que la vida impone a la persona”

A principios de 1970, en Canadá se consolidó el marco conceptual que dió origen a la estrategia de promoción de la salud. Fue Laframboise, quien en 1973 delinea el concepto de “campo de la salud”. Este concepto señala que la salud de las personas y de la población está influida por cuatro grandes componentes: La biología humana, el medio ambiente, las formas de vida y la organización de la atención de la salud (5)

El acontecimiento más importante en la historia de esta nueva visión de salud. Fue la primera Conferencia Internacional de Promoción de la salud realizada en 1986 en la ciudad de Ottawa, Canadá. En la que sentaron las bases conceptuales y metodológicas de la promoción de la salud y se definieron los requisitos indispensables que los países deberían satisfacer para que su población tenga salud: paz, un ecosistema estable, justicia social y equidad.

En la carta de Ottawa, se definió la promoción de la salud como el proceso que consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella “

Se hizo así mismo a los recursos fundamentales para llevar a cabo esta estrategia, tales como educación, alimentación e ingresos y se identificaron cinco ámbitos de acción : políticas públicas saludables, creación de entornos propicios , fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud .

Actualmente las acciones de promoción de la salud se centran en la creación y mantenimiento de los entornos saludables. La OPS promueve aquellos sitios o contextos sociales en los cuales los factores ambientales, organizacionales, y personales interactúan afectando positivamente a la salud y al bienestar.

Un principio básico que deba estar presente en toda acción que promueva la salud es la creación de condiciones para una participación social plena .Esto es que individuos y comunidades puedan ejercer libremente el derecho de tomar sus propias decisiones .Sin esta potenciación no hay promoción de la salud.

En síntesis la promoción de la salud forma parte de los derechos de las Personas, pues busca la equidad como valor principal en el ejercicio de la ciudadanía y asume la salud pública como un derecho social y en el que el desafío sigue siendo el cambio de conductas. (7)

Conferencias de Promoción de la Salud

1ra. Conferencia Ottawa, 1986	Identifica los campos de acción: Políticas públicas saludables. Ambientes favorables a la salud. Acción comunitaria. Habilidades personales. Reorientación del sistema de salud.
2da. Conferencia Adelaida, 1988	Puso el énfasis en las Políticas públicas saludables, en esa línea identificó cuatro áreas de urgencia que atender: salud de la mujer, alimentación y nutrición, tabaco y alcohol y creación de ambientes favorables.
3ra. Conferencia Sundsvall, 1991	En este caso el énfasis se dedicó a ambientes saludables. Esta conferencia fue un buen preámbulo para la Conferencia Cumbre de Medio Ambiente de Río de Janeiro al año siguiente.
4ta. Conferencia Yakarta, 1997	La acción comunitaria fue el eje de esta conferencia. Se destacó como los diferentes escenarios ofrecen oportunidades para el desarrollo de estrategias integrales de la Promoción de Salud.
5ta. Conferencia México, 2000	Abordó todos los campos de acción identificados en Ottawa y logró atraer al debate tanto a políticos como a científicos. Su resultado más tangible fue una guía de propuesta de plan de acción para ser

adaptado por cada país, de acuerdo a sus principales necesidades.

6ta. Conferencia Esta retoma la inquietud del alcance de la Promoción de salud y subraya cuatro compromisos claves dirigidos a lograr que esta disciplina sea: a) un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, b) una responsabilidad esencial de todos los niveles de gobierno, c) un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil y d) un requisito de las buenas prácticas empresariales.

La Promoción de Salud no puede estar de espaldas a una realidad generalizada y globalizada mundialmente y mientras no se pueda cambiar el hostigamiento de las grandes empresas a la salud de la población (acción por la que debe abogar la Promoción de Salud) no se podrá mejorar la calidad de vida de las personas (8)

La UIPES (Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud), desde 1952 también ha puesto a disposición de la comunidad de profesionales y ejecutores de acciones de Promoción y Educación para la Salud una larga historia de publicaciones y congresos y se ha propuesto analizar los progresos alcanzados y la vigencia de las áreas estratégicas enunciadas en Ottawa dirigidas a impactar en los determinantes de la salud.

Entre el 18 y el 20 de agosto de 2006 se reunieron en Río de Janeiro, representantes del continente americano, en lo que se ha convocado como el "II Foro de Promoción de Salud de las Américas" con unos objetivos amplios que recorren las urgencias de la Promoción de Salud en el territorio. Entre ellos:

1. Consensuar una propuesta de plan de acción para implementar los compromisos de Bangkok.
2. Analizar la influencia de la Carta de Ottawa y las declaraciones subsecuentes hasta Bangkok.
3. Actualizar el marco conceptual de la Promoción de Salud en el contexto Latinoamericano y Caribeño.
4. Reflexionar sobre las experiencias de la Promoción de salud y las evidencias de efectividad de las acciones.
5. Analizar el papel del estado en la Promoción de salud así como el del sector privado.

Como se observa en los dos eventos antes mencionados, dados el tiempo transcurrido desde Ottawa, se está buscando un análisis crítico de sus pronunciamientos y su implementación, a fin de buscar el camino más expedito para propiciar, mantener o mejorar, la salud de la población.

Lineamientos de promoción de la salud

Para caracterizar experiencias rurales, se utilizan las líneas de acción como estrategia de municipios saludables propuestas por la OPS (1992)

- 1) Políticas Públicas Saludables
- 2) Reorientación de los servicios de Salud para que privilegien la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- 3) Creación de ambientes favorables
- 4) Cambios de hábitos y estilos de vida
- 5) Reforzamiento de la acción comunitaria

Políticas Públicas Saludables

La sostenibilidad de las políticas públicas saludables, se garantiza por el compromiso con ellas. Por lo tanto, es esencial el respaldo comunitario a las medidas emanadas de las autoridades

El modelo ecológico, base de la promoción de la salud

La carta de Ottawa, señala que “la salud se crea y la vive la gente dentro de los ambientes de su vida cotidiana, donde aprenden, trabajan, juegan y aman.”

Esta interrelación en que la salud nace entre los individuos y su ambiente, desecha la idea identificar a las personas según los factores o condiciones de riesgo y funda la construcción social de la salud sobre la relación de los individuos y su entorno.

El modelo ecológico se basa en un determinismo recíproco entre ambiente y conducta: el control del entorno social, físico o espiritual impone límites a la conducta de los individuos y, a su vez los cambios en la conducta humana modifican el entorno. El modelo ecológico aborda el comportamiento humano en distinción

Niveles de influencia

Concepto	Definición
Factores intrapersonales	Características individuales que influyen en el comportamiento de las personas, tales como sus conocimientos, actitudes y creencias.
Factores interpersonales	Procesos de interrelación entre los individuos y sus grupos primarios, tales como familia, amistades, compañeros de estudio y de trabajo, que den apoyo e identidad social a las personas.
Factores institucionales	Normas, reglamentos, leyes y políticas institucionales que pueden incentivar o restringir el comportamiento individual.
Factores comunitarios	Redes y normas sociales que existen formal o informalmente entre las personas, los grupos y las organizaciones
Política pública	Políticas locales, comunales, regionales, estatales, federales, nacionales e internacionales que regulan y respaldan las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Modelos de desarrollo y promoción de la salud

El concepto de desarrollo es el resultado de procesos económicos y sociales de cada país y continente de nuestro planeta. A mediados del siglo XX predominaba en el mundo un modelo de desarrollo concentrado en el crecimiento y la productividad, cuyo mayor defecto no fue reparar los daños ambientales que causaba ni en el agotamiento de los recursos naturales explotados. Este modelo fue seguido de la economía del mercado cuyo eje es la relación oferta demanda sin importar cuanta inequidad produzca.

Entre 1970 y 1980, surgió la preocupación por el cuidado del ambiente y de los recursos naturales, evidenciada en el concepto de sostenibilidad ambiental y ecología. Sobre la base de los principios de equidad, justicia social, e igualdad este modelo propone que las personas y las comunidades ejerzan la libertad política, los derechos humanos y la autogestión.

Es decir, que todos sin distinción tengan derecho a la educación y puedan vivir una vida prolongada y saludable. Es lo que se entiende por capital humano y capital social.

Las características esenciales del capital social son las relaciones entre personas y grupos, que pueden ser formales e informales. La cohesión social surgida de esas relaciones es el origen de la fuerza motora para varios aspectos de la acción social. El capital social afectara la salud de varias formas. En 1996 la OPS, sostiene que el capital social tiene un efecto positivo en el crecimiento económico. Juntos el capital humano y social aporta entre el 36% y 67% de la riqueza de una nación. Cuanto mayor sea el grado de desarrollo de un país, mayor será ese porcentaje.

Promoción de la salud bucal

Desde la creación, en 1958, de los comités de expertos orientados hacia la atención de la salud bucal y los trabajos de la OMS cubren las principales áreas de la Odontología, tomando mayor impulso con la intensificación y diversificación del Programa de Salud Bucal (ORH), a partir de 1970.

Habiendo adoptado una política de control y prevención masiva a partir de 1969, no solo estimuló las primeras investigaciones sobre agua fluorada, sino que se creó el Banco de Datos Bucal Global (GODB), que vendría a servir como indicador dinámico del estado de la salud bucal en varios países. Esta verdadera colección de datos epidemiológicos, fue promovida general y específicamente, por la oferta del análisis de informaciones, gratuitamente, para todos los que usan los métodos y las formas modelos de la OMS. En áreas de escasos recursos, la OMS capacitó administradores para obtener los medios necesarios, a un costo mínimo, para planificar y desarrollar planos nacionales de salud oral.

Se incentivan las estrategias para Planes Nacionales de Salud Bucal que den prioridad a la prevención, ofreciendo know how para elaborar y controlar las metas de esos planes. Como por ejemplo, se puede mencionar la estrategia de salud bucal global, con base en los datos del GODB para el año 2000, propuesta en 1979, CPE no mayor que 3 para niños de 12 años. La propuesta sirvió como índice de la calidad de programas nacionales de salud oral e hizo ampliar los proyectos de estrategia de salud bucal en casi todo el mundo. Estas estrategias fueron ampliadas para las edades de 6, 18, 35 a 44 y 65 a 74 años, elaboradas por el grupo de trabajo de la FDI y OMS, mientras que los tres últimos grupos se basan en pérdidas dentales, más de que en la ocurrencia de caries.

A partir de la creación de métodos normatizados para la recolección de

informaciones, la OMS invirtió, a partir de 1970, en un estudio internacional de sistemas de asistencia de salud bucal, titulado International Collaborative Study of Dental Manpower Systems (ICSI), que actualmente se conoce como International Collaboration Study of Oral Health Outcomes (ICS II). La base de este estudio ha sido la combinación normativa de datos clínicos y sociológicos recolectados, y la inclusión de datos de los proveedores de atención y administradores. El objetivo principal es determinar lo que los diferentes sistemas de asistencia, o partes de tales sistemas, obtuvieron, y lo que pueden obtener, con la intención de ayudar no solo los países participantes para que mejoren sus sistemas de distribución, sino también proveer una orientación extraída desde estos estudios, para los otros estados integrantes.(8)

La definición final , sus usos y efecto en la gerencia de la atención a la enfermedad periodontal, la emergencia del DAI como norma de las necesidades para atención ortodóntica y la valoración de la reorientación educativa basada en las tendencias reportadas por el GODB, ante la dinámica de las alteraciones del dúo salud/enfermedad. Además, también se prepararon manuales y programas de computadora, bajo el título "Salud a través de la Salud Bucal", para las previsiones de las necesidades del personal de salud en la planificación de programas de prevención y promoción de la salud bucal y oferta de instrumentos para la recolección de informaciones sobre los aspectos económicos de la atención en salud bucal.

Salud Global

El Programa de Colaboración Internacional para el Desarrollo de la Salud Bucal (IDP), desarrollado a partir de 1990, tiene como finalidad responder cuestiones específicas de los países miembros de la OMS. Los pasos van desde el análisis de la situación nacional, ejecutado con o sin ayuda externa, hasta la elaboración de un plan nacional donde se identificarán, posteriormente, las áreas que precisan especialistas que no estén disponibles en el país. A partir de ahí, el trabajo de la OMS consiste en reunir a los países miembros, o Instituciones, que desean trabajar y tienen capacidad para implantar estos programas en esas áreas.

La OMS ha invertido mucho en el entrenamiento, apoyado en el tratamiento de la atención en salud oral. Para tal, ha desarrollado metodologías de aprendizaje por computadora, para efectuar estos cambios rápida y eficientemente. Vale la pena mencionar que las conquistas obtenidas hasta hoy, y los planes para el futuro, han sido posibles solo gracias a la concentración de esfuerzos

de todos los estados miembros de la OMS y por la colaboración de los profesionales del área de salud y de otros profesionales de otras áreas. El desarrollo de la metodología de recolección de datos para GODB o el estudio y la aplicación de nuevos programas preventivos y de tratamiento, no hubieran sido posibles sin este esfuerzo conjunto. (2)

Salud Oral - OMS

Desde su comienzo, como actividad profesional, la odontología promovió la higiene dental, aunque las bases científicas para eso fueran escasas y, a veces, no muy claras. Posteriormente, se hicieron esfuerzos para limitar el consumo de azúcar y/o sus efectos, por la higiene después del consumo. Entonces, vinieron los fluoruros y, junto con ellos, se iniciaron las alteraciones excepcionales en el estado de salud bucal y en la profesión dedicada a su mejoría. (9)

Las primeras evaluaciones de resultados del uso de fluoruros como medida preventiva comunal contra la caries dental, hicieron con que se fluorara el agua del abastecimiento público. El esperado éxito potencial del agua fluorada y la controversia sobre la implantación de esta medida, impulsaron una extensa y exitosa investigación que, valiéndose de varios métodos, concluyó sobre el beneficio de usar fluoruros. El suceso de la fluoración del agua de suministro público de comunidades se volvió evidente en 1973, y continúa beneficiando hasta hoy diversos países industrializados, así como en algunos países en vías de desarrollo. Como consecuencia de esto, nuevos métodos preventivos adicionales fueron apareciendo y la población los usa en forma de dentífricos fluorados, colutorios, soluciones, barniz y gelatinas de uso tópico, además de la leche, la sal y pastillas fluoradas de administración sistémica. El desarrollo de métodos de evaluación del estado de salud oral fue importantísimo para el éxito, o el fracaso, de las medidas preventivas, poniendo a prueba e implementando mejores metodologías para la investigación, la evaluación clínica y, recientemente, para recolectar registros clínicos.

Los resultados de estas investigaciones inclinarán la prevención de la salud bucal, hacia la promoción de un estilo de vida más saludable que tiene en la práctica, la aceptación de la higiene bucal como parte de la higiene corporal, una medida de mayor alcance que el uso de los fluoruros. De hecho, cepillar los dientes con dentífrico fluorado, por su extensión y eficacia, ha demostrado que es la forma más efectiva de prevención de la caries dental, como también de la gravedad de la enfermedad periodontal y de la pérdida prematura de dientes, por la misma causa.

En paralelo a estos sucesos preventivos en salud pública, hubo una mejoría importante en el tratamiento y administración en todos los rubros de la salud bucal. Hubo un enfoque odontológico más extenso, con base en la ampliación del saber sobre las bases biológicas, tanto con relación a las enfermedades orales comunes, como también para las condiciones bucales raras, que

ocurren inicialmente en la cavidad bucal, o manifestaciones bucales de condiciones sistémicas. Un estímulo poderoso para este desenvolvimiento sucedió con la llegada del SIDA, que se manifiesta por una serie de condiciones bucales.

Coincidentes con este desarrollo, ocurrieron profundas alteraciones en la educación de la odontología, tanto para los profesionales como para los auxiliares.

La mejoría de la orientación educacional, con la evolución del conocimiento científico sobre las normas restauradoras conservadoras, procedimientos médicos y quirúrgicos y el perfeccionamiento de los materiales y equipos odontológicos, con énfasis en la prevención y conservación de los tejidos de la dentición funcional, son algunos de estos logros. Ha aumentado la aceptación de técnicas de aprendizaje auxiliadas por computadoras, siendo este un desarrollo educativo reciente y de gran importancia.

La simbiosis del profesional de odontología y la industria de salud bucal, dirigida por la filosofía de prevención de enfermedades y promoción de la salud bucal y apoyada en investigaciones continuadas sobre fluoruros, ha resultado una gran variedad de materiales preventivos y restauradores de la superficie dental. Los sellantes, agentes remineralizantes, ionómeros de vidrio, amalgama mejorada, instrumentos y equipos, como los de control de infección, son algunos resultados de esta simbiosis.

La informática y la telemática, han aparecido en este escenario confiriendo un impacto fundamental al tratamiento de las informaciones, análisis de la calidad de la atención, asistencia para el diagnóstico y tratamiento, y en la educación y entrenamiento del personal involucrado en los cuidados para la salud bucal.

Por todos estos motivos, la OMS está optimista y cree en un futuro promisorio para la salud bucal y para la salud en general en los próximos 50 años. Sucesión de investigaciones en las áreas de microbiología, inmunología e ingeniería genética han producido procedimientos preventivos en las áreas del control de la flora bucal, inmunización y de la mejoría de la calidad de la dieta, centralizadas en la filosofía de prevención y promoción de la salud bucal, dentro de un estilo de vida saludable.

Educación para la salud

Según el análisis de Hiram Arroyo y María Teresa Cerqueira, hasta ahora la educación para la salud ha seguido tres corrientes principales.(6)

°La que procura el desarrollo de habilidades y de comportamientos que permitan hacer frente a distintos problemas de salud. Este enfoque ha

recibido numerosas críticas por parte de investigadores, pues se funda en considerar que las personas en general son "ignorantes". Sin embargo puede decirse que es un deber de los que saben transmitir sus conocimientos a la población para que modifique sus hábitos.

°La que promueve formulaciones y prácticas normativas de promoción de la salud para el conjunto de la población. El propósito de este planteo es ampliar la conciencia entre los individuos y prepararlos para que transformen su entorno

°La que promueve el desarrollo de una actitud participativa en los grupos sociales, la construcción de ciudadanía y el avance hacia la democracia .El objetivo es que los individuos y organizaciones desarrollen participación o congestión con la capacidad para negociar en igualdad de circunstancias el planeamiento, la conducción y la administración de los programas de desarrollo y de producción social de la salud.

En América Latina la educación para la salud es una estrategia clave para alcanzar las metas del milenio en materia de salud y calidad de vida. Por eso organismos internacionales e instituciones académicas han recomendado impulsar y desarrollar esta estrategia como un enfoque activo participativo y practico que propicie la reflexión de la comunidad en el análisis de la problemática sanitaria, facilitando y potenciando la participación social para el desarrollo de la salud.

Tres líneas de acción se definen en la educación para la salud:

-La primera enfoca a la educación para la salud en el ámbito escolar .Se promueven programas de educación para la salud dirigidos a los escolares y la creación de ambientes y entornos saludables .Al mismo tiempo se pretende fortalecer los servicios de salud para niños y jóvenes .

-la segunda línea de acción se concentra en el movimiento de municipios saludables; se señala que el nivel local es uno de los mejores escenarios para realizar acciones de promoción de la salud .Las actividades requieren la vinculación con organizaciones con trayectoria de trabajo en materia de salud y por otro lado destaca que la educación popular es la metodología acorde cuando se pretende impulsar la participación comunitaria dentro de los proyectos de promoción de la salud.

-La tercera línea se centra en la capacitación de promotores de salud comunitaria dentro de los proyectos de promoción de la salud.

En la actualidad la educación se concibe como "el proceso en el cual el niño o el adulto convive con otro y al convivir con el otro se transforma Espontáneamente de manera que su modo de vivir se hace progresivamente más congruente con el del otro en el espacio de convivencia". Hoy la educación tiene lugar a través del encuentro con otras realidades, otras

versiones, otras experiencias, las cuales pueden estar en una persona, en un texto o en un contexto.

La educación para la salud fue una herramienta fundamental en la estrategia de atención primaria de Alma-Ata lanzada por la OMS en 1978. En ese momento se suscribió la meta mundial de "Salud para todos en el año 2000".

La comunidad internacional se comprometió a mejorar las condiciones de salud de la población no solo a través de la atención médica, si no especialmente a partir de la participación e involucramiento de las familias y la comunidad en la construcción de la propia salud.

La educación para la salud en un enfoque integral implica un encuentro en donde hay interacción y comunicación. La educación interpreta al dialogo como metodología central que permite a las personas crear espacios de cuestionamiento e interpretación de sus realidades. Aquí es donde comienza a tener sentido la articulación entre la comunicación y la educación.

Comunicación para la salud

Desde que se inició, en la década de 1920, el estudio de la comunicación como fenómenos de masas, se han expresado diversas tendencias. Las primeras teorías de la comunicación señalaban que este proceso era de carácter lineal, es decir, desde un emisor activo a un receptor pasivo, a través de canales y medios de alcance masivo.

En 1950 y 1960, aparecieron los modelos de persuasión como el de McGuire y de la difusión de innovaciones y el mercado social, de Philip Kotler y Eduardo L. Roberto, que se caracterizaron por mantener pocas fuentes emisoras de mensajes y muchos receptores, y en los que la información pasa a ser una herramienta esencial en el ejercicio del poder.

Promoción de la Salud y la Educación para la Salud

Se cita como momento importante de la educación para la salud, la fundación en Paris, 1952 de la Unión Internacional de Educación para la Salud y en el campo de la Promoción de la Salud, la Primera Conferencia Mundial realizada en Ottawa, 1986. Se declara la plena vigencia de los pronunciamientos de Ottawa y el trascendental papel de la Educación para la Salud para la consecución de las aspiraciones de luchar por la equidad y el alcance de una

población saludable con autonomía y capacidad de hacer aportaciones claves a la salud. (2)

La Promoción de Salud puede ser interpretada como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos. Para OMS/OPS es indistintamente “una estrategia” o una “Función Esencial” de la salud pública.

Se trata de un enfoque, que ha evolucionado en la medida en que las definiciones relativas al proceso salud-enfermedad y sus factores condicionantes, provenientes de diferentes corrientes de pensamiento, han sido sometidas a la consideración de la comunidad científica y a la influencia de los cambios en el contexto mundial, tanto en lo económico como en lo social, que favorecen o dañan la salud.

Desde Winslow (1920), hasta Ottawa (1986) y más recientemente Bangkok (2005),(8) hay consenso en que la promoción de salud se reconoce como una vía para alcanzar niveles de salud deseables para toda la humanidad. Su génesis puede ubicarse en los países industrializados, donde hasta la fecha se muestran avances significativos, tanto en el plano teórico como en el de la práctica. En América Latina el desarrollo ha sido más lento en algunos casos, con limitaciones severas en otros, donde no ha sido suficientemente atendida desde el espacio genoestructural, aunque “en general se observan avances.

El concepto de Promoción de Salud irrumpió con fuerza desde la segunda mitad del pasado siglo y se extiende en diferentes ámbitos, como son: la educación, la investigación, los servicios de salud, en otros sectores sociales, así como en las agendas de decisores y de los gobiernos; pero a pesar de ese progreso muchos profesionales y ejecutores, aún hoy, muestran desconocimiento y limitaciones tanto en su alcance como en los principios, las metodologías y las herramientas inherentes a esta disciplina. (9)

La Educación para la Salud, por su parte, a pesar de su amplio historial que permitió en 1950 la fundación de la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIES), hoy Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES) . Sitio de la organización una de las más antiguas asociaciones en este campo-, en algunos momentos y lugares ha sido presa también, del desconocimiento de sus principios y metodologías y en ocasiones hasta de monotonía en sus acciones, debido al comportamiento restrictivo, por parte de los proveedores de servicios de salud y de algunos educadores, quienes a pesar de su buena voluntad, en una praxis carente de fundamentos teóricos-

metodológicos sólidos redujeron, en parte, la Educación para la Salud al simple acto de informar sobre salud y enfermedad.

Aún hoy, muchos la interpretan como un paquete de recomendaciones para el cuidado y la higiene personal. Por añadidura no la ven como solución para un problema que requiere acciones sistémicamente engranadas, de manera que cuando no se alcanzan los objetivos planteados le adjudican el fracaso a las acciones de Educación para la Salud y no a la falta de visión ante la complejidad del problema y las soluciones propuestas.

Esta situación, que aún se observa en la cotidianidad no es nueva. El seguimiento de la bibliografía especializada muestra que tanto en su construcción teórica como en sus resultados prácticos, la Educación para la Salud ha sido y continua siendo de interés permanente para muchos estudiosos y de hecho, cuando ha estado rodeada de procedimientos científicamente argumentados y estructurados, ha demostrado ser efectiva (Green L. PRECEDE.)(12)

Un problema sobre el que se suscitaron numerosas discusiones, a partir de 1986 y que posiblemente, es la controversia entre el espacio de la Promoción de salud y el de la Educación para la salud. Los debates alcanzaron el ámbito de la XIV Conferencia mundial de Educación para la Salud celebrada en Helsinki, Finlandia en Junio de 1991, la que se pronunció mediante un texto denominado Cómo afrontar a los Desafíos de la Salud Mundial sobre la Educación para la Salud y que pretendía, en cierta medida, contribuir a poner fin a los debates entre partidarios de evitar la hegemonía de la “recién aparecida” Promoción de Salud, sobre la más estructurada Educación para la Salud.

Luego de un profundo análisis la declaración de Finlandia¹⁰ concluye que:

En último término, la Educación para la salud favorece la salud de las personas capacitando a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados con respecto a su salud, mejora y mantiene la calidad de vida, impide la producción de muertes, enfermedades y minusvalía evitable, y mejora la interacción humana y se deben hacer en el marco de tres estrategias principales: promoción de ideas, capacitación y apoyo.

De manera que hay consenso en que tanto la una como la otra son útiles y necesarias y que cualquier lucha por la búsqueda de un equilibrio de poder debe estar inspirado en las necesidades de salud de la población y en el contexto en que esa búsqueda se propicie. De hecho, la Promoción de salud requiere de programas educativos que le den viabilidad a las áreas estratégicas formuladas en Ottawa.(7)

Red Mexicana de Municipios Saludables

En 1993, comenzó a funcionar la asociación civil Rede Mexicana de Municipios por la Salud fundada por 11 municipalidades del país .En agosto del 2004 ,se hallaba conformada por 1742 municipios ,todos los cuales trabajan activamente en estrategias de participación social y comunitaria en pro de la salud de sus habitantes ,ya fuera en familias, escuelas o en comunidades saludables.

La Red certifica la existencia de nuevas comunidades saludables y seguras con el objeto de mejorar el entorno físico y social de la población por medio del auto cuidado de la salud individual y colectiva .En ella participan presidentes municipales de todo el país y representantes de la sociedad civil y del sector privado. Cuentan para ello del respaldo de la Dirección General de la Promoción de la Salud de la Secretaria de Salud de México y de la OPS.

Entre los proyectos que hoy ocupan a la Red Mexicana de Municipios por la Salud se destacan los de manejo de residuos sólidos, de suministros de calidad del agua, de prevención de las adicciones y del contagio del Sida. (5)

Cada año la Red realiza cuatro reuniones temáticas para analizar la situación en materia de salud de las distintas regiones del país y diseñar las mejores acciones de respuestas a las necesidades de la población. En la reunión de 2004, realizada en playa del Carmen, acogió la iniciativa del gobierno local de incorporar acciones de promoción de la salud familiar, escolar, y comunitaria no solo en México sino también en diversos países centroamericanos.

La Política de Salud Bucal en México.

La SSA creó la Dirección de Odontología en la década de los 60 con los objetivos principales de implantar procedimientos preventivos para atender a los diferentes problemas dentales de los Centros de Salud del país, así como, 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 fluoruración 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 fluoruradoras antes de que pudieran evaluarse sus logros.

Al presentar la población infantil altos índices de caries y ante la imposibilidad percibida de brindar atención bucal integral a toda la población durante la década de los 70 y 80, debido a los altos costos, se consideró conveniente instaurar

Programas preventivos de amplia cobertura para la población general. Debido a que en el país no toda la población tiene servicio de agua intradomiciliaria, la fluoruración de la sal doméstica representaba un mejor vehículo de distribución. En 1988 se normó y reglamentó la fluoruración de la sal. En marzo de 1981 se decretó en México la fluoración de la sal. Para la operación del Programa Nacional de Fluoruración de la Sal se estableció un acuerdo entre la SSA, la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial y la Asociación Mexicana de la Industria Salinera, para la producción, distribución y comercialización de la sal en los estados donde el abastecimiento de agua potable contiene flúor en cantidad menor a la óptima (0.7-1.59 ppm)

Este programa estipuló cantidades recomendadas por organismos internacionales tras la experiencia de diversos países en la fluoruración de la sal para tener efectos carioprofilácticos y cariostáticos deseables

Los programas de fluoruración a nivel sistémico y de salud pública no fueron la única estrategia preventiva en funciones. En 1983 la preocupación por la salud en escolares condujo a la realización del Primer Congreso Higiénico Pedagógico. De entonces a la actualidad diversas estrategias, acciones y modelos se han propuesto para proteger al niño en esa etapa de la vida.

Actualmente las acciones preventivas y educativas dirigidas a la niñez escolar mexicana se basan en la norma "NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar", en la cual se puede observar un componente sobre salud bucal

Así, entre lo más destacado de la política de salud bucal en la década de los 80 podemos mencionar:

1) En 1981, la publicación del Reglamento de Yodación y Fluoruración de la Sal, en el Diario Oficial de la Federación en México

- 2) En 1984, la definición de la fluoruración de la sal en el Programa Nacional de Salud
- 3) En 1985, la promoción legal y económica para la fluoruración de la sal, por instancia del Instituto de Salud en el Estado de México
- 4) En 1987, la creación del Comité Interinstitucional para la Fluoruración y elaboración del Programa Nacional en México
- 5) La segunda publicación y reformas al reglamento para la sal yodada y fluorurada
- 6) la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988;
- 7) la puesta en marcha de modelos de salud en escolares y del sub-programa de salud bucal

En 1990 la Dirección General de Fomento a la Salud puso en marcha el modelo de salud bucal para escolares en las principales ciudades del país, buscando involucrar de manera integral los aspectos educativo, preventivo, curativo y de participación social, para mejorar la salud bucal de la población escolar. Igualmente, con este modelo se pretendió fomentar en la comunidad escolar la adquisición de conocimientos y el desarrollo de conceptos, conductas, actitudes y hábitos positivos relacionados con la salud bucal.

Entre los doce programas prioritarios del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud entre 1989-1994, existían dos relacionados con la salud bucal. Estos eran el programa de salud escolar y el programa de fluoruración de la sal.

En esta época se puso en marcha el Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Parodontopatías en Preescolares y Escolares para mejorar la salud bucal de la población escolar. 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 y control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia. En 1995 se publicó la NOM-040-SSA1-1993, Bienes y servicios, sal yodada y sal yodada fluorurada, la cual establece las especificaciones sanitarias de la sal para consumo humano y animal.

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.

Esta estrategia se realiza periódicamente en los 32 estados, dentro de las unidades clínicas y en escuelas de educación primaria. Las características del programa incluyen respetar las políticas internas de cada organismo participante; que cada estado e institución organice, según sus necesidades, un curso de capacitación previo para todo el personal participante en la realización de las acciones específicas de la "Semana Nacional de Salud Bucal"

En abril de 1998 el Programa de Salud Bucal fue incluido como programa prioritario en las políticas nacionales de salud . La política de salud bucal en el periodo 2000- 2006 reconoce que en México las principales enfermedades bucales se encuentran todavía con una alta incidencia y prevalencia, al igual que como enfermedades del rezago que afectan principalmente a los pobres. Entre ellas destacan la caries dental y la enfermedad periodontal, que según el Plan Nacional de Salud (PNS) afectan a 90 y 70 por ciento de la población, respectivamente. (13)

Para su disminución y atención se han diseñado las siguientes actividades dentro del Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, desde donde se dictan las principales políticas de salud en México y en correspondencia con la política social del Plan Nacional de Desarrollo

- Promoción de la salud bucal de la población
- Fortalecimiento de los programas institucionales a nivel nacional;
- Intensificación de las actividades de salud bucal durante las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal
- Promoción del desarrollo de investigaciones en salud bucal
- Ampliación de la cobertura del servicio estomatológico a zonas marginadas de difícil acceso aplicando el Tratamiento Restaurativo Atraumático
- Fortalecimiento de la coordinación entre las áreas relacionadas con el Programa de Fluoruración de la Sal de Mesa.

Con estas actividades se espera ampliar la cobertura a la población y alcanzar las metas de alto impacto, que son disminuir la prevalencia de caries a los seis años de edad al 50 por ciento, y obtener a los 12 años de edad un índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de tres

Prevención de la Salud Bucal

Se producirá un compendio con componentes gráficos, mostrando cuales son los métodos preventivos útiles, lo que se puede obtener de cada método, como elegirlos según las situaciones específicas y lo que se está investigando

Carteles especiales y videos sobre asuntos preventivos, se producirán, tratando la fluoruración de la sal, y la leche, la higiene oral y su relación con la higiene general, estilos de vida saludables promovidos por el personal de salud bucal, HIV y la salud bucal, pobreza y salud bucal, respeto y salud bucal, atendimento

Folletos sobre cuidado personal para la salud bucal, con una visión amplia también están dentro de los proyectos de divulgación de la OMS. (12)

No obstante el éxito obtenido, todavía está lejos el control efectivo sobre la caries y, principalmente, sobre la enfermedad periodontal. El cáncer bucal, las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas y una extensa lista de enfermedades de la mucosa bucal, aún están lejos de ser controladas. No se puede olvidar que los riesgos desconocidos para la salud, pueden surgir dentro de situaciones más complicadas en la atención de la salud bucal. Además, el aumento de la expectativa de vida, introdujo un factor de dificultad para la atención de la salud, exigiendo más cuidados en el tratamiento odontológico a los ancianos.

Además, el éxito de formas diferentes de prevención empleadas para caries, enfermedad periodontal u otras formas de enfermedades, son diferentes tanto con relación al control, cuanto a las medidas de prevención en gran escala. El mantenimiento, a largo plazo, de medidas preventivas para evitar enfermedades bucales, es de crucial importancia para evitar que estas vuelvan a aparecer, comenzando un ciclo vicioso de prevención y reparación.

Salud bucodental según la OMS

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Causas de la enfermedad bucal

Las dolencias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes -enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes- pues se ven favorecidas por las dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Otro factor de riesgo es una higiene bucodental deficiente.(12)

Cifras

Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías.

El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental.

Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica.

La incidencia de cáncer bucodental es de entre 1 y 10 casos por 100 000 habitantes en la mayoría de los países.(12)

Los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido, se dan en uno de cada 500-700 nacimientos; la prevalencia de nacimiento varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas.

Un 40%-50% de las personas VIH-positivas sufren infecciones fúngicas, bacterianas o víricas, que suelen aparecer al principio de la infección.

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.

Es posible reducir simultáneamente la carga de enfermedades bucodentales y la de otras enfermedades crónicas si se abordan los factores de riesgo comunes, como el consumo de tabaco y las dietas malsanas:

La reducción de la ingesta de azúcares y una alimentación bien equilibrada previenen la caries dental y la pérdida prematura de dientes.

Dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol disminuye el riesgo de cánceres de la cavidad bucal, periodontopatías y pérdida de dientes.

El consumo de frutas y verduras protege contra el cáncer de la cavidad bucal.

El uso de equipos eficaces de protección en la práctica de deportes y el uso de vehículos automóviles reduce las lesiones faciales.

Las caries dentales pueden prevenirse manteniendo de forma constante una baja concentración de fluoruro en la cavidad bucal. Ello puede conseguirse mediante la fluoración del agua de bebida, la sal, la leche, los colutorios o la pasta dentífrica, o bien mediante la aplicación de fluoruros por profesionales. La exposición a largo plazo a niveles óptimos de fluoruros reduce el número de caries tanto en los niños como en los adultos.

Actividades de prevención de las enfermedades bucales

La eficacia de las soluciones de salud pública contra las enfermedades bucodentales es máxima cuando se integran con otras enfermedades crónicas y con los programas nacionales de salud pública. Las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarcan la promoción, la prevención y

el tratamiento:

- La promoción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir simultáneamente las enfermedades bucodentales y otras enfermedades crónicas
- Los programas de fluoración para mejorar el acceso a los fluoruros en los países de bajos ingresos; y
- El apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública.(12)

Prevención de la caries

La caries dental es posiblemente la enfermedad más frecuente. En los niños , y podríamos considerar que la infancia es el grupo de prevención con mayor potencial.

Si la caries no se trata a tiempo, habrá problemas para comer adecuadamente porque produce dolor, y éste también puede afectar el sueño. Además, las infecciones en la boca (la caries es una infección en el diente), pueden dañar al resto del organismo.

Sin embargo, la caries dental es una enfermedad fácil de prevenir, de tal forma que podemos evitar su aparición tanto en niños como en adultos.

Hay cinco pilares para la prevención de la caries a cualquier edad:

- Eliminación de la placa bacteriana mediante una correcta higiene oral.
- Dieta e hidratación adecuadas.
- Uso de fluoruros.
- Aplicación de selladores.
- Revisiones en el dentista cada 6-12 meses.

Eliminación de la placa bacteriana

La manera de cuidar la boca de un bebé o en un niño no es igual que la de un señor de 30 años. Por ello también existen multitud de armas preventivas para combatir la placa bacteriana y el desarrollo de la caries.

Pero sí hay una pauta común: el objetivo es eliminar la placa bacteriana y los restos de alimentos que puedan ser sustrato para la misma.

La técnica es el cepillado dental. Desde el momento en el que aparecen los dientes en la boca son susceptibles de caries y es entonces, a partir de la erupción del primer diente, cuando conviene empezar a hacer cepillado. Para los niños existen cepillos especiales, mucho más pequeños y más suaves. El cepillado debe realizarse, a ser posible, después de cada comida.

En bebés, o en ancianos totalmente edéntulos, conviene utilizar una gasa húmeda para frotar las encías y retirar restos de alimentos y placa dental.

Cuando se utilizan prótesis removibles es muy importante cepillar éstas con un cepillo que no sea el mismo que se utiliza para cepillar los dientes que quedan

en boca (si los hubiera). Se puede utilizar un cepillo dental especial para dentaduras, un cepillo dental duro o un cepillo de uñas, además de sumergir la prótesis al menos una vez a la semana en un antiséptico como la clorhexidina al 0.2%.

Las fibras del cepillo deben pasar por todos los recovecos de los dientes. Para la limpieza entre dientes (espacios interproximales) puede utilizarse el hilo o seda dental, si hay mucho espacio entre los dientes puede ser conveniente utilizar un cepillo interproximal.

Como complemento a las técnicas básicas de higiene dental (cepillado y seda dental) existen métodos que son correctos pero nunca deben sustituir a los primeros: pasta dental (da buen sabor y puede tener sustancias que favorezcan la salud dental y gingival, pero no es clave para un buen cepillado), utilización de colutorios con sustancias antisépticas (que eliminan superficialmente los microbios y mantienen la boca más limpia, pero que es conveniente que no se utilicen durante periodos largos de tiempo excepto por prescripción del dentista)

Dieta adecuada

Una dieta adecuada es de gran importancia para la prevención de la caries, en varios sentidos:

Buen aporte de nutrientes: es necesario para la formación de unos dientes sanos y fuertes frente a la caries. Ya desde el embarazo repercute en la salud oral una dieta variada y rica en todos los nutrientes, incluyendo por supuesto, minerales.

Evitar abuso de la ingesta de dulces: los hidratos de carbono o azúcares son buenos y necesarios dentro de una dieta variada, pero se debe intentar no abusar de ellos.

Es aún más importante la forma en la que se toman: Tomados con otras comidas son mucho menos cariogénos que si se toman aislados, por lo tanto deben evitarse los dulces entre comidas o antes de acostarse. Y en cualquier caso, si se comen dulces, hay que cepillarse.

Es preciso aquí mencionar un par de aspectos con respecto a la alimentación en los primeros meses de vida del niño, que evitarán una gran afectación por caries (caries rampantes del biberón); son:

No mojar el biberón o el chupete en azúcar, miel o similares, así como tampoco echar éstas en el contenido del biberón (agua, leche o zumos de frutas naturales).

Evitar el contacto prolongado de la tetina del biberón con los dientes. No se

tiene que quedar el biberón toda la noche colocado en la boca.

Mantenimiento de la saliva: la saliva es un agente protector anti-caries de origen natural y está compuesta en un 99% por agua, de ahí la importancia de beber abundante agua a lo largo del día.

Uso de Fluoruros

El objetivo de la utilización del flúor es intentar dar más resistencia al diente contra la caries. El flúor supone un aporte mineral para los tejidos duros del diente. Cuando el flúor se añade a la composición de los cristales del esmalte los hace más fuertes contra el ataque ácido. (12)

El flúor se aplica mediante compuestos fluorados (fluoruros), que a su vez pueden ser por vía oral (ingeridos) o tópicos (acción local sobre los dientes en la boca). Para la vía oral existen comprimidos de flúor, y para la vía tópica destacan las pastas dentales, los colutorios para enjuagarse o los productos de uso profesional (geles, barnices).

Se ha descrito que la bajada de la incidencia de la caries en los últimos años puede tener que ver con la utilización de pastas dentífricas fluoradas, pues éstas son un método de aplicación del flúor muy constante y progresivo, y por lo tanto muy eficaz.

En algunas poblaciones el agua está fluorada como medida de prevención anti-caries y no suele ser necesario aporte extra de flúor. En España este método no está muy extendido pero sí hay zonas con aguas fluoradas (natural y artificialmente), de modo que antes de comenzar a utilizar fluoruros es interesante consultar con su dentista.

Los comprimidos fluorados tienen su principal indicación en niños con riesgo de caries que aún no han desarrollado la capacidad de enjuagarse la boca sin tragar líquido.

A partir de aproximadamente los 6 años, los niños ya han desarrollado la capacidad de enjuagarse y no tragar, de modo que pueden empezar a utilizarse colutorios de flúor. Éstos pueden ser de aplicación diaria o semanal

La aplicación diaria suele ser más conveniente, pues tiende a hacerse con más rigor, es decir, se hace un hábito fácilmente y no se olvida.

El flúor puede ser tóxico cuando se ingiere a altas dosis, e incluso a dosis no tóxicas pero sí más altas de lo recomendado, puede ocasionar alteraciones en los dientes si éstos se están formando (tales como manchas, rugosidades,...). Por eso es importante ajustar bien la dosis de los comprimidos y no ingerir el colutorio de flúor.

En pacientes con un alto riesgo de caries puede ser conveniente instaurar una pauta de aplicaciones profesionales de flúor concentrado, con gel fluorado aplicado mediante cubetas en las arcadas dentarias o bien con barniz de flúor adherido a todas o a determinadas superficies dentales.

El flúor se recomienda más frecuentemente en niños, pero hay situaciones y pacientes concretos, que pueden beneficiarse mucho de su utilización, independientemente de su edad (por ejemplo, para la caries de cuello y radicular en adultos).

Aplicación de Selladores

Los selladores son para prevenir la caries que pueda formarse en los surcos fosetas y fisuras propios de la anatomía de los dientes. A veces estos surcos son muy estrechos y profundos, de modo que son espacios muy difíciles de limpiar en los que hay más riesgo de caries.

Revisión cada 6 meses

El diagnóstico precoz de las lesiones de caries hace posible ofrecer más soluciones (y generalmente más fáciles y más baratas) que cuando aquéllas se detectan en estadios avanzados. El pronóstico de un diente tratado de caries será mejor cuando es tratado tempranamente.

Prevención de la enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal, junto con la caries, es la principal causa de pérdida de dientes, pero es un proceso que se puede controlar, siguiendo una serie de medidas: Eliminación de la placa bacteriana mediante una correcta higiene oral: cepillado y seda dental.

Nutrición adecuada: las carencias nutricionales, por ejemplo de vitaminas, favorecen la aparición de problemas periodontales.

No fumar: está claramente demostrado que el tabaco es un agente lesivo para el periodonto.

Revisiones cada 6 meses

Ante un paciente periodontal, el dentista le informará sobre su enfermedad y le motivará para un correcto seguimiento de la misma, pues es una enfermedad crónica pero que suele poder controlarse si se realizan los cuidados oportunos.

Previniendo la enfermedad periodontal se previene al paciente de:

- Bacteriemia: paso de bacterias al torrente sanguíneo.
- Endocarditis infecciosa: infección a nivel cardiaco por bacterias periodontales.
- Enfermedad cardiovascular y arteriosclerosis: hay artículos que correlacionan la periodontitis con estas dolencias.
- Dificultades en el control de la glucemia en pacientes diabéticos.
- Infecciones respiratorias por microorganismos periodontopatógenos.

- Partos prematuros con recién nacidos de bajo peso.

Maloclusión

Muchas alteraciones en relación a la maloclusión son de carácter hereditario, y en ese aspecto hoy no se puede actuar. Es el caso del prognatismo mandibular o el tamaño, el número y la forma de los dientes.

Embarazo

Atención a los tratamientos farmacológicos: Consultar siempre con el médico.

No fumar ni beber alcohol.

Realizar una dieta variada y completa.

Evitar actividades con riesgo de traumatismo.

Prevención de las enfermedades localizadas

Sobre todo referido a niños:

-Traumatismos.

-Enfermedades respiratorias: en los niños, situaciones crónicas como la amigdalitis, las adenoides, las rinitis, dificultan el desarrollo facial, incluso a nivel de estructuras esqueléticas.

-Enfermedad periodontal.

-Caries.

-Tumores.

Prevención de enfermedades generales

Sobre todo referido a niños:

Procesos febriles.

Neuropatías.

Alteraciones neuromusculares.

Endocrinopatías.

Dieta

La dieta con alimentos duros promueve la función masticatoria y ayuda al buen desarrollo de las estructuras bucales. Debe también prestarse especial atención en aportar todos los nutrientes necesarios para el desarrollo del niño.

Evitar la pérdida de espacio en las arcadas dentarias

Al perder un diente de la primera dentición por caries, o traumatismos es necesario usar un mantenedor de espacio, cuya finalidad es que no se pierde el espacio para la erupción del diente permanente.

Evitar hábitos inadecuados

Algunos hábitos pueden favorecer o incluso provocar maloclusiones. Es el caso de la respiración bucal, la succión de dedos, la interposición lingual (la lengua debe tocar el paladar y no meterse entre los dientes en situación normal y al tragar), onicofagia (morderse las uñas), uso prolongado del chupete / biberón, succión del labio, succión de objetos como los lapiceros.

Prevención de las alteraciones de la dentición

Las anomalías del número, del tamaño y de la forma suelen tener carácter hereditario con lo cual la prevención no puede ir encaminada nada más que a poder realizar un diagnóstico precoz de cualquiera de las anomalías. La detección precoz puede ser muy clarificadora a la hora de tomar decisiones acerca del tratamiento. En muchas de estas anomalías será necesario extremar la higiene oral, pues pueden hacer que los dientes afectados sean más susceptibles de caries y/o enfermedad periodontal.

Así se deberá prevenir y tratar la caries en dientes de la primera dentición para que no se afecten los definitivos correspondientes, evitar excesos de flúor ingerido (sobre todo en la embarazada y en niños muy pequeños), tener una dieta equilibrada, prevenir enfermedades generales y catarrros de repetición en bebés y niños pequeños.

Cuando ya tenemos estos dientes, hay que intentar conservarlos en lo posible, para lo cual ayudarán mucho unos cuidados bucales perseverantes y de calidad.

Algunas anomalías de color serán evitables, con las siguientes medidas:

- Mantener unos adecuados cuidados orales (cepillado): para evitar la deposición de pigmentos.
- No fumar.
- No abusar de alimentos muy pigmentados, como el café.
- No utilizar colutorios antisépticos de clorhexidina más de 15-20 días, salvo prescripción del dentista. Además es muy importante no desatender el cepillado en los días en los que se está utilizando el colutorio, para evitar que se acumule placa bacteriana y se tiña.
- Acudir periódicamente al dentista para limpieza profesional.
- Tomar antibióticos sólo cuando son prescritos por profesional facultativo: Hay que evitar la automedicación.

La prevención en las anomalías de erupción está encaminada a prevenir las caries y los traumatismos en dientes de la primera dentición para evitar retrasos o retenciones dentarias. La pericoronitis se previenen con una higiene

exhaustiva alrededor del diente que está en erupción (normalmente se producen en los terceros molares), limpiando bien los restos de alimentos que puedan retenerse entre diente y encía

Planteamiento del problema

Tanto en su concepción individual como colectiva, la salud es un producto de complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, socioeconómicos y culturales que ocurren en la sociedad.

Sin embargo la caries, las parodontopatías y maloclusiones representan un serio problema de salud en México que padece un 90 % de la población, el cual no se ha podido prevenir ni manejar de una manera adecuada por las variables macroambientales y microambientales que influyen en el proceso de salud y enfermedad de ahí la importancia de establecer un cambio y actitud favorable en las comunidades para establecer como meta la salud bucal.

La pasividad y las determinantes sociales de la población impide que se reconozcan y atiendan oportunamente las enfermedades bucales y de la comunidad odontológica .En general las personas desconocen la importancia de mantener su salud bucal y su correlación con diversas enfermedades sistémicas así como de que existen estrategias de promoción y prevención de la salud bucal.

Justificación

La iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas es por principio una iniciativa de Promoción de la Salud una estrategia definida en la carta de Ottawa en noviembre de 1986. La carta de Ottawa dice que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para ejercer su salud y ejercer un mayor control de la misma

La promoción de la salud es concebida cada vez más en mayor grado como la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Las necesidades de la población mazahua en la prevención de las enfermedades bucales requiere de medidas continuas y sistémicas de carácter estructural de mediano a largo plazo .Medidas que deben enfrentar la dificultad de la comunicación y manejo de las conductas de las personas de entre los grupos de interés y los que no quieren cambiar para mejorar su salud .Es por ello que se aplica un programa de educación en salud bucal con la finalidad de modificar las conductas que generan las enfermedades bucales

Hoy en día restaurar el equilibrio en salud bucal en las comunidades requiere de la participación de los líderes sociales, que debe involucrar el compromiso político, el dialogo de la sabiduría social y la planificación a escala urbana del entorno de sus comunidades para mejorar su calidad de vida.

Objetivos

Objetivo General

Promover acciones para, mejorar y prevenir las condiciones de salud bucal individual y colectiva de la comunidad mazahua .Utilizando el modelo de planificación integrada PRECEDE/PROCEDE, ejerciendo un mayor control sobre las determinantes de la salud con la finalidad de construir vidas saludables en coordinación con las autoridades municipales y locales, los sectores sanitarios y los sectores sociales.

Objetivos Específicos

- a) Promover en la comunidad una responsabilidad social para la salud bucal modificando las determinantes de la salud(Psicológicos ,ambientales, sociales, nutricionales ,estilo de vida y comportamiento)
- b) Fortalecer la promoción de la salud, logrando un control sobre las determinantes de la salud función comunitaria como una función nata y específica de la promoción de la salud
- c) Impulsar la participación informada y organizada de la población para facilitar la instrumentación de las estrategias de la promoción de la salud bucal
- d)Estimular la creación de espacios físicos y sociales donde las personas vivan, estudien y trabajen en condiciones higiénicas ,seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida
- e) Capacitar promotores voluntarios de la propia comunidad que ya tengan una base técnica y profesional sobre la cual se puedan construir nuevas competencias.
- f) Propiciar la creación de espacios y mecanismos locales donde compartir el conocimiento en donde la gente pueda de verdad aprovechar la información
- g) Establecer estrategias de comunicación permanente con la comunidad con el objeto de educarla en salud bucal.

Modelo de planificación PRECEDE /PROCEDE

Este modelo de intervención para educar en materia de salud fue creado por L.W. Green en 1970. Y su nombre es un acrónimo que resume (en ingles) siete conceptos relevantes para la educación en salud (10)

Predisposing (predisponentes)
Reinforcing (reforzadores)
Enabling (facilitadores)
Causes (causas)
Educational (educacional)
Diagnosis (diagnóstico)
Evaluación (evaluación)

Es un modelo de diagnóstico y evaluación educacional que considera las predisponentes, causas, refuerzos y facilitadores de una conducta de salud. Se basa en que la educación para la salud es la participación voluntaria del consumidor en la determinación de sus propias prácticas de salud. Esta definición se basa en dos premisas básicas :

- Que la motivación es una resultante de las dinámicas internas de la conducta mas que de estímulos externos, y que las técnicas de la modificación de la conducta son válidas como método de educación para la salud siempre y cuando los sujetos accedan voluntariamente a ellas a fin de modificar su propia conducta.

El modelo define lo que entiende por intervención: la actividad organizada de educación para la salud esta basada en el deseo de intervenir en el proceso de desarrollo y cambio de un individuo de manera tal que mantenga una conducta de salud positiva o para detener un patrón conductual que esta relacionado con el aumento de factores de riesgo de una enfermedad, lesión, incapacidad o muerte.

El modelo PRECEDE plantea un nuevo enfoque para programar intervenciones educativas: empezar por el final . Que el educador para la salud dirija su atención en primer lugar a los resultados, forzándose a empezar por allí el proceso de planificación de las intervenciones educativas. Es decir, que si quiero intervenir en el estado de salud de un grupo humano debo conocer su actual estado de salud (percibido y objetivado) para, posteriormente, diseñar las intervenciones.

Las siete fases del modelo de planificación PRECEDE PROCEDE



Diagnóstico social

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación social de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el

individuo.

Extensión Territorial

San Felipe del Progreso tiene una extensión territorial de 361. 13 km², Representando el 1. 6 % del territorio estatal (22, 499.5 Km. 2); de esta superficie total; 20,891.4 hectáreas 51.36 % son de uso agrícola tanto de riego como de temporal, 3,791.9 hectáreas con vocación forestal (10.5 %), 10,201.9 hectáreas de uso pecuario (28.25 %), y el 0.4 % hectáreas para otros usos.

Distribución Territorial

Otros Usos,

1,200

Pecuario,

10,201.90

Vocación

Forestal,

3,791.90

Agrícola,

20,891.40

Lo integran 1 cabecera municipal, 100 delegaciones y 8 subdelegaciones.

San Felipe del Progreso es una población eminentemente indígena (corazón de la etnia mazahua) actualmente su población se calcula en 92185 habitantes (92 % de la población total) de esta población no hablan español 694 personas según datos del INEGI

La salud se ve deteriorada por bajo nivel económico, equivocada forma nutricional, condiciones ambientales y de saneamiento desfavorables, promiscuidad, hacinamiento, situación económica deprimida, desempleo y bajo nivel de educación. Además de que existe un alto consumo de alcohol y casos aislados de uso de drogas y tabaquismo. La violencia intrafamiliar es muy frecuente a tal grado que se considera parte de su cultura.

Población del estado de México

Año	Población	Población de San Felipe del Progreso	Tasa promedio anual
1980	7,564,335	94,862	0.82
1990	9,815,795	140,834	5.0
1995	11,707,964	155,978	0.9
2000	13,096,686	177,330	1.46
2005	14,007,495	100,201	2.04

La disminución o crecimiento de la población está en función de los componentes demográficos, natalidad, mortalidad y migración, La distribución de la población es una proporción mayor del sexo femenino en comparación con el masculino.

Tasa de natalidad en el Municipio de San Felipe del Progreso.

Teniendo que en el año 2000 en un recién nacido masculino su esperanza de vida es 65 años en un masculino y en un femenino de 64.1 años

2000	2001	2002	2003	2004
28.6	28.1	27.6	27.7	26.7

Tasa general de fecundidad en el municipio de San Felipe del Progreso
Relación del número de nacidos vivos entre mujeres del grupo de 15 á 49 años por cada 1000mujeres

2000	2001	2002	2003	2004
129.6	126	122.5	119.3	116.1

Tasa de migración

Durante las décadas posteriores a los años 50 ,la población del municipio perdió habitantes con tasas de -0.24,-1.58 y -15.61.Lo que significa una población de 7975 emigrantes. Para 1980 la tasa fue de + 18.7 es decir, recibió 13631 habitantes

Para 1995 decae la tasa a -4.09, perdiendo población de 3629 habitantes y para el año 2000 fue de -3.47 perdiendo 3445 habitantes pero recibió 2456 habitantes en ese periodo.

En general se señala que en San Felipe del Progreso se realiza emigración golondrina debido a que sus habitantes llegan al Distrito Federal y después regresan en determinadas fechas .

Fuente Consejo Estatal de Población del Estado de México

La comunidad de la soledad según datos del (INEGI) tiene una población de 729 habitantes y actualmente hay 44 viviendas y solo 34 tienen luz eléctrica

No existe una teoría única que defina la calidad de vida, lo que mejor designa a la calidad de vida es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos (Cohello)

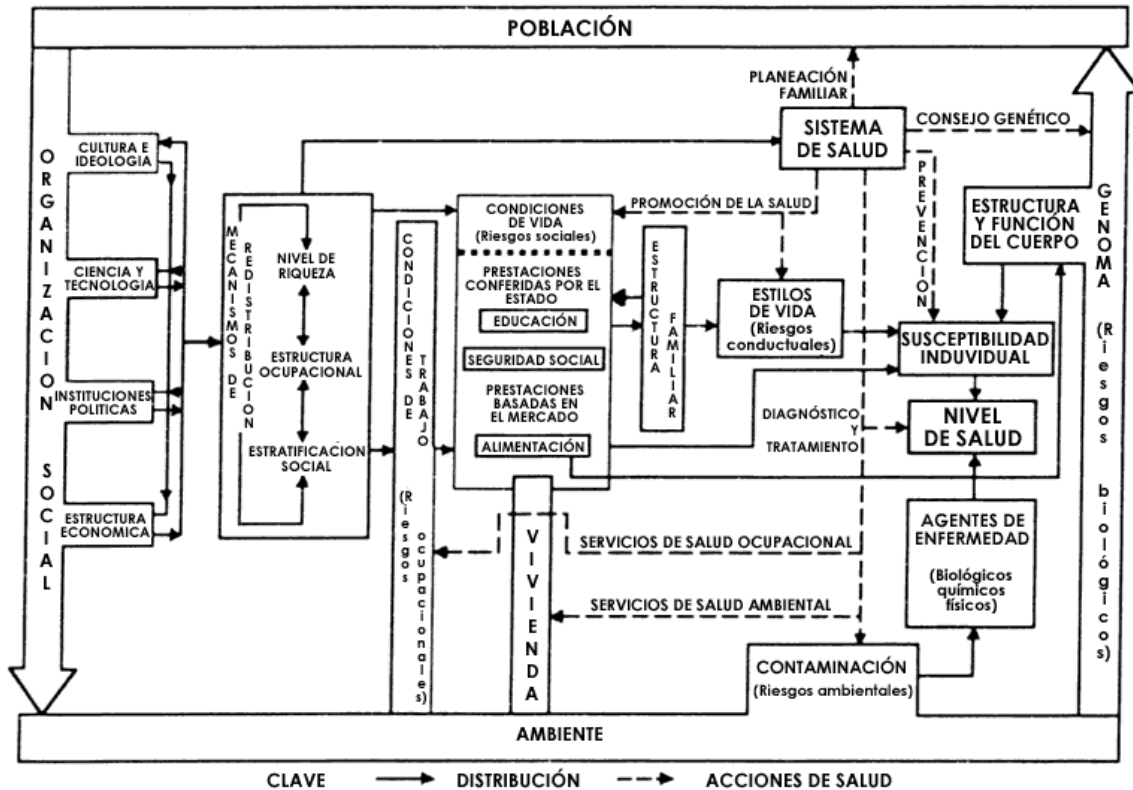
El objetivo es determinar la calidad de vida de los miembros de la comunidad mazahua a través de las percepciones de la población que tienen en relación en relación al ámbito social, económico, cultural y ambiental de la sociedad así como sus necesidades y dificultades y como estas los afectaban.

Fue posible identificar los problemas más importantes de una manera global que afectan la calidad de vida de la comunidad mazahua:

- El 98 % de su población padece de caries
- La mayoría de la población padece problemas económicos
- Desempleo
- Violencia intrafamiliar.
- Migración
- Erosión del suelo por la tala de árboles
- La educación es limitada a zonas de mayor urbanismo
- La calidad de la educación es baja
- Los servicios de salud son escasos y de gran demanda
- Los programas preventivos solo pocas personas los conocen
- La falta de agua potable, alumbrado público y drenaje.
- Personal insuficiente en los centros de salud
- Bajo nivel educativo de las personas mayores.
- Abuso de alcohol
- la malnutrición y las deficiencias de los micronutrimientos

La exploración de la población se realizó a nivel grupal y los resultados se discutieron y analizaron en donde la comunidad expresó sus sentimientos y creencias a los problemas encontrados, también se aportó información de las condiciones de las viviendas, la alimentación, vida social familiar, las condiciones de los sistemas de salud a los que tienen servicio, las adicciones de las personas y la incipiente inseguridad que crece conforme pasa el tiempo

La mayoría de las personas califican como insuficiente el acceso a los servicios de salud ya que se encuentran lejanos de sus pueblos, además de estar saturados de gente y en el que refieren que falta personal médico, medicamentos además de instalaciones adecuadas.



Un cuidado inadecuado de la salud en la cavidad oral es causa de tres problemas básicos: una masticación insuficiente y su efecto en la digestión de los alimentos; infecciones que en casos severos pueden afectar el corazón y los riñones; y como tercera causa, el efecto cosmético de la falta de una o varias piezas dentales y/o el daño visible en las mismas.

Factores de riesgo

- Falta de limpieza.
- Consumo de azúcares refinados.
- Consumo de golosinas ácidas
- Insuficiencia de flúor en el agua, sal o mediante aplicaciones tópicas.

Diagnóstico epidemiológico

Dada la poca información dentro de la comunidad mazahua se analizarán registros epidemiológicos a nivel del Estado de México. Utilizando los resultados de la Encuesta Nacional de Caries del 2001 y los registros del Patronato Mazahua de San Felipe del progreso. El comportamiento epidemiológico de la caries dental, así como de las condiciones de vida y de salud general de las personas, son el resultado de un proceso dinámico que se produce en todos los ámbitos de la vida social: en los centros laborales, en el ámbito del consumo familiar; en las

posibilidades de organizarse; en los procesos culturales de los cuales se es partícipe.

- La vida laboral y del consumo
- La vida organizada y de conciencia cultural
- La vida de las relaciones y el medio ambiente

Fundación SINNA GENZE Patronato Pro Mazahua

Ofrece atención integral a través de:

- programas de salud, nutrición,
- Educación, capacitación tecnológica y comunitaria a población mazahua sus beneficiarios son 76311 directos y 12900 indirectos

Consultas Dentales

En las brigadas rurales por parte de La Facultad de Odontología se imparten consultas dentales los días sábados y domingos con una asistencia promedio de 80 personas por día en donde se realizan servicios de prevención de las enfermedades bucales., operatoria dental, tratamientos de conductos, atención integral a niños, extracciones y prótesis dental

Al año se realizan un promedio de 2300 á 2800 consultas en las que se realizan un promedio de 6000 actividades

En el análisis de las historias clínicas indica que la mayoría de los pacientes el motivo de la consulta es por dolor dental.

- El 93% de los niños padece caries
- El 38% de los adultos padece de enfermedad periodontal severa
- En el adulto joven por lo menos se ha realizado 1 extracción
- En los adolescentes se realizan el mayor número de tratamientos de conductos sobre todo del diente 36

Grafica 1.

Consultas dentales y preventivas en el año 2007	Numero de tratamientos realizados	Numero de población beneficiada	Numero de comunidades atendidas	Población infantil que padece caries	Población adulta que padece enfermedad periodontal
2653	5763	4565	181	93%	38%

Entre semana se imparten consultas dentales con un promedio anual de 466 consultas en donde se realizan 579 actividades

Las principales causas de mortalidad son las enfermedades respiratorias agudas, la gastroenteritis infecciosa, infecciones de vías urinarias ,ulceras gástricas ,amibiasis intestinales y la desnutrición.

El Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) en el municipio de San Felipe del Progreso cuenta con, para brindar servicios de salud cuenta con 33

centros de salud y cuatro brigadas medicas, repartidas en dos coordinaciones .La coordinación norte y la coordinación sur.

Encuesta Nacional de caries 2001 en el Estado de México (11)
Promedio del Índice de Caries (CPOD) y sus Componentes en Escolares de 12 Años de la República Mexicana

Grafica 2.

Observaciones	Expansión	Promedio	Error estándar	Intervalo de confianza	Intervalo de confianza 95%	
18310	986 257	1.54	0.0656	1.4085	1.6623	
18310	986 257	0.04	0.0052	0.0253	0.0457	
18310	986 257	0.34	0-0191	0.3049	0.3801	
18310	986 257	1.91	0.0688	1.7781	2.0488	

Promedio de Dientes Cariados en Escolares de 6 a 12 años en el Estado de México.

Grafica 3.

Edad	Observaciones	Expansión	Promedio	Error estándar	Intervalo de confianza (95%)	Intervalo de Confianza	
6	726	314683	0.11	0.0265	0.0605	0.1682	
7	731	255750	0.48	0.0777	0.3201	0.6363	
8	777	245024	0.77	0.0517	0.6640	0.8745	
9	753	241302	1.10	0.0693	0.9636	1.2454	
10	778	234974	1.35	0.0532	1.2436	1.4600	
12	1117	50277	1.92	0.1352	1.6495	2.1995	

Promedio Índice de Caries (CPOD) EN Dientes Permanentes en Escolares de 6 a 12 años en el Estado de México (11)

Grafica 4.

Edad	Observaciones	Expansión	Promedio	Error Estándar	Intervalo de confianza	Intervalo de confianza 95 %	
6	726	314683	0.12	0.0269	0.0656	0.1750	
7	731	255750	0.50	0.0783	0.3451	0.6637	
8	777	245024	0.990	0.0669	0.7642	1.0363	
9	753	241302	1.33	0.695	1.1883	1.4710	
10	778	234974	1.69	0.0777	1.5317	1.8478	
12	1117	50277	2.65	0.1565	23338	2.9708	
6-12	4882	1342011	0.92	0.0404	0.8409	1.0051	

Promedio del Índice de Caries (CPOD) en Dientes Permanentes en Escolares de 15 años

Grafica 5.

		Expansiones	Promedio	Error estandar	Intervalo de confianza	Intervalo de confianza
CP	1077	58768	2.12	0.1365	1.8303	2.4089
PP	1077	58768	0.14	0.0110	0.1195	0.1661
OP	1077	58768	1.11	0.1170	0.8669	1.3629
CPOD	1077	58768	3.38	0.1595	3.0392	3.7154

Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años en el Estado de México

Grafica 6.

Edad	Alumnos con caries	Expansión	Prevalencia %	Error estándar
6	605	275942	87.69	0.0229
7	629	221196	86.49	0.0159
8	691	220788	90.11	0.0116
9	651	212481	88.06	0.0181
10	659	199509	84.91	0.0185
12	863	39653	78.87	0.0086

Diagnóstico conductual y ambiental

Las conductas de la comunidad mazahua son las mismas que se han heredado de generación tras generación, el desarrollo de la medicina tradicional apegadas al uso de sus creencias y actividades religiosas, ya que por lo regular se encuentra al alcance inmediato de la gente en donde a través de generaciones ha sido su medio de curación.

Se comportan de manera tradicional apegados a sus costumbres en la que gobierna el autoritarismo de los hombres y un machismo exagerado que se podría decir que es parte de su cultura

La predominancia de pobreza y falta de educación los hace una sociedad limitada y de poca participación hacia los problemas de salud bucal los remedios para aliviar el dolor son la primera elección en el tratamiento de las enfermedades bucales y solo usan el tratamiento profesional como último

recurso pues la pobreza y la escasez de profesionales de la salud bucal limitan el uso de los recursos de salud bucal.

Actualmente las brigadas de salud bucal despiertan un interés mayor por parte de la población que en verdad quiere mejorar su salud bucal y modificar los determinantes sociales de su entorno para crear comunidades saludables

Su sociedad se soporta en un solo líder de la comunidad al que le llaman delegado y a otras personas que tienen una función secundaria llamados secretarios. El delegado tiene un poder de aceptación grande de la gente de la comunidad ya que por lo regular son gente que tiene un gran valor moral y son gente de respeto. Las decisiones que se toman dentro de la comunidad se realizan por medio de asambleas que se convocan en donde los resultados son del consenso de la población ya que la comunicación, empatía y la asertividad son propias de la comunidad mazahua

Diagnóstico ambiental

Para el análisis ambiental se establecieron los factores externos de las familias que estaban impactando en la calidad de vida.

-La falta de oportunidades dentro de sus lugares de origen y la poca participación de los jóvenes en la agricultura ha propiciado la migración hacia las ciudades

-Dificultades económicas dentro de las familias, que provocan que los padres salgan a trabajar a las grandes ciudades

-Incorporación de las madres al ámbito laboral en donde se dedican al bordado y hechura de artesanías que provocan el descuido en los problemas de salud y educación de los hijos

-Influencia del entorno de su comunidad como la de expendios de alcohol, videojuegos, cigarrillos, lo que facilita que los niños y jóvenes estén expuestos a modelos de comportamiento que constituyen factores de riesgo para su salud

Servicios como el drenaje y agua potable no existen en la comunidad de la Soledad. El agua se abastece por medio de ojos de agua y el drenaje se usan fosas sépticas.

La población mazahua económicamente activa ocupada, de 12 años y más, según grupos de ingreso en el año 2000 fue de 30,197 personas, de las cuales 78.7% percibe ingresos entre un salario mínimo hasta dos. El 21.3% percibe ingresos de más de dos salarios mínimos.

Las actividades económicas son:

- Empleado u obrero
- Jornalero o peón
- Trabajador por su cuenta
- Trabajo en negocio familiar

La importancia del análisis de estos elementos y hechos físicos que se presentan en el Municipio, estriba en que a través de estos podemos saber como favorecer o condicionar el desarrollo de las actividades socio-económicas de la población.

Clima.- En el Municipio de San Felipe del Progreso el clima predominante es el templado subhúmedo con lluvias en verano; en la parte alta de la montaña predomina el clima semifrío subhúmedo.

La temperatura media anual oscila entre los 12° y 18° c., el mes más cálido es mayo con una temperatura media anual de 15° c., en cambio el mes más frío es enero con temperaturas que oscilan entre 11 y 12 o c. en promedio, la temperatura máxima media es de 33° c., y la mínima de 9° c.

De acuerdo con la carta de vientos dominantes, en esta zona el sentido es de oriente a poniente, con una dominancia en el mes de marzo, con frecuencia de 60%, a una velocidad de 2 a 4 m/s y 5 % de calma a una altitud de 2000 a 3000m.

Respecto a la precipitación pluvial, esta se establece en 842.2 m m. Al año, la máxima incidencia de lluvias es en julio , fluctuando entre 150 y 160 m m anuales; el periodo de sequía va de diciembre a abril con una precipitación menor de 10 m m.

Geomorfología.- La región en la que se ubica el municipio, es mixta con lomeríos, sierras y llanuras. San Felipe del Progreso, se localiza en un llano rodeado por los cerros de San Pablo Tlalchichilpa (2,910 m s/m), el Fandango (3,120 m.s/m), el Cedral (3,000 m s/m), el Molcajete (3,020 m s/m), de la Ciénega(2,910 m s/m) y Jaltepec (2,960 m s/m).

Diagnóstico educativo y organizativo

En esta fase del diagnóstico se alcanzó un nivel de concienciación en relación con las actitudes y comportamientos generadores de los problemas de la comunidad.

Las pláticas con los líderes y representantes de la población permitieron

alcanzar los pensamientos, creencias, actitudes y el estatus de la marginación como el verdadero problema de salud bucal en la población mazahua

Factores predisponentes

-Dieta alta en carbohidratos y falta de métodos preventivos de las enfermedades bucales

-Pobreza de la mayoría de la gente que habita la comunidad .No se puede revertir inmediatamente la pobreza pero se puede vivir ayudando a la población a que tengan la información y el conocimiento de los métodos de prevención para construir vidas saludables

-Creencias sobre los métodos curativos que han sido heredados de generación tras generación. Solo se puede orientar a la población a que los métodos profesionales de salud son lo mejor alternativa.

-Los Servicios de Salud son escasos e insuficientes. Los Servicios de Salud deben operar con eficiencia y eficacia, así como aumentar el número del personal de los centros de salud promoviendo programas de prevención de las enfermedades bucales

-La calidad de la educación es baja .En los servicios de educación se deben ampliar alas comunidades de mayor marginación y buscar soluciones a los tiempos de traslado a las escuelas , así como de programas de prevención de la salud bucal y nutrición.

-Falta de los servicios mas importantes como agua potable, luz eléctrica y drenaje. Crear programas de mejoramiento urbano de las comunidades y poner mayor énfasis en el abastecimiento del agua potable.

-Migración y violencia intrafamiliar. La migración es difícil controlarla puesto que no hay empleos suficientes bien remunerados. La violencia se requiere de platicas participativas por los padres de familia con personal especializado para modificar esas conductas que la consideran parte de su cultura.

Pero lo mas importante es practicar habilidades de comunicación que permitan hacer mas productivo el proceso de educación en salud bucal con el fin de expresar los pensamientos de la manera mas asertiva posible y que se logren Las metas de los programas. El desarrollo del liderazgo comunitario para hacer que los proyectos que se pretendan desarrollar ,puedan contar con el respaldo político y de los grupos poderosos de la comunidad.

Determinantes de la salud en San Felipe del Progreso

Positivas

Negativas

Organización comunitaria
Actitud participativa
Seguro popular
Tasa de desempleo alta
Liderazgo

Servicios insuficientes de salud
Pobreza
Autoritarismo y violencia Brigadas de salud
Migración
Calidad de la educación baja

Educación

El problema de San Felipe del Progreso en la educación es en la enseñanza a nivel primaria por falta de recursos materiales y deficientes instalaciones que atiende la Dirección General de Educación Indígena. Actualmente la mayor deserción se da a nivel bachillerato por falta de oportunidades de educación y recursos económicos

Factores facilitadores

El Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), en el Municipio de San Felipe del Progreso, cuenta con 33 centros de salud y 4 brigadas móviles, repartidos en dos coordinaciones: la coordinación Norte y la Sur. La cabecera municipal cuenta con un Hospital de Segundo Nivel con 60 camas; lugares en los cuales se atiende a las poblaciones de Ixtlahuaca, el Oro, Villa Victoria, Jocotitlán, San José del Rincón y Atlacomulco.

En el Municipio, el ISEM atiende dos importantes programas: el de Oportunidades y el de Seguro Popular, servicio que se presta principalmente en las comunidades donde existen centros de salud; A través de estos programas se ha detectado que las principales causas de morbilidad, son: las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades gastrointestinales, los padecimientos crónico degenerativos encabezados por problemas asociados a la hipertensión arterial y a la diabetes mellitus. Y en el que no se encontraron datos epidemiológicos de las enfermedades bucales

La ranchería de la soledad se encuentra en la región numero 6 y cuenta con estos servicios de salud
Personal que atienden los centros de salud

- San Antonio la Ciénega
1 médico pasante
1 enfermera de base
1 enfermera por contrato

-Calvario del Carmen 1 médico de base

1 médico por contrato
1 médico pasante
1 enfermera de base
1 enfermera por contrato
1 promotora de salud
1 cuidadora de salud

Diagnosticando

En resumen: esta región cuenta con un médicos por contrato, 2 médicos pasantes,

un medico de base, 2 enfermeras por contrato, 2 enfermeras de base, una cuidadora de salud, y una promotora de salud; y no existe personal odontológico para a las 14 zonas que se atienden

Fundación Patronato de la Pro Zona Mazahua

Es una sociedad civil fundada en 1997, que surge para contribuir en el desarrollo de la soluciones en el combate a la pobreza y la exclusión social de las comunidades indígenas mazahuas..La fundación realiza diferentes actividades económicas que buscan involucrar a las mujeres y los sectores de mayor marginación para mejorar su calidad de vida. Además de ofrecer consultas medicas generales y dentales desarrollando programas de prevención de las enfermedades.

Participación del as mujeres en el ámbito social

Las familias han generado un movimiento, en que las relaciones de género han modificado el viejo esquema en que la mujer estaba atrapada en la gestación de la poca participación y sujeta al machismo de sus parejas.

En la actualidad se dio un proceso de afianzamiento de lo que se concibe como familia, con su estructura conyugal, nuclear y heterosexual, aquella en que la parejas conciben y educan a sus hijos, hasta que éstos se marchan.

Este modelo de familia ha sido presentado en el mundo como el idóneo, en donde la incursión de las mujeres, tanto en la educación como en el empleo, ha traído consigo importantes avances en el desarrollo social y económico de su comunidad

Según datos de la CNA, (Comisión Nacional del Agua) San Felipe del Progreso tiene una precipitación promedio anual de 999 mm³; es decir, un caudal de 22,472 mm³/año, de los cuales escurren 3,707 mm³ (117.53 m³/s) y se infiltran 1,067 mm³ (33.83 m³/s). Los aprovechamientos de aguas en el estado ascienden a 98.3 m³/s, de los cuales el 44.1% son de origen superficial y el 55.9 % son de origen subterráneo. El balance estatal es positivo con 53.1 m³/s disponibles, aunque con una gran sobre explotación subterránea de 21.1 m³ /s. En el estado de México tienen origen tres de los principales sistemas hidrológicos del país:

La cuenca del valle de México-Río Pánuco y las cuencas de los ríos

Jerma y Balsas, en la parte correspondiente a la cuenca del Balsas, se concentra el 6.6 % de la población, escurre el 58.3 % del agua superficial disponible. Resalta la gran disponibilidad del recurso superficial que asciende a 45.8 m³/s, el cual se debe aprovechar y preservar para asegurar el futuro abasto de agua potable al estado. Esta cuenca exporta 15.6 m³/s de origen superficial, el 30.8 % se conduce a la cuenca del Valle de México, el 5 % a la cuenca del Jerma y el 64.2 % al Distrito Federal.

Actualmente de las 30,391 viviendas particulares habitadas en el Municipio, solo 14,306 hogares cuentan con agua en sus viviendas (47.1 %), el 52.9 % restante, es decir 16,085 hogares; se hacen llegar el vital líquido a través de pipas y por acarreo

En cuanto al servicio de drenaje en San Felipe del progreso, el déficit es alarmante ya que del total de viviendas (30, 391), aproximadamente en 12, 472 hogares no cuentan con sanitarios, lo que hace suponer que sus necesidades las hacen al aire libre; lo cual son una fuente directa y abierta de contaminación.

De los 30,391 hogares del Municipio, solo 2, 452 tienen drenaje conectado a la red pública, 2, 215 cuenta con sanitarios conectados a una fosa séptica, 444 están conectados a barrancas o grietas y 409, desembocan a ríos, presas o bordos. De todas las comunidades del Municipio, solo la Cabecera Municipal es la zona urbana que cuenta casi al 100 % con este servicio, por lo que es urgente tomar las precauciones necesarias para resolver este problema.

Factores reforzantes

Entre los factores reforzantes podemos hablar de la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades de la comunidad mazahua para que permitan conservar la salud general y bucal.

Ejemplo: Si una persona ingiere fluór desde que nace ,se le aplica frecuentemente en las dosis adecuadas sobre las superficies dentales y se le colocan selladores de fosetas y fisuras, realiza una buena higiene dental y controla la dieta criogénica, no tendrá caries dental ni enfermedad periodontal durante su vida.

El empoderamiento necesario para la obtención de la autonomía personal y colectiva y de la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la propia salud, la familia y la comunidad. En términos amplios el empoderamiento implica un cambio de mentalidad y actitudes en una comunidad que se hace cargo de sus capacidades, saberes, deberes y derechos

La selección de mejores prácticas para los procesos de aprendizaje que constituye una base para lograr acciones efectivas de mejoramiento directo.

Educar orientando a la gente y aprendiendo de ella compartiendo actividades sociales, políticas, y culturales de la población.

Diagnóstico administrativo y de políticas

Las poblaciones pobres y desfavorecidas del país son las que soportan una mayor carga de morbilidad bucodental, que guardan relación con las condiciones de vida, determinados factores ambientales y del comportamiento. Además de que los programas de salud son poco promocionados

En la comunidad mazahua los factores determinantes son la pobreza y la falta de los servicios de salud además de que no llega la información adecuada acerca de la prevención de las enfermedades bucales a todos los pueblos.

Una buena salud bucodental depende no sólo de observar conductas sanas, sino también de consumir agua limpia, contar con un saneamiento adecuado, practicar una higiene bucodental correcta y absorber niveles adecuados de fluoruros. Los programas nacionales de salud que incorporan el fomento de la salud bucodental y la aplicación de medidas en los planos individual, profesional y comunitario resultan rentables a la hora de prevenir enfermedades bucodentales.

La promoción de la salud bucodental es una estrategia rentable para reducir la carga de morbilidad en este terreno, mantener la salud bucodental y preservar la calidad de vida. También es parte integrante del fomento de la salud en su conjunto, puesto que la salud bucodental es un determinante de la salud en general y de la calidad de vida.

Uno de los ejes básicos de la estrategia mundial de la OMS para prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles estriba en reducir el nivel de exposición a los principales factores de riesgo. La prevención de afecciones bucodentales debe estar integrada en la de enfermedades crónicas, habida cuenta de que tienen factores de riesgo en común.

En cuanto a los países que cuentan con población marginada de ingresos bajos y medios, y que muchos de ellos carecen todavía de las políticas y los medios financieros y humanos la OMS recomienda que aplicar programas de salud bucodental duraderos y eficaces a la hora de combatir los factores de riesgo y sus determinantes.

Para reforzar la formulación de políticas y estrategias de salud bucodental y su integración dentro de programas nacionales y comunitarios de salud, conviene hacer especial hincapié en los siguientes elementos:

-Promover una alimentación saludable, en especial un menor consumo de azúcares y una mayor ingestión de frutas y hortalizas, según lo previsto en la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, y reducir los niveles de malnutrición;

-Prevenir las enfermedades bucodentales y de otra índole relacionadas con el tabaquismo (por inhalación del humo u otras formas de consumo), procurando que los profesionales de la salud bucodental participen en los programas de abandono del tabaco y disuadiendo a los niños y jóvenes de empezar a fumar;

-Proporcionar acceso al agua potable, a la higiene en general y a mejores sistemas de saneamiento para una adecuada higiene buco dental

-Establecer planes nacionales de utilización de fluoruros, basados en programas para administrarlos automáticamente a través del agua potable, la sal o la leche, o para favorecer su uso tópico.

-Prevenir los cánceres y las lesiones precancerosas de la cavidad bucal, procurando que profesionales de la salud bucodental, o en su defecto agentes de asistencia primaria especialmente formados, se impliquen en las labores de detección, diagnóstico precoz y derivación de pacientes, y efectuando intervenciones apropiadas sobre los riesgos ligados al tabaquismo y a un consumo excesivo de alcohol

-Crear capacidad en sistemas de salud bucodental orientados a la prevención y la atención primaria, procurando sobre todo atender las necesidades de las poblaciones pobres o desfavorecidas.

-Deben establecerse servicios de salud bucodental que abarquen desde la prevención y el diagnóstico precoz hasta el tratamiento y la rehabilitación, pasando por la atención a los problemas bucodentales de la población según las necesidades y los recursos disponibles.

-Fomentar la salud bucodental en las escuelas a fin de promover modos de vida saludables entre los niños y jóvenes y de enseñarles a cuidar de su propia salud.

-Fomentar la salud bucodental entre la gente mayor con el fin de mejorar su bienestar y su estado de salud tanto bucodental como general

Ejecución

Para poner en marcha un proyecto de municipio saludable son necesarios dos requisitos: la voluntad política, que es la fuerza motriz que permite transitar en sentido positivo del proyecto, y el liderazgo, que es la capacidad para darle rumbo y conducción al mismo.

La capacitación se realizó por la metodología de Investigación Acción Participación (I.A.P.), la cual pretende con su acción pedagógica lograr que el conocimiento producido en la investigación sea apropiada, es decir que no solo se aprende sino que también se aprende a aprender (6)

El grupo a capacitar se seleccionó teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad mazahua que tuvieran un conocimiento de las regiones y que fueran líderes en su comunidad. Por lo tanto se involucro en la capacitación a 6 personas de la comunidad de la Soledad.

Se trabajó durante la capacitación con una metodología participativa la cual contenía mensajes de educación en salud, promoción de la salud, abordaje y participación comunitaria, representaciones sociales del proceso salud-enfermedad.

El proceso de capacitación tuvo las siguientes etapas

Se centró en la sensibilización y motivación del grupo, frente al trabajo a realizar. Este momento se desarrolló a través de una dinámica de presentación y de conocimiento de expectativas frente a la capacitación. También en este primer momento se trabajaron los temas de importancia del trabajo como promotor, autoestima, liderazgo, educación en salud, promoción de la salud, participación y abordaje comunitario.

La motivación en este proceso fue de gran importancia, ya muestran múltiples efectos secundarios como la claridad, organización y responsabilidad basados En los intereses del grupo, logrando un aumento del interés por participar en la solución de sus problemas evitando así los altos índices de deserción y logrando el progreso de los programas para asumir el cambio de su propia comunidad.

Se trabajó a través de talleres, dinámicas y trabajos de campo los temas de representaciones sociales del proceso salud-enfermedad, utilizando material de las instituciones de salud.

Se manejaron temas específicos de salud oral, los cuales se desarrollaron a manera de talleres participativos, iniciando con una concertación con el grupo de promotoras de los temas que les interesaban, priorizando los más relevantes dentro de su trabajo.

Los temas concertados con el grupo de promotoras fueron los siguientes: cronología de la erupción e importancia de la dentición temporal y permanente, cuidados orales durante el ciclo vital humano, nutrición, placa bacteriana, hábitos higiénicos, gingivitis y periodontitis, caries dental, hábitos orales nocivos y estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otros.

Los talleres se desarrollaron así: se partió del conocimiento del grupo de promotoras, de sus experiencias, expectativas y de la realidad sociocultural en la que trabajan..

También se recurrió a diapositivas, carteleras, collages, rotafolios, cartillas, y folletos que elabora la Secretaría de Salud y se desarrolló una práctica de instrucción en higiene oral, a manera de ronda con revelado de placa dental, uso de seda dental, técnica de cepillado y una demostración de la aplicación tópica de flúor.

El grupo de promotoras elaboró durante la capacitación, material referente a cada uno de los temas tratados para luego ser socializados al grupo

El último día del curso se realizó una evaluación del proceso vivido, donde las promotoras expresaron sus sensaciones, avances, logros, dificultades, satisfacciones, aportando de igual manera sugerencias para la optimización de la propuesta de capacitación

Con la metodología educativa participativa utilizada en la capacitación, se logró romper el esquema tradicionalmente utilizado, permitiendo que cada uno de los integrantes formara parte activa dentro del proceso de intercambio de saberes, apropiando elementos que enriquecerán su trabajo, para ser así agentes multiplicadores de la promoción en salud oral, con una visión clara y creativa proyectada a sus comunidades.

A través de esta capacitación, se aprendió lo importante que es antes de abordar un grupo a capacitar valorar el factor humano, rescatando el sentir de cada persona, sus vivencias, creencias, actitudes, temores, dudas y conocimiento de sus expectativas.

Durante el proceso vivido el grupo de promotores, interiorizó la metodología participativa, dando como resultado la exaltación de su autoestima, liderazgo, valoración de la calidad humana, motivación, sensibilización y trabajo en equipo, lo cual está siendo proyectado en su trabajo cotidiano

Fue de gran trascendencia para todo el grupo, reconocer que esta capacitación logró resaltar la ayuda mutua, el respeto por sus compañeros, valorando sus opiniones bajo un clima de trabajo agradable, de cooperación y de compromiso ante su realidad social.

Otro resultado obtenido fue el de brindarles una visión más detallada de la salud oral, integrándola a la salud general, desde un horizonte que privilegie el cuidado y el apoyo a la salud por sobre la atención a la enfermedad.

Programa de Prevención de las enfermedades bucales en la Comunidad Mazahua

Las enfermedades bucales más frecuentes en México es la caries dental y las periodontopatías en sus grados alto y medio, que afectan a mas del 90% de su población. (12)

Los daños a la salud que causa estos padecimientos, pueden ser desde simple

a gran complejidad, de incapacidad masticatoria hasta cardiopatías severas. Sin embargo, existen recursos humanos, medios y medidas de protección que pueden ser aplicadas de manera sistemática en los diferentes grupos de edad para evitar el daño a la salud bucal.

Objetivo general

Difundir los conocimientos necesarios para que las autoridades estatales, municipales y a la población en particular, conozca cada una de estas enfermedades y reciba la información pertinente acerca de las medidas de prevención.

Objetivos específicos

Proporcionar información a las autoridades que tienen liderazgo y a la población, sobre los diferentes medios para prevenir las enfermedades bucales a través de la educación para la salud y la protección específica.

Organizar el Comité Local de Salud Bucal, en cada una de las comunidades, para que la población participe en apoyo al programa

Establecer en cada uno de los grados escolares de las escuelas primarias de las comunidades, las actividades educativas, de control de la placa bacteriana y de la administración de fluoruro de sodio al 0.2%, por medio de colutorios de solución acuosa.

Estrategias

Promover la creación del Comité Escolar de Salud Bucal en cada una de las escuelas primarias, formado por profesores, padres de familia y alumnos.

Organizar el "Club del cepillado" en la comunidad. El cual se integrará con dos promotores por lo menos, quienes se alternarán en la información sobre información en Educación en Salud Bucal y la supervisión del cepillado y de la ejecución del colutorio

El número de niños atendidos con pláticas educativas.

El número de niños que sean atendidos con esquema completo de colutorios.

El número de Comités Escolares de Salud Bucal que sean organizados.

El número de "Clubes de cepillado" que sean organizados.

El número de padres de familia que sean capacitados para integrarse al Comité Escolar de Salud Bucal.

Actividades

Efectuar visitas de promoción a la comunidad y escuelas

Informar a las autoridades escolares acerca del programa y solicitar su apoyo.

Realizar charlas educativas motivadoras, dirigidas a la población de la comunidad.

Solicitar la participación de las madres de familia para organizar el Comité Escolar de Salud Bucal.

Capacitar a las madres integrantes del Comité Escolar de Salud Bucal.
Capacitar a las niñas y los niños en la enseñanza, detección, control de placa y cepillado de dientes.
Organizar el club de cepillado.
Proporcionar el material preventivo necesario según el número de niñas y niños participantes en el programa.
Informe diario y concentración de datos.

Precisión de actividades

Los odontólogos harán conocer a la autoridad local y municipal y, padres de familia, el objetivo del programa y las actividades a realizar.
Solicitar información acerca del número de habitantes dentro de la población en general, población escolar, elaborando el listado correspondiente por cada grado y grupo.

Formular la invitación a las madres de familia para participar en el programa y organizar el Comité Escolar de Salud Bucal, por grado y grupo escolar.

Informar a las madres integrantes del Comité Escolar de Salud Bucal, en las principales enfermedades bucales que afectan a las niñas y niños según edad, los factores de riesgo presentes y los métodos existentes para su prevención.

Capacitar y supervisar a las madres de familia, de la escuela primaria, en la preparación de los materiales para detección de placa bacteriana, preparar la solución de fluoruro de sodio al 0.2% y su frecuencia de empleo, manejar el material educativo.

Control de placa bacteriana y enseñanza del cepillado

La detección de la placa bacteriana se hace mediante soluciones o tabletas reveladoras; previo a su aplicación se explica a las niñas y los niños la manera de emplearlas.

La enseñanza de la técnica de cepillado es definitiva para la eliminación de la placa bacteriana, de la superficie de los dientes y las encías, la técnica recomendada es la de barrido, Stillman modificado.

El control de la placa bacteriana no solamente debe comprender los pasos anteriores, sino que debe incorporarse el control en la ingestión de hidratos de carbono (azúcar, caramelos) explicado y demostrado en las charlas educativas.

Aplicación de fluoruro

Para la protección específica contra la caries se emplea una solución de fluoruro de sodio al 0.2%,
Se aplican por medio de colutorios, 10 mililitros en el caso de los escolares,

cada catorce días (quincenal).

El personal encargado del programa educativo preventivo de caries dental y periodontopatías, participará en las diversas encuestas epidemiológicas, censos, investigación de recursos, etc.

Organización

El programa educativo preventivo de caries dental y periodontopatías, depende de la de los Cirujanos Dentista en los temas de epidemiología bucal, modelos de atención odontológica y evaluación de programas

|

Apoyar logísticamente al programa, asignando los recursos humanos necesarios.

Controlar el desarrollo del programa por medio de la supervisión y la evaluación periódica de los recursos humanos.

Resultados

Los resultados de la aplicación del programa de salud bucal en la comunidad mazahua se medirán a mediano y largo plazo. Pero si se puede dar aquellos que tuvieron una respuesta durante el desarrollo de este programa.

La participación de los líderes de la comunidad (delegados) se hace indispensable para la aplicación del programa en salud bucal y para solicitar el apoyo que se necesita no solo de salud sino también para mejorar las condiciones de vida de la población en su comunidad. Afortunadamente se conto con el apoyo del delegado de la población de la Ranchería de la Soledad y con su participación se lograron las facilidades para poder aplicar el programa de Educación en Salud Bucal

La población más marginada del pueblo mazahua vive en condiciones de extrema pobreza ,la falta de empleo y de oportunidades que favorezcan y eleven el nivel de vida de la población dificulta que se puedan desarrollar los programas de prevención en salud bucal y poder educar a su población en materia de salud .

Su población adulta tiene muy presente sus costumbres que han sido heredadas por sus antepasados, lo cual dificulta que adopten una nueva conducta en materia de salud bucal, pero no se niegan a recibir información que ayude a prevenir las enfermedades bucales, lo cual demuestra que su población es participativa.

El fenómeno de la migración de la población mazahua, no se puede detener, la falta de oportunidades que mejoren sus ingresos están escasas y migran hacia el Distrito Federal y los Estados Unidos .Esa población es difícil que participen en los programas de educación en salud, ya que solo regresan en determinadas fechas ,además que no se le puede dar seguimiento a la evolución de su salud bucal.

Actualmente la población infantil del Estado de México padece el 87.69% caries , según la encuesta nacional de caries en el 2001 , lo cual refleja que no se han desarrollado eficientemente los Programas de Salud Bucal además de que no

llega su información a las comunidades que en verdad lo necesitan.
Limitándose a las grandes ciudades y poblaciones más urbanizadas.

Conclusiones

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, y las estrategias y programas que de ella se desprenden. Pero también es cierto que los sectores marginados no han presentado dichas mejorías la falta de recursos materiales y personales capacitado en la salud bucal a la población mazahua de verdad son insuficientes

Los esfuerzos que hace la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en salud Bucal solo van dirigidos a una parte de la población y en que los programas de salud bucal en algunas ocasiones no han sido bien planificados o realizados

El modelo de planificación PRECEDE PROCEDE plantea un nuevo enfoque para programas de educación en salud que se fundamenta en cuatro disciplinas: la epidemiología, las ciencias sociales y de la conducta, la administración y la educación y que a lo largo del trabajo se hace hincapié a dos propuestas básicas

- 1.-Que la salud y la conductas saludables son resultantes de múltiples factores.
- 2.-Que debido a que la salud y la conducta están determinadas por factores múltiples, los esfuerzos en materia de educación para la salud deben ser multidimensionales.

Las causas y la distribución de los principales problemas de salud general, así como del componente bucal de la salud, no constituyen un hecho fortuito, ya que es en la organización social donde se producen las causas esenciales de la salud y de la enfermedad. La superación de las consecuencias de la pobreza y de la exclusión social, requiere de un trabajo que integre los avances obtenidos por las ciencias sociales y las ciencias médicas que mejoren la calidad de vida

El perfil de salud enfermedad de cada grupo social estará definido por sus posibilidades de acceder a estos beneficios sociales como la educación, servicios de salud , servicios sanitarios que mejoren la calidad de vida de la población de lo contrario no se generarán mejoras

El acceso a la educación y a la información, de los servicios de atención odontológica y a una dieta balanceada, determinan el perfil de salud enfermedad bucal de los diferentes grupos sociales, así como las posibilidades de prevención de las enfermedades. Sin embargo, los aspectos culturales de la población tienen un peso importante en el cuidado de la salud bucal en el que se debe generar corresponsabilidad con la población y de sus líderes quienes deben participar en programas de educación en salud

Referencias Bibliográficas

1. Restrepo H. Promoción de la Salud .Como Construir Vida Saludable. 1a.edición. Bogotá .Editorial Medica Panamericana.2001
2. Restrepo H. La promoción de la salud y la nueva salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública. Universidad de Antioquia.Colombia 1996.
3. Dirección General de Promoción de la Salud. Modelo Operativo de Promoción de la Salud. <http://www.dgps.salud.gob.mx>
4. Modelo Operativo de Promoción de la Salud.Secretaris de Salud.Dirección General de Promoción de la Salud 2006
5. Dirección General de Promoción de la Salud. Red Mexicana de Municipios por la Salud. <http://www.dgps.salud.gob.mx>
6. Herramientas de Comunicación para el Desarrollo de Entornos Saludables. Organización Panamericana de la Salud. 23 a edición . Washigton D.C.2006
7. OPS. Informe Anual del Director. Promoción de la salud en las Américas. Washington , D.C.: OPS;2001.
8. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto,Canadá: OMS, Asociación;1986.
9. Como afrontar los desafíos de la salud mundial. Documento de referencia sobre la Educación para la Salud. París: OMS/UIES;1991.
10. Herramientas de Comunicación para el Desarrollo de Entornos Saludables. Organización Panamericana de la Salud. 23 a edición . Washigton D.C.2006
11. Encuesta Nacional de Caries Dental. Secretaria de Salud. Epidemiología. 2001
12. Programa Educativo Preventivo de Caries dental Y Periodontopatías. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.iztacala.unam.mx>
12. Promoción de la Salud Bucodental. Fluoración de la sal.Organización Panamericana de la Salud.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1993.Para la Prevención de las Enfermedades Bucales