



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RETOS DE LA SALUD PÚBLICA
EN MÉXICO Y EN EL MUNDO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

MARÍA DEL ROCÍO GUTIÉRREZ JARDINES

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESOR: C.D. CHRISTIAN MENESES REYES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

A mis padres: Raúl Gutiérrez A. y Magdalena Jardines C.

Por su apoyo y amor incondicional, desvelos y motivaciones que me han impulsado a lograr mi metas. Hoy estamos a un paso de lograr este sueño que juntos hemos cultivado, no hay mejor manera de agradecerles la valiosa herencia que me han dado más que culminando con mi licenciatura. Los amo y me siento muy orgullosa de tenerlos a mi lado.

A mi hermano: Raúl Eduardo Gutiérrez J.

Por los momentos de risas que hemos compartido y tus consejos para seguir adelante. Este es un ejemplo de lo que puedes alcanzar. No te rindas, te amo.

A mi familia y amigos.

Ustedes saben quienes son, gracias por el interes y cariño que me brindaron durante el recorrido de mis estudios, la preocupación que mostraron y ese apoyo voluntario que siempre tuvieron conmigo, todo eso hoy se ve reflejado. Los quiero.

A ti, Javier Z. Ramirez M.

Llegaste a mi vida para cerrar con broche de oro esta hermosa etapa, gracias por las anécdotas y las palabras de motivación que me han impulsado a buscar más allá de lo que mis ojos podían ver, de igual forma gracias por tu comprensión y amor incondicionales. Te amo.

A mi directora de tesina, C.D. María Elena Nieto Cruz.

Por su valioso tiempo, paciencia y conocimientos. Por que sin su dirección y ayuda esto no sería posible, por apretarme de la mano y confiar en mi, por las palabras motivantes que me impulsaron a seguir adelante. Es usted una mujer admirable fue un placer haberla conocido. Gracias Maestra.

A mi universidad, UNAM y Facultad de Odontología.

Gracias, por la oportunidad de formar parte de la mayor casa de estudios en México, por los conocimientos y por todo lo que me ofrecieron para mi desarrollo personal y academico.

“Por mi raza hablara mi espiritu”.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. OBJETIVO	6
2. CONCEPTOS	6
2.1. Salud	6
2.2. Salud Pública.....	9
3. ANTECEDENTES DE SALUD PÚBLICA.....	12
4. RETOS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO.	21
4.1 OBJETIVOS DEL MILENIO INFORME 2014.	33
4.1.1 OBJETIVO 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	33
4.1.2 OBJETIVO 2. Lograr la enseñanza primaria universal.....	38
4.1.3 OBJETIVO 3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.....	39
4.1.4 OBJETIVO 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.	40
4.1.5 OBJETIVO 5. Mejorar la salud materna.	43
4.1.6 OBJETIVO 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.	44
4.1.7 OBJETIVO 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. ...	50
4.1.8 OBJETIVO 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo. ...	52
4.2 Seguridad alimentaria.....	54
4.2.1 Zonas urbanas.	54
4.2.2 Ganadería urbana.	54
4.2.3 Alimentos de calidad.	55
4.3 Estrategias de la OMS en Salud Pública	58
4.3.1 Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud	58
5. RETOS DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO	60
5.1 Demografía	61
5.2 Desigualdad en salud	62
5.3 Mortalidad	62

5.3.1 Mortalidad materna.....	64
5.3.2 Mortalidad infantil	64
5.4 Enfermedades crónicas no transmisibles	65
5.5 Medio ambiente y seguridad humana.....	66
5.6 Retos	67
5.7 Estrategias.....	69
6. RETOS DE LA SALUD ORAL EN MÉXICO.....	73
6.1 Salud Bucal del niño y adolescente	73
6.1.1. Caries dental	74
6.1.2 Tejidos periodontales.	75
6.2 Salud Bucal del Adulto.....	75
6.2.1 Prevalencia de la caries dental.....	76
6.2.2 Salud periodontal.....	76
6.2.3 Lesiones de la salud bucal	76
6.3 Estrategias.....	77
7. CONCLUSIONES.	80
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

INTRODUCCIÓN

La salud pública se puede considerar como un proceso administrativo basado en estrategias, que colabora con otras áreas, siempre encaminadas a los temas de salud y bienestar social para la población, buscando mejorar la calidad de vida de los individuos en su entorno social y ambiental. Sus objetivos son brindar educación, infraestructura y saneamiento a las regiones. Esta disciplina ha tenido que evolucionar debido a la alta demanda en sus campos laborales.

Los retos que se presentan a nivel mundial respecto a la salud y medio ambiente son cada vez más alarmantes, aún existe inequidad y desigualdad en diferentes países, pero gracias a la cooperación de instituciones importantes preocupadas por cubrir las deficiencias de los sectores de salud a nivel mundial se pueden llevar a cabo planes, proyectos y estrategias que tienen como finalidad el cumplimiento de objetivos y metas establecidas a corto, mediano y largo plazo.

Este trabajo tiene como finalidad difundir los retos que la salud pública enfrenta en el mundo y en México dando a conocer los problemas de salud más importantes que pueden generar riesgos sociales así como las estrategias que llevarán al cumplimiento de metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los objetivos (Objetivos Del Milenio) establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el año 2015 y la visión para el año 2030.

De misma forma se abordan los retos de salud oral que enfrenta México en la actualidad, así como la prevalencia de enfermedades dentales y las estrategias que se llevan a cabo para cumplir las metas establecidas por la OMS y por la Secretaría de Salud Mexicana para el año 2020.

1. OBJETIVO

Difundir los retos de la Salud pública a nivel mundial y en México, así como los de la salud oral.

2. CONCEPTOS

2.1. Salud

Al concepto de salud se le ha considerado un papel importante en la historia, igualmente ha evolucionado con ésta. En el siglo XX se le había otorgado un significado negativo, ya que se tenía salud, cuando no había enfermedad, es decir la salud se definía por la no percepción de enfermedad por parte de los médicos tratantes.¹

Actualmente se define a la salud como algo positivo, con características positivas y actitudes de alegría ante las obligaciones y responsabilidades que exige la vida.¹

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define a la salud en el año 1948 como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez”.²

Además, demanda que el humano se debe analizar como una unidad biológica, psicológica y social.

- Biológicamente, se estudia el comportamiento del organismo.
- Psicológicamente, todo individuo es único, con características heredadas, rasgos, costumbres adquiridas, temperamento y carácter.
- Socialmente, el hombre siempre estará ligado a un conjunto de personas, ósea, un grupo social con el cuál interactuar y compartir costumbres, gustos y tal vez estilos de vida.²

Sin embargo, ésta definición fue criticada en los años cincuenta debido a algunos aspectos que se mencionan en ella, pues se afirma que es muy rara la vez o casi nulo que se tenga un “completo bienestar”. Algunos historiadores de la medicina empiezan a darle otra perspectiva a esta definición, Sigerist (1960), expuso lo siguiente, “Vivimos un ritmo específico, determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos. Un ritmo inalterado es la salud, la enfermedad es la interrupción de éste”.¹

Se concluye que, la salud y la enfermedad derivan de la relación que tiene la adaptación del humano con su medio ambiente.³

Por otro lado, Perkins define a la salud de la siguiente manera: “La salud es un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que traten de perturbarla. No es una interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa de aquél, procurando su adaptación”.³

Los elementos que son importantes para la vida están ligados con la salud del humano, pero si son modificados para consecuencia del mismo, traerán efectos desfavorables. Algunos elementos físicos son: el clima, las estaciones del año y la atmósfera por mencionar algunos. También hay algunos elementos químicos naturales que de manera incrementada resultan ser cancerígenos y teratógenos, de igual forma, la urbanización ha traído consigo contaminación en el aire como consecuencia del smog de los automóviles y el humo o gases que expiden las industrias. La agricultura e industrialización requiere del uso de otras sustancias químicas como: insecticidas, pesticidas, fertilizantes, aditivos para la alimentación que perjudican el suelo, el agua y los alimentos, causando daños irreversibles en el organismo. No menos importantes están los factores biológicos, bacterias, virus, parásitos y agentes de muchas enfermedades que se han venido estudiando para disminuir sus efectos nocivos o crear resistencia del organismo. Los factores psicosociales no son considerados tan importantes a

Retos de la Salud Pública en México y en el mundo.

pesar de las graves consecuencias que generan como el estrés, migraña y neurosis entre otros, que están asociados con la ignorancia, la pobreza, la incultura y la industrialización.³

Siendo tantos los factores que influyen en la salud y en la enfermedad, y tan diversas las respuestas del organismo, se ha establecido “el principio de multicausalidad” para tener en consideración los factores precisos y los factores influyentes.³

Sin embargo, la salud y enfermedad son conceptos que no se pueden definir individualmente, entre ellos existe una relación muy íntima porque son parte del mismo proceso, es decir forman un continuo en que la enfermedad ocuparía el polo negativo que en su lado extremo causa la muerte y la salud el polo positivo que en su lado extremo causa lo óptimo en salud.¹

2.2. Salud Pública.

A principios del siglo XX, surgen las primeras definiciones de salud pública, en 1920 C.E. Winslow elaboró una amplia definición que es aceptada hasta nuestros días: “La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental”.¹

Es decir, la salud pública es la encargada de impartir el conocimiento a las personas, para ejercer en ellas un cambio reflexivo sobre los hábitos nocivos para así lograr una mejora en la salud y ampliar la esperanza de vida.⁴

Winslow también menciona que se debe llevar a cabo la salud pública “mediante el esfuerzo organizado de la “comunidad”. A veces al referirnos a la “comunidad” es muy frecuente que se piense en personas con escasa cultura general y baja atención médica, pero esta idea es equivocada, porque la “comunidad” la forman todas las instituciones de salud, las personas, el médico, la enfermera en su trabajo privado y el público. Únicamente con un grupo organizado y coordinado de personas se podrán obtener resultados positivos en materia de salud.³

La salud pública también se define por medio de sus objetivos:

- a) **Saneamiento del medio:** Asegura las óptimas condiciones del ambiente para la protección de la salud: “abastecimiento de agua, disposición apropiada de desechos sólidos, líquidos y excretas, saneamiento de la vivienda y establecimientos ocupacionales, control de la calidad de los alimentos y molestias sanitarias originadas por insectos, roedores y otros animales, así como los trastornos ocasionados por la contaminación ambiental.”⁵

Cuando se elaboró esa definición, no se tomaron en cuenta algunas condiciones nocivas del ambiente: la contaminación del agua, el aire y suelo que hoy en día nos afecta. La importancia del saneamiento del medio son las enfermedades y trastornos que se ocasionan por la contaminación del ambiente.³

- b) **El control de los padecimientos transmisibles:** Se puede llevar a cabo gracias a la observación, vigilancia y normatividad.⁵

Es labor de los médicos y enfermeras la aplicación de vacunas, la indicación de medidas generales de aislamiento, cuarentena y desinfección, mismos que deben reportar el número de casos tratados a las autoridades sanitarias, para evitar su diseminación. Pero se ha visto que hay padecimientos que no se han podido erradicar, otra deficiencia es que no se menciona a los padecimientos de evolución prolongada y crónico-degenerativos, problemas que se presentan actualmente en todo el mundo.³

- c) **La educación de los individuos en higiene personal:** la educación no sólo se trata de enseñar-aprender, trasciende a un cambio conductual: adquisición de habilidades y destrezas, capacidad de apreciación, modificación de hábitos y costumbres. Es decir es un proceso intencional que requiere de la participación activa y consciente del individuo, en beneficio de la salud.⁵

Por otro lado se tiene la responsabilidad de orientar e impartir información que cause un cambio de actitud en las personas referente a la preservación de su salud.³

- d) **Organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades:** Se habla de administración médica. Las medidas de diagnóstico temprano y tratamiento preventivo, desempeñan un papel

importante en la atención médica. Se realizan programas, planes y proyectos para promover y proteger la salud pública.³

- e) **El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno, un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud:** Es al gobierno o representantes del Estado quienes deben establecer una estructura adecuada para elevar el nivel de vida de la población.³

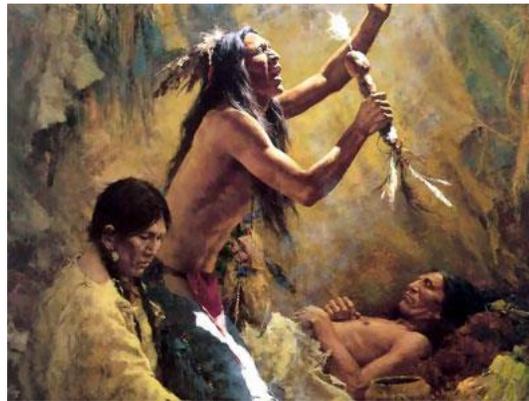
Se les debe proporcionar condiciones aceptables a los individuos para que satisfagan sus necesidades básicas, con facilidad y confiabilidad para tener una mejor calidad de vida.³

J.H. Hanlon en 1974 elabora una definición de la salud pública muy parecida a Winslow, en ella afirma: “La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo.”³

Es decir, la salud pública es el trabajo en comunidad que tiene una finalidad de proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando ésta se ausenta y, rehabilitar al individuo enfermo para lograr la reintegración de éste a su medio social, laboral y cultural.¹

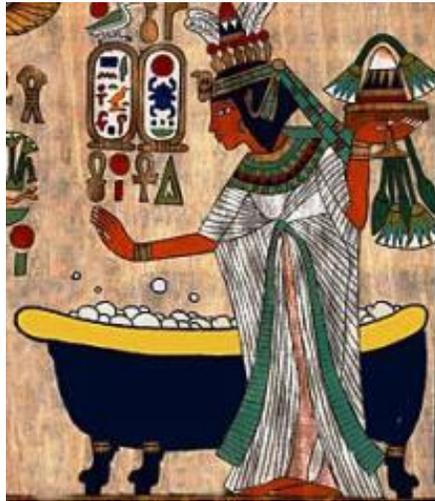
3. ANTECEDENTES DE SALUD PÚBLICA

Desde la antigüedad, cuando los hombres creaban agrupaciones para construir tribus, poblados, familias, regiones o países, creaban sistemas que se encargaban de su salud. Por mucho tiempo se creyó que la enfermedad era un castigo divino⁶, así aparecieron el chamán, hechicero-sacerdote, brujo y curandero y empezaron a tomarse medidas sanitarias. Esta creencia deriva de los pensamientos primitivos, que aún se utilizan en algunos países como África, Asia, Australia y en el continente americano. Son normas cívico-religiosas, culturales, estéticas y legislativas, dirigidas a conservar la salud individual y colectiva para conservar la salud.⁶



Fuente: <https://oldcivilizations.files.wordpress.com/2011/06/chaman22.jpg>

Los egipcios fueron los primero en introducir norma de higiene personal, el agua que consumían no estaba contaminada y tenían canales de desagüe para las aguas residuales.⁶



Fuente: <http://www.blogodisea.com/wp-content/uploads/2011/04/cleopatra-bano-egipcios-jabon-higiene-aseo.jpeg>

Los hebreos continuaron con estos conocimientos y al mejorarlos crearon el Levítico (1500 a.C.), éste era un código escrito que dictaba los deberes personales y comunitarios de higiene, como el aislamiento de los leprosos, el depósito de basuras y desechos, la protección de la maternidad, la descontaminación del agua, la eliminación de aguas residuales, comportamiento sexual y la higiene personal.⁷

Los griegos por su parte seguían inspirados en la mitología griega, “Se afirmaba que Asclepio o Esculapio, médico renombrado, fue enseñado a curar por Quirón, centauro mitológico, que tenía varias hijas: una de ellas, Higiea – de donde deriva la palabra higiene-, era la diosa de la salud. El nombre de Hipócrates, *padre de la medicina*, se relaciona con el Juramento que lleva su nombre y que se considera hasta la fecha como guía de la ética médica”.³ Esta civilización se caracterizó por desarrollar normas de salud pública con más desarrollo que las anteriores. Se basó en las normas

Retos de la Salud Pública en México y en el mundo.

anteriores, pero incluyó en estas el culto por la belleza, la alimentación correcta y el saneamiento del medio ambiente.³



Fuente: <http://decamino-ginesumbrete.blogspot.mx/2012/12/01-mitologia-griega-apolo.html>

Roma por su parte adoptó las normas de los griegos y la ingeniería tuvo un avance con obras en los baños públicos, los acueductos, las termas, la evacuación de aguas residuales como “la Cloaca”, estos avances aún se admiran en la actualidad. El desarrollo de la salud pública que se suscitó en estas civilizaciones estaba inspirado en ideas de mejorar el bienestar personal y la estética. Sin embargo los griegos tenían una idea negativa, pues se debía eliminar a los débiles o inválidos.⁸



Fuente: <http://files.romantigua.webnode.es/200000045-d3ae7d4a77/cloaca-maximafoto.jpg>

En la Edad Media, se observa un retroceso en las normas de higiene y salud pública, la única excepción fue la cultura Árabe. En los territorios de los musulmanes se mantuvieron las normas de higiene y se produjo un gran avance en las ciencias médicas. “Por ejemplo, Mahoma prohíbe el consumo de carne de cerdo por la gran infestación de triquinosis que existía en el norte de África, y el consumo de alcohol para evitar la deshidratación de sus ejércitos.”¹

En el mundo cristiano al considerar inmoral la contemplación del propio cuerpo cambió las costumbres de la higiene personal, logrando que se abandonara el baño corporal. Se suprimieron las prácticas de recogida de aguas residuales y basuras, así como el olvido de los baños, las termas, las cloacas y los acueductos construidos por los romanos, así se llenaron las ciudades de suciedad e inmundicia favoreciendo la aparición de plagas, fiebre tiroidea, peste y tifus exantemático.⁸



Fuente: <http://blogs.ua.es/historiaalicantemedieval/2013/12/16/los-comportamientos-y-fiestas-de-las-sociedades-cristianas/>

Terris M., afirma que “Las malas condiciones socioeconómicas, la falta de alimentos, los grandes movimientos migratorios por motivos bélicos (expansión de los árabes), religiosos (peregrinación a La Meca o cruzadas) y comerciales (apertura de las rutas transcaucásicas entre Oriente y Occidente, comercio marítimo, etc.), unidos a la falta de higiene, dieron lugar a las mayores epidemias de la historia. De ahí que la Edad Media se conozca, sanitariamente, como período de las grandes epidemias”.⁹

La lepra se extendió desde Asia Menor a toda Europa, se decretó el aislamiento, aunque a un precio inhumano. Se decretaba la “muerte cívica”, se les expulsaba de la sociedad, debían anunciar su presencia con una campanilla y así se lograba su aislamiento. La desnutrición, las enfermedades por los cambios climáticos y las pésimas condiciones de vida aceleraban la muerte de estas personas.⁹

No obstante a través del comercio con Oriente la peste llegó a Europa en el siglo XIV. Se tienen algunos cálculos de las muertes ocasionadas por esta enfermedad y ascienden a los 25 millones de muertos. Las medidas que se

tomaron para combatirla fueron declarar en cuarentena los puertos y fronteras.⁹



Fuente: <http://www.infobae.com/2014/08/15/1588032-cuales-fueron-las-epidemias-mas-devastadoras-la-historia>

En el Renacimiento, aunque se tuvo un período de desarrollo en las ciencias y el arte, no se produjo ninguna aportación sanitaria.⁹

Tras el descubrimiento del Nuevo Mundo en 1492, se descubrió que los pueblos americanos eran sumamente limpios y habían realizado avances en la salud pública, contaban con sistema de drenaje, la basura se recolectaba y se quemaba y narró “Bernal Díaz” que en cada calle había letrinas públicas que permitían privacidad. En cuestión de enfermedades había infinidad de plantas medicinales.⁶



Fuente: <http://www.revistaenred.com/fotos/sabiasque/cortez-montezuma.jpg>

Por otra parte el en siglo XVIII aparece una de las grandes contribuciones para la salud pública: Eduardo Jenner introdujo la vacuna antivariólica en 1796. En 1806, tres años después de iniciado, terminó su trascendental recorrido de importancia mundial para el control de la viruela, la radicación de este mal se consiguió en 1977.⁶

A principios del siglo XIX en la época contemporánea Johan Peter Frank establece los principios de las acciones sanitarias gubernamentales en su obra *Política Sanitaria* (1779 y 1819) y conferencia en Padua *Miseria populorum morborum genitrice*. Pero no fue hasta mediados del siglo XIX (1839 a 1850) Farr (1839), Chadwick (1842) y Shattuck (1848- 1850), cuando se inicia la salud pública como filosofía social, práctica administrativa y política de gobierno. Este es el momento en que la salud pública inicia su largo camino en los servicios de salud destinados a dar cobertura sanitaria a la población.¹⁰

Retos de la Salud Pública en México y en el mundo.

En 1842 Edwin Chadwick dio un informe sobre el estado higiénico de las grandes ciudades y los distritos de Inglaterra y Gales, en éste insistió sobre la relación que tiene la pobreza y la enfermedad, y señaló que “mientras los habitantes de los lugares abandonados y sucios de las ciudades sean incapaces de valerse por sí mismos y obtener viviendas mejores y más saludables, con aire y luz suficientes, con abastecimiento de aguas residuales, su salud y fuerza física se verán perjudicadas, y sus vidas acortadas, por la influencia del medio exterior”. Es decir que la salud depende de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento medioambiente. Así fue como recomendó la creación de centros sanitarios dedicados a la protección de la salud de las poblaciones.¹¹



Fuente: http://globedia.com/imagenes/noticias/2013/2/19/brasil-disminuye-indices-pobreza_1_1582827.jpg



Fuente: <http://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/derechos-del-nino/conoce-los-derechos-universales-el-nino/>

El informe de la Comisión Sanitaria de Massachusetts en 1850 se considera la más importante contribución a la salud pública norteamericana. Declara el establecimiento de juntas locales y del estado de sanidad, creación del cuerpo de policía sanitaria, elaboración de estadísticas vitales, puesta en marcha en procesos de saneamiento de la salud de los escolares, tuberculosis, enfermedades mentales, alcoholismo, problemas sanitarios de

Retos de la Salud Pública en México y en el mundo.

la inmigración, vigilancia del agua y los alimentos. Posteriormente, en el siglo XIX y a principios del siglo XX se producen grandes descubrimientos microbiológicos, primeras vacunas y sueros, y se inicia el estudio de las causas de enfermedades no infecciosas. Se desarrolla la ingeniería sanitaria, el saneamiento y la desinfección.¹⁰

En el siglo XX se empiezan a crear servicios de salud pública y los derechos de la salud social y los derechos humanos ya aparecen en la declaración de Virginia en 1776 o en la Independencia Americana en 1791. El derecho a la salud se contempla el 2 de mayo de 1948 en la carta fundacional de la OMS en la “Declaración Americana de Derechos y Deberes” de Bogotá, también se recoge el derecho a la salud, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”. Este derecho fue garantizado en México en 1990 en la constitución artículo 4°.7

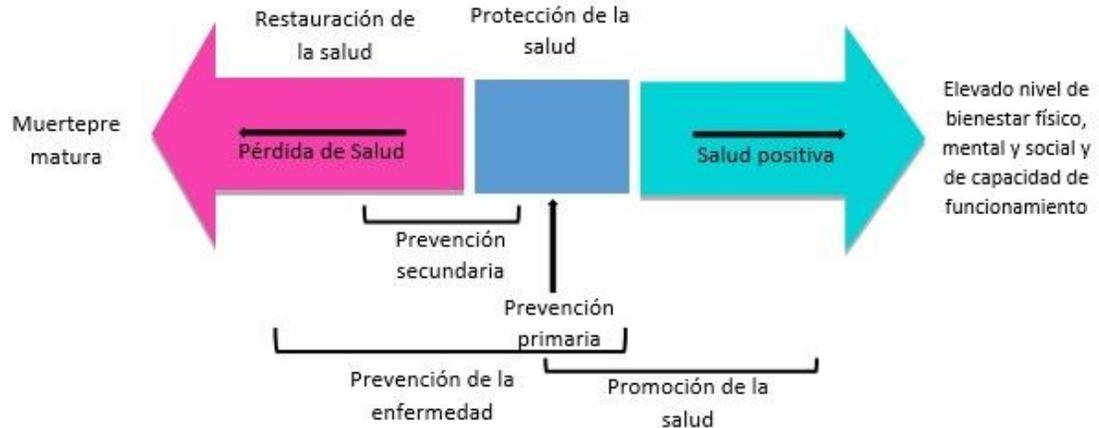


4. RETOS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO.

“Cada periodo de la historia tiene su modelo ideal de salud y de su propia salud pública. Nosotros debemos desarrollar nuestra particular filosofía de la salud pública, nuestros objetivos como individuos, como profesionales, como parte de la sociedad a la que pertenecemos. Los tiempos cambian; con ellos nuevos retos surgen, por lo que es preciso modificar los conceptos de la salud pública.” **Halon J, Rogers F, Rosen G.**¹²

La salud pública se creó con la misión de proporcionar bienestar y salud a las clases marginadas durante la Revolución Industrial en el siglo XIX, pero al incorporarse a la administración pública se convirtió en una aplicación metódica de medidas de prevención y control de las enfermedades transmisibles.¹² Las acciones de la salud pública se pueden resumir en: “protección de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y restauración de la salud”. Las acciones de protección de la salud están dirigidas al controlar el medio ambiente, se trata de prevenir riesgos biológicos, físicos o químicos respecto a la salud del hombre. Se distingue entre medidas de vigilancia y control del medio ambiente y saneamiento ambiental, y toda medida que va dirigida a evitar la contaminación de los alimentos y que apruebe su calidad nutritiva y sanitaria. Las acciones de protección de la salud se basan en evidencia científica en áreas de la medicina y son desarrollados por profesionales como: médicos, veterinarios, farmacéuticos, licenciados en ciencias ambientales, higienistas y seguridad en el trabajo, bromatólogos, químicos y más. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad comprenden actividades para el fomento y defensa de la salud y prevención basada en acciones individuales y colectivas que actúan sobre los individuos. Abarca métodos eficaces de prevención primaria y secundaria (inmunizaciones, educación sanitaria, consejo sanitario, pruebas de detección).¹

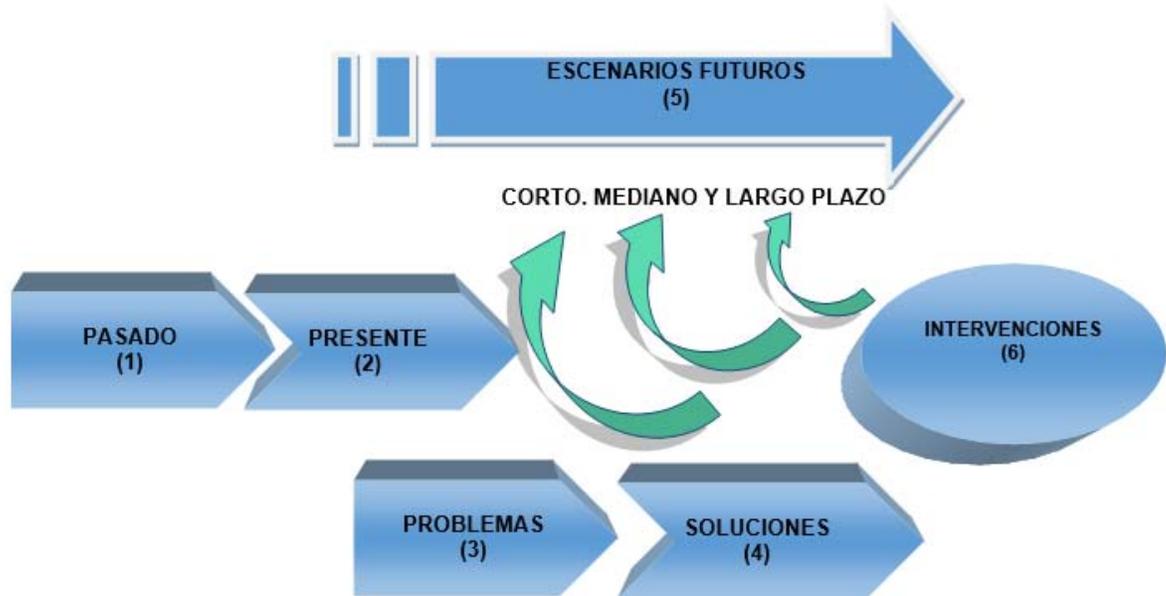
Retos de la Salud Pública en México y en el mundo.



Fuente: Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M. et al. (eds.).
 Medicina preventiva y salud pública. 10ª ed. Barcelona: Masson. 2001.

A pesar de que los servicios de salud pública se fueron desarrollando los países también tuvieron por su parte desarrollo económico y las necesidades de atención fueron cambiando, las enfermedades de etiología bacteriana y parasitaria fueron controladas pero en las naciones surgieron nuevas enfermedades de evolución crónica con características degenerativas y proliferativas.¹²

Por eso es importante poder analizar hacia dónde va la Salud Pública, nos basaremos en un esquema que nos permite estudiar el pasado, presente y futuro de la Salud Pública, a través de seis eventos secuenciales¹³:



Fuente: Vega Franco L. La salud en el contexto de la nueva salud pública. México. El manual moderno: UNAM. Facultad de Medicina. 2000.

La Salud Pública es la ciencia que integra componentes: “a) las enfermedades tropicales; b) las enfermedades infecciosas transmisibles; c) las enfermedades inmunoprevenibles; d) enfermedades de transmisión sexual; y e) enfermedades crónicas.”¹³

El pasado



Se remota 1970-1950 con incidencia y prevalencia de patologías “con base en el análisis de tendencias basadas en estudios longitudinales”.¹³

El presente



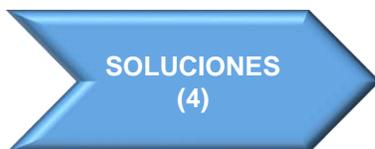
A partir del año 2001, se realizan estudios cuantitativos, cualitativos y cuanticualitativos, considerando problemas, causas y soluciones, referentes: “políticos, legales, científicos, tecnológicos, financieros, administrativos de coordinación y de asistencia dentro de procesos: centralistas, descentralista o delegación”.¹⁴

Los problemas



Estos derivan del presente, son las debilidades o dificultades. Se permite identificar las causas para darles soluciones.¹⁴

Las soluciones



Son las respuestas a los problemas, están tienen un carácter: “científico, asistencial, docente e investigativo, administrativo, financiero, de coordinación, de supervisión y control o en el área jurídico legal”.¹³

Los escenarios futuros

expertos que lleve
tratada.¹³

Cada país expondrá su visión a 5 años, 10 años y 20 años, de acuerdo a su situación. Su visión se proyecta a través de estadística, epidemiología analítica o análisis de todo el sistema. Esto se puede presentar a un grupo de a cabo un conceso DELPHY para cada patología



estudio.¹³

Las intervenciones

Se busca transformar los escenarios indeseables en positivos, con la única finalidad de mejorar en las condiciones de Salud, de la Seguridad Social, y de la calidad de vida de la población objeto de

Ahora bien, algunas de las respuestas sociales son que al inicio se buscaba ocupar recursos en sistemas de salud o ministerios estatales, pero era tanta la variedad de instituciones existentes que se dificultaba la planeación integral de los servicios que habían logrado llegar a un nivel desarrollo conceptual, científico y técnico importante en los tres niveles: preventivo, asistencial y la rehabilitación, con gran desarrollo de la promoción de la salud. Algunos la llamaron “la nueva salud pública” que tiene cinco áreas bien definidas en la carta de Ottawa en 1986: 1. Políticas públicas saludables, 2. Mejoramiento del entorno, 3. Fortalecimiento de la participación social, 4. Desarrollo de aptitudes personales, 5. Reorientación

de los servicios con aportes sucedáneos en las conferencias desde Adelaida, Australia en 1988 hasta la última en México 2000.¹³

Pero antes de llegar al año 2000 mencionado con anterioridad es importante citar la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas con especialidad en aspectos de la salud, que es la autoridad máxima de las labores sanitarias en todo el mundo y en su *Declaración de Principios* estableció que “el goce del más alto grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social”, y que la salud depende de la participación de individuos y naciones.²

Esta organización se coordina en Ginebra y realiza investigaciones brindando asesoramiento a los países para combatir enfermedades trasmisibles como el cólera, el paludismo y la tuberculosis.²

El 12 de septiembre de 1978 se llevó a cabo una reunión internacional en Alma-Ata, patrocinada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el propósito de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. En la cual se declara que la salud es un derecho humano fundamental y que lograr la salud optima es un objetivo importante. Se hizo hincapié en la atención primaria a la salud, que es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología, con fundamentos sociales y científicos, abierta a la comunidad y sus familias con su participación a un costo aceptable que los individuos y el país puedan sustentar con autorresponsabilidad y autodeterminación. Esto quiere decir que el pueblo tiene el derecho pero también la obligación de participar y que las naciones debían alcanzar el objetivo de tener una salud optima que les permitiera tener una vida productiva tanto social como económica en el año 2000.²

“En la asamblea 53, la OMS define estrategias mundiales para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y las condiciones que deberán mejorarse en los sistemas de salud para obtener mejores resultados a inicios del siglo XXI.”¹

En el informe del 23 de marzo de 2000, se proponen los siguientes objetivos:¹

1. “Cuantificar y localizar las epidemias emergentes de enfermedades no trasmisibles y analizar los factores sociales, económicos, comportamentales y políticos determinantes de éstas”^{1, 15}
2. “Reducir el nivel de exposición de las poblaciones a los factores de riesgo más frecuentes: consumo de tabaco, dieta malsana, falta de actividad física y sus determinantes.”^{1, 15}
3. “Elaborar normas y directrices para intervenciones eficaces relacionadas con enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.”^{1, 15}

Para lograr estos objetivos, la OMS requiere de la cooperación de la comunidad para establecer una estrategia dirigida a:¹

1. “Vigilancia de las enfermedades para determinar su magnitud y sus determinantes”.^{1, 15}
2. “Promoción de la salud a lo largo de toda la vida y la prevención de la enfermedad, con la finalidad de reducir la carga debida a mortalidad y discapacidad prematura”.^{1, 15}
3. “Innovación en la atención sanitaria, así como la adecuación de la gestión del sector sanitario, que permitan prestar los servicios necesarios en el

tratamiento de estas enfermedades, destinados a realizar intervenciones eficientes y equitativas".^{1, 15}

En el informe de salud el 21 de junio de 2000 acerca de los servicios sanitarios, se exponen los puntos o aspectos que requieren de alguna actualización para dar una mejora a los servicios de salud de acuerdo a la economía de los países.¹⁵

Consta de 6 capítulos. En el primero se habla de la importancia de la existencia de los servicios de salud. En el segundo capítulo se describe cómo se pueden obtener los mismos resultados con los mismos recursos, logrando una mejora en la salud y equidad. En el tercer capítulo pide a la salud pública y sistema sanitario actúen adecuadamente para adaptarse a la realidad socioeconómica, demográfica y geográfica de los países según sus condiciones. El capítulo cuarto habla de los recursos necesarios: financiación, instalaciones, material, otras infraestructuras y recursos humanos de todo tipo. El quinto se dedica al sistema de financiación, en donde se pretende establecer un sistema de distribución justo en donde los más beneficiados y de mayores ingresos, paguen a los de peores condiciones económicas. El sexto capítulo habla sobre cómo se debe proteger el interés general.¹⁵

La iniciativa de "Salud para Todos" requería un mayor énfasis en la atención de salud rural, la capacitación de trabajadores de salud comunitarios, la incorporación de proveedores informales en el continuo de servicios de salud y la promoción de la participación comunitaria. La región contribuyó con modelos exitosos y experiencias acumuladas a través de varias décadas, y fue promotora de nuevas iniciativas a medida que los países evolucionaban hacia gobiernos democráticos. La OPS lanzó la creación de los sistemas locales de salud (SILOS), fortaleciendo la acción intersectorial como un nuevo enfoque de salud pública.^{16, 17}

Por otro lado es necesario que los gobiernos sean los responsables de administrar los recursos nacionales y brindar el derecho a la salud a sus ciudadanos. Cuando hay una buena organización del sistema sanitario (la salud pública ejecutada por servicios públicos y privados) dará garantía de cuidados de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de restauración de la salud con carácter de igualdad para la población.^{18, 19}

Actualmente la salud pública está obligada a cumplir con nuevos desafíos, en este capítulo se retomaran aspectos de importancia que han manifestado de manera urgente atención de salud para prevenir la rápida propagación de enfermedades en las poblaciones.¹⁹

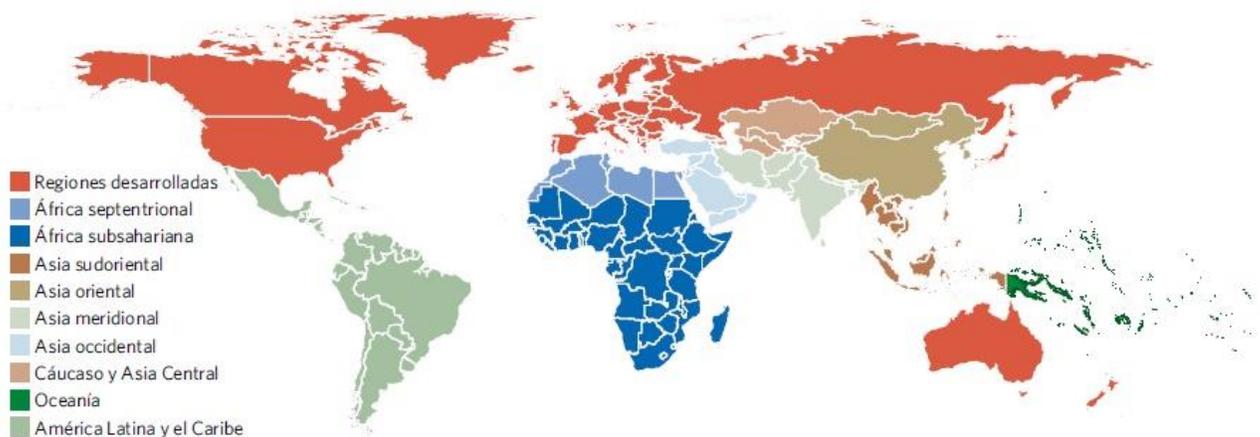
La OPS (Organización Panamericana de la Salud) en su publicación “Salud en las Américas” edición 12, menciona que en el período comprendido del año 1990-2010 se caracterizó por nuevos desafíos epidemiológicos, económicos y políticos. Las medidas tomadas fueron la reducción del gasto público y la disminución de inversiones sociales críticas. En este período reincidió el cólera en Perú y progresivamente se expandió por el continente, en 1992 estaba presente en 14 países de América Latina. Debido a la oportuna participación de acciones y respuestas coordinadas, el último caso fue en el año 2000.²⁰

En los años noventa también se presentó la epidemia de VIH/sida que ya había iniciado con anterioridad de una década. Entre 1983 y 1993 se difundieron programas integrales de prevención y control de sida en los países de la región.²¹ En 1996 Brasil fue el precursor en brindar atención a las personas infectadas con VIH y estableció una “política de cobertura universal con tratamiento antirretroviral ayudando a reducir la tasa nacional de mortalidad por VIH/sida a la mitad en una década”.²²

En septiembre del 2000, 187 países que forman parte de la Organización de las Naciones Unidas firmaron la Declaración del Milenio, que convocaba a los gobiernos a cumplir con los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015. Los objetivos con base en el año 1990 hasta la fecha 2015, están enfocados en atacar los problemas de hambre y pobreza, educación, equidad de género, mortalidad infantil, mortalidad moderna, control de epidemias de sida, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles, sostenibilidad del medio ambiente y formación de alianzas así como cooperación estratégica para el desarrollo.²³

En el informe 2014 se presentan datos acerca de la evolución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a escala mundial y regional. La clasificación regional se divide en “regiones desarrolladas” y “regiones en desarrollo”. Las regiones en desarrollo se han dividido en subregiones. Estas agrupaciones regionales se basan en las divisiones geográficas de las Naciones Unidas, con algunas modificaciones necesarias para formar, dentro de lo posible, grupos de países que se presten a un análisis adecuado.²³

Agrupaciones regionales



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014

En dicho informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se dan a conocer los últimos avances y logros obtenidos, en un panorama general se puede decir que:²³

- En el mundo, se ha reducido a la mitad la pobreza extrema.

“En 1990, casi la mitad de la población de las regiones en desarrollo vivía con menos de 1,25 dólares al día. En 2010 ese porcentaje había caído al 22%, con lo cual 700 millones de personas menos viven en la pobreza extrema”.²³

- Paludismo y tuberculosis

“Entre 2000 y 2012 se evitaron alrededor de 3,3 millones de muertes por paludismo gracias a la considerable expansión de las intervenciones contra esa enfermedad. Aproximadamente el 90% (3 millones) de las vidas salvadas fueron niños menores de 5 años de África subsahariana. Se calcula que desde 1995 los esfuerzos para combatir la tuberculosis han salvado la vida de 22 millones de personas. Si esta tendencia continúa, se alcanzarán los ODM relativos al paludismo y tuberculosis”.²³

- Acceso a agua potable para 2.300 millones de personas.

“El objetivo de reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso a una fuente mejorada de agua potable se logró en 2010, cinco años antes de lo programado. En 2012, el 89% de la población mundial utilizaba fuentes de agua mejoradas, cifra que en 1990 era del 76%. Entre 1990 y 2012, más de 2.300 millones de personas lograron acceder a una fuente mejorada de agua potable”.²³

- En las regiones desarrolladas se están eliminando las diferencias de géneros entre niños y niñas en la escuela primaria.

En 2012, todas las regiones en desarrollo alcanzaron, o estaban próximas a alcanzar, la igualdad de género en educación primaria.²³

- El hambre ha disminuido.

“El porcentaje de personas con nutrición insuficiente bajó del 24% en el período 1990-1992 al 14% en el correspondiente a 2011-2013. Sin embargo, en la última década los avances se volvieron lentos.²³

- La nutrición insuficiente crónica en los niños ha disminuido, 1 de cada 4 sufre este problema.

“En 2012 un cuarto de todos los niños menores de 5 años tenía un retraso en el crecimiento, es decir, tenían una estatura inadecuada para su edad. Esto equivale a una disminución notoria con respecto a 1990, cuando el 40% de ese grupo de niños sufría de dicho retraso de crecimiento. No obstante, es inaceptable que 162 millones de niños sufran todavía de nutrición insuficiente crónica”.²³

- La mortalidad ha disminuido casi a la mitad.

En todo el mundo, la mortalidad de los niños menores de 5 años cayó casi un 50%, pasando de 90 muertes por cada 1,000 niños nacidos vivos en 1990 a 48 en 2012. La principal causa de muerte de niños menores de 5 años son las enfermedades prevenibles, por lo cual es necesario tomar las medidas para enfrentar este problema.²³

- Mortalidad materna.

“Entre 1990 y 2013, la tasa mundial de mortalidad materna cayó un 45%, pasando de 380 a 210 muertes por cada 100.000 niños nacidos vivos. A lo largo de 2013 murieron en todo el mundo casi 300.000 mujeres por causas

relacionadas con el embarazo y el parto, cuando en general, ese tipo de muertes es prevenible”.²³

- Terapia antirretroviral.

“El acceso a la terapia antirretroviral para personas infectadas con el VIH ha aumentado considerablemente; en 2012 hubo 9,5 millones de personas en las regiones en desarrollo que recibieron ese tratamiento. Por otro lado, la juventud debe intensificar su conocimiento acerca del VIH para evitar que la enfermedad siga diseminándose”.²³

- Desde 1990, más de la cuarta parte de la población mundial ha tenido acceso a instalaciones sanitarias mejoradas, aunque todavía hay 1.000 millones de personas que tienen que defecar al aire libre.²³
- El 90% de los niños de las regiones en desarrollo asiste a la escuela primaria

Entre los años 2000 y 2012, la tasa de matriculación escolar en educación primaria en las regiones en desarrollo aumentó del 83% al 90%. Los avances fueron en el 2007. En 2012 había todavía 58 millones de niños que no asistían a la escuela.²³

Así mismo, es importante citar cuales son los ocho ODM y sus metas en el informe 2014.²⁵

4.1 OBJETIVOS DEL MILENIO INFORME 2014.

4.1.1 OBJETIVO 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

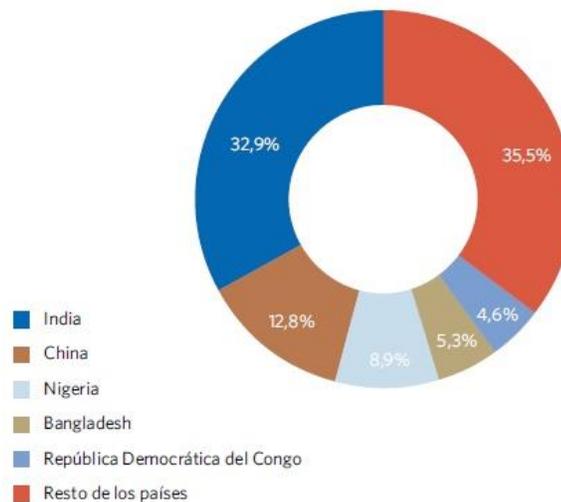
Meta 1.A. Reducir la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.²³

Retos de la Salud Pública en México y en el mundo.

Se han logrado avances notables en la disminución de la pobreza extrema, pero a pesar de ello no ha sido coincidente. África subsahariana y Asia meridional no han logrado reducir a la mitad la tasa de pobreza extrema.²⁴

La mayoría de las personas que sobreviven ganando al día menos de 1,25 dólares viven en Asia meridional y en África subsahariana. En el 2010 se reportó que de los 1.200 millones de personas en el mundo, un tercio vivía en India en pobreza extrema. China pese a la reducción de pobreza, ocupaba le segundo lugar. Seguida de Nigeria, Bangladesh y la República Democrática del Congo. En conclusión en los cinco países antes mencionados casi dos tercios de la población vive en condiciones de pobreza extrema.²⁴

Cinco de los países muy poblados que cuentan con la mayor proporción de la población extremadamente pobre del mundo, 2010 (porcentaje)



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014

Meta 1.B. Alcanzar empleo pleno y productivo y trabajo decente para todos, incluyendo las mujeres y los jóvenes.²³

El crecimiento económico mundial disminuyó en 2013 a su valor más bajo desde 2009. La escasa recuperación económica mundial siguió perjudicando a los mercados laborales, notablemente en los países desarrollados, lo cual fue evidente en el aumento del empleo de baja calidad. Al tener un elevado número de trabajadores con empleos vulnerables significa que la contratación laboral informal está muy generalizada. En estos casos los trabajadores suelen estar expuestos a riesgos en su empleo, sin contar con protección social adecuada, baja remuneración salarial y podrían estar sufriendo violación de sus derechos.²³

La tasa de empleo vulnerable aumentó en América Latina y el Caribe, por otro lado en el período 2008-2013 en Oceanía se presentó un descenso mayor que en el período previo. Las tasas de empleo vulnerable siguen siendo más altas entre las mujeres que entre los hombres. Los datos más notorios de esta desigualdad de género se observa en África septentrional, África subsahariana, Asia occidental y Oceanía. En los últimos años, la brecha entre los géneros ha disminuido en América Latina y el Caribe y estrecha en Cáucaso y Asia central. La productividad laboral va de la mano con el desempeño económico, esto se ve reflejado en los bienes y servicios que produce un trabajador en un período dado.²³

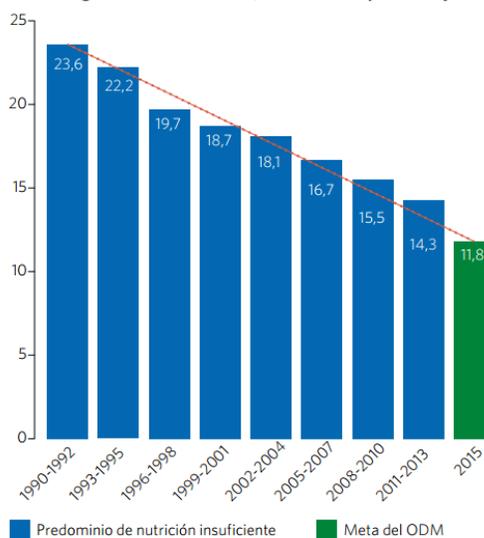
Meta 1. C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre.²³

En el periodo 2011-2013 había 842 millones de personas (lo que quiere decir un octavo de la población mundial) que sufrían hambre crónica. La mayoría de las personas vivía en regiones de desarrollo. En el periodo 1990-1992 esa realidad ha cambiado, se ha tenido un avance hacia la meta de la reducción del hambre crónica. La proporción de personas que no pueden obtener suficientes alimentos con regularidad para llevar una vida saludable ha disminuido del 23,6% en el periodo 1990-1992 al 14,3% entre 2011-2013.

Pero la mejora en la última década ha disminuido. Aunque se han logrado avances significativos con anterioridad y se ha visto una disminución en los mismos, la prevalencia de una nutrición insuficiente apenas si podrá superar la meta. ²⁴

El hambre continúa disminuyendo, pero se necesitan grandes esfuerzos para lograr la meta mundial al respecto para 2015

Proporción de personas con nutrición insuficiente en las regiones en desarrollo, 1990-2013 (porcentaje)



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014

La persistencia de la nutrición insuficiente se da por varios factores, no sólo por la ineficiente seguridad alimentaria. Hay países que aunque su nutrición insuficiente sea baja se encuentran niños con peso inferior al normal y retraso del crecimiento siendo que la mayoría de la población tiene acceso a una buena alimentación. Es por eso que las fallas en la nutrición son consecuencias de malas condiciones de salud y de la alta incidencia de enfermedades como la diarrea, el paludismo, el VIH/SIDA y la tuberculosis. ²³

Retos de la Salud Pública en México y en el mundo.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) propuso recientemente indicadores para medir las distintas dimensiones de la seguridad alimentaria e identificar las medidas apropiadas que se deben tomar. Para conseguirlo se necesitan políticas para mejorar las condiciones de salud, la higiene, el suministro de agua y la educación y que estén orientadas hacia las mujeres. “Reducir el retraso en el crecimiento y en otras consecuencias de la nutrición insuficiente puede lograrse mediante acciones de eficacia comprobada tales como el incremento de la nutrición materna, antes, durante e inmediatamente después del embarazo, la lactancia materna desde el comienzo como método exclusivo de alimentación, y la alimentación oportuna del bebé con alimentos suplementarios seguros, adecuados a la edad y con la adición de los micronutrientes apropiados”.²⁴



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014

4.1.2 OBJETIVO 2. Lograr la enseñanza primaria universal.

Meta 2.A. Asegurar que, para el año 2015 los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.²³

La educación sí importa porque ayuda a erradicar la pobreza y el hambre, esta proporciona a las personas los conocimientos y las destrezas que necesitan para tener una vida mejor. Puede incrementar la productividad y abrir las puertas para conseguir un puesto de trabajo o un crédito.²⁵

Si se suman los ingresos de las 500 personas más ricas del mundo, el total es mayor a la suma de ingresos de los 416 millones de personas más pobres. Dos mil quinientos millones de personas viven con menos de dos dólares al día. Representan el 40% de la población mundial, pero reciben solamente el 5% de los ingresos. Con menos del 1% del producto interno bruto mundial (\$300.000 millones) se podría sacar de la pobreza a 1.000 millones de personas. Esta cifra representa el 1,6% de los ingresos del 10% más rico de la población mundial. Cada año de escolarización hace aumentar el promedio del producto interno bruto anual (PIB) en 0,37%.²⁵

En muchos países se han alcanzado importantes logros en la última década para llegar a la educación primaria universal. Entre 1999 y 2009, el nivel de escolarización primaria ha aumentado en 56 millones de niños y niñas. Sin embargo, en 2009 hubo 67 millones de niños y niñas en edad escolar del nivel primario que no asistieron a clases. Hay millones más que comienzan su educación primaria y luego la abandonan antes de completar el último grado.²⁵

Las medidas que se tomen para erradicar la falta de asistencia a escuelas primarias deberá tener en cuenta ciertos factores como: la distancia que algunos niños deben recorrer para asistir a la escuela, la pobreza, la combinación de trabajo y estudio y los costos de oportunidad, así como

fomentar la puesta en práctica de intervenciones prontas, incluyendo un acceso mayor a programas preescolares de manera que los niños estén preparados para ingresar a la escuela y lo hagan cuando les corresponda su edad.²³

4.1.3 OBJETIVO 3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

Meta 3.A. Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015.²³

La educación es la clave para enfrentar las desigualdades y la exclusión de género. Las niñas y niños poseen los mismos derechos humanos fundamentales, pero las mujeres generalmente reciben menos educación, tienen menos oportunidades, y gozan de menos libertades que los varones. Las niñas que viven en áreas rurales remotas o que hablan un idioma minoritario muchas veces son excluidas de la educación.²⁵

Casi dos tercios de los 792 millones de adultos analfabetos en el mundo son mujeres. Las mujeres reciben una remuneración menor por su trabajo y tienen un acceso limitado a los puestos de poder y a los cargos en los que se toman decisiones. En 2010, había 9 mujeres entre 151 jefes de Estados elegidos. Y 11 mujeres entre 192 jefes de gobierno.²⁵

Por años el papel de la mujer ha sido el mismo que debe desempeñar una ama de casa, ocuparse de los quehaceres domésticos, cuidar a los hijos y a los padres o suegros en su caso, para terminar con todo esto se requiere de políticas más orientadas a las necesidades de la familia que no solo proporcionen equilibrio entre el trabajo y la familia sino que además eleven la calidad de los trabajos a tiempo parcial y mejoren la productividad general de

los negocios. Tales políticas deben incluir legislación sobre horario flexible, permisos para que los padres puedan ausentarse, otros códigos de conducta y nuevas prácticas laborales, así como guarderías para los niños y centros para el cuidado de los ancianos.²³

4.1.4 OBJETIVO 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Meta 4.A. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.²³

Actualmente, se ha visto una reducción rápida de la tasa de mortalidad de menores de 5 años. La tasa anual de reducción de mortalidad de niños menores de 5 años a nivel mundial se ha agilizado, del 1,2% en el año 1990 y 1995 al 3,9% entre 2005 y 2012. No obstante, en las regiones de Oceanía, África y Asia no se ha logrado la meta para el año 2015. Según estadísticas al paso en que van no se alcanzará el Objetivo 4 hasta el año 2028.²³

Las enfermedades infecciosas como neumonía, diarrea y paludismo son la principal causa de las muertes de menores de 5 años. Asimismo, 2,9 millones de muertes fueron durante los primeros 28 días de vida durante el período neonatal. Otro factor asociado a más de la mitad de las muertes de niños menores de 5 años a nivel mundial es la nutrición insuficiente, principalmente en países con bajos ingresos.²⁶

NEUMONÍA. En todos los años, en los países de desarrollo se producen 150 millones de episodios de neumonía entre menores de cinco años. Esta resulta ser la enfermedad más mortífera para la infancia con 2 millones de muertes anuales, es decir una quinta parte de todas las muertes de menores de cinco años. La vida de alrededor de 600.000 niños y niñas podría salvarse

todos los años por medio del tratamiento universal de esta enfermedad con antibióticos, a un costo de 600 millones de dólares.²⁶

DIARREA. Las enfermedades diarreicas son la segunda causa principal de mortalidad infantil en todo el mundo: en 2006 provocaron la muerte de cerca de 2 millones de niños menores de cinco años. Evitar los episodios de diarrea resulta fundamental para reducir la mortalidad. Las estrategias para ello incluyen promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y comenzar la alimentación complementaria a los seis meses, aumentar las tasas de administración de suplementos de vitamina A, mejorar la higiene, lavarse las manos con jabón y agua antes y después de comer y después de defecar, aumentar la utilización de fuentes de agua potable mejoradas y de las instalaciones de saneamiento, y más recientemente, promover la administración de suplementos de zinc y vacunas contra el rotavirus. Durante más de dos decenios, la terapia de rehidratación oral ha sido la piedra angular de los programas de tratamiento para las enfermedades diarreicas en la infancia, aunque las recomendaciones sobre la utilización de esta terapia, junto a otras medidas, han cambiado con el tiempo. De igual modo, los indicadores para medir la cobertura del tratamiento han evolucionado, lo que supone un desafío para la supervisión de las tendencias a lo largo del tiempo. Aunque las tendencias de los datos son limitadas, los resultados indican que la cobertura de tratamiento en el mundo en desarrollo (con excepción de China) ha aumentado considerablemente durante el último decenio, incluso en África subsahariana (excepto Nigeria). Sin embargo, los niveles generales de tratamiento siguen siendo demasiado bajos.²⁶

Por otro lado, es confortante saber que la mortalidad neonatal está decreciendo en todo el mundo. Entre 1990 y 2012, la tasa de mortalidad neonatal disminuyó pasando de 33 a 21 muertes por cada 1.000 niños

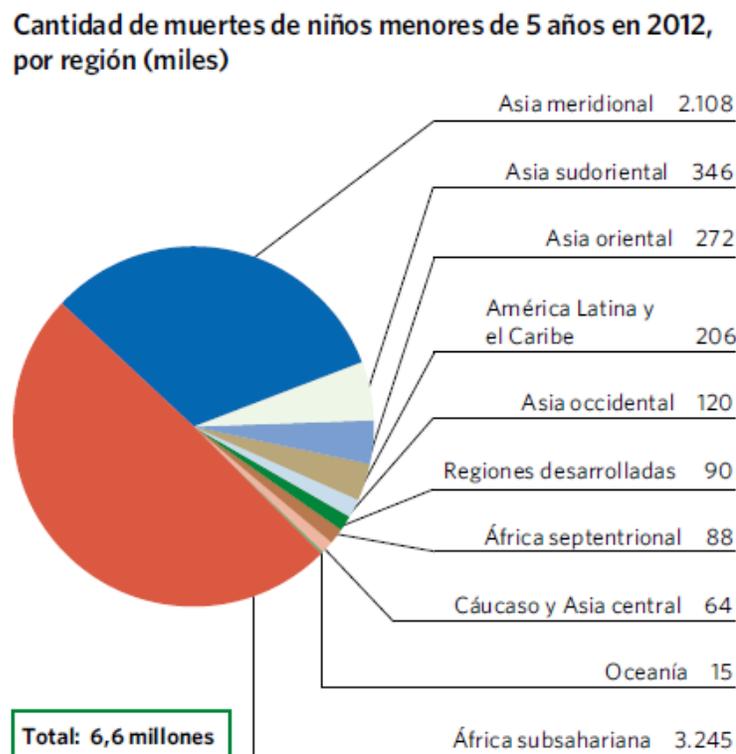
Retos de la Salud Pública en México y en el mundo.

nacidos vivos. Por otro lado la proporción de muertes ocurridas en los primeros 28 días de vida ha pasado del 37% en 1990 al 44% en 2012.²⁶

Una alternativa para la reducción de muertes neonatales es por medio del cuidado maternal durante las 24 horas posteriores al nacimiento, y la adecuada atención en el proceso de alumbramiento y en el parto mismo.²³

Por otro lado, a pesar de que existe alguna vinculación con los bajos ingresos de algunos países y las cifras de mortalidad de niños menores de 5 años, no se debe tomar como un impedimento para salvar vidas. Para reducir la tasa de mortalidad de menores de 5 años se requiere de voluntad por parte de la política de las regiones que deberá dirigirse a apoyar la salud del niño y de la madre, a través de acciones, estrategias y recursos adecuados.

23



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014

4.1.5 OBJETIVO 5. Mejorar la salud materna.

Meta 5.A. Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

En el 2013 murieron casi 300.000 mujeres por causas relacionadas o agravadas en el embarazo o en el parto. En las regiones de desarrollo se registró que entre 1990 y 2012 la proporción de partos asistidos por personal de salud capacitado aumentó del 56% al 68%. En 2012, de 40 millones de nacimientos sin asistencia de personal capacitado en las regiones de desarrollo 32 millones se produjeron en áreas rurales. Hay un notable incremento de embarazadas que recibieron atención prenatal en cuatro o más ocasiones, con 37% en 1990 y 52% en el 2012. ²⁶

Se pueden prevenir la mayoría de las muertes maternas por medio de soluciones para enfrentar complicaciones que pueden surgir a lo largo del embarazo o en el parto. Una estrategia que puede marcar la diferencia es asegurarse de que los partos tengan asistencia con profesionales de la salud capacitados. Esto sirve para evitar o enfrentar complicaciones que podrían ser mortales y para remitir a la paciente a un lugar con un nivel de atención más apropiado.²³

Meta 5.B. Acceso universal a la salud reproductiva para 2015. ²³

La continua atención de la salud en mujeres embarazadas es primordial para asegurar una evolución normal y sana para prevenir, descubrir o predecir complicaciones durante el embarazo o en el momento del parto. Se debe contar con personal capacitado que provea atención de calidad y que cuente con el equipo necesario para hacer frente a las complicaciones. En 1990 el número de porcentaje de mujeres que fue atendido por personal capacitado tan solo una vez en su embarazo fue del 65% y en el 2012 del 83%. La

Organización Mundial de la Salud recomienda que se hagan cuatro visitas de atención prenatal para asegurar la salud de la madre y del recién nacido. Durante esas visitas se debe buscar algún riesgo que en el futuro pueda traer complicaciones durante el embarazo.²⁶

Por otro lado, el embarazo a temprana edad como ha estado sucediendo en las adolescentes trae consigo riesgos para la madre y para el recién nacido, sin hacer a un lado las pérdidas de grados académicos y oportunidades laborales que conlleva a una pobreza y que esta sea transmitida de generación en generación.²³

4.1.6 OBJETIVO 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Meta 6.A. Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

Entre los años 2001 y 2012 la cantidad de nuevas infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) por cada 100 adultos disminuyó un 44%. No obstante, se estima que hubo 2,3 millones de nuevos infectados de todas las edades, y que 1,6 millones de muertes fueron a causa del SIDA. Se calcula que hay alrededor de 35,3 millones de personas con VIH, pues se superó el número de muertes relacionadas con el SIDA, por que llevaron tratamientos con antirretrovirales prolongando de esta manera su vida. Debido a las oportunas medidas para evitar la transmisión del virus de madre a hijo, se produjo un decrecimiento en la mortalidad de niños relacionada con el SIDA. No obstante, en 2012 murieron 210.000 niños a causas relacionadas con el SIDA, comparado con las 320.000 muertes ocurridas en 2005.²³

La falta de conocimiento y el comportamiento riesgoso acerca del VIH sigue teniendo un nivel alto alarmante entre los jóvenes. En las áreas donde el VIH

se transmite por vía sexual, practicar relaciones sexuales con algún método anticonceptivo es la mejor forma para reducir la posibilidad de contraer el virus. En el 2001 hubo un descenso considerable de nuevas infecciones gracias a los esfuerzos destinados a la prevención. Sin embargo los cambios no fueron tan notorios en la década pasada. En varios países se observaron comportamientos riesgosos, como la falta de uso de preservativos y el incremento en la cantidad de parejas sexuales. La estrategia adecuada es difundir información suficiente acerca del VIH y proveer los servicios adecuados para erradicar la diseminación del virus. Los jóvenes deben saber cuáles son los riesgos de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.²³

Se calcula que en el año 2012 hubo alrededor de 18 millones de niños que perdieron a uno o ambos padres a causa del SIDA. Se han visto intensificados los esfuerzos de los programas nacionales y de los asociados a nivel mundial para disminuir el efecto del SIDA en los hogares, en los niños y en las comunidades. Aun así, se deben reforzar las acciones para proporcionar protección a los niños con el VIH y a las familias afectadas por él.²³

En 2005, ONUSIDA, UNICEF y otros aliados iniciaron la campaña Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA, con el objetivo de ofrecer una tribuna a todas las personas que tratan de eliminar la propagación del VIH entre los niños, los adolescentes y los jóvenes. Hasta 2010, esta campaña defendería la idea de que se sitúe a la infancia en un lugar importante en el programa mundial de la lucha contra el VIH y el SIDA, y se dedicará a la recaudación de fondos. Esta campaña se centra en cuatro prioridades para los niños y niñas infectados o afectados por el VIH y el SIDA.²⁶

1. Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. Aumentar el acceso a las pruebas de detección y a la orientación voluntarias y confidenciales, a los medicamentos que reduzcan las tasas de infección en los recién nacidos y al tratamiento de las mujeres con VIH.²⁶

2. Proporcionar tratamiento pediátrico. Aumentar la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales para mantener a los niños vivos y del antibiótico cotrimoxazol para evitar las enfermedades oportunistas.²⁶

3. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes. Llevar a cabo campañas de concienciación sobre el SIDA selectivas y que incorporen a los jóvenes, apoyando actividades intensivas de prevención para ayudar a los jóvenes a adquirir conocimientos amplios y equilibrados y las aptitudes necesarias para protegerse contra la infección.²⁶

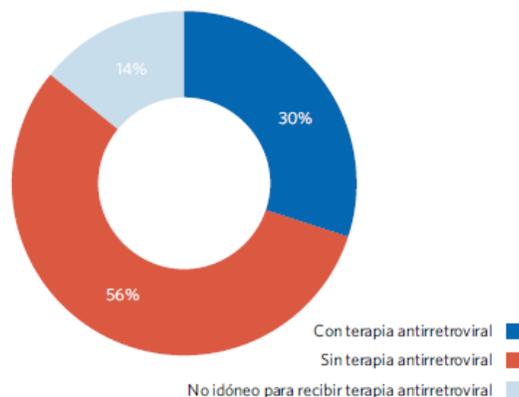
4. Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA. Fortalecer a las familias y comunidades más afectadas por el SIDA y ofrecer servicios esenciales, entre ellos la educación, y otras medidas de apoyo para los niños y los adolescentes que hacen frente al VIH y al SIDA, al mismo tiempo que se abordan los problemas que presentan el estigma y la discriminación. Asegurar que los gobiernos protegen a los niños afectados. El VIH y el SIDA influyen en tantos aspectos de la vida de los niños y las niñas que la respuesta debe dar lugar a intervenciones diversificadas y plenamente integradas. La integración implica lograr que los niños y las familias tengan acceso a sistemas y servicios de salud que les ofrezcan un cuidado y un apoyo de calidad, y que las niñas y los niños que han quedado huérfanos puedan terminar un ciclo completo de estudios primarios. La comunicación para el cambio de comportamiento debe ayudar a los niños a aprender a protegerse. La integración supone también la garantía de una buena alimentación para los niños y niñas afectados por el SIDA y de un abastecimiento de agua potable y de instalaciones de saneamiento.²⁶

Meta 6. B. Lograr para el año 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todas las personas que lo necesitan.²³

El acceso a la terapia antirretroviral (TAR) en los últimos años ha salvado muchas vidas. En el año 2012 1,6 millones de personas recibieron el tratamiento. Entre los años 1995 y 2012, en todo el mundo la TAR evitó 6,6 millones de muertes relacionadas con el VIH y el SIDA.²³

Si se mantienen las medidas como hasta ahora, se podría alcanzar el objetivo de que para el 2015 la TAR administre a 15 millones de personas. La OMS señala que el tratamiento antirretroviral debe administrarse lo antes posible en caso de mujeres embarazadas, niños menores de 5 años y personas con tuberculosis y hepatitis B asociadas con el VIH. En sus recomendaciones la OMS señala que en las regiones de desarrollo las personas que están en situación de recibir el tratamiento con antirretrovirales aumentó de 15,4 millones a 27,5 millones. Hoy en día el 30% de personas con VIH está cubierto. Este tipo de medidas que toma la OMS ha creado nuevas oportunidades para el tratamiento y prevención del VIH.²³

Porcentaje de personas con VIH en las regiones en desarrollo que según las pautas de la OMS de 2013 tenían acceso a terapia antirretroviral o no lo tenían, y que reunían las condiciones para recibir la terapia, 2012



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014

Sin embargo, este tipo de tratamientos e información no está llegando a todas las personas que tienen riesgo de contraer VIH, por ejemplo las trabajadoras sexuales, las personas que se inyectan drogas y los hombres que sostienen relaciones sexuales con otros hombres.²³

6. C. Haber detenido y comenzado a revertir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.²³

PALUDISMO. Entre 2000 y 2012 las acciones contra el paludismo lograron que descendieran las cifras al 42% en la tasa mundial de mortalidad. En este período se evitaron 3,3 millones de muertes. El 90% de las muertes que se evitaron corresponde a niños menores de 5 años de África subsahariana.²³

La lucha contra el paludismo requiere de responsabilidad política y económica, tanto de la comunidad internacional y los países afectados, ya que todavía hay 3.400 millones de personas que tienen el riesgo de infectarse. Esta enfermedad ha permanecido en 17 países, donde las muertes suman el 80% de todo el mundo. El 40% de las muertes mundiales se produce en solo dos países, la República Democrática del Congo y Nigeria.²⁶

Se deben ampliar más medidas para la prevención del piquete de los mosquitos, como mosquiteros tratados con insecticidas (MTI) y programas que amplíen la fumigación de interiores. Las embarazadas y los niños son los que corren el riesgo mayor. La terapia preventiva, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y eficaz pueden prevenir muertes. La terapia combinada basada en artemisinina (TCA) es el tratamiento más eficiente para combatir al *Plasmodium falciparum*, el protozoo parásito más letal del paludismo.²⁶

En los últimos años se ha comprobado la eficacia de los programas de salud pública para reducir el número de casos infectados y por consiguiente evitar más muertes por paludismo, pero aún hay personas que no tienen acceso a estos programas. Se calcula que anualmente serían necesarios 5.100 millones de dólares para prevenir, diagnosticar y tratar el paludismo en todo el mundo. Sin intervenciones de control sostenido, financiación e inversiones estratégicas para la vigilancia, los brotes de paludismo siguen siendo una amenaza.²³

TUBERCULOSIS. Se registraron 8,6 millones de casos de tuberculosis en el año 2012. Dando un total de 11 millones de personas enfermas. La cantidad de nuevos casos de tuberculosis ha ido disminuyendo, por cada 100.000 personas se ha visto una reducción del 2% en 2012, en comparación con los datos registrados en el 2011. Si se logra mantener esa reducción podría lograrse la meta de ODM de detener la propagación de la tuberculosis y revertir su incidencia.²³

Se han salvado millones de vidas con la aplicación de estrategias exitosas, pero quedan aún grandes desafíos. En el año 2012 se hizo oficial la existencia de 6,1 millones de nuevos casos de tuberculosis. Sólo un 87% de personas diagnosticadas en 2011 tuvo un tratamiento exitoso, y la meta del 85% se vio superada por cuarto año consecutivo. En el período 1995-2012 se salvaron 22 millones de vidas, gracias al buen tratamiento que se le dio a 56 millones de pacientes con tuberculosis. Se puede hablar de ese éxito por la intensiva aplicación de la estrategia Alto a la Tuberculosis, lanzada en 2006, y de una estrategia antes de tratamiento de observación directa y corta duración.²³

Sin embargo, un tercio de los pacientes que ya fueron diagnosticados con tuberculosis pueden no tener tratamiento. Otro factor importante es que algunos pacientes con tuberculosis desconocen que son seropositivos, y en

consecuencia no llevan un tratamiento adecuado que incluyan antirretrovirales. Un gran reto es conseguir suficientes fondos, a pesar de los recursos proporcionados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo en muchos países.²³

4.1.7 OBJETIVO 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Meta 7.A. Los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.²³

El crecimiento y expansión de ciudades sin tener en cuenta la capacidad de utilización de las tierras y las necesidades locales de madera para construcción y leña, ha contribuido a la drástica reducción de los árboles y de la cubierta forestal en las ciudades y en sus zonas circundantes. Este fenómeno es común en los países en desarrollo y los países con economías en transición. Por consiguiente, las ciudades sufren de anegamientos, de invasiones de polvo y arena, de carencia de agua, de erosión del suelo y de deslizamiento de tierras, que comportan costos significativos en términos de pérdida de infraestructuras y de vidas humanas. Otras catástrofes son los conflictos y guerras agravan la situación.²⁷

El principal reto está en darle lugar prioritario a los árboles y bosques en el desarrollo urbano. Una ciudad verde y sostenible es un mosaico de setos, rompevientos arbóreos, huertos familiares o industriales, parques de recreación y calles bordeadas de árboles diseminados en tierras privadas, comunales y públicas. Estos constituyen sistemas agroforestales productivos y espacios verdes para la recreación, embellecen la ciudad y contribuyen directamente a la subsistencia de las personas pobres, así como al bienestar del conjunto de la sociedad. Pero aún hay grandes limitaciones como la inseguridad de la tenencia de la tierra, la pobreza de la población y la debilidad de las instituciones siguen siendo las mayores limitaciones que

impiden conservar y restaurar los sistemas arbóreos de una manera armoniosa y con una perspectiva a largo plazo.²⁷

Meta 7.B. Reducir la pérdida de biodiversidad alcanzando para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida.²³

La existencia humana depende de los recursos naturales que se busca mantener o ampliar en las áreas protegidas. El Convenio sobre la Diversidad Biológica, reconociendo la importancia de esas áreas, ha establecido como meta para 2020 proteger al menos el 17% de la superficie terrestre y el 10% de las áreas costeras y marítimas de todo el mundo, mediante una red mundial de áreas protegidas que se gestionen de forma eficaz y equitativa, que sea ecológicamente representativa y que cuide las áreas de particular importancia por su biodiversidad y por su importancia en el ecosistema.²⁷

Meta 7. C. Reducir la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.²³

El uso del agua ha aumentado más del doble que el incremento de la población durante el último siglo. En centros urbanos con rápido crecimiento, el agua ha llegado a ser un recurso frágil y escaso en un contexto competitivo.²⁷

Siete de cada diez personas sin acceso a instalaciones sanitarias mejoradas vive en áreas rurales. Además de las diferencias entre las zonas rurales y las urbanas y las relacionadas con el nivel de riqueza, en las encuestas de hogares se ha observado que dentro de un mismo país algunas áreas, minorías y otros grupos en desventaja tienen una cobertura mucho menor que el resto.²³

La resolución “El derecho humano al agua y el saneamiento” aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2010, exhorta a los Estados y

a las organizaciones intergubernamentales a que intensifiquen los esfuerzos a fin de que se logre la cobertura universal, destacando la necesidad de atender y supervisar las desigualdades de acceso a agua limpia y a saneamiento adecuado.²³

Meta 7. D. Haber mejorado considerablemente para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.²³

Los tugurios se caracterizan por la ausencia de servicios básicos, como fuentes mejoradas de agua potable y saneamiento adecuado, así como inseguridad de tenencia de su vivienda, viviendas no duraderas y hacinamiento. Entre 2000 y 2012, más de 200 millones de habitantes de tugurios lograron acceder ya fuera a fuentes mejoradas de agua, mejor saneamiento, viviendas duraderas o a vivir en condiciones de menor hacinamiento. En 2012, casi el 33% de los residentes urbanos de las regiones en desarrollo todavía vivía en tugurios. Doce años antes, prácticamente el 40% de los residentes urbanos de las regiones en desarrollo estaba en esa situación.²³

4.1.8 OBJETIVO 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

Meta 8. A. Desarrollar más aún un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.²³

Meta8. B. y C. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños estados insulares en desarrollo.²³

Meta 8. D. Abordar de forma exhaustiva la deuda de los países en desarrollo.²³

Meta 8.E. En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.²³

Un elemento central de los objetivos de desarrollo del Milenio es la aceptación de que la lucha contra la pobreza es una empresa colectiva cuyos resultados beneficiarán a todos los países. La responsabilidad principal de cumplir los objetivos recae en los países en desarrollo. Sin embargo, también es necesario que se preste apoyo internacional, en especial, a los países más afectados por la pobreza o por el aislamiento geográfico. Por otra parte, la existencia de una economía mundial interdependiente exige nuevas vías de comercio, estabilidad financiera a nivel internacional y la difusión de la tecnología para que los países en desarrollo puedan aprovechar oportunidades que hagan posible un desarrollo acelerado y sostenido. En la Declaración del Milenio los países en desarrollo se comprometen a hacer todo lo posible por mantener unas economías saneadas, velar por su propio desarrollo y atender a las necesidades humanas y sociales. Por su parte, los países desarrollados se comprometen a apoyar a los países más pobres en los ámbitos de la prestación de ayuda, el comercio y el alivio de la deuda. En toda alianza verdaderamente significativa entre ricos y pobres también debe tenerse en cuenta la necesidad que tienen los países en desarrollo de contar con tecnología, medicamentos y puestos de trabajo para sus habitantes, en particular para los jóvenes, que representan una proporción cada vez mayor de la población.²³

Estos objetivos han tenido respuestas positivas ya que sirven como estímulo y metas para mejorar las condiciones de vida y de salud de los países a nivel mundial.²⁸

4.2 Seguridad alimentaria

4.2.1 Zonas urbanas.

No menos importante se tiene que tener en cuenta el fenómeno de migración que hoy en día se ha acentuado con la idea de buscar mejores oportunidades, es por eso que la urbanización acelerada genera nuevos desafíos. Las personas que se trasladan a las ciudades deben adoptar nuevos métodos para adquirir, preparar y consumir alimentos. Gran parte de los habitantes de las ciudades disponen de un tiempo limitado para hacer sus compras, cocinar y comer y cada vez más dependen de alimentos elaborados y de fácil preparación, incluso en la venta callejera. Como consecuencia de ello, se pueden encontrar en las grandes ciudades, desnutrición y deficiencias de micronutrientes asociadas con sobre alimentación y problemas crecientes de obesidad y enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. Esta situación se ve exacerbada ulteriormente por el bajo nivel de actividad física. Centrar la atención en la seguridad alimentaria, la nutrición y los medios de subsistencia en las zonas urbanas y periurbanas permitirá a los habitantes de las ciudades vivir una vida más saludable. Asimismo, hará posible que los municipios amplíen sus estrategias para el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio.²⁷

4.2.2 Ganadería urbana.

En muchos países en desarrollo, el fenómeno de la cría de animales en zonas urbanas o periurbanas se halla en aumento. La pobreza urbana, agravada por la migración de la población rural hacia las ciudades, significa que cualquier posibilidad de producir alimentos o de generar ingresos, que es esencialmente un recurso gratuito, es explotado al máximo. Si bien el mantenimiento de pequeñas existencias de animales en cautividad que sirven para complementar el régimen alimenticio y los ingresos familiares

comporta un escaso riesgo medioambiental, el riesgo real se presenta en las economías en desarrollo y las economías emergentes con grandes núcleos urbanos en aumento que no han desarrollado la sofisticada infraestructura necesaria para distribuir la producción ganadera lejos de los centros de consumo. Las grandes unidades comerciales de producción ganadera intensivas que producen cerdos, pollos de engorde, gallinas ponedoras, leche (rodeos de vacas y búfalas) alrededor de las conurbaciones en China, Asia sudoriental, el subcontinente indio y América del Sur son un serio motivo de preocupación para el medio ambiente y la salud pública. El desafío consiste en elaborar estrategias de adaptación que se ocupen de los problemas medioambientales y de salud pública inmediatos asociados con el mantenimiento de la ganadería urbana y periurbana y, de tal modo, ganar el tiempo necesario para un crecimiento económico a largo plazo e inversiones en infraestructuras de caminos, medios de comunicación y energía. Sin embargo, la ejecución de tales estrategias no debería anular los beneficios y la disminución de riesgos, tanto para los propietarios como para los consumidores asociados con la producción ganadera comercial o familiar en pequeña escala.²⁷

4.2.3 Alimentos de calidad.

Se ha calculado que cada año mueren 1,8 millones de personas como consecuencia de enfermedades diarreicas, cuya causa puede atribuirse en la mayoría de los casos a la ingesta de agua o alimentos contaminados. Una preparación adecuada de los alimentos puede prevenir la mayoría de las enfermedades de transmisión alimentaria.²⁷

El riesgo de intoxicaciones alimentarias graves relacionado con los alimentos de venta callejera sigue siendo una amenaza en muchas partes del mundo, la contaminación microbiológica es uno de los problemas más serios. Se reconoce que los agentes patógenos transmitidos por los alimentos son para

la salud un grave peligro asociado con estos alimentos; el riesgo depende principalmente del tipo de alimento y del método de preparación y conservación. La ignorancia de los vendedores de los puestos callejeros de comida acerca de las causas de las enfermedades transmitidas por los alimentos es un importante factor de riesgo. La falta de higiene, el acceso inadecuado al suministro de agua potable y la eliminación de desechos, así como las condiciones medioambientales insalubres (como la proximidad a las cloacas y a los vertederos de basura) aumentan aún más los riesgos para la salud pública relacionados con los alimentos de venta callejera. El uso inapropiado de aditivos (a menudo colorantes no autorizados), micotoxinas, metales pesados y otros contaminantes (como los residuos de plaguicidas) son peligros adicionales para estos alimentos. Si bien muchos consumidores le atribuyen importancia a la higiene cuando escogen su vendedor de alimentos en la calle, los consumidores con frecuencia no tienen conciencia de los riesgos para la salud que dichos alimentos conllevan.²⁷

La FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y La Alimentación) ha implementado varios proyectos en colaboración con las autoridades municipales y nacionales con el fin de: mejorar las condiciones bajo las cuales se preparan y se venden los alimentos en las calles, fortalecer las capacidades de control de la calidad alimentaria de las autoridades locales para mejorar la calidad tanto de la materia prima como del alimento procesado, realizar una investigación más especializada en el sector de los alimentos de venta callejera: impacto socioeconómico, marco jurídico y mejora nutricional e higiénica de los alimentos, mejorar el conocimiento de los vendedores en materia de sanidad e higiene alimentaria y enseñar el valor nutritivo de los alimentos por medio de la educación y la capacitación, compartir las experiencias y promover el establecimiento de redes entre las autoridades locales y nacionales a nivel regional para difundir las buenas prácticas y promover una estrategia común, concienciar a los

consumidores acerca de los aspectos higiénicos y nutritivos de los alimentos de venta en las calles.²⁷

Para concluir, la OMS pide a todos los países de su colaboración para no perder de vista el objetivo “Cobertura Sanitaria Universal” basado en la Constitución de la OMS de 1948, el cual requiere un sistema de salud robusto, eficiente y bien gestionado; un sistema de financiación de los servicios de salud; acceso a medicamentos y tecnologías esenciales; y trabajadores sanitarios suficientes, bien capacitados y motivados. Porque el camino por recorrer aún es largo y cada vez surgen más retos que afrontar.²⁹

El informe sobre la salud en el mundo del año 2013 menciona lo siguiente: ³⁰

- La investigación es un instrumento poderoso para resolver una amplia gama de interrogantes acerca de cómo conseguir la cobertura universal, y proporciona respuestas para mejorar la salud, el bienestar y el desarrollo del ser humano.³⁰
- Todas las naciones deberían ser productoras de investigaciones tanto como consumidoras. La creatividad y las competencias de los investigadores deberían utilizarse para fortalecer las investigaciones no solo en los centros universitarios sino también en el ámbito de los programas de salud pública, cerca de la oferta y la demanda de servicios de salud.³⁰
- Las investigaciones en pro de una cobertura sanitaria universal tienen que contar con respaldo nacional e internacional. Para hacer el mejor uso de los limitados recursos disponibles se necesitan sistemas eficaces para elaborar los programas nacionales de investigación, recaudar fondos, reforzar la capacidad de investigación y utilizar adecuadamente los resultados de las investigaciones.³⁰

“La cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer” Dra. Margaret Chan, Alocución a la 65.a Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2012.³⁰

4.3 Estrategias de la OMS en Salud Pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas responsable de la salud. Los expertos de la OMS elaboran directrices y normas sanitarias, y ayudan a los países a abordar las cuestiones de salud pública. La OMS también apoya y promueve las investigaciones sanitarias. Por mediación de la OMS, los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas.³¹

En junio de 1948, delegados procedentes de 53 de los 55 Estados Miembros originales de la OMS celebraron la primera Asamblea Mundial de la Salud. Decidieron que las principales prioridades de la OMS serían el paludismo, la salud materno-infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental. Desde entonces, la labor de la OMS se ha ampliado para abarcar también problemas sanitarios que ni siquiera se conocían en 1948, incluidas enfermedades relativamente nuevas como el VIH/SIDA.³¹

4.3.1 Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud

En el 2004 la OMS publicó su Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud para ayudar en la lucha contra las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, el cáncer y las afecciones relacionadas con la obesidad. La estrategia anima a las personas a aumentar su actividad física y seguir una dieta más sana.³²

La Estrategia Mundial tiene cuatro objetivos principales, a saber:

1) Reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física mediante una acción de salud pública esencial y medidas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad. 2) Promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud, así como del potencial positivo de las intervenciones de prevención. 3) Fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sean sostenibles, integrales y hagan participar activamente a todos los sectores, con inclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión. 4) Seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física, respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones y fortalecer los recursos humanos que se necesiten en este terreno para mejorar y mantener la salud.³²

5. RETOS DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

La salud pública se introdujo en México de manera paulatina. Desde finales del siglo XVII existían diversas prácticas relacionadas con la higiene pública, pero no fue hasta finales del XIX y principios del XX cuando se consolidó en México la aplicación de las prácticas sanitarias modernas, introducidas por el gobierno de Porfirio Díaz. Este momento coincidió con el umbral modernizador que cundía en todo el mundo (por influencia de algunos países de Europa occidental), nuevas tecnologías, innovaciones y nueva metodología en el accionar de la salud pública.³³

Sin duda México ha tenido una notable evolución pero no es suficiente, hoy en día el sistema de salud se encuentra en una desventaja en cuanto a lo alcanzado en cuestión de la infraestructura física, el acceso a los servicios de salud, la cobertura de los programas preventivos, los diferentes esquemas de protección social, y la disminución de los riesgos transmisibles en contraste con los desafíos que se presentan por la doble carga de enfermedades, la falta de cobertura efectiva de las intervenciones dirigidas a las enfermedades de los adultos, el reto de garantizar la cobertura universal en salud atendiendo la demanda de servicios de una población cada vez más exigente; todo ello en el contexto de un constante incremento en el costo de los servicios y serias dificultades para pagar a los proveedores.³⁴

Hay necesidades de salud muy urgentes ya que existe una población que se encuentra en un constante proceso de envejecimiento, que sin duda es una región urbana pero tiene grandes grupos dispersos y marginados en áreas rurales, que vive con importantes inequidades sociales, que es atendida en diversas instituciones y está expuesta a un complejo grupo de factores de riesgo ambientales, nutricionales, metabólicos, laborales, sociales y económicos, todo esto requiere de un abordaje con análisis en las necesidades de salud para contar con un conjunto de indicadores que

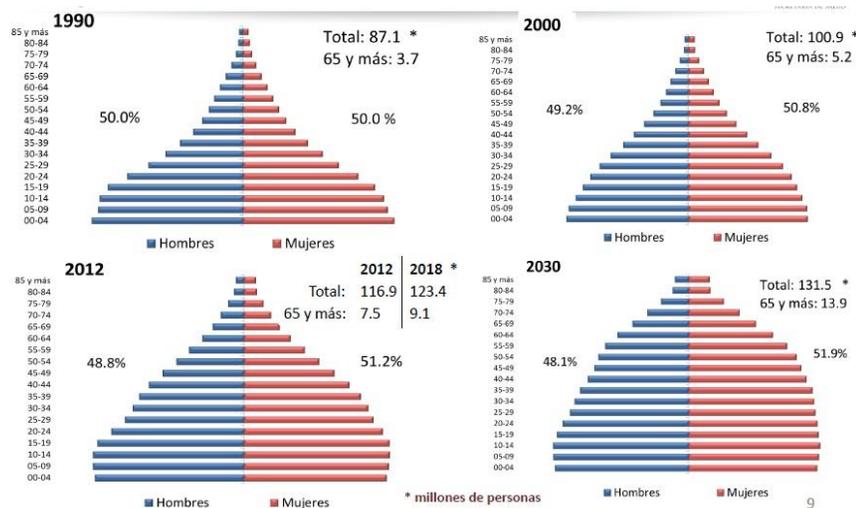
permitan no sólo elaborar un diagnóstico más equitativo, sino incluyente en la determinación de las áreas prioritarias de atención.³⁵

5.1 Demografía

El momento demográfico que vive el país da cuenta de un crecimiento importante y un proceso acelerado de envejecimiento que ha transformado la estructura poblacional, incrementando la esperanza de vida y modificando el perfil epidemiológico de la población mexicana.³⁵

Si la población mexicana ahora vive más años y en promedio muere a edades mayores, se debe destacar que el incremento en la esperanza de vida no garantiza un buen estado de salud. El estudio de carga de la enfermedad de 2010 estimó que México presentaba una esperanza de vida saludable (sin discapacidad) de 67.1 años en las mujeres y de 63.6 años en los hombres, lo que significa que las mujeres viven 11.3 años de su vida (casi siempre la última etapa) con discapacidad y los hombres aproximadamente 10 años.³⁵

El reto consiste en identificar las enfermedades que afectan a la población en cuestión de desempeño, independencia, funcionalidad y calidad de vida.³⁵



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2010-2050, versión Censo 2010.

5.2 Desigualdad en salud

Una manera de abordar el problema de la desigualdad en salud es revisando indicadores de los 100 municipios más marginados de México, predominantemente indígenas, donde vive el millón de mexicanos más pobres del país, concentrados sobre todo en Chiapas (30%), Oaxaca (20%), Guerrero (17%) y Veracruz (15%).³⁶

En estos municipios la esperanza de vida de las mujeres alcanza apenas a 51 años y la de los hombres a 49 años (comparados con promedios nacionales de 77,4 y 72,6 años, respectivamente). Dos millones y medio más de mujeres que hombres viven en condiciones de pobreza, 8 millones más de mujeres que hombres que trabajan y no cuentan con seguro médico ni tienen derecho a una pensión, y 7,6% de las mujeres mayores de 15 años son analfabetas, comparadas con 4,8% de los hombres. Por otro lado, 32,5% de la población indígena mayor de 15 años es analfabeta, y peor aún, en algunos casos el analfabetismo de la mujer indígena duplica o triplica al del hombre indígena.³⁷

5.3 Mortalidad

Durante 2012, se registraron 602 mil 354 defunciones, de las cuales 338 mil 377 fueron de varones (56%) y 263 mil 440 de mujeres (44%).³⁸

Principales causas de muerte por edad y sexo	
Menos 1 año	Causas de muerte
Niños y niñas	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios, malformaciones congénita del sistema circulatorio, influenza y neumonía. ³⁸
1 año a 14 años	Causas de muerte
Niños y niñas	Accidentes (de tráfico de vehículos de motor), tumores malignos (leucemias) y malformaciones congénitas del sistema circulatorio. ³⁸
15 a 44 años	Causas de muerte
Hombres	Agresiones, accidentes (de tráfico de vehículos de motor), lesiones autoinfligidas intencionalmente, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana y enfermedades del hígado. ³⁸
Mujeres	Tumores malignos (leucemias y del cuello del útero), agresiones, tumores malignos (leucemias) y tumores de la mama. ³⁸
45 años y más	Causas de muerte
Hombres	Diabetes Mellitus, Enfermedades del corazón, enfermedades del hígado y tumores malignos de la próstata, de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. ³⁸
Mujeres	Diabetes Mellitus, tumores malignos (de la mama, del hígado, de las vías biliares, de la tráquea y del cuello del útero) y enfermedades del corazón. ³⁸

Las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, siguen siendo las principales causas de muerte.³⁸

5.3.1 Mortalidad materna

Uno de los principales problemas que afectan a las mujeres de las áreas rurales del país, es su menor acceso a los hospitales con capacidad resolutive en la atención de complicaciones obstétricas; mientras que el mayor problema que incide en la mortalidad de las mujeres en zonas urbanas está relacionado con la calidad de la atención hospitalaria. Un aspecto importante en el análisis de la mortalidad materna es la edad de la mujer. En general, las mujeres jóvenes presentan menor riesgo de morir que las adultas, sin embargo, casi el 15 por ciento de las muertes maternas de 2011 ocurrieron en menores de 20 años; lo que se vincula en parte, a que los embarazos a esa edad se consideran frecuentemente de alto riesgo. Dicho porcentaje, aunado al 23 por ciento de muertes de mujeres mayores de 35 años, ubicadas en el extremo superior de la edad reproductiva, indica que el 38 por ciento de las muertes ocurren en edades en las cuales no se considera recomendable la maternidad y pudieran haberse evitado con el programa de planificación familiar.³⁹

Por otro lado, La segunda causa de pérdidas en salud en mujeres jóvenes es la enfermedad renal crónica.

5.3.2 Mortalidad infantil

Se observa una reducción importante en los últimos años de la mortalidad de los niños menores de 5 años, pasando de una tasa de 41.0 en 1990 a 16.7 en 2011, lo que representa una disminución de 24.3 puntos y por lo tanto se coloca cerca del cumplimiento de la meta a nivel nacional. Pese a los avances, es necesario proseguir con el fortalecimiento de las acciones ya establecidas y lo más importante, que mejore la esperanza de vida y la calidad de vida de los niños y niñas del país.³⁹

5.4 Enfermedades crónicas no transmisibles

La secretaria de salud ha establecido programas para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles debido a que representan nuevos desafíos para la salud pública debido al proceso demográfico de envejecimiento del país. Entre estas enfermedades se encuentran las enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes, enfermedades transmisibles como el dengue, enfermedad de chagas, VIH/SIDA y tuberculosis.⁴⁰

Factores de riesgo

En México el tabaquismo es considerado como un problema de salud pública, este padecimiento es responsable de 60.000 muertes anuales, el alcoholismo constituye la principal causa de muerte en jóvenes y la cuarta causa de mortalidad general, en el período 2002-2008 el consumo de marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos e inhalables aumentó de 4,6% a 5,2%.⁴¹

Estrategias para los factores de riesgo.

El programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas 2011-2012 tiene como objetivo consolidar las acciones desarrolladas hasta hoy en el ámbito de la prevención y atención del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas en el país. Asimismo, el Programa fortalece la adhesión de México a la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y retoma las acciones establecidas por dicha estrategia.⁴²

Los objetivos específicos son:

1. Fortalecer el Modelo de Atención de Adicciones y asegurar el funcionamiento de la Red Nacional de Centros NUEVA VIDA para la prevención y el tratamiento de las adicciones.⁴²
2. Consolidar la Campaña Nacional de Información para una NUEVA VIDA como plataforma integral para la prevención de adicciones.⁴²
3. Reforzar las estructuras nacionales de coordinación para establecer un frente común en contra de las adicciones.⁴²
4. Asegurar la participación interinstitucional para impulsar de manera amplia la prevención y la atención de las adicciones.⁴²
5. Desarrollar proyectos de investigación a nivel nacional.⁴²
6. Actualizar el marco normativo para una mayor reducción de la demanda de drogas.⁴²
7. Consolidar el liderazgo de nuestro país en el tema de reducción de la demanda de drogas, así como la cooperación en el plano internacional Fortalecer el Modelo de Atención de Adicciones y asegurar el funcionamiento de la Red Nacional de Centros para la prevención y el tratamiento de las adicciones.⁴²

5.5 Medio ambiente y seguridad humana

5.5.1 Agua potable y saneamiento.

El 63% del agua utilizada en el país para uso consuntivo provino de fuentes superficiales (ríos, arroyos y lagos) y 37% de fuentes subterráneas (acuíferos). La cobertura de agua potable fue de 90,7% (94, 3% en zonas

urbanas y 78, 6% en rurales), mientras que la de alcantarillado en 2009 alcanzó a 86,8% (93,9% en zonas urbanas y 63, 2% en rurales).³⁶

5.5.2 Contaminación del aire

Los autos particulares, son una de las categorías más contaminantes, generan 41% del CO, 32% de NOx y 25% de SO₂; otra emisión importante en las fuentes móviles son los vehículos de diésel, sobre todo los vehículos pesados de carga y autobuses, los cuales en conjunto generan 36% de las PM_{2.5} y 25% de NOx.³⁶

5.5.3 Seguridad alimentaria y nutricional

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2006 mostró que la prevalencia de desnutrición aguda disminuyó 73% en los últimos 20 años hasta situarse en apenas 1,6%, contrariamente, en las últimas décadas la obesidad y el sobrepeso se han convertido en un grave problema de salud pública para México.³⁶

Considerada casi una epidemia en el país, la obesidad es un factor de riesgo que no sólo conduce al desarrollo de padecimientos como la diabetes y enfermedades vasculares, sino que además reduce la esperanza de vida y afecta la calidad de la misma. Por lo tanto el control de las enfermedades crónicas no transmisibles es el principal problema de salud pública de México, en particular la diabetes, que afecta a 14 de cada 100 adultos, y el sobrepeso y la obesidad afecta 7 de cada 100 mexicanos mayores de 25 años.³⁶

5.6 Retos

En resumen, el perfil de necesidades de salud presenta un escenario muy diverso de desafíos para el sistema de salud. Por un lado, destacan los

problemas de salud que en las últimas tres décadas han venido saturando los servicios de salud, como son la diabetes mellitus y los problemas cardiovasculares y que demandan una mayor articulación entre los programas de prevención, detección precoz, y diagnóstico oportuno con los de atención médica que ofrezcan un tratamiento efectivo, retrasen al máximo la aparición de complicaciones y ofrezcan una rehabilitación oportuna.

En segundo término, se detectan situaciones singulares que demuestran que la demanda de servicios de salud se encuentra saturada por un patrón de enfermedades “invisibles o silenciosas” que sin ser emergencias en salud sí representan una carga importante a los servicios del primer y segundo nivel de atención. Tal es el caso de los problemas musculoesqueléticos, los problemas de la piel y, de manera muy relevante, los problemas de salud mental. Para estos problemas de salud no se cuenta con intervenciones de detección y tratamiento efectivas, cursan sin ser diagnosticadas oportunamente y los tratamientos son paliativos, insuficientes o mal indicados. Los datos sobre la magnitud de la discapacidad asociada a estos problemas requieren de respuestas más integrales dentro de los servicios de salud.

En tercer lugar, se presentan otros problemas de salud cuya prevención, control y atención rebasa el marco de los servicios de salud y se incursiona dentro de espacios de atención multisectoriales, transdisciplinarios y que incluyen a la comunidad, la familia y al individuo en su conjunto. Tal es el caso de los problemas vinculados al consumo de alcohol, drogas y tabaco, como también los problemas de salud asociados a la mala nutrición, ya sea por deficiencia, exceso, mala calidad o tipo de alimentación. La epidemia de homicidios también se incluye en esta categoría.

5.7 Estrategias

El sistema de salud mexicano ha creado una serie de objetivos con estrategias que prometen un resultado favorable en cuestión de salud pública:

Estrategias objetivo 1. Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

1.1 Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.

1.2 Desarrollar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes e hipertensión y obesidad.

1.3 Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancias epidemiológicas o emergentes y reemergentes.

1.4 Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones

1.5 Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en los adolescentes.

1.6 Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en adolescentes.

1.7 Promover el envejecimiento activo, saludable y con dignidad, así como mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.⁴⁰

Estrategias objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad

2.1 Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.

2.2 Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

2.3 Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.

2.4 Priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral y reinserción social de los pacientes con trastornos mentales.

2.5 Mejorar el proceso para la detección y atención de enfermedades prioritarias como cáncer cérvicouterino, de mama y próstata, entre otras.

2.6 Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.

2.7 Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad.⁴⁰

Estrategias objetivo 3. Reducir los riesgos sanitarios que afectan a la población en cualquier actividad de su vida

3.1 Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios.

3.2 Contribuir al control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud.

3.3 Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud.

3.4 Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano.

3.5 Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa.

3.6 Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral.

3.7 Impulsar nuevos esquemas de cooperación internacional en regulación sanitaria.⁴⁰

Estrategias objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

4.1 Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas.

4.2 Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados a fin de reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.

4.3 Incorporar y fortalecer los servicios de promoción y atención en salud brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.

4.4 Consolidar la prevención, detección y cobertura de atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes y género.

4.5 Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad.

4.6 Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante.

4.7 Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas.⁴⁰

Estrategias objetivo 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud

5.1 Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para la salud para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

5.2 Establecer una planeación interinstitucional de recursos (infraestructura, equipamiento y recursos humanos) para la salud.

5.3 Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población.

5.4 Ejercer eficientemente y dar seguimiento al gasto en medicamentos e insumos.⁴⁰

Estrategias objetivo 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

- 6.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.
- 6.2 Fortalecer la regulación en materia de salubridad general.
- 6.3 Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud.
- 6.4 Integrar un sistema universal de información en salud.
- 6.5 Promover un México con responsabilidad global en salud. ⁴⁰

6. RETOS DE LA SALUD ORAL EN MÉXICO

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que actualmente enfrenta el sistema de salud. Estas enfermedades constituyen una prioridad para el gobierno federal y requieren del trabajo sectorial para su identificación, vigilancia y atención, en este contexto, se ubican las enfermedades de la cavidad bucal.⁴³

Una de las publicaciones útiles para conocer el estado de salud bucal de la población mexicana de manera significativa es el Resultado del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2011, la información corresponde únicamente a los pacientes que buscan tratamiento dental en los consultorios de los Centros de Salud o unidades médicas del IMSS-Oportunidades, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF y los Servicios de Salud Estatales; por lo que no es representativa de la población mexicana en general.⁴³

6.1 Salud Bucal del niño y adolescente

La presencia de placa dentobacteriana y por ende la eficacia de la higiene bucal, es una medida importante de la salud oral. Por otra parte el cálculo dental resulta de la acumulación de los depósitos de placa (biopelícula) que se han mineralizado a través de los iones de calcio de la saliva y se adhiere a los dientes y dentaduras, el cálculo impiden una limpieza eficaz y por lo tanto un indicador importante para la enfermedad periodontal; ambos componentes son evaluados para determinar la higiene bucal en el individuo.⁴³

6.1.1. Caries dental

La caries dental es un proceso multifactorial mediado por la presencia de una biopelícula que puede alojar bacterias cariogénicas cuyo metabolismo produce ácidos, los cuales disminuyen el pH de la biopelícula y afecta el esmalte causando la pérdida de mineral en la estructura dental. Uno de los indicadores más importantes para la planificación de los servicios de salud odontológicos, y que proporciona información sobre el estado de salud bucal en relación a la caries dental es la “población libre de caries dental”.⁴⁴

De acuerdo a los resultados del SIVEPAB 2011, 25.3 % de la población de 2 a 19 años de edad, que acude a los servicios de salud, está libre de caries dental. Más de la mitad de los niños de 2 años de edad están libres de caries dental, posterior a esta edad disminuye la población libre de caries hasta los 6 años. Es importante señalar que las variaciones en la proporción de niños libre de caries dental entre 6 y 12 años son debidas a la exfoliación de los dientes temporales y a la erupción de los dientes permanentes. Por otro lado, en el total de niños de 3 a 5 años examinados el 34.0% presentó caries de infancia temprana. De igual manera los resultados del SIVEPAB 2011, en 30 entidades federativas la prevalencia de caries dental en niños de 2 a 5 años de edad que acude a los servicios de salud es mayor al 50 %. Sólo Colima y Yucatán se encuentran por debajo del 50% mientras que Guanajuato, Hidalgo y Quintana Roo se encuentran por arriba del 80%.⁴³

En cuanto a los adolescentes de 10 a 14 años las cifras muestran a nueve entidades federativas con un nivel bajo con respecto al número de dientes permanentes afectados por caries dental (CPOD<2.7), doce entidades muestran un nivel moderado de caries dental (2.7>CPOD<4.5), sólo Tlaxcala se encuentra en un nivel alto (CPOD=4.9). La diferencia entre la entidad con

mayor número de diente permanentes afectados por caries dental (Tlaxcala) y el menor (Yucatán) es de más de 3 dientes afectado.⁴³

Hace casi 30 años, la Federación Dental Internacional (FDI) y la OMS formularon conjuntamente los objetivos mundiales para la salud bucal que debían alcanzarse para el año 2000. Dos de esos objetivos son: que el 50% de los niños de 5 a 6 deberían estar completamente libre de la caries dental y un promedio no mayor de 3 dientes afectados por caries dental (CPOD) en los adolescentes de 12 años de edad. Esta es una de las razones para la ejecución de programas de prevención y control de caries dental en niños, materia de suma importancia en todo el mundo.⁴⁵

6.1.2 Tejidos periodontales.

Los resultados en 2011 muestran que un gran porcentaje de los niños y adolescentes que acuden a los servicios de salud tenían un periodonto sano (74.2%), el 14.4% de ellos presentaba sangrado gingival, y el 10.8% cálculo dental en por lo menos un sextante. Para los adolescentes de 15 a 19 años la presencia de bolsas periodontales superficiales fue del 1 %, sólo 0.1% resultaron ser bolsas periodontales profundas.⁴³

6.2 Salud Bucal del Adulto

Las enfermedades bucales en su mayoría son irreversibles y su efecto se acumula a lo largo de la vida, de tal forma que los daños tienden a ser mayores en los adultos y adultos mayores. En las próximas décadas, los estomatólogos se enfrentarán al reto de proporcionar atención dental para un número creciente de personas mayores que conserven su boca funcional.⁴³

6.2.1 Prevalencia de la caries dental

En el total de la población examinada la prevalencia de caries dental fue de 95.5%. Así mismo se aplicó esta medida en relación con la edad, encontrándose que en todos los grupos de edad ésta fue elevada, superior al 88%. La prevalencia de caries dental en la población de 20 a 24 años fue de 88.6 % y en los grupos de 45 a 79 años se detectaron las cifras más elevadas (superior al 98%).⁴³

6.2.2 Salud periodontal

De un total de 149,260 personas sólo un 46.2% de la población tenía un periodonto sano. El 53.1% de los adultos de 20 a 34 años no presentaron enfermedad periodontal, mientras que en el grupo de 80 y más años únicamente el 39.7% tenían un periodonto sano. Se observó que el porcentaje de pacientes sanos disminuye con la edad y la prevalencia de periodontitis aumenta.⁴³

6.2.3 Lesiones de la salud bucal

A pesar de que los datos epidemiológicos sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer bucal en México se encuentran dentro de las tasas más baja a nivel mundial, la vigilancia y la investigación son cruciales tanto para la planificación, seguimiento y la evaluación eficaz y eficiente de los programas de control del cáncer bucal.⁴³

El examen sistemático de la cavidad bucal, cabeza y cuello es un procedimiento esencial para la detección precoz del cáncer bucal. Sin embargo hasta hace poco no se contaba con un registro de los hallazgos en el primer nivel de atención. El método comúnmente utilizado en el primer nivel de atención odontológicos de México es el examen visual a partir de este hecho el SIVEPAB estableció como definición operativa para caso

sospechosos de cáncer bucal: “a todo individuo que al examen clínico presenta en la mucosa bucal una úlcera, una lesión blanca (leucoplasia), roja (eritroplasia) o mixta que puede presentar nódulos, o bien un aumento de volumen (masas) que no se resuelvan por sí misma en tres semanas y que no se caracteriza como ninguna otra entidad de origen infeccioso inflamatorio o traumático”.⁴³

6.3 Estrategias

Por lo tanto, las prioridades a las que se aboca la política de salud bucal en México son disminuir la caries dental, las enfermedades periodontales y el cáncer bucal, diseñando diversos componentes de la política, como son: el educativo preventivo en escolares, el educativo asistencial y el de fluoruración de la sal.⁴⁶

Un aspecto importante para lograr la prevención y control de las enfermedades bucales ha sido la instauración de políticas en salud bucal. México, como país miembro de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se propone cumplir las metas establecidas por estos organismos.⁴⁶

Después de la ratificación y adopción de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en 1978, en 1981 la OMS adoptó como primer indicador global del estado de salud bucal un promedio de no más de 3 dientes cariados, perdidos u obturados a la edad de 12 años para el año 2000. Las siguientes metas fueron propuestas para el año 2000 por la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) en 1981: 50% de los niños de 5-6 años debían estar libres de caries, 85% de la población debía tener todos sus dientes en boca a los 18 años de edad, reducción en un 50% de los niveles

de personas edéntulas a los 35-44 años de edad, y la reducción en un 25% de las personas edéntulas a los 65 años de edad.⁴⁶

Como resultado de las desigualdades en salud entre los grupos sociales, en América Latina como conjunto no se lograron las metas en salud bucal propuestas para el año 2000 por la OMS/FDI.⁴⁶

En el año 2000 se propuso una nueva meta para el 2015 en que a los 12 años de edad el índice de caries no sea mayor de 3. Asimismo, la FDI, la OMS y la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR) han presentado nuevas metas para el año 2020.⁴⁶

México ha implementado programas como:

Semanas Nacionales de Salud Bucal. El objetivo es enfatizar y facilitar el acceso a las acciones preventivas y curativas, con el fin de disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales, de igual manera lograr un cambio positivo en sus hábitos higiénicos.⁴⁷

Semanas estatales de selladores de fosas y fisuras. El Instituto de Salud del Estado de México, a través del Departamento de Estomatología implementó el Programa de Prevención de Caries mediante la aplicación de Selladores de Fosas y Fisuras, siendo el objetivo disminuir la prevalencia de caries dental en niños menores de 12 años.⁴⁷

Semanas Nacionales de Salud del Adolescente. Durante esta semana, el objetivo es promover estilos de vida saludables entre la población adolescente (10 a 19 años de edad) a través de la oferta de servicios, información y orientación.⁴⁷

Semanas Nacionales de Salud para Gente Grande. Durante esta semana se tiene el objetivo de realizar promoción y protección de la salud que propicien lograr una vida activa y saludable en los Adultos mayores.⁴⁷

7. CONCLUSIONES.

El mundo actualmente enfrenta problemas de salud, relaciones humanas y contaminación ambiental. Las sociedades sufren graves presiones, que son consecuencia de la erosión de los valores comunes, el cambio climático y el aumento de las desigualdades.

Las instituciones encargadas en atender los problemas de salud pública están aprueba. Se deberán optimizar los esfuerzos que aún son deficientes para cumplir los objetivos y metas planteados, una de las claves primordiales es el apoyo internacional, en especial, a los países más afectados por la pobreza o por el aislamiento geográfico.

El logro de los retos que se enfrentan hoy en día será el resultado de la cooperación de las naciones, empezando por la contribución de cada individuo en el mundo.

Por otro lado, el sistema de salud mexicano hoy tiene el desafío de reconfigurarse en un sistema articulado entre los diferentes niveles de atención que atienda a la población desde una perspectiva del ciclo de vida, que ofrezca servicios preventivos y de atención de calidad tanto para niños como para adultos mayores, que prevenga las múltiples amenazas a la salud y atienda los daños crónicos y a los que causan discapacidad, que detenga las causas de muerte prematura, que garantice una atención curativa y rehabilitación eficaz y oportuna, que atienda las necesidades y deficiencias en cuestión de salud oral, para la promoción y prevención de enfermedades orales que causan una pérdida significativa en la calidad de vida.

Un apoyo fundamental en el diseño de estrategias debe sustentarse en enfocar los esfuerzos de prevención y control hacia los factores de riesgo más importantes y que tienen influencia sobre un grupo de enfermedades, en

lugar de enfocar los recursos hacia padecimientos específicos que, por estar enfocados a la atención del daño, no impactan verdaderamente sobre la carga global de las enfermedades en el país.

De igual manera, el sistema debe buscar equivalencias de salud expresadas como pérdidas dentro de los servicios (preventivos y curativos) que respondan adecuadamente al nuevo perfil de demanda de la población y colocar los recursos financieros y humanos en sintonía con esas necesidades. La política en salud hoy cuentan con herramientas diferentes que les permiten tener una visión más detallada sobre los problemas que afectan a hombres y mujeres, es importante que se conozcan las evidencias para diseñar y adecuar los programas, como también ayuden a realizar evaluaciones del sistema de salud.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piédrola G, del Rey J, Domínguez M. Medicina preventiva y salud pública. 10ª ed. Barcelona: Masson. 2001.
2. Higashida B.Y. Educación para la salud. 2ª ed. México: Mc Graw-Hill. 2006.
3. Álvarez R. Kuri-Morales P. Salud pública y medicina preventiva. 4ª ed. México: Manual moderno. 2012.
4. Serra L., Aranceta J. Nutrición y salud pública. Métodos y bases científicas y aplicaciones. 2ª ed. España: ELSEVIER. 2006.
5. López M.C. Salud pública. 1ª ed. México: Mc Graw-Hill. 1993.
6. Somolinos-D'Ardois G. La medicina en las culturas mesoamericanas anteriores a la Conquista. (I), Capítulos de historia médica mexicana. México: Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. 1978
7. Salleras L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos. 1985.
8. Lyons SA, Petrucelli JR: Medicine. An Illustrated History. Harry N. Abrams. New York: Inc. Publishers. 1978.
9. Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Ed. Siglo XXI. México. 1980.
10. Hanlon JJ: Public Health. Administration and practice. The C.V. Mosby Co. St. Louis, 1974.
11. Clark, MacMahon: Preventive Medicine. Little Brown and Co. Boston, 1969.
12. Gálvez R. La salud y sus determinantes. Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina de Granada, 1995.
13. Vega L. La salud en el contexto de la nueva salud pública. México: El manual moderno. UNAM. Facultad de Medicina. 2000.
14. Mesa C. R.J. El concepto de economía y los objetivos económicos aplicados a la salud pública, en documento M-3397 de la Facultad Nacional.
15. Organización Mundial de la Salud. Estrategias de Salud para el año 2000. Geneve. DC: OMS; 1981. Hallado en: apps.who.int/iris/handle/10665/38896
16. Informe Técnico de la OMS. Servicios de Salud en el año 2000. Geneve. DC: OMS, 2000. Hallado en: <http://www.who.int/whr/2000/es/>
17. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2010. Hallado en: <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20%28ene.13%29.pdf>

18. PAGANINI, J.M., CAPOTE MIR. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington, DC: OPS/. OMS.1990. Hallado en: bvs1.panaftosa.org.br/local/.../Bol59-p23-28ingAstu
19. Novaes H. Comprehensive health care in local health systems: conceptual analysis and assessment of selected programs in Latin America. Whashington, DC: OPS. Hallado en: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php>
20. Ali M, Lopez AL, You YA, Kim YE, Binod S, Maskery B, Clemens J. The global burden of cholera. *Bull WorldHealthOrgan.* 2012; 90:209–18A.
21. Pan American Health Organization. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the Americas. Washington, DC: PAHO; 1999. (CSP24/18 1994).Hallado en: www.paho.org/saludenlasamericas/index.php
22. Dourado I, Veras MA, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev. SaudePublica.* 2006; 40 (Supl):9–17.
23. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014. New York, DC: ONU; 2014. Hallado en: www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf
24. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Marco estratégico mundial para la seguridad alimentaria y la nutrición. Tercera versión. Roma Italia, DC: FAO; 2014. Hallado en: www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/.../GSF/GSF_Version_3_SP.pdf
25. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. LA EDUCACIÓN SÍ IMPORTA. Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. París, DC: UNICEF; 2010. Hallado en: unesdoc.unesco.org/images/0019/001902/190214s.pdf
26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La infancia y los objetivos del milenio. New York. DC: UNICEF. 2007. Hallado en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/La_infancia_y_los_objetivos_de_desarrollo_del_milenio.pdf
27. Organización de las Naciones para la Agricultura y la Alimentación. Alimentos para las ciudades. Esfera multidisciplinaria. Roma Italia. DC: FAO. 2006. Hallado en: www.fao.org/fcit/index.asp
28. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Washington. DC: OPS; 2012: Hallado en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task.
29. Organización Mundial de la Salud. La OMS y el Banco Mundial organizan una reunión ministerial sobre las prácticas óptimas para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Ginebra. DC: OMS. 2013. Hallado en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2013/uhc_20130219/es/

30. Organización Nacional de la Salud. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. INFORME DE SALUD 2013. Ginebra. DC: OMS. 2013. Hallado en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf
31. Organización Mundial de la Salud Trabajar en pro de la salud: Presentación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra. DC: OMS. 2006. Hallado en: www.who.int/about/brochure_es.pdf
32. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra. DC: OMS. 2004 Hallado en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
33. Fierros A. Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). Gac.Med.Méx. 2014;150:195-9
34. Gutiérrez JP. Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S106-S11.
35. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, Medina-Mora ME, Borges G, Nagavi M, Wang H, Vos T, López AD, Murray CJL. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Salud Publica Mex 2013;55:580-594.
36. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. México. Washington. DC: OPS; 2012: Hallado en: www.paho.org.mx
37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010 [Internet]; 2010. Hallado en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2010/ENOE_2010.pdf
38. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P> Consultada: 24 de marzo de 2015
39. Instituto Nacional de Geografía. Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de 2013. México, DC: INEGI; 2013.
40. Secretaría de la Salud. Programa sectorial de salud 2013-2018. México, DF: Secretaría de salud; 2013.
41. Secretaría de Salud. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Actualización 2007-2012. México, DF: Secretaría de Salud; 2011.
42. Secretaría de Salud. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012. México, DF: Secretaría de Salud 2012. Hallado en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf

43. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2011. México, DF: Secretaría de Salud 2012.
44. Kidd EAM, Fejerskov O. What Constitutes Dental Caries? Histopathology of Carious Enamel and Dentin Related to the Action of Cariogenic Biofilms. J Dental Res 2004; suppl 1: C35-C38.
45. Global goals for oral health in the year 2000. FDI .Int Dent J 1982 ; 32: 74-77.
46. Carlo E. Medina S. Maupomé G. Avila L. Pérez R. Pelcastre B. Pontigo L. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed 2006; 17:269-286
47. http://salud.edomexico.gob.mx/html/saludbucal/snsb_semnacsb.html Consultada: 25 de marzo 2015