



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANÁLISIS DE SIETE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL A
NIVEL MUNDIAL.

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:

GABRIELA ANGÉLICA GARAY HERNÁNDEZ

TUTORA: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA

ASESOR: Mtro. SAÚL DUFOO OLVERA

MÉXICO, D.F.

2014



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.



Dedicatoria.

Ha sido un viaje largo, duro y difícil, me quedan muchas experiencias y es gratificante llegar a este punto en el que finalizo mis estudios. Sé que la recompensa que me llevo es muy grande y se la debo en gran parte a mi familia y amigos.

A mi papá, que estuvo a mi lado sentado haciendo la tarea desde el kínder y que cada año, desde entonces, me recordó ganarme el boletito de este juego.

A mi mamá, que aparte de ser mi consejera y ayudante en todo, también ha sido mi maestra en casa. Gracias por todas las aclaraciones y *tips* odontológicos que hasta la fecha me has dado.

A mi hermana, que aunque no le gusta hablar de odontología, ha sido mi mejor paciente y aún enojadas ha sido mi apoyo en momentos difíciles.

No olvido que a través de este viaje he encontrado todo tipo de gente, que bien o mal, me han ayudado a llegar a este hermoso punto.

Gracias a las amistades que iniciaron y siguen estando presentes: Lua por tus consejos y apoyo; Deisy, que aunque estés en Oaxaca, sé que cuento contigo para todo; Adriana, aunque ya no estemos en el INP, nos seguimos apoyando con los pacientes y personalmente; mis chatas, Ale, Sheyda y Sara, que nos unió el amor por la Ortodoncia y no importa que no nos veamos y se enojen. Aprendí mucho con ustedes y también de ustedes. Omar, gracias por estar siempre y ayudarme a ponerme retos que logro superar. Como alguna vez te dije “gracias por estar”, aunque hago muchas locuras. David más de 8 años y, aunque me digas rara, me apoyas aunque no entiendas nada de odontología.

Por último, a todas las personas conocidas que fueron mis pacientes y que tuvieron la confianza en mí y en mis conocimientos, y aún más a los pacientes desconocidos que todavía saliendo de la periférica me buscaron para tratamientos.



Índice

- Introducción.....	3
- Objetivo.....	4
-Marco teórico:	
1- Salud bucal.....	5
2- Antecedentes históricos.....	8
2.1-Nivel Internacional.....	8
2.2-Nivel Nacional.....	11
3- Organismos sanitarios internacionales.....	20
3.1.-OMS.....	20
3.2.-UNICEF.....	22
3.3.-OPS.....	23
3.4.-Caritas.....	24
3.5.-Cruz Roja.....	24
3.6.-Fundación Rockefeller.....	25
3.7.-Otras organizaciones.....	26
4- Diseño de un programa de salud.....	27
5- Análisis de los programas de salud bucal:.....	32
5.1- España.....	32
5.2- Perú.....	34
5.3- Cuba.....	39
5.4- México.....	55
5.5- Francia.....	65
5.6- Australia.....	68
5.7- Canadá.....	73
-Discusión.....	78
-Conclusiones.....	91
-Referencias Bibliográficas.....	94



Introducción

El siguiente trabajo muestra la prioridad de salud bucal en 7 diferentes países alrededor del mundo.

Recopila datos históricos tanto internacionales como nacionales, los cuales explican porque se tomaron decisiones para implementar leyes que mejoren la salud y calidad de vida. Ya que la salud bucal es parte del equilibrio en una vida sana.

De igual manera se define la salud bucal, la importancia que tiene para el bienestar de cada individuo y cuáles son las enfermedades bucales que en este momento son un problema y que se enfrentan actualmente.

Estas influyen en cómo se van a desarrollar los programas de salud bucal a nivel mundial, cual es la prioridad de cada país dependiendo de los porcentajes que la OMS menciona sobre las enfermedades bucodentales y que acciones se van a llevar a cabo para remediarlas.

Se aborda el tema de cómo fue evolucionando la necesidad de calidad en el servicio odontológico y cómo fue que surgieron la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) en México.

Muestra la necesidad que tuvo el mundo a través del tiempo para mejorar la calidad y regular el sector salud bucal, que fue lo que motivo a que se originaran las diferentes organizaciones internacionales que no solo vigilan y norman al sector salud internacionalmente. Sino que también proporcionan ayuda a países en necesidad o que atraviesan guerras.



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



Objetivo

Analizar y describir siete programas de salud bucal a nivel mundial.

Informar sobre las prioridades de salud bucal de diversos países y compararlas con la que México tiene.

Conocer si es que se cumple con el protocolo para realizar un programa de salud bucal.



Pero este trabajo no solo habla de programas y historia de la misma, también explica los puntos o pasos que conforman un programa de salud bucal. Los cuales deben de estar explicados en cada programa.

Y con base en esto es que llegamos al análisis de los 7 programas de salud bucal, sin importar que sean países en vías de desarrollo.

Salud bucal

La Organización Mundial de la Salud define la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y a la cavidad bucal.¹

La salud bucal incluye el componente “diente”, pero se relaciona con todo el complejo estomatognático. En otras palabras, la salud bucal no puede visualizarse únicamente como un problema dentario.²

Las enfermedades bucales son experimentadas comúnmente por la mayoría de los individuos y como no amenazan la vida, en comparación con otras condiciones más serias, los individuos no asumen el “rol de enfermo” para la mayoría de las condiciones dentales. Esto hace que la utilización de servicios de salud dental se vea disminuida y en muchos casos no sea importante dentro de la agenda de salud.

Sin embargo, varias investigaciones han demostrado la asociación existente entre las enfermedades bucales y las enfermedades sistémicas como endocarditis, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad coronaria, infarto, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria, y osteoporosis, así como bajo peso al nacer y nacimientos prematuros, deficiencias nutricionales en los adultos y cáncer.²

La Organización Mundial de la Salud publica en su página de internet cifras sobre la salud bucodental a nivel mundial.



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

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

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

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

-Los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido, se presentan en uno de cada 500-700 nacimientos.

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

-La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde del 5% al 10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.¹

Con respecto a la salud dental pública, ésta es la encargada de prevenir las enfermedades buco-dentales, al prolongar la vida y promover la Odontología para que a través de asociaciones dentales organizadas y de los gobiernos se realicen esfuerzos para obtener la salud dental, el control de esas enfermedades en el pueblo, la divulgación de los principios de la higiene bucodental, la organización de dentistas y enfermeras para diagnosticar temporáneamente e instituir el tratamiento preventivo y obtener el desarrollo de la maquinaria social que asegure a cada individuo un nivel de salud dental comparable con el mantenimiento de la vida.³

La Junta Americana de Salud Dental (AAPHD) y la Dirección Americana de Salud Pública Dental) modifica la siguiente definición que da Winslow a la Salud Pública (1920):

“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, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) el saneamiento del medio, b) el



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



control de las enfermedades transmisibles, c) la educación sanitaria, d) la organización de los servicios médicos y de enfermería, y e) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguran el individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud”.⁴

El problema con esta definición es que la salud dental pública solo le concierne a las organizaciones comunitarias y solo con la salud dental de la población agregada.

Una modificación sugerida por Knutson dice que, la salud pública dental es una preocupación y la actividad dirigida a la mejora y promoción de la salud dental

de la población en su conjunto, así como de los individuos dentro de esa población.⁵



Antecedentes históricos

La salud en la población, aunque tiene su asiento biológico en cada individuo, tiene determinantes sociales y ambientales; por lo tanto, el mejoramiento de la salud puede consumarse a través de acciones deliberadas a nivel individual, de la prestación de servicios individuales y comunitarios, y de las intervenciones en salud pública. Algunos servicios públicos o privados, aunque no persiguen específicamente mejorar la salud, inciden en forma positiva o negativa sobre ella, y aunque su objetivo específico no es procurar cierto estado de salud, pueden mejorarla.²

2.1 Nivel Internacional

Desde la antigüedad, cuando los hombres se reunían en agrupaciones para construir familias, tribus, poblados, regiones o países, siempre creaban un sistema que se encargaba de cuidar su salud.

Así aparecieron los primeros cuidadores de salud y empezaron a tomarse las primeras medidas sanitarias. Eran normas cívico-religiosas, culturales, estéticas y legislativas, dirigidas a conservar la salud individual y colectiva para conseguir la supervivencia y bienestar del grupo.

Los egipcios (fig.1) introdujeron normas de higiene personal, conservaron el agua destinada al consumo sin contaminar y construyeron canales de desagüe para las aguas residuales. Los hebreos mantuvieron las normas aprendidas de los egipcios y, mejorándolas, crearon un código escrito, el Levítico (1500 a.C.).



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



En este se recogían deberes personales y comunitarios de higiene, como el aseo personal.

La civilización griega se caracterizó por desarrollar las normas de salud pública hasta grados no alcanzados con anterioridad. Consideró todas las normas previas y desarrolló entre otras la higiene personal, el deporte, el culto a la belleza, la dieta alimenticia correcta y el saneamiento del medio ambiente.

El gran desarrollo de la salud pública que se produjo en la época griega y romana está íntimamente ligado a las ideas de mejorar tanto el bienestar individual como el refinamiento y la estética presentes en estas civilizaciones.

En la Edad Media, coincidiendo con el apogeo del cristianismo, se observa un retroceso en las normas de higiene y salud pública, quizá con la única



Figura 1. Hesi-Re, “Jefe de los dentistas y médicos”, fue un doctor egipcio del año 3000 a.C. aproximadamente que se especializó en odontología.⁶



excepción de la cultura árabe. En los territorios conquistados por los musulmanes se mantuvieron las normas de higiene y se produjo un gran desarrollo de las ciencias médicas.

Durante el Renacimiento, a pesar del florecimiento de las ciencias y las artes, no se aprecia ningún avance sanitario digno de mencionar, ni tampoco se despertó la conciencia sanitaria. Debieron pasar algunos siglos para que esto ocurriera, lo que coincide con el inicio de la Edad Contemporánea.

El primer aldabazo de la conciencia sanitaria en la época contemporánea es obra de Johan Peter Frank, quien a principios del siglo XIX, con sus seis volúmenes de *Política sanitaria* y su conferencia en la ciudad de Padua *Miseria populorum morborum genitrice*, establece los principios de las acciones sanitarias gubernamentales. Sin embargo, es a mediados del siglo XIX con los informes de Farr, Chadwick y Shattuck, cuando se inicia realmente la salud pública como filosofía social, práctica administrativa y política de gobierno. En este momento se establecen las bases de lo que será el verdadero comienzo, aunque lento y difícil, de la salud pública y de los servicios de salud designados a dar cobertura sanitaria a la población.

En la segunda mitad del siglo XIX y a principios del siglo XX se producen los grandes causantes de las enfermedades infecciosas, las primeras vacunas y los sueros, y se inicia el estudio de las causas de enfermedades no infecciosas. Sin embargo, no existen servicios de salud pública que se preocupan, aparte de la –protección de la salud-, de su promoción y reconstrucción. A pesar de que a finales del siglo XIX Benjamín Disraeli reconocía por primera vez la obligación de los gobiernos de cuidar la salud de los ciudadanos, hasta las primeras décadas del siglo XX no empiezan a desarrollarse servicios sanitarios a cargo de distintas aseguradoras y del propio estado. Tales servicios de salud nacen con carácter central en Alemania y son coordinados por los gobiernos locales en Inglaterra.

Hacia 1930-1940 se afianza cada vez más el criterio de que la rehabilitación de la salud debe formar parte de la salud pública, integrándose en los servicios o los sistemas nacionales de salud. También en esta década se crean los servicios nacionales de salud en Inglaterra y los seguros de asistencia sanitaria de amplia cobertura en Francia, España y otros.



El derecho a la salud no se contempla hasta la publicación de la carta fundacional de la OMS en 1948. El 2 de mayo de 1948, en la –Declaración Americana de Derechos y Deberes- de Bogotá, también se recoge el derecho a la salud, que es refrendado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 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.⁴

En la reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud en ALMA ATA en 1978 se analizó el problema de la salud en el mundo y se adoptaron una serie de resoluciones en una declaración que lleva el nombre de esa conferencia. Estas resoluciones postularon la meta de “Salud para todos en el año 2000”.

Después de la ratificación y adopción de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en 1978, en 1981 la OMS 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.

En 1983 la salud bucal fue declarada como parte de la “Estrategia Salud para Todos” y en 1989 la OMS aprobó la promoción de la salud bucal como parte integrante de “Salud para todos para el año 2000”.

La meta propuesta para el 2015 es que a los 12 años de edad el SiC (Índice de Caries Significante) no sea mayor de 3.

En la actualidad, la política de salud bucal mundial es la de: *continuar con la mejora de la salud bucal en el siglo XXI.*²

2.2 Nivel Nacional

La salud bucal en México ha atravesado por distintas etapas en su historia y continúa actualmente su desarrollo. Desde la época prehispánica los pobladores de diversas culturas asentadas en el territorio nacional ya realizaban distintos tratamientos, como desgastes selectivos e incrustaciones sobre sus dientes (fig.2). Se empleaban diversas plantas en la terapéutica dental, principalmente para mitigar los dolores que provocaban la caries dental y las parodontopatías.²

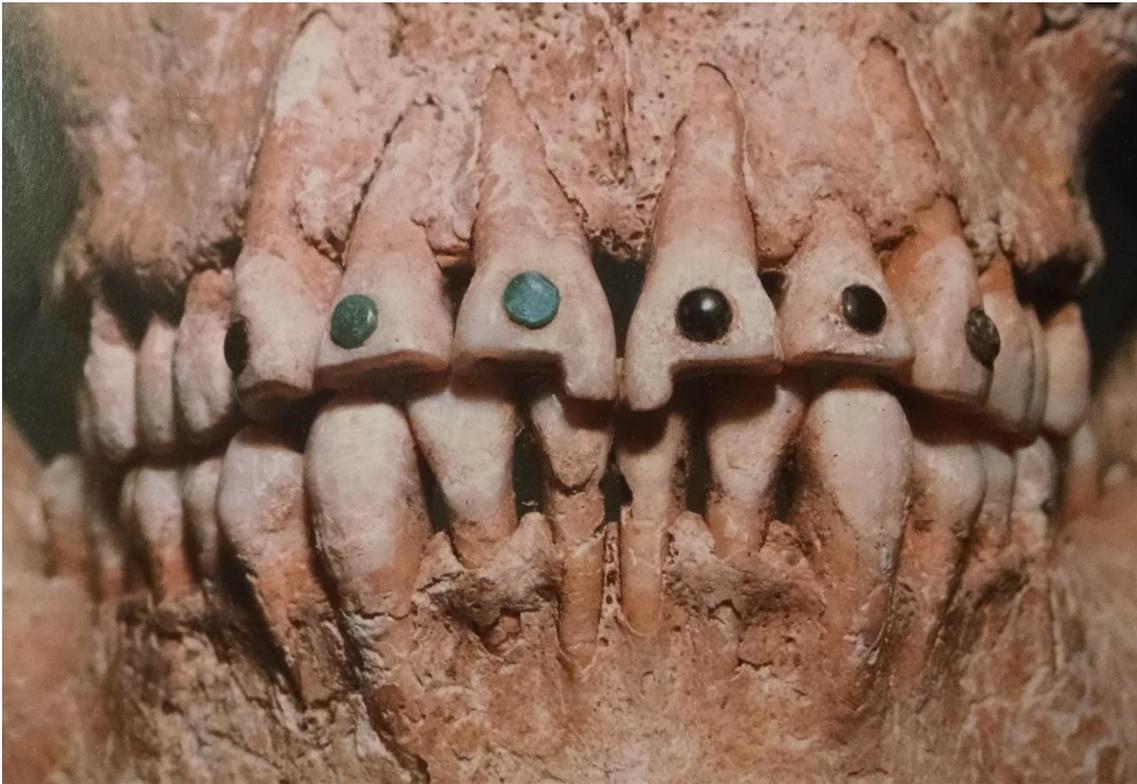


Figura 2. Los dientes de este cráneo maya del siglo IX d.C. presentan numerosas incrustaciones de jade y turquesa.⁶

Durante la época colonial, la odontología fue practicada a nivel individual curativo y restaurativo más que a nivel colectivo, sin la necesidad de un título profesional para ejercerla.

La institución encargada de velar por la salud de los habitantes de la Nueva España era el Tribunal del Protomedicato, fundado en 1628 a imagen y semejanza del que existía en aquella época en España.

El Tribunal del Protomedicato estaba constituido por seis miembros: el primer protomédico era el primer catedrático de prima de medicina.

El segundo, el médico más antiguo de la facultad, y el tercero era el médico de más confianza del virrey. Con estos tres miembros colaboraban tres alcaldes examinadores.

Este tribunal desempeñaba diversas funciones como examinar y expedir las licencias correspondientes a las personas dedicadas a profesiones relativas a la salud, como médicos, cirujanos, parteras, flebotomianos y algebristas.

Se ocupaban de la atención dental de los habitantes de Nueva España algunos



médicos y cirujanos, que intentaban curar encías enfermas y abscesos dentales. Las extracciones dentales eran realizadas por los barberos flebotomianos.

En el siglo XVIII, el último virrey Don Joseph de Azanza, quien promulgó una ordenanza tendiente a legalizar la práctica de la flebotomía. Por medio de las cuales se invitó a las personas que ejercían la flebotomía a legalizar su práctica, presentando un examen en el cual demostraran tener los conocimientos necesarios.

La mayoría de las instituciones virreinales sobrevivieron en el México independiente, tal es el caso del Tribunal del Protomedicato. Un médico visionario, el doctor Miguel Muñoz, en 1822 pidió al gobierno la supresión del Protomedicato, para establecer las juntas de sanidad pública, institución más acorde con la época.

El proyecto fue objeto de resistencia y oposición por atacar normas tradicionales.

La primera disposición de la administración republicana dirigida a proporcionar salud a los mexicanos se publicó en el *Bando de policía y buen gobierno*, del 7 de febrero de 1825. Incluyendo 50 artículos, que van desde la obligatoriedad del aseo de la calles, fondas y comercios, hasta disposiciones para que casas y accesorias tuvieran letrinas.

En salud pública, como se ve en los informes presidenciales de la mitad del siglo XIX, sólo se informaba sobre las terribles epidemias padecidas por el país.

El Protomedicato se disolvió finalmente en 1831, durante la administración de don Anastasio Bustamante, primer médico que ocupó la presidencia de México. A pesar del continuo estado de guerra, las migraciones extranjeras no cesaron. Entre los recién llegados habían algunos dentistas, que trajeron a México los conocimientos del arte dental europeo y estadounidense; métodos, materiales e instrumentos no conocidos todavía en el país. Así empezaría la lenta transformación del antiguo oficio de barbero flebotomiano en la profesión dental (fig.3).

El primero en anunciarse en un periódico, como sería la costumbre de médicos



Figura 3. Gabinete dental de fines del Siglo XIX.⁷

y dentistas a lo largo del siglo XIX, fue el doctor Guillermo Parrot.

El 31 de julio de 1825 un nuevo dentista entró en la competencia anunciándose en El Sol. El profesor J. Guasdiz, recientemente llegado de EUA, además de atender las afecciones dentales, hacía elixires odontológicos que servían para remediar muchas de las afecciones de la boca.

Los dentistas anunciados se comprometían a ejecutar tratamientos cada vez más complejos. Como el número de dentistas que llegaban del extranjero aumentaba, la competencia hacía que los anuncios de los periódicos se hicieran más descriptivos (fig.4).

Entre 1867 y 1876 el país sufrió varias epidemias, las más graves fueron las de viruela, ocurridas en los estados de México, Oaxaca, Puebla, Zacatecas, Hidalgo, Veracruz y Guerrero, dejando un gran número de ciegos. Años atrás se había creado el Consejo Superior de Salubridad.⁷

El Consejo Superior de Salubridad, fue establecido en la ciudad de México el 4 de enero de 1841. Estuvo integrado por cinco miembros titulares, tres eran



Figura 4.⁷

médicos, uno farmacéutico y el quinto químico. Su labor consistía en vigilar la correcta práctica del ejercicio de la medicina y de la farmacia, de llevar a cabo acciones sanitarias en bien de la población y de realizar estudios de diversas epidemias y estadísticas de mortalidad. Así mismo, se encargó de legislar la vigilancia de cementerios, escuelas y talleres.⁸

La Revolución Mexicana impactó sobre las formas sociales del sistema de salud. Tomó fuerza un sistema de atención a la salud organizado y financiado por el Estado, dirigido, por una parte, a acercar los avances técnicos del sistema hacia el saneamiento y la protección de la salud, y por la otra, a la asistencia de enfermos pobres.⁹



La Constitución de 1917 reflejó en sus variados y a veces contradictorios artículos, los compromisos a los que llegaron los salubristas que participaron en el debate.

Por una parte se estableció el Consejo de Salubridad General (CoSG) como una clara continuación del Consejo Superior de Salubridad que rigió la salud pública liberal del porfiriato.¹⁰

La iniciativa presentada por el diputado J.M. Rodríguez ante el Constituyente de 1917 tuvo la finalidad de atender un problema de salud pública consistente en la falta de higiene que afectaba a toda la república. Dicha propuesta consistió en la incorporación de cuatro bases a la fracción XVI del artículo 73 constitucional, por las cuales se creó el CoSG.

El CoSG fue creado por la necesidad de que el Estado Mexicano tuviera un órgano ejecutivo capaz de prevenir y reaccionar de manera rápida y eficaz ante los distintos problemas que se pudieran suscitar en materia de salud en el país. Se buscó implantar la más moderna medicina preventiva, basada en la concepción bacteriana de la enfermedad y en la acción responsable de los nuevos profesionales.¹¹

Durante la depresión mundial en 1929, la salud adquirió también una nueva concepción dentro del pensamiento económico político de la época. La evolución de la salud pública más allá de las concepciones bacteriológicas que predominaron a principios de siglo llevó a dar mayor atención a la higiene y a la educación para la salud. La salud pasó también a ocupar un papel en la valoración del trabajador bajo la visión incipiente del capital humano. La crisis económica, se pensaba, sería superada en la medida en que el Estado se preocupara por elevar la salud de sus trabajadores, viéndose esta política ya no como un mero gasto paliativo, sino como una inversión. Hacia 1930 las autoridades de salud en México eran partícipes ya de esta nueva visión.

En 1933 se pidió a los salubristas que utilizaran su experiencia en las Unidades Sanitarias Cooperativas para diseñar un plan para extender el modelo a nivel nacional. Estas Unidades se dedicaron exclusivamente a la prevención de la fiebre amarilla, basándose para ello en un equipo técnico especializado.

Los salubristas mexicanos veían diferencias entre los gobiernos locales de los países vecinos. Los municipios mexicanos no sólo contaban con recursos



propios, sino que allí también se daban cita los curanderos, quienes eran considerados una amenaza para la salud pública. La solución propuesta fue que cada municipio tuviera un centro de higiene con un médico y una enfermera, coordinado por la federación y el Estado.¹⁰

En 1943 surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que conjuga en una sola institución las labores de saneamiento y Salud pública con las de atención a enfermos que no cuentan con atención derivada de contratos de trabajo.⁹

Hasta esta época la odontología en México se había limitado casi exclusivamente a una práctica de índole esencialmente curativa y restauradora. Debido a esta situación, las políticas en salud bucal no eran un tema de importancia.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia creó la Dirección de Odontología en la década de los 60 con los objetivos principales de implementar procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales de los Centros de Salud del país; difundir, especialmente a nivel escolar, los principios higiénicos para fomentar la salud dental; y estudiar la viabilidad de la fluoración del agua potable o de la sal de consumo.

Se fomentó la actualización de todo el personal odontológico de las instituciones que formaban el sistema de salud. Se efectuaron análisis químicos para determinar el contenido del ion flúor en el agua de diferentes ciudades del país.

Al presentar la población infantil alto índice de caries y ante la imposibilidad percibida de brindar atención bucal integral a toda la población durante la década de los 70 y 80, debido a los altos costos, se consideró conveniente instaurar programas preventivos de amplia cobertura para la población general. Debido a que en el país no toda la población tiene servicio de agua intradomiciliaria, la fluoruración de la sal doméstica representaba un mejor vehículo de distribución. En 1980 se normó y reglamentó la fluoración de la sal y en marzo de 1981 se decretó en México la fluoración de la sal.

Para 1983 la preocupación por la salud en escolares condujo a la realización del Primer Congreso Higiénico Pedagógico. De entonces a la actualidad diversas estrategias, acciones y modelos se han propuesto para proteger al niño en esa etapa de la vida.²



Como resultado de la labor emprendida por los ministros Díaz Covarrubias y Pérez de Tagle en materia educativa, el Consejo Superior de Salubridad convocó en enero de 1982 a un Congreso Higiénico Pedagógico para estudiar y revisar los problemas teóricos y prácticos de la educación. El congreso concluyó sus sesiones en julio de ese mismo año, las cuales muestran un creciente interés por la educación.¹²

Actualmente las acciones preventivas y educativas dirigidas a la niñez escolar mexicana se basan en la norma “NOM- 009- SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar”.

Entre los doce programas prioritarios del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud en 1989-1994, existían dos relacionados con la salud bucal. Estos eran el Programa de Salud Escolar y el Programa de Fluoración de la sal. En esta época se puso en marcha el Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Parodontopatías en Preescolares y Escolares para mejorar la salud bucal de la población escolar.

En 1996 se iniciaron las Semanas Nacionales de Salud Bucal, programados dos para cada año. El objetivo fue intensificar todas las actividades preventivas dentro de un método unificado y normado, enfocado a la caries dental, la gingivitis, las maloclusiones, el cáncer bucal y los padecimientos dentofaciales, que restan calidad de vida a los individuos.

En abril de 1998 el Programa de Salud Bucal fue incluido como programa prioritario en las políticas nacionales de salud.

La política de salud bucal en el periodo 2000- 2006 reconoce que en México las principales enfermedades bucales se encuentran todavía con una alta incidencia y prevalencia, al igual que como enfermedades del rezago que afectan principalmente a los pobres.

En 2003 se puso en marcha el Sistema Nacional de Cartillas de Salud. En éstas, los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención para la salud que reciban en cada etapa de la vida.²

Las acciones que competen a las autoridades de salud pública, de acuerdo con el Código Sanitario en vigor, la educación en aspectos de salud es una responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como de otros organismos gubernamentales, descentralizados y privados. La Dirección de



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



Educación Higiénica, a nivel nacional, y los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en los estados cuentan también con unidades cuya responsabilidad principal es la educación para la salud de la comunidad.

Otras instituciones de seguridad social, como IMSS, ISSSTE, cuentan también con servicios especializados en educación para la salud.

Las actividades educacionales en estas instituciones se orientan al reforzamiento de las formas de conducta más apropiadas para preservar la salud y prolongar la vida.¹³



Organismos sanitarios internacionales

De acuerdo con las ideas expresadas, la salud de una persona no es ajena a la de otros miembros del grupo humano al que pertenece.

La responsabilidad de organizar los recursos de la población, adoptando cierto liderazgo en las medidas de salud comunal recae en las diversas agencias e instituciones oficiales de salud. Su labor coordinada con la de otros organismos oficiales, como los de educación, seguridad social, agricultura y aquéllos encargados de preservar la limpieza de las ciudades permite un mejor desempeño de sus funciones.

Existen otros organismos e instituciones privadas que realizan actividades relacionadas con la salud colectiva (la Cruz Roja y otras).¹³

OMS

Durante el siglo XIX hubo diversos intentos de crear una colaboración internacional en materias sanitarias, en gran parte por las sucesivas epidemias de cólera que se produjeron en dicho siglo. En 1851 se celebró en París una conferencia sanitaria internacional en la que los países se dividieron en dos grupos: los partidarios de numerosos controles y medidas sanitarias para evitar la difusión internacional de enfermedades y los que consideraban que no debía limitarse el libre tránsito de pasajeros y mercancías.

Al inicio del siglo XX se creó en América la Oficina Sanitaria Panamericana, en 1908 la Oficina Internacional de Higiene Pública y una vez que terminó la Primera Guerra Mundial se creó la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, con sede en Ginebra.

Durante la segunda Guerra Mundial, la Oficina Internacional de Higiene Pública fue reemplazada por la sección sanitaria de la Administración de las Naciones Unidas para los Socorros y la Rehabilitación, (UNRRA).

Después de que finalizó la guerra en 1946 se celebró en Nueva York una Conferencia Internacional de la Salud, en la cual se decidió crear un organismo destinado a coordinar la labor sanitaria de los distintos estados miembros, que se denominó Organización Mundial de la Salud (OMS fig.5).

Ésta toma las funciones sanitarias de los organismos que la precedieron con la



excepción de la Oficina Sanitaria Panamericana, que se integró en la OMS pero con funciones específicas en América.

Cualquier país que pertenezca a las Naciones Unidas puede ser miembro de pleno derecho de la OMS, siempre que acepte su constitución. Pero no todos los miembros de la OMS son miembros de las Naciones Unidas.

Los idiomas oficiales de la OMS son: Chino, Inglés, Árabe, Francés, Español y Ruso.

La OMS pretende elevar el nivel de salud de todos los pueblos y estimular los conocimientos y la investigación en materias sanitarias.

Dentro de sus actividades se pueden mencionar las siguientes:

- 1.- Evitar la difusión internacional de enfermedades cuarentenales, para lo que se han elaborado las sucesivas revisiones del Reglamento Sanitario Internacional, y mantener informadas a las administraciones sanitarias de todos los países.
- 2.- Unificar los criterios acerca de las causas de mortalidad y morbilidad, mediante la actualización de las sucesivas, con el fin de facilitar los estudios internacionales.
- 3.-Unificar los criterios en cuanto a técnicas de diagnóstico de enfermedades, productos biológicos y farmacéuticos, así como de alimentos básicos.
- 4.-Fomentar los estudios de alimentación y nutrición, especialmente en zonas desfavorecidas.
- 5.-Fomentar los estudios sobre la vivienda, lugares de trabajo y prevención de accidentes.
- 6.-Técnicas de saneamiento, en el sentido más amplio.
- 7.-Estimular la protección materno infantil
- 8.-Fomentar las actividades en el campo de la higiene mental, especialmente aquellas que afectan las relaciones armónicas de los hombres.
- 9.-Realizar una labor de tutelaje en aquellas zonas especialmente desfavorecidas, proporcionando ayuda técnica y coordinando la colaboración internacional.
- 10.-Coordinar en el ámbito internacional la investigación científica, tanto en la formación adecuada del personal sanitario en sus distintos niveles como en la



organización sanitaria.

11.-Con el fin de tener siempre disponibles una información adecuada, tratar de coordinar los servicios de estadística sanitaria de los distintos países.⁴



Figura. 5 Logotipo de la Organización Mundial de la Salud.¹⁴

UNICEF

Las siglas significan Fondo de Socorro Internacional a la Infancia de las Naciones Unidas (*United National International Children Emergency Fund*) (fig.6).

En la actualidad muchos de sus programas son a medio o a largo plazo.

Fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1946, con el fin de proteger a la población infantil de las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial.

Aparte de cubrir necesidades de rápida asistencia por motivos urgentes, suele actuar mediante acuerdos con los diversos gobiernos interesados, de modo que su personal y medios económicos propios son bastante limitados. En tales acuerdos, los gobiernos están obligados a una aportación paralela en forma de instalaciones, servicios, personal, etc.

Los programas realizados son enormemente variados y numerosos; entre ellos destaca: la lucha contra la desnutrición infantil, la lucha contra enfermedades transmisibles, sobre todo en zonas tropicales, aportación de suplementos alimentarios infantiles, educación sanitaria en higiene infantil y saneamiento ambiental, formación de personal sanitario y campañas sistemáticas de inmunización infantil.⁴



Figura 6. Logotipo del Fondo de Socorro Internacional a la Infancia de las Naciones Unidas.¹⁵

Organización Panamericana de la Salud

En 1902 se creó la Oficina Sanitaria Panamericana (fig.7), con el fin de controlar la propagación de enfermedades.

En 1924 se aprueba en La Habana el Código Sanitario Panamericano, y en 1927, se decide que la asociación lleve a cabo las actividades regionales de la Oficina Internacional de Higiene Pública. En 1949 se acuerda su integración en la OMS, pero con independencia en muchos aspectos de intervención regional. Su función es la de promocionar y coordinar la labor sanitaria de los países miembros mediante programas específicos, formación de personal, recogida y elaboración de información epidemiológica, entre otras.

La organización Panamericana de la Salud (OPS) comprende la Conferencia Sanitaria Panamericana, el consejo directivo, el comité ejecutivo y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). La Conferencia Sanitaria Panamericana realiza la función de comité regional de la OMS para América, mientras que la OPS sirve de oficina regional de la OMS para América.⁴



Figura 7. Logotipo de la Organización Panamericana de la Salud.¹⁶



Caritas

Destacan entre sus actuaciones, la protección de la ancianidad, tanto desde el punto de vista sanitario como social, problemas especiales de familias marginadas y con necesidades urgentes, así como problemas de comunidades minoritarias mediante una labor multidisciplinaria (médicos, psicólogos, pedagogos y otros) en programas dirigidos a la población marginada; prevención de delincuencia, lucha contra la dependencia de drogas, ayuda social y económica, entre otras (fig.8).⁴



Figura 8. Logotipo de Caritas.¹⁷

Cruz Roja

Su origen data de 1859, año en que un comerciante suizo, Henri Dunant, impresionado por las consecuencias trágicas de la batalla de Solferino, sugirió la posibilidad de crear en todos los países asociaciones de socorro a los heridos y mutilados en conflictos bélicos. La idea se extendió y con la ayuda de varios compatriotas suyos, creó en 1863 el Comité Internacional y Permanente de Socorro a los Heridos Militares.

Desde su creación, la Cruz Roja Internacional (fig.9) ha actuado en todos los conflictos importantes que se han producido en el mundo.

La acción de esta organización se lleva a cabo en todo el mundo; destaca su ayuda a todas aquellas personas que tienen el carácter de refugiados y en situaciones agudas de hambre en amplias zonas geográficas.

Su objetivo final es prestar una ayuda desinteresada a los individuos y a las poblaciones.



En la actualidad, la Cruz Roja Internacional está formada conjuntamente por las sociedades de la Cruz roja, de la Media Luna Roja y del León y el Sol Rojos. Que también son organizaciones internacionales.⁴

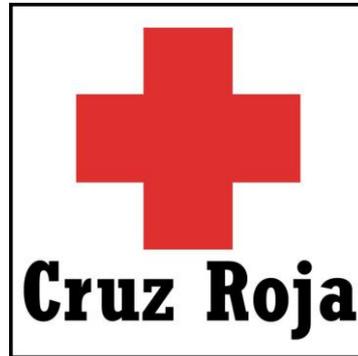


Figura 9. Logotipo de la Cruz Roja.¹⁸

Fundación Rockefeller

En 1901 el magnate Rockefeller fundó el instituto que lleva su nombre, con los objetivos de elevar el bienestar humano y la investigación científica (fig.10).

Aparte de la investigación etiológica y terapéutica de enfermedades, en los últimos decenios ha ampliado también su esfera de actuación a la formación de personal sanitario y científico en general, así como a informar a la población mediante programas adecuados.⁴

Los grupos sociales, integrados con fines diversos, entre los que figura el bienestar comunal como los clubes de servicio las fraternidades y las instituciones religiosas son otros medios en que dispone la salud pública para ejercer, de manera organizada, sus actividades.¹³



Figura 10. Logotipo de la Fundación Rockefeller.¹⁹



Otras Organizaciones (cuadro1)²⁰:

	Objetivo	Siglas
Organización para la Alimentación y la Agricultura	Es una organización supranacional (que está formada por países y funciona bajo el amparo de la ONU). Su función principal es conducir las actividades internacionales encaminadas a erradicar el hambre	FAO
Organización Internacional del Trabajo	Promover la justicia social y los derechos humanos y laborales reconocidos a nivel internacional	OIT
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	Aumentar el nivel de vida de las personas, de manera que tengan una vida larga, saludable, con educación y que puedan participar en la vida de sus propias comunidades.	PNUD
Programa de las Naciones Unidas para la Protección del Medio Ambiente	Protección del medio ambiente, fomentando la conciencia ecológica e impulsando a otras agencias del sistema de naciones unidas, a gobiernos y a ong (Organización NoGubernamental) a trabajar en favor de la conservación del medio ambiente	PNUMA
Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población	Aumentar la capacidad de las naciones para responder a las necesidades sobre población y planificación familiar; sensibilizar sobre los problemas relacionados con la población y las estrategias para superarlos; asistir a los países en desarrollo, bajo su requerimiento expreso, en la solución de los problemas de población; y promover y coordinar dentro del sistema de Naciones Unidas los programas y proyectos sobre población.	FNUAP
Programa Mundial de Alimentos	Ayuda humanitaria en la lucha contra el hambre.	PMA
Campaña Mundial contra el Hambre	Es una organización humanitaria internacional, neutral e independiente que combate la desnutrición a la vez que garantiza agua y medios de vida seguros a las poblaciones más vulnerables.	CMCH
Organización Internacional de Energía Atómica	Contribuir al desarrollo sostenible de los Estados miembros a través del uso pacífico de la tecnología nuclear.	OIEA
Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas	Entre sus tareas se cuenta la difusión del trabajo en bioética entre los 38 países miembros de la Región de las Américas y el Caribe, la formación de recursos humanos, el asesoramiento a entidades públicas y privadas y trabajos de investigación aplicada.	COICM
Consejo Económico y Social de la ONU	Promover niveles de vida más elevados, el pleno empleo y el progreso económico y social; identificar soluciones para los problemas de salud, económicos y sociales en el plano internacional; facilitar la cooperación en el orden cultural y educativo; y fomentar el respeto universal de los derechos humanos y las libertades fundamentales.	ECOSOC
Federación Internacional de la Planificación de la Familia	Facilitar la información necesaria para tomar decisiones sobre salud sexual, proporcionando servicios de alta calidad con objeto de mejorar el estado general de salud de las personas de bajos ingresos, promoviendo la participación e implicación en la propia organización democráticamente y facilitando el liderazgo de los numerosos voluntarios	FIPF
Alto comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados	Salvaguardar los derechos y el bienestar de los refugiados, garantizar que todos puedan ejercer el derecho a solicitar asilo en otro Estado y a disfrutar de él, identificar soluciones duraderas para los refugiados, tales como la reparación voluntaria en condiciones dignas y seguras, la integración en la sociedad de acogida o el reasentamiento en un tercer país.	ACNUR
Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer	Reforzar los fundamentos de la protección contra la radiación y mejorar los conocimientos sobre los mecanismos biológicos de la oncogénesis.	CIIC



Diseño de un programa de salud

La complejidad y la variedad de los problemas sociales en general y de los relacionados con la salud en particular exige la utilización de técnicas y procedimientos dirigidos a conseguir, del modo más efectivo y eficaz, la solución de tales problemas.⁴

La programación en salud pública tiene como propósito utilizar, de manera óptima, los recursos económicos, técnicos y humanos para la solución de los problemas de salud de una población. Su aplicación tiene particular importancia en países con profundos problemas de salud y escasos recursos materiales y de personal técnico para resolverlos.

Generalmente el punto de partida es la investigación epidemiológica con la cual se establece la magnitud del daño y la naturaleza de los diversos factores que lo determinan.

Por otra parte se estudian los recursos disponibles en la comunidad, así como la actitud y el sentir de los habitantes, tanto en lo que respecta a la salud como a la enfermedad.

Se debe señalar que en la decisión influyen diversas circunstancias que dan lugar a considerar la eficiencia y la viabilidad del programa.

La ejecución simultánea de varios programas tendientes a prevenir las enfermedades y preservar o restaurar la salud integran lo que se conoce como programa de salud. En tal caso, cada plan de operación es ejecutado separadamente y cada uno debe estar en consonancia con las metas fijadas por los otros.

Un programa es un documento que sistemáticamente:

A) Define un problema específico

El análisis de la situación de salud de la población, la identificación de los problemas existentes y la determinación de necesidades.

Aunque no resulta fácil definir la necesidad, podrá considerarse como la diferencia entre lo que existe y lo que es deseable en términos de estado de salud, servicios o recursos. Es una carencia que debe ser satisfecha y se asimila a carencias sanitarias que requieren medidas preventivas o curativas, y que deben ser atendidas.



Uno de los temas más delicados en la política sanitaria es el establecimiento de prioridades, que suele ocasionar controversia social. Priorizar implica favorecer a algunos individuos, o sectores de la población, frente a otros. Sin embargo, es obvio que dada la limitación de recursos y la demanda sin límite por parte de la población, todo los días se toman decisiones de este tipo, en cualquier nivel del sistema sanitario.⁴

También es importante prever los cambios futuros; el pronóstico, ya sea que se realicen o no cambios en la comunidad.¹³

B) Declara los objetivos generales y particulares que deben ser alcanzados para la solución del problema

Una vez que se hace el diagnóstico se establece el razonamiento bajo el cual se justifica la necesidad de llevar a efecto el programa. Los objetivos se señalan finalmente siguiendo esta línea de pensamiento. En la formulación de éstos es necesaria la claridad y precisión de las ideas así como el cuidado para que los conceptos expresados sean medibles en alguna forma.¹³ Para definir los objetivos de un programa es necesario establecer cuáles son las dimensiones relevantes de los resultados esperados, en función de la intervención sanitaria que se esté valorando. Los resultados que se pretende conseguir con un programa pueden ser muy diversos, por lo que deben definirse explícitamente.

En esta fase es necesario especificar cuál es la población y el marco geográfico a que hacen referencia los resultados; cuáles son los criterios para los diferentes indicadores que valorarán el grado de consecución de objetivos del programa, y en que periodo de tiempo deben conseguirse.

Se clasifican en:

1.-Objetivos generales. Suelen estar constituidos por enunciado o declaraciones de intenciones en relación a la finalidad de un programa. No suelen exigir la cuantificación y suelen referirse a las grandes áreas de que constará el programa.

2.-Objetivos específicos. Deben ser concretos, cuantificables y tiene que esta especificado el tiempo en el que se pretende conseguir.



Deben especificar:

- La dimensión del cambio esperado.
- La unidad de medida para valorarlo.
- El periodo de tiempo en que debe alcanzarse.
- La población y el área geográfica en que se pretende conseguir.⁴

C) Establece las actividades necesarias para lograr los objetivos

Toda acción o conjunto de acciones que se realizan, de acuerdo a una sucesión cronológica, para lograr un objetivo de salud definible y medible, puede ser considerada como una actividad programada.

La planeación de las actividades es imprescindible para la consecución de los objetivos previstos, por lo que cada actividad tiene como propósito lograr un objetivo inmediato.

Los recursos que hacen factible la ejecución de las actividades programadas son de diversa naturaleza.¹³

En esta fase corresponde la elaboración de protocolos, en los que es necesario especificar y concretar en lo posible aspectos como:

- ¿Qué actividades se van a realizar?
- ¿A qué objetivos corresponden?
- ¿Cuáles son los recursos materiales y humanos, asignados a cada una de ellas?
- ¿Quién las llevará a cabo?
- ¿Cómo se van a desarrollar?
- ¿Cuándo y durante cuánto tiempo se va a realizar?

En la determinación de actividades, aunque se llegue a un grado elevado de concreción y especificación, hay que permitir una cierta flexibilidad que haga posible adaptar posteriormente el programa a diferentes situaciones o cambios.

D) Describe los recursos y los métodos disponibles para cada actividad

Es importante definir los recursos que se consideran necesarios y que se asignan para realizar cada una de las actividades. Los recursos pueden ser humanos, materiales y financieros.⁴



Los recursos pueden clasificarse en:

-Legales

Permiten llevar a efecto actividades en beneficio de la salud de una población aun cuando éstas pueden lesionar los intereses de un individuo o de un pequeño grupo de personas.

-Humanos

Las actividades que realice el personal involucrado en el programa deben ser acordes con su capacidad y habilidad técnica.

-Físicos y de equipo

Es preciso prever que se necesitara para la ejecución del programa. Esto dependerá del tipo de proyecto que se desea realizar y de la amplitud de este.

-Financieros

Son los que mueven el programa, ya que son necesarios para la compra de equipo técnico material, medicamentos, vehículos, pago de personal, etc.¹³

E) Explica los criterios mediante los cuales se van a medir los resultados obtenidos.

El objetivo de la evaluación de cualquier servicio sanitario es proveer información; a los médicos y a los pacientes sobre alternativas de atención sanitaria, y a los políticos sobre estrategias alternativa. Esta aportación de información tiene como objeto contribuir a mejorar la toma de decisiones en la práctica médica y en la política sanitaria.

En el caso de los programas de salud, se trata de evaluar los resultados obtenidos con las actividades realizadas, valorar el programa y plantear su continuidad o sus posibilidades de mejora.

La evaluación, según la OMS es, “un proceso sistemático y permanente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. El objeto de la evaluación es mejorar los programas de salud y la infraestructura sanitaria para su ejecución y orientar la distribución de los recursos entre las actividades ya emprendidas o que pueden emprenderse en el futuro”.

En general hay una secuencia lógica en la evaluación de programas e intervenciones sanitarias que es la siguiente: Primero debe garantizarse la



seguridad, después debe valorarse la eficacia, si el programa ha dado resultados en condiciones ideales, pasar a valorar la efectividad, en una fase posterior se valorará la eficiencia y posteriormente la adecuación para conseguir los objetivos previstos y la accesibilidad, valorando la equidad en el acceso.

En toda evaluación hay dos procesos, uno de observación y otro de comparación. En el primero de observación y medida se analiza cómo funciona un programa y los efectos que parecen tener. En la segunda se compara lo observado con criterios o normas, definido previamente, que se consideran como buenos resultados.⁴

En esencia la planificación es un proceso caracterizado por:

- 1.- Estar dirigido a la preparación de un futuro deseable, relacionado con una situación presente.
- 2.-Ser aplicable a cualquier actividad en que los individuos se enfrentan con la necesidad de tomar decisiones sobre cuestiones que pueden resolverse de diversas formas o de escoger entre objetivos diferentes entre sí.
- 3.-Su carácter dinámico, dada la necesidad de ir adaptándose a situaciones cambiantes y factores no previstos inicialmente.
- 4.-Estar notablemente influida por el contexto social y político en que se desarrolla.⁴

Todos los programas deben seguir el mismo patrón, a fin de mantener cierta unidad y hacerlos comparables y a la vez comprensibles. Su redacción debe ser sencilla, clara y concisa.¹³



Análisis de los programas de salud bucal

España

Programa Nacional de Salud bucal España del 2008 – 2012.²¹

Introducción

El Ministerio de Salud nos dice que aproximadamente uno de cada tres niños de 5 y 6 años tienen o han tenido caries en dientes temporales. Esta frecuencia se mantiene constante desde el año 1993 hasta el último estudio realizado en el año 2005 (Encuesta de Salud Oral en España en 2005).

Los niveles de conocimiento de la población en relación con las caries y la enfermedad periodontal continúan siendo bajos, existiendo aún conceptos erróneos como el evitar el cepillado en caso de sangrado de las encías o el desconocimiento sobre los efectos a largo plazo de estas patologías.

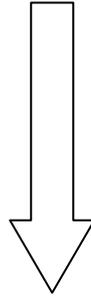
Solo una cuarta parte de la población declara cambiar su cepillo cada tres meses.

La puesta en marcha del programa nacional de salud bucal fue a lo largo de los años 2008-2012, en España.

Objetivos

- Mejorar la salud bucodental infantil.
- Crear hábitos de vida y alimentación que sirvan para prevenir y promocional la salud bucodental.
- Favorecer el acceso a los servicios de salud bucodental a los niños de 7 a 15 años.
- Una primera fase, durante el 2008, se dirigió a los niños y niñas de 7 y 8 años, sin perjuicio de que cada comunidad autónoma pueda atender a una población más amplia.
- La instauración del Plan al resto de las edades se hizo de forma progresiva en años

Actividades



- Recomendaciones sanitarias sobre dieta y salud bucodental y enseñanza en higiene bucodental, a los niños y niñas así como a sus padres o tutores
- Aplicación de fluoruro tópico, de acuerdo con la política de fluoración de cada comunidad autónoma
- Sellados de fisuras en las piezas permanentes.
- Obturaciones en piezas dentarias permanentes. Cuando se detecte caries se evaluará su estado y velocidad de progresión y si se considera irreversible.
- Tratamientos pulpares de las piezas dentarias permanentes con lesiones pulpares irreversibles que puedan ser reparadas. En caso de no poder ser reparadas se procederá a su extracción
- Extracción de piezas dentarias temporales.
- Tartrectomías cuando se detecten cálculos y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente, que sean incompatibles con la salud gingival.
- Tratamientos de incisivos y caninos permanentes en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos.

Tríptico que el ministerio de salud le da a la población de España (fig.11).



Figura 11.²¹



Perú

Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



Programa Nacional de Salud bucal Perú 2005 (fig.12).²²

Introducción.

El Ministerio de Salud de Perú menciona que el país atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas.

La prevalencia de caries dental es de 95%, de enfermedad periodontal de 85% y la maloclusión de 80%.

Además con respecto al índice de dientes cariados, perdidos y obturados, a los doce años es de aproximadamente seis.

Objetivo general

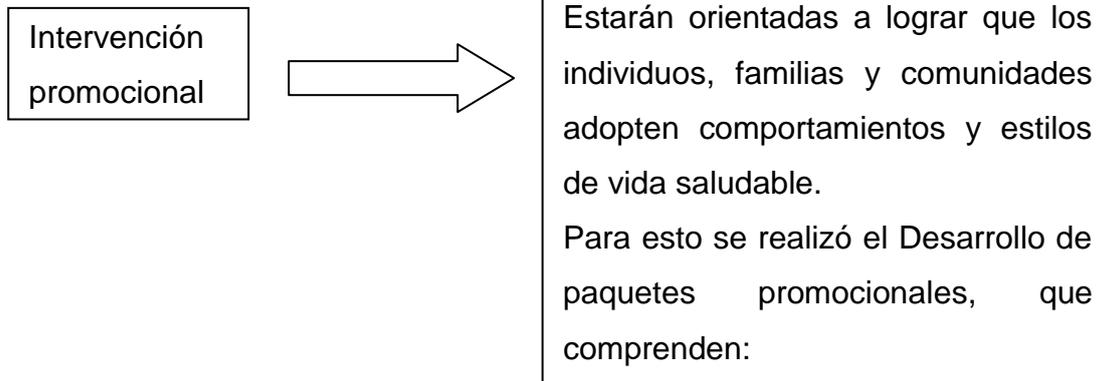
Mejorar la salud bucal de la población a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación oral, eficientes oportunas y de calidad.

Objetivos específicos

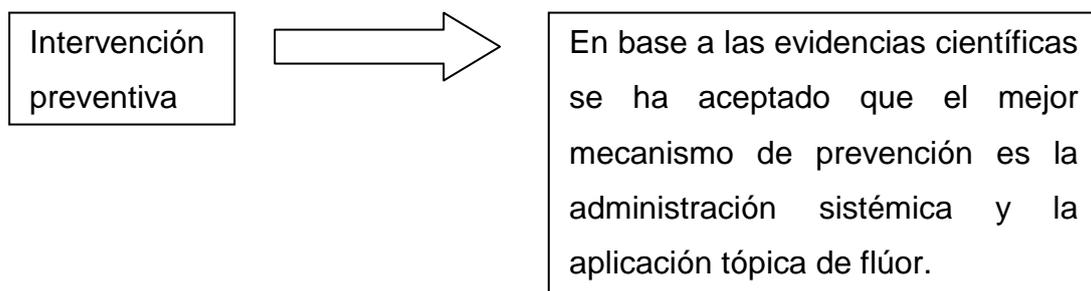
- Lograr que los individuos, familias y comunidades adopten comportamientos y estilos de vida saludables, para mejorar su Salud Bucal.
- Desarrollar una intervención técnico- normativa dirigida a la prevención de la caries dental.
- Desarrollar una intervención técnico- normativa dirigida al mejoramiento de la calidad de la oferta de servicios de salud odontológico.



El plan establece cinco líneas de intervención para lograr estos objetivos.



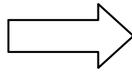
- Desarrollo del paquete promocional sobre salud bucal para el ministerio de Educación: se basa en el desarrollo de un paquete de contenidos educativos sobre salud bucal, adaptado a escolares de diferentes edades.
- Desarrollo de paquetes promocionales para los programas e intervenciones de la Dirección General de Promoción de la Salud: se diseñarán módulos educativos de salud bucal, dirigidos principalmente a los padres de familia, educadores, promotores, personal técnico de salud y otros actores comprometidos con el tema.



- Fluoruración de la sal de consumo humano
- Fluoruración de cremas dentales
- Aplicación tópica de flúor a través de enjuagatorios



Intervención
asistencial



Estará orientada principalmente a la normalización de procesos odontológicos que comprende la elaboración de guías de práctica clínica y la actualización de normas técnicas para la atención; el fortalecimiento de los servicios odontológicos a través del mejoramiento de las competencias de los recursos humanos y la dotación de instrumental odontológico básico para la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT). Así como el mejoramiento de la atención odontológica de las Poblaciones Excluidas y Dispersas.

-Normalización de procesos odontológicos:

Establecer los estándares de los servicios odontológicos del Ministerio de Salud.

Elaboración de guías de práctica clínica estomatológicas

Elaboración de la norma de bioseguridad para los servicios odontológicos

Elaboración de la norma técnica para la atención odontológica básica en la oferta móvil

-Fortalecimiento de los servicios odontológicos:

Desarrollo de un proceso de capacitación a recursos humanos

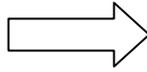
Dotación de recursos necesarios para la implementación de la técnica PRAT

-Mejora de la atención odontológica en las poblaciones excluidas y dispersas:

Aplicación de PRAT



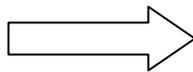
Intervención
Epidemiológica



El país no dispone de información relacionada al perfil epidemiológico de la salud bucal de la población. Es por ello que existe la imperiosa necesidad de desarrollar investigaciones que nos permitan conocer su actual situación a fin de orientar las estrategias y fortalecer las intervenciones con las cuales se pretende mejorar la salud bucal de la población.

-Desarrollo de estudios o investigaciones en salud bucal:
Estudio nacional sobre presencia de caries dental en la población peruana
Estudio nacional sobre concentración de flúor en agua y sal de consumo humano.
Estudios en Salud Pública realizados por las facultades de Odontología.

Intervención
Organizacional



Establecer una organización funcional que permita apoyar el desarrollo e implementación de las líneas de intervención que se han considerado en este plan.

-Conformación de comités de salud bucal
Comité técnico de salud bucal
Comité consultivo de salud bucal



Resultados Esperados



- Reducir el índice de caries dental en la población
- Disminuir la prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas, en las diferentes etapas de la vida, priorizando a la población en situación de pobreza y extrema pobreza
- Promover y /o fortalecer las competencias en los diferentes niveles para las acciones de salud bucal
- Establecer el perfil epidemiológico en salud bucal
- Fortalecer la articulación de ministerio de salud con las diferentes instituciones públicas y privadas ligadas a la salud bucal.

MINISTERIO DE SALUD

No. 538-2005/MINSA



Resolución Ministerial



Lima, 14 de Julio del 2005

Visto el Expediente N° R-052332-05;

Figura 12. Portada del Programa Nacional de Salud bucal Perú 2005 ²²



Cuba

Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



Programa Nacional de Salud Bucal Cuba 2010 -2015 (fig.13).²³

Introducción.

La Ley 41 del gobierno Cubano, garantiza la Salud a toda la población y es el ministerio de la Salud Pública el responsable de ejecutarla.

Como parte del Sistema Nacional de la Salud, la atención estomatológica ha alcanzado metas comparables a las de países más desarrollados al contar con recursos humanos de una alta preparación científica reconocida internacionalmente.

La Salud Bucal es garantizada por una red de unidades que conforman el subsistema de atención estomatológica, como: Clínicas estomatológicas, Departamentos en policlínicas y hospitales y Servicios en centros escolares, laborales y otros.

Se desarrolla la atención estomatológica integral y se vincula el estomatólogo y el médico de la familia en un equipo de salud responsabilizado con la atención de una población delimitada en un área geográfica, ejecutando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

El propósito del programa de Salud Bucal es el incremento y perfección en la atención estomatológica a través de acciones integrales sobre los individuos, familia, comunidad y ambiente.

Vincular los elementos del sistema, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal, elevar la calidad de la atención y la satisfacción de la población, en correspondencia con las necesidades de salud bucal.



Objetivo

Y

Actividad

1.-Vincular al estomatólogo con el grupo básico de trabajo y al tecnólogo de la salud en atención estomatológica al equipo básico de salud para garantizar la Atención Estomatológica Primaria en la Comunidad.

- Coordinar y concertar en el Grupo Básico de Trabajo las acciones a realizar sobre los individuos, la familia, la comunidad y el ambiente, a partir de los resultados del Análisis de la Situación de Salud ejecutado.
- Coordinar y concertar en el equipo de salud con los médicos y las enfermeras de la familia las acciones a realizar sobre los individuos, la familia, la comunidad y el ambiente, a partir de los resultados del Análisis de la Situación de Salud ejecutado.
- Realizar el Análisis de la Situación de Salud de conjunto con el Médico de la Familia.
- Aplicar el Sistema de Vigilancia de Salud Bucal.

2.-Ampliar el perfil y promover el perfeccionamiento de los Estomatólogos, licenciados, técnicos y personal que labora en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, relacionados con el Programa.

- Organizar periódicamente conferencias, seminarios, talleres, cursos, entre otros, sobre aspectos específicos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades estomatológicas, en unidades docentes y asistenciales.
- Realizar mensualmente reuniones científicas clínico-radiológicas, patológicas y epidemiológicas con participación de todo el personal profesional y técnico de la institución.



- Coordinar cursos de postgrado para los Estomatólogos y licenciados en las instituciones de mayor desarrollo docente e investigativo del país.
- Actualizar y superar a los licenciados y técnicos de atención estomatológica, prótesis y ortodoncia en instituciones docentes a todos los niveles de la organización de salud.
- Participar en eventos nacionales e internacionales relacionados con la Estomatología general integral y las especialidades.
- Invitar a personalidades científicas nacionales y extranjeras, destacadas en aspectos de interés para el desarrollo de la Estomatología, a impartir conferencias y cursos, lo que propiciará la actualización científico-técnica de los profesionales y técnicos.

3.-Incrementar la población sana mediante acciones de promoción de la salud sobre el individuo, la familia y la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención.

- Brindar educación para la salud de forma individual a las personas, durante cada una de sus visitas al estomatólogo general y especialista.
- Brindar educación para la salud por los Licenciados y Técnicos en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica, a las personas y a las familias durante las visitas a los hogares, de acuerdo a las características de los individuos, la familia y su entorno.
- Brindar educación para la salud por los Licenciados y Técnicos en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica, a las personas y a los colectivos durante las visitas a los centros escolares, laborales y sociales, de acuerdo con las características de los individuos, el colectivo y su entorno.



- Realizar Proyección Comunitaria en el proceso de promoción de salud con una amplia participación comunitaria y multidisciplinaria, por parte de los Licenciados y Técnicos en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica principalmente, así como por los Estomatólogos básicos y especialistas.
- Desarrollar las Consejerías de Salud Bucal como concepto para la ejecución de Promoción de Salud dentro y fuera de las instituciones, con participación de todos los trabajadores y la propia comunidad.
- Desarrollar JUVEDENTI para la atención de los adolescentes, apropiándose de las posibilidades y potencialidades de las comunidades y dando respuesta a las necesidades de estos grupos.
- Aplicar lo establecido en los Subprogramas de Promoción de Salud Bucal para diferentes grupos de población.
- Aplicar lo establecido para la atención al niño y adolescente sano.
- Participar y desarrollar los movimientos de Municipios Saludables y sus modalidades.
- Utilizar las técnicas afectivas, participativas, la creatividad y otros medios de educación, comunicación e información, en el proceso de promoción de salud, sustentado en la participación comunitaria, la intersectorialidad y el Análisis de la Situación de Salud.
- Cumplir lo establecido en las guías prácticas clínicas.
- Aplicación del Manual de Salud Escolar para la atención de los escolares.
- Orientar las acciones educativas en los territorios: Consultorios, Áreas de Salud, municipios y provincias, a los problemas de salud identificados en cada uno de ellos durante la realización del análisis de la situación de salud.



4.-Disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención.

- Trabajar con los Licenciados en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica y con los Estomatólogos, sobre los factores de riesgo identificados en el Análisis de la Situación de Salud, tanto en los individuos, como en la familia, la comunidad y el entorno.
- Cumplir lo establecido en las guías prácticas clínicas.
- Aplicar laca-flúor, según las orientaciones metodológicas que se indican.
- Aplicar enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0,2 %, según las orientaciones metodológicas establecidas.
- Clasificar las personas en riesgo de acuerdo con la tabla de riesgo.
- Aplicar sellantes de fosas y fisuras en bicúspides y molares permanentes a escolares de pre- escolar a sexto grado en escuelas primarias y de séptimo a noveno grado en escuelas secundarias básicas.
- Realizar diagnóstico y control de placa dento-bacteriana al 100 % de la población que asiste a los Servicios Estomatológicos, hasta su conclusión.
- Desarrollar actividades de prevención de hábitos deformantes, higiénicos y nutricionales incorrectos en la población, tanto en los Servicios Estomatológicos, instituciones infantiles, centros sociales y laborales y la propia comunidad.
- Detectar tempranamente las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas y establecer la coordinación correspondiente con el Médico de la Familia.
- Ejecutar con la calidad requerida el examen del aparato masticatorio, para la detección de las lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas, a toda persona que acuda a recibir atención estomatológica.
- Enseñar a toda la población el método del autoexamen bucal para la detección de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas del complejo bucal y otras afecciones estomatológicas.
- Aplicación del Manual de Salud Escolar para la atención de los escolares.



5.- Realizar acciones de curación en todos los niveles de atención.

- Organizar los servicios estomatológicos para garantizar la cobertura al 100 % de la población que demande y requiera atención, posibilitando la calidad del proceso y la satisfacción de la población y los prestadores.
- Garantizar la continuidad de la atención estomatológica del paciente hasta su total curación.
- Aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y el Manual de Organización y Procedimientos establecido en la unidad para garantizar la atención curativa al paciente.
- Ejecución de interconsultas con especialistas estomatológicos, médicos de la familia, psicólogos y otros especialistas médicos que posibiliten un mejor proceso de atención al paciente, cuando éste lo requiera.
- Crear equipos multidisciplinarios del segundo nivel de atención, integrado por todas o algunas de las especialidades de: Ortodoncia, Periodoncia, Prótesis, Cirugía Maxilofacial, Estomatólogos Generales Básicos o Integrales, Médicos de la Familia, de acuerdo con los requerimientos de los pacientes.
- Crear equipos multidisciplinarios del tercer nivel de atención en Hospitales Clínico Quirúrgicos, Generales y Pediátricos, del nivel Provincial o Nacional, así como en Facultades de Estomatología e Instituciones de la Red de Prótesis Bucocomaxilofacial.
- Realizar interconsultas o remitir a los equipos multidisciplinarios del segundo y tercer nivel de atención cuando fue necesario para garantizar la continuidad de la atención curativa del paciente.
- Mantener una actitud conservadora, analizándose las indicaciones de extracciones dentarias tanto por Estomatólogos como por especialistas.
- Aplicación del Manual de Salud Escolar para la atención de los escolares.
- Atención curativa domiciliaria a los pacientes con discapacidad impedidos de acudir a los servicios estomatológicos.



6.-Desarrollar acciones de rehabilitación estomatológica en todos los niveles de atención.

- Organizar los servicios estomatológicos para garantizar la cobertura al mayor por ciento de la población que requiera ser rehabilitado o a grupos priorizados, cuando los recursos resulten insuficientes, posibilitando la calidad del proceso y la satisfacción de la población.
- Garantizar la continuidad de la atención estomatológica del paciente hasta su total rehabilitación.
- Aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y el Manual de Organización y Procedimientos establecido en la unidad para garantizar la atención rehabilitadora al paciente.
- Aplicar el Subprograma de Prótesis Bucomaxilofacial.
- Realizar por el especialista de Estomatología General Integral, la rehabilitación protésica de los pacientes con solución en el nivel primario de atención, según las Guías Prácticas Clínicas.
- Priorizar la rehabilitación de los pacientes atendidos por periodoncia, oncología, cirugía maxilofacial y los equipos multidisciplinarios de Disfunción Oclusal (ATM), para garantizar su total curación, según criterio de remisión de estas especialidades al nivel primario, ya sea en el segundo o tercer nivel de atención.
- Realizar rehabilitación periodontal a los pacientes que lo requieran.
- Realizar actividades de rehabilitación a pacientes con disfunción de las articulaciones temporomandibulares.
- Realizar rehabilitación ortodóncica, fundamentalmente a la población menor de 19 años.
- Realizar actividades de rehabilitación mediante cirugía ortognática a pacientes que presenten anomalías dentomaxilofaciales tributarias de tratamiento quirúrgico.



- Coordinar la atención rehabilitadora previa en los servicios de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial a todo paciente que vaya a ser intervenido por cáncer bucal.
- Garantizar la rehabilitación de todos los pacientes intervenidos en el mismo acto quirúrgico, siempre que ello sea posible.
- Garantizar el seguimiento y control de pacientes que recibieron tratamiento de rehabilitación, según las indicaciones del especialista.
- Aplicar en la rehabilitación protésica con utilización de la técnica implantológica las indicaciones que se anexan al programa.
- Participar en la rehabilitación psíquica del paciente tratado durante su etapa de adaptación.

7.-Garantizar la calidad de la atención estomatológica integral que se brinda en los servicios estomatológicos.

- Aplicar lo establecido en el Programa de Calidad, en las Guías Prácticas y en los Manuales de Organización y Procedimientos.
- Evaluar los resultados del trabajo mediante:
 - Incremento del nivel de servicios prestados y cobertura alcanzada.
 - Modificación positiva del estado de salud observado en la transición de los grupos epidemiológicos hacia las categorías superiores.
 - Mayor grado de satisfacción de la población y los prestadores.
- Desarrollar de manera sistemática la interconsulta de los especialistas con el estomatólogo del nivel primario y entre ellos, cumplir todos los aspectos establecidos para esta actividad.
- Establecer como procedimiento habitual en todos los servicios estomatológicos, tanto generales como especializados, docentes y no docentes, la discusión de casos y pases de visitas periódicas por parte de equipos multidisciplinarios.



- Garantizar el correcto funcionamiento del Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE)
- Garantizar el cumplimiento de los principios bioéticos por parte de todo el personal que labora en los servicios estomatológicos.
- Adoptar las medidas requeridas para alcanzar una real disminución del costo en la prestación de los servicios estomatológicos, garantizando su más alta calidad.
- Evaluar periódicamente el grado de satisfacción de la población con los servicios estomatológicos recibidos, utilizando para ello todos los mecanismos y vías posibles (encuestas, entrevistas, opinión del pueblo, despachos con dirigentes y líderes de la comunidad, Médicos de la Familia, entre otros).
- Ejecutar programas de superación y capacitación para el personal profesional y técnico de los servicios estomatológicos, ya sean orientados por los niveles superiores o elaborados en cada una de las unidades,

8.-Disminuir la morbimortalidad por Cáncer Bucal.

- Aplicar lo establecido en el Programa de Control Integral del Cáncer y en el Manual de Organización y Procedimientos para el Control del Cáncer Bucal.
- Realizar anualmente a toda la población de 15 y más años de edad el pesquisaje activo para el examen del aparato masticatorio, según la metodología establecida para el diagnóstico precoz de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas.
- Realizar a la totalidad de la población que acuda a los servicios estomatológicos el examen del aparato masticatorio, según la metodología establecida para el diagnóstico precoz de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas.



- Detectar y eliminar hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal, como el tabaquismo, alcoholismo, la ingestión de alimentos excesivamente calientes y otros.
- Detectar y eliminar todo elemento que pueda causar alteración de la mucosa bucal, como prótesis mal ajustadas, obturaciones defectuosas, bordes filosos, entre otros.
- Remitir al servicio de cirugía maxilofacial correspondiente, a la totalidad de la población que en el examen clínico se le detecte alguna lesión maligna, premaligna o potencialmente maligna, según la metodología establecida.
- Dispensar y dar seguimiento por el estomatólogo, los Licenciados en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica, y el Médico de la Familia, a todos los pacientes remitidos según el Manual de Procedimientos para la Organización y Control del Cáncer Bucal, hasta su total recuperación o fallecimiento.
- Brindar tratamiento estomatológico integral y seguimiento evolutivo a los pacientes tratados en las diferentes etapas clínicas del Cáncer Bucal.
- Brindar atención estomatológica priorizada a todo paciente que vaya a recibir tratamiento quirúrgico, quimioterapéutico o radionizante por una lesión maligna.
- Coordinar la atención rehabilitadora en los servicios de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial a todo paciente que vaya a ser intervenido por Cáncer Bucal.
- Garantizar la rehabilitación de todos los pacientes intervenidos en el mismo acto quirúrgico, siempre que ello sea posible por las características del paciente.
- Brindar seguimiento estomatológico a la totalidad de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico, quimioterapéutico radionizante por una lesión maligna.



- Garantizar la rehabilitación protésica de manera priorizada en el servicio estomatológico que le corresponde a su área de salud, a todo paciente que tenga alguna lesión maligna, premaligna o potencialmente maligna, principalmente a aquellos en que la causa de la lesión es la prótesis o la falta de esta.
- Realizar la discusión de los fallecidos por Cáncer Bucal en todos los servicios estomatológicos.
- Controlar el funcionamiento de los Grupos Especiales de Trabajo para el control del cáncer bucal a todas las instancias y la integración de los coordinadores de los servicios estomatológicos a los Grupos Funcionales de Cáncer de las áreas de salud.

9.-Brindar atención integral a la población con discapacidad física y mental.

- Participar en las actividades del equipo multidisciplinario del área de salud responsabilizado con la atención integral a la población con discapacidad física y mental.
- Realizar examen estomatológico anual a la población con discapacidad física y mental, en instituciones del Ministerio de Educación, instituciones sociales y en sus propios hogares, dispensarizando a estos últimos de conjunto con el médico de familia.
- Adoptar la clasificación de la población con retraso mental realizada por el médico de familia, identificando a partir de ella y de acuerdo a los criterios de diagnóstico y a sus posibilidades de atención estomatológica el método de atención a seguir para su curación y rehabilitación: convencional o no convencional, estableciendo en todos los casos el seguimiento de los pacientes.
- Brindar atención estomatológica integral a la totalidad de los pacientes tributarios de atención por métodos convencionales.



- Remitir al servicio hospitalario que corresponda, a la población con retraso mental que requiere de atención estomatológica por métodos no convencionales.
- Seleccionar al personal con condiciones técnicas y humanas, capaz de enfrentar la atención estomatológica integral a esta población de difícil manejo, en los servicios hospitalarios.
- Brindar seguimiento y control por el área de salud a la totalidad de los pacientes con retraso mental atendidos en los servicios hospitalarios.
- Brindar atención estomatológica curativa y rehabilitadora a los pacientes con discapacidad física en los servicios estomatológicos, garantizando su seguimiento.
- Aplicar las Guías Prácticas Clínicas en el proceso de atención de este grupo de población.
- Ejecutar acciones de promoción y curación a todos los pacientes con discapacidad física y mental en los diferentes espacios del territorio.

10.-Brindar los servicios de urgencia en Estomatología

- Garantizar la prestación ininterrumpida del servicio de urgencia estomatológica a la población, mediante guardia física del personal que labora en el subsistema de atención estomatológica.
- Participar en la prestación de los servicios de urgencia estomatológica todos los Estomatólogos, tanto generales como especializados.
- Brindar atención calificada e inmediata a todo paciente que acuda al servicio de urgencia estomatológica.
- Orientar a todo paciente que acuda al servicio de urgencia estomatológica acerca de la continuidad de la atención con el estomatólogo general integral correspondiente a su lugar de residencia.
- Realizar la remisión al segundo nivel de atención de los casos en que se considere necesario, orientando adecuadamente al paciente o sus familiares.



- Cumplir lo establecido en el Reglamento de Servicios Estomatológicos en la atención de urgencia.
- Expedir y controlar la expedición de los certificados médicos en los servicios de urgencia estomatológica, según las reglamentaciones legales vigentes.
- Realizar la entrega diaria de la guardia estomatológica, informándose acerca de las incidencias ocurridas, de forma breve y concreta, por el profesional saliente.
- Realizar las anotaciones diagnósticas y otras en los documentos de registro establecidos, durante la guardia estomatológica, con vistas a su procesamiento a través del Sistema Nacional de Información Estadística en Estomatología.

11.-Desarrollar investigaciones que respondan a problemas principales de la Estrategia en Estomatología relacionados con el Programa Ramal de Calidad de Vida.

Estrategia en Estomatología relacionados con el Programa Ramal de Calidad de Vida.

- Evaluar e introducir nuevas técnicas y procedimientos relacionados con la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales.
- Realizar investigaciones que propicien la disminución de la morbilidad de las enfermedades bucales, y que respondan a los problemas de salud y de la organización identificados en el análisis de la situación de salud en el ámbito de los territorios: Consultorio, área de salud, municipio, provincia, produciendo impactos en la población.
- Desarrollar nacionalmente nuevos materiales y medicamentos de uso estomatológico, que posibiliten la sustitución de importaciones y al propio tiempo, puedan significar, en algunos casos, la introducción de nuevas técnicas o métodos de tratamiento, tanto en la esfera preventiva, como en la curativa.



- Realizar ensayos clínicos de equipos, instrumental, medicamentos y materiales de uso estomatológico, orientados por las autoridades correspondientes, a fin de validar su efectividad.
- Desarrollar e introducir métodos de dirección con el propósito de evaluar y mejorar la calidad y la satisfacción con la atención estomatológica.
- Realizar estudios epidemiológicos de las enfermedades bucales, con énfasis en los aspectos orientados por la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a tipos de afección y grupos de población.
- Realizar investigaciones acerca de las principales causas de la mortalidad dentaria y aplicar los resultados en la práctica social.
- Desarrollar actividades de investigación estrechamente vinculadas con el estado de salud bucal de la población y las necesidades y problemas concretos de cada clínica o servicio estomatológico, con independencia de las orientadas y controladas por los niveles superiores.
- Promover la superación científica de los profesionales estimulando el desarrollo de grados científicos.

Evaluación del programa de Salud Bucal

Se realizara por año una evaluación final a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, a través de los informes estadísticos de las actividades realizadas, los resultados de los Análisis de la Situación de Salud, la aplicación de los Programas de Calidad y otras evaluaciones sectoriales y extrasectoriales.

El éxito del programa consiste en alcanzar el 100% de los objetivos propuestos, lo cual será controlado y evaluado por los especialistas e integrantes de grupos y comisiones a los diferentes niveles con la periodicidad que más adelante se enuncia.

- Unidad
- Área de Salud
- Municipio
- Provincia
- Nación



Estas evaluaciones se harán a través de informes estadísticos de las actividades realizadas, los resultados de los Análisis de la Situación de Salud, la aplicación de los Programas de Atención Estomatológica Integral a la Población y el de Calidad y Satisfacción, así como por las consideraciones de las visitas efectuadas por la Dirección y los Grupos y Comisiones Asesoras y otras evaluaciones sectoriales y extrasectoriales.

Este programa será aplicado en todas las instituciones del Sistema Único Nacional de Salud con atención estomatológica.

El Programa tendrá una vigencia de cinco años, comenzando el 2010 y terminando el 2015.

En las edades:

- menor de 1 año
- 1-4 años
- 5-9 años
- 10-19 años
- 20-34 años
- 35-59 años
- 60-74 años
- 75 y más

Grupos priorizados

- Niños y adolescentes de 0-19 años
- Mujeres embarazadas
- Madres con niños menores de 1 año
- Adulto joven
- Discapacitados
- Retrasados mentales
- Población geriátrica
- Enfermos crónicos
- Combatientes de la revolución cubana
- Trabajadores de la Educación y la Salud



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral

CIUDAD DE LA HABANA
2009

Figura 13. Portada del Programa Nacional de Salud bucal Cuba 2010 -2015.²³



México

Programa Nacional de Salud bucal México 2007- 2012 (fig.14).²⁴

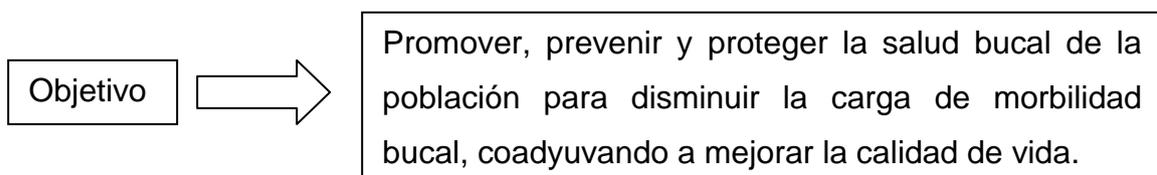
Introducción

Dentro de la transición hacia el envejecimiento que está viviendo nuestro país donde 1 de cada 20 personas tiene 60 años o más y se estima que para el año 2050, 1 de cada 4 los tendrá.

Este grupo sufre cambios sustanciales en la dieta, debido a los bajos recursos económicos, la pérdida de gran número de dientes, así como la presencia de infecciones bucales recurrentes y crónicas y al no incluirse la atención odontológica como parte integral de la atención médica, no se podrá gozar de una salud general.

En el 2005 se ha demostrado que las enfermedades periodontales, los abscesos dentarios e infecciones crónicas, son un factor de riesgo en las tres principales causas de muerte, que son: Diabetes, Cardiopatías Isquémicas y Enfermedad Vascul ar Cerebral.

Ante estas necesidades de atención el Programa de Salud Bucal ha realizado diversas acciones que le han permitido, en los últimos diez años pasar de ser un programa en crecimiento a uno de consolidación, ya que presentó evidencia donde se demuestra que los escolares de 12 años de edad presentan un índice CPOD menor a 3.





- Reducir el rezago en atención odontológica mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables que se presentan en cada región del país.
- Universalizar las acciones de prevención odontológica en los servicios de salud del sector.
- Brindar atención odontológica eficiente, de calidad y seguridad a los usuarios de los servicios de salud.
- Coordinar y fortalecer la investigación y enseñanza en materia de salud bucal para el desarrollo del conocimiento y beneficio de los odontólogos y población en general.
- Promover el incremento de la productividad de la atención odontológica en el primer nivel de atención de los servicios de salud.

Actividad

-Colaborar para establecer el Panorama Epidemiológico de las Patologías Bucales en el país, y sus determinantes.

Acción

- Implementar la fase permanente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales (SIVEPAB) en las 32 entidades federativas.
- Capacitar y asesorar a epidemiólogos y cirujanos dentistas en el sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales.
- Gestionar y coordinar las acciones con el Sistema de Administración Financiera (SAF), Dirección General de Administración Escolar (DGAE) e Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) para el desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud Bucal.
- Sistematizar encuestas nacionales, regionales y estatales de salud bucal.



-Integrar y promover el esquema básico de prevención en salud bucal en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.

- Coordinar las acciones con la Secretaría de Educación Pública, Dirección General de Promoción de la Salud, Sistema Protección Social en Salud, Servicios Estatales de Salud y el Sector para su implantación.
- Unificar criterios con el sector salud para la definición de la estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud.
- Integrar el Esquema Básico de Prevención de Salud Bucal al Sistema Nacional de Cartillas de Salud.
- Garantizar que a los usuarios de los servicios de salud del primer nivel de atención se les otorgue el Esquema Básico de Prevención de Salud Bucal, de acuerdo al grupo de edad.
- Elaborar contenidos, materiales educativos y didácticos referentes a medidas de promoción de la salud bucal y prevención de las enfermedades bucales, en base al grupo de riesgo.
- Reproducir el material educativo y didáctico.



-Coordinar acciones con los sectores público, social y privado, para fortalecer las estrategias del programa.

- Realizar al menos dos reuniones de trabajo al año con el Comité Nacional de Salud Bucal y el Subcomité de investigación.
- Actualizar los lineamientos para el desarrollo de las SNSB 2008.
- Promover acuerdos de participación de los sectores público, social y privado en el desarrollo de las Campañas Nacionales de Salud Bucal.
- Coordinar las campañas de las Semanas Nacionales de Salud Bucal 2 veces al año.
- Elaborar contenidos educativos y material didáctico.

-Realizar investigación y estudios sobre los determinantes en materia de salud bucal.

- Coordinar y gestionar ante el Comité Nacional de Salud Bucal y al Comité de Investigación las líneas de investigación de interés para el programa.
- Establecer y promover en los centros de enseñanza en Odontología de las entidades federativas, las líneas de investigación prioritarias para el programa, realizar estudios básicos, clínicos y epidemiológicos, sobre los factores de riesgo.
- Desarrollar convenios con diferentes instituciones.
- Gestionar recursos financieros para el desarrollo de investigaciones.
- Elaborar protocolos de Investigación en conjunto con los estados y otras instituciones dentro y fuera del Sector.



-Implementar la estrategia “Niñas y Niños Libres de Caries en México” a través del Sistema de Atención Gradual en escolares de 1° a 6° grado de primaria en las escuelas inscritas en el programa.

- Establecer los lineamientos de la Estrategia, “Niñas y Niños Libres de Caries en México”.
- Incorporar la estrategia en el Programa Escuela y Salud de las Secretarías de Salud y Educación Pública.
- Propiciar el desarrollo de proyectos municipales en apoyo al Programa de Acción, con apoyo de los estados en el marco de la estrategia “Comunidades Saludables”.
- Capacitar a los responsables del programa en las 32 entidades federativas en el Sistema de Atención Gradual y supervisar y evaluar la estrategia.
- Establecer el perfil del higienista dental, en apoyo al desarrollo de la estrategia

-Integrar y promover las acciones del Componente de Salud Bucal para la estrategia Caravanas de la Salud

- Desarrollar los lineamientos del componente salud bucal en la estrategia Caravanas de la Salud.
- Difundir a los responsables de programa de las 32 entidades federativas las actividades en materia de salud bucal.
- Garantizar la aplicación del esquema básico de prevención y actividades curativas en zonas donde no se cuenta con unidades aplicativas.
- Integrar a Caravanas de la Salud consultorios odontológicos, y los humanos y materiales necesarios



-Asesorar técnicamente a los responsables de programas estatales y personal operativo para la instrumentación del Componente de Salud Bucal en el Sistema de Protección Social en Salud.

- Definir e integrar las nuevas intervenciones al Catálogo Único de Servicios Esenciales de Salud.
- Difundir las intervenciones que se deben ofertar en el Seguro Popular a los prestadores de servicios odontológicos de las unidades pertenecientes al Sistema Protección Social en Salud (SPSS).
- Gestionar la ampliación de infraestructura de recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo de las intervenciones.
- Evaluar la operación de las intervenciones de salud bucal en las 32 entidades federativas

-Ampliar la cobertura de servicios de atención bucal a través del Tratamiento Restaurativo Atraumático. (TRA)

- Capacitar sobre la correcta aplicación del TRA a los responsables de programas y personal operativo en las entidades federativas.
- Sistematizar el seguimiento de casos en las entidades federativas seleccionadas y evaluar el desempeño de las acciones institucionales.



-Intervenir en los programas de atención a la salud de la Infancia y adolescencia, Adulto y el Adulto Mayor, Salud Reproductiva, Atención Integral VIH/SIDA, así como para personas con capacidades diferentes, para mejorar la calidad de vida.

- Incorporar el componente de salud bucal en los programas del Envejecimiento, línea de vida y VIH/SIDA.
- Aplicar el Esquema Básico de prevención, atención odontológica y la primera fase del tratamiento periodontal, a mujeres durante el embarazo
- Difundir a los responsables del programa de las 32 entidades federativas las estrategias del programa de acción mediante acciones de capacitación a distancia.

-Capacitar al personal odontológico de los servicios de salud en materia de promoción, prevención control y tratamiento de las enfermedades bucales, los sistemas de vigilancia epidemiológica, información en salud y evaluación.

- Coordinar los cursos de capacitación y establecer los temas a capacitar, con participación de las áreas mayores de Promoción de la Salud, Comunicación Social y otras áreas afines.
- Sistematizar y coordinar cursos taller y acciones de capacitación a los estados para el fortalecimiento de los componentes de promoción, prevención control y tratamiento de las enfermedades bucales, los sistemas de vigilancia epidemiológica, información en salud y evaluación.
- Difundir los Manuales referentes a la Salud Bucal en las 32 entidades federativas



-Promover la correcta asignación de recursos materiales y financieros para el desarrollo de las actividades del programa.

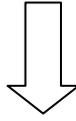
- Capacitar a los responsables del programa de las 32 entidades federativas en la correcta programación de su operación anual.
- Gestionar la participación de los responsables del programa en los procesos de licitación de equipo, material e insumos odontológicos

-Evaluar trimestralmente el desempeño de las estrategias del Programa en las 32 entidades federativas

- Establecer criterios y procedimientos de evaluación permanente de los nuevos indicadores a nivel estatal, jurisdiccional y por unidad aplicativa.
- Realizar censo de infraestructura y personal de las unidades odontológicas.
- Evaluar el índice de desempeño de las entidades federativas y supervisar el avance del programa.



Evaluación



Monitoreo continuo y recopilación permanentes de datos sobre el impacto y funcionalidad del programa de Salud Bucal. Incluye la valoración de los determinantes, entornos y problemática que influyen en el desempeño por niveles de atención, instituciones y entidades federativas.

La información necesaria para la evaluación de estos indicadores puede derivar de los sistemas de información en salud y del sistema de vigilancia epidemiológica en patologías bucales, así como de diagnósticos situacionales de las entidades federativas que permitan la medición específica del personal odontológico y unidades dentales de los servicios de salud de la Secretaría.

La evaluación permanente de resultados requiere de disponibilidad y acceso a fuentes de información oportunas y confiables de todo el Sector Salud.

En ausencia o insuficiencia de dichas fuentes de información, será necesario contar con infraestructura y recursos de operación para su construcción.

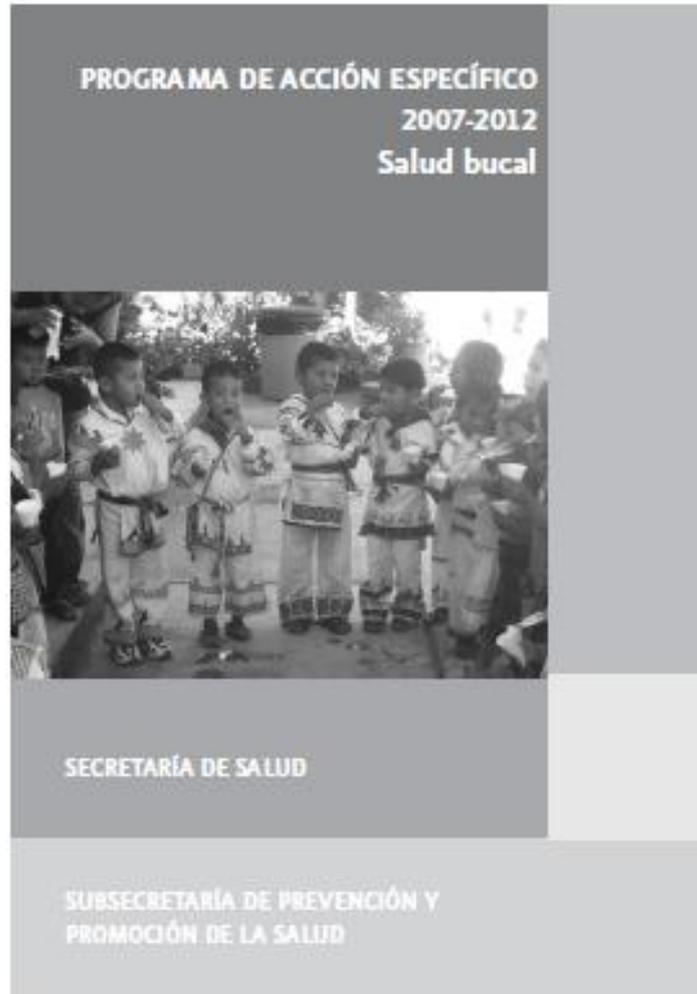


Figura 14. Portada del Programa Nacional de Salud bucal México 2007- 2012.²⁴



Francia

Programa Nacional de Salud Bucal Francia 2006- 2009.²⁵

Introducción

Los padecimientos bucodentales, principalmente la caries y las enfermedades periodontales (gingivitis y las alveolares) son extremadamente frecuentes. La caries afectó en 2006 más de un tercio de niños de 6 años y alrededor del 45% de niños de 12 años.²⁶

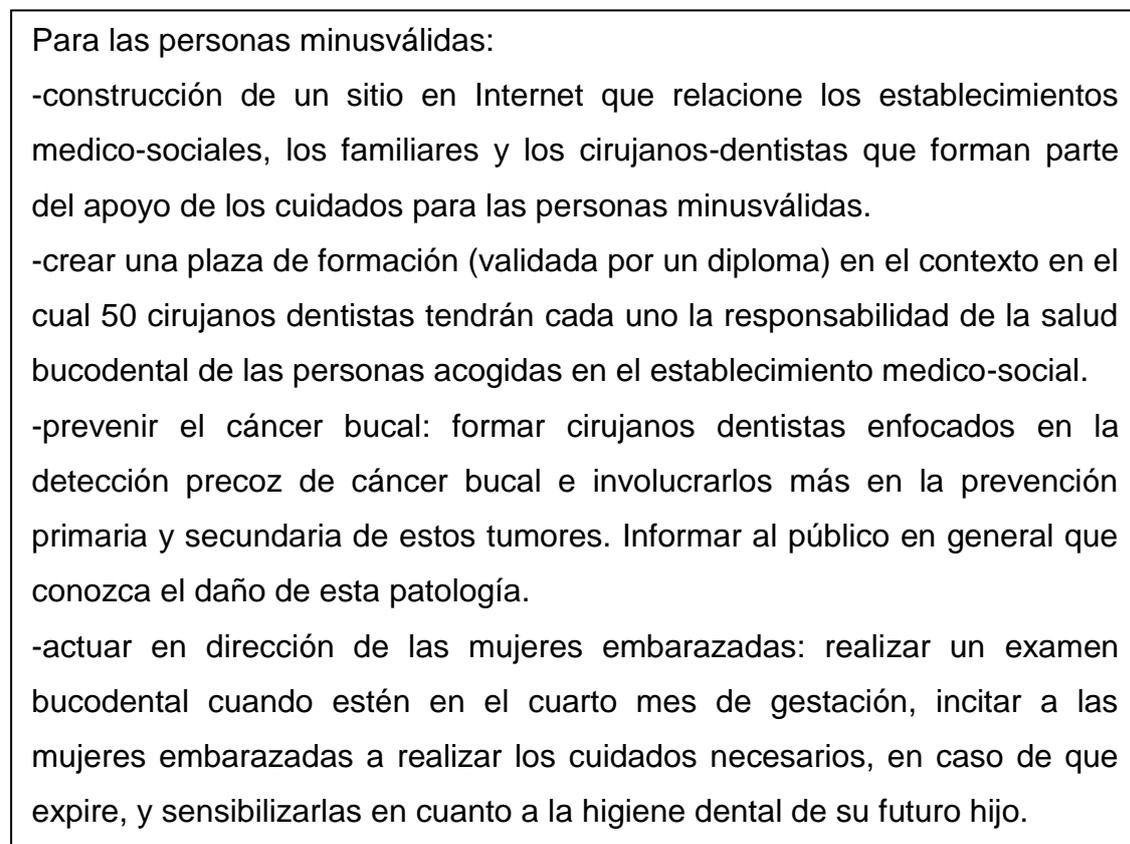
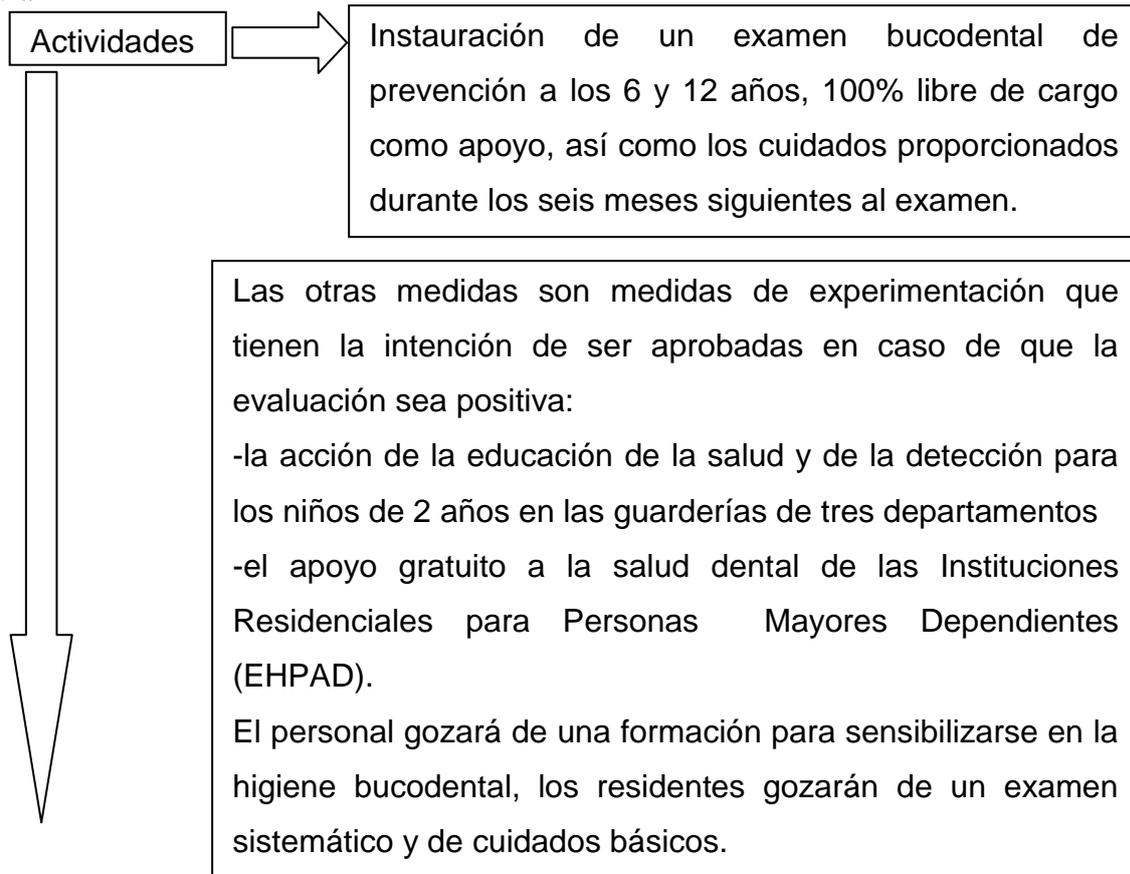
En Francia, a pesar de una disminución considerable de su prevalencia de caries en la población de edad escolar desde los años veinte (el índice de COA (C es dientes cariados, A dientes perdidos debido a la caries y 0 dientes obturados) a los 12 años ha pasado de 4.2 en 1987 a 1.2 en 2006) la caries afecta otra vez, en 2006, a más de un tercio de los niños 6 años y cerca del 45% de los niños de 12 años.²⁷

El cáncer oral está estrechamente relacionados con el consumo excesivo de alcohol y tabaco, también constituyen una preocupación importante en cuanto a salud pública. Poseen un pronóstico negativo (supervivencia del 50% en 5 años) y afectan principalmente a los hombres (más del 80% de los casos), principalmente en el grupo de edad de 65 a 69 años. Su incidencia en Francia es la más alta de Europa (7,705 casos en el 2000 según los registros de los cánceres de la red Francia)

Los padecimientos bucodentales repercuten, a veces gravemente, en el estado general y en la calidad de vida de las personas afectadas. Estos pueden ser no sólo dolores, sino también complicaciones infecciosas, locales o a distancia, en particular en ciertos pacientes débiles: personas que padecen ciertas enfermedades crónicas, personas mayores dependientes, personas minusválidas o personas inmunodeprimidas.

Objetivos

- Desarrollar una política de prevención junto a grupos de alto riesgo: niños, personas minusválidas, personas mayores dependientes y mujeres embarazadas.
- Mejorar los recursos en los cuidados.
- Prevenir el cáncer bucal.





Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



Financiamientos:

Costo estimado del plan: 45 millones de euros para cuatro años

Financiadores: Fondo nacional de prevención, estudios y de intervenciones en la salud (FNPEIS), DGS para las personas minusválidas, INCa para el cáncer bucal.



Australia

Programa Nacional de Salud Bucal Australia 2004- 2013 (fig.15).²⁸

Introducción

La caries dental es un problema de salud de mayor prevalencia, en tercer lugar está el edentulismo y en quinto lugar las enfermedades periodontales.

En la última encuesta nacional de salud bucal, más del 38 % de australianos tienen caries sin tratar, estimaciones recientes sugieren que 11 millones de personas están sufriendo nuevo deterioro cada año.

La caries es la segunda enfermedad más costosa relacionada con la dieta, con un impacto económico comparable con el de las enfermedades del corazón y diabetes²⁹.

El Plan tiene como objetivo difundir esta buena práctica, lograr una distribución equitativa de los servicios de prevención y tratamiento, y hacer frente a la escasez significativa dentro de la fuerza laboral de salud oral.

Los sectores públicos y privados de la salud bucal tienen un papel en la ejecución de este Plan, el sector público a través de su enfoque predominante en la salud y el cuidado de la salud pública de la población para los desfavorecidos y el sector privado a través de su papel en la prestación de atención dental para la mayoría de los australianos. La contribución del sector privado también incluye el tratamiento de los pacientes necesitados a través de esquemas de financiación pública, la reducción de tasas para los pacientes vulnerables, y apoyo continuado a las medidas de prevención de la comunidad (por ejemplo, de fluoración del agua, programas para dejar de fumar, promoción de la salud).

Así pues, el plan presenta una forma de avanzar, para promover la salud oral, prevenir las enfermedades orales, proporcionar acceso equitativo a la atención de la salud oral, y garantizar un uso efectivo y eficiente de los recursos. Hace un llamado para que la salud oral sea una parte integral de la política sanitaria y de financiación, y para la coordinación y la integración de la atención de la salud oral y general. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud oral requieren una mesa crítica para apoyar la experiencia, la educación y el



desarrollo a través de grupos de profesionistas, y el Plan aboga por fuertes tipos de profesionales de la salud oral, junto con una revisión dental vibrante y dinámica en el sector de la educación para apoyar las necesidades de salud oral y general de todos los australianos.

Objetivos

-Mejorar la capacidad de las personas para lograr alcanzar y mantener la salud oral, a través de promover la salud eficaz.

-Involucrar a la comunidad estomatológica, tanto público y privado en acción para mejorar la salud general y bienestar de la población.

-Establecer un enfoque nacional coordinado para la recopilación de datos de salud bucal, la información y la investigación.

-Reducir las desigualdades en el acceso a la atención de la salud oral (prevención, acción temprana y el tratamiento).

-Aumentar la conciencia comunitaria y profesional de la salud bucal como parte integral de la salud general y el bienestar.

-Proveer acceso a servicios de salud culturalmente y lingüísticamente apropiados para todos los grupos, y en especial, para los pueblos aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres.

-Desarrollar una fuerza laboral de la salud oral sostenible y debidamente formada, una mano de obra disponible para mejorar la salud bucal de los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres.

-Reducir el riesgo de enfermedad, lesión, pérdida prematura de los dientes y la mortalidad asociada con la enfermedad oral en la población australiana, mediante el apoyo a los factores de protección, la orientación y previsión de factores de riesgo comunes.



Actividades

-Un enfoque de salud de la población, incluida la promoción de la salud y la prevención proactiva y la intervención temprana, maximizara las ganancias en salud en toda la comunidad

-El uso de todo el equipo de profesionales de la salud bucal (dentistas generales y especialistas, higienistas dentales, terapeutas dentales, terapeutas de salud oral, protésicos, asistentes dentales), uso eficaz y eficiente de los recursos para atender las necesidades de promoción de la salud y el cuidado bucal

-Un compromiso con la mejora de la calidad, es un requisito de todos los servicios de salud mediante la aplicación de los principios rectores de la seguridad, la eficacia, la idoneidad, la accesibilidad, la eficiencia y la participación de los consumidores

-Una amplia gama de los trabajadores de salud oral debe estar disponible para proporcionar adecuada y multidisciplinarios con años de experiencia profesional, con el intercambio de conocimientos, para atender las necesidades de promoción de la salud y el cuidado bucal.

-Trabajar juntos, a través de los sectores, servicios y profesiones para abordar la promoción de la salud bucal necesidades y el cuidado a través de la población de una manera coordinada e integrada.

-Accesibilidad y oportunidades: servicios, incluida la prevención y promoción de la salud, deberá ser accesible a quien lo necesite, en todas las culturas, grupos lingüísticos, en todas las comunidades de lugar y de interés y grupos socioeconómicos, con el reconocimiento y el respeto de las necesidades individuales y vistas.

-Deben ser reconocidas en el servicio de la planificación y entrega las necesidades a lo largo de la vida.



- Participación de los consumidores, es una parte esencial de:
 - desarrollo de políticas, el departamento de planificación y evaluación.
 - toma de decisiones en las intervenciones a nivel individual.

Seguimiento y evaluación

Han establecido indicadores de rendimiento, clave para el seguimiento de la aplicación y los resultados de la salud bucal. Estos incluyen indicadores de proceso y de resultado especificadas para cada Área de la Acción, y los siguientes indicadores generales :

-Porcentaje de la población dentada reportando un impacto social (por ejemplo, dolor de dientes, dificultad para masticar, preocupado por la apariencia) Debido a los problemas con los dientes, la boca o las encías en los últimos 12 meses.

-Porcentaje de población con caries sin tratar.

-El número de dientes perdidos y porcentaje de dientes con caries sin tratar.

-Porcentaje de población dentada que, ¿Ha visitado odontólogo en los últimos 2 años?

-Número de odontólogos por cada 100.000 habitantes por el índice de lejanía.

-Porcentaje de la población dentada cuya razón para visitar al odontólogo en los últimos 12 meses fue para un chequeo.

-Porcentaje de la población por el Estado / Territorio que tienen acceso a la fluoración del agua.

Todos los resultados serán medidos por grupo de edad, circunstancia de vida, estado de la tarjeta, la condición de indígena y necesidades especiales.

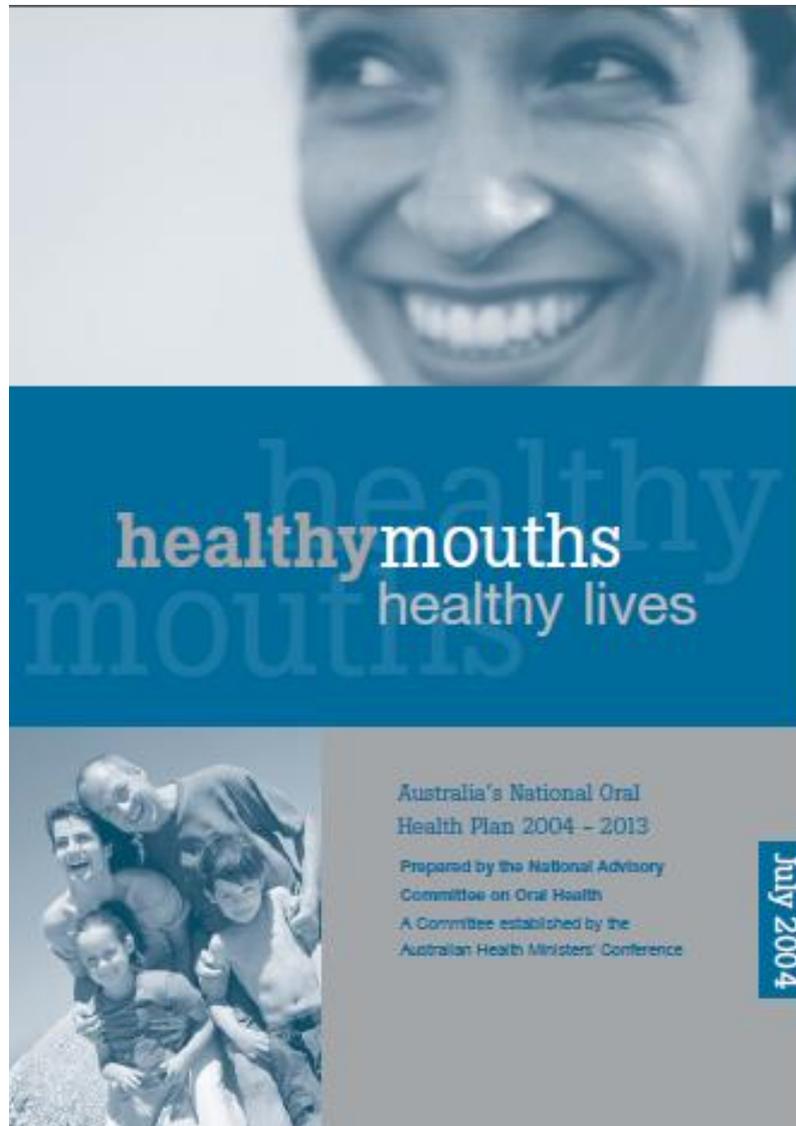


Figura 15. Portada del Programa Nacional de Salud Bucal Australia 2004-2013.²⁸



Canadá

Programa Nacional de Salud Bucal Canadá 2003- 2012 (fig.16).³⁰

Introducción

Desde principios de la década de 1980, se observa una reducción significativa de la caries dental en los niños en los países más industrializados. En Quebec, el CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados los dientes en la dentición temporal) en los niños de educación primaria paso de 4,41 en 1983-84 a 2,65 en 1998 a 1999. Esto representa una reducción de casi el 40% en 16 años. Este mismo fenómeno se observa también en los niños de 6^o grado. Entre estos, el CPOD entre 1983-1984 y 1996-1997, paso de 3,80 a 1,85, una reducción de más del 50%.

Sin embargo, en Quebec, el nivel de caries medido por el índice CPOD sigue siendo superior a la de los Estados Unidos, el Reino Unido y Suecia. Además es CPOD entre los niños de 12 años es superior a Ontario y Nueva Escocia.

La caries dental también está presente en los adultos, de hecho casi la mitad de las superficies de los dientes de los adultos de 35 a 44 años, tienen por lo menos un diente que se ve afectada por la caries dental. Los altos índices de caries en los dientes a menudo llevan al edentulismo.

En el área de enfermedades crónicas de estilo de vida, el Programa Nacional de Salud Pública incluye la salud bucal como objetivo específico.

Estos objetivos están diseñados para reducir los problemas de salud bucal.

Y reducir en un 40% en los jóvenes menores de 18 años y para reducir la prevalencia de enfermedades periodontales en adultos, de 18 años en adelante.

Objetivos:

1.-Reducción del 40% el número de las superficies dentales cariadas, perdidas y obturados entre los jóvenes menores de 18 años.



2.-Reducir la prevalencia de la enfermedad periodontal en adultos de 18 años y adultos mayores de 18 años o más

3.-Mejorar el estilo de vida en la higiene bucal de niños, jóvenes, adultos entre las personas de todas las edades.

Actividades:

- La organización de campañas de comunicación se centraron en la adquisición de estilos de vida saludable.

Actividad no específica a la salud dental:

- Integración de las campañas de salud dentales relacionados con la alimentación saludable y de no fumadores

- Promoción e implementación de políticas, leyes y reglamentaciones que promuevan la adopción de estilos de vida saludables:

La actividad específica de la salud dental:
•Promoción de medidas óptimas de fluoración.

Actividad no específica a la salud dental:
•La integración de la salud dental en la revisión e implementación de la Política de Québec sobre Nutrición (1977) y el Documento de orientación sobre la nutrición en las escuelas (1988).

- Promoción y prevención en relación con los estilos de vida saludables en los ámbitos de la vida:

Actividad no específica a la salud dental:

- En las escuelas primarias y secundarias, la integración de la salud dental en el diseño y organización de actividades centrado en la adquisición de hábitos saludables - por ejemplo, no uso del tabaco, la alimentación saludable, la actividad física y la higiene dental - como parte de una intervención integral y coordinada en la promoción Salud y Prevención, ahora conocido como el enfoque de intervención Salud en la escuela.



-Promoción y apoyo de las prácticas de prevención clínica:

Las actividades específicas para la salud dental:

•La aplicación de selladores dentales para niños de 5 a 15 años cumplen los criterios sobre el riesgo de caries en los dientes reciben selladores en las caras oclusales de los molares permanentes (fosetas y fisuras).

•Monitoreo individual Preventivo en escuela para que los niños desde el Preescolar hasta el tercer grado pueden beneficiarse de dos aplicaciones tópicas de fluoruro por año y participar en actividades de educación para la salud dental.

•Consejería en relación con el tabaquismo, los hábitos alimenticios y el uso de fluoruros o lavarse los dientes o tomar suplementos de flúor

Por otra parte, en cuanto al desarrollo, la adaptación y la integración social, el Programa Nacional de Salud Pública tiene dos metas y una serie de actividades para las que se considera la salud dental en un contexto de la respuesta global e integrada para promover la salud y el bienestar de las personas que pertenecen a todos los grupos. Uno de estos dos objetivos relacionados con los niños pequeños y tuvo como objetivo aumentar, para 2012, la proporción de niños de cuatro años de edad y menores que tienen un desarrollo normal (motor, lenguaje, cognitiva Programa Nacional de Salud Pública 2003-2012 y social). La integración de la salud dental se centra en las siguientes actividades:

•Establecimiento de la red Amigos de los bebés en el hospital de maternidad y centros locales de servicio comunitario (CLSC).

•Promoción y apoyo de las prácticas preventivas clínicas relacionadas con asesorar a las mujeres embarazadas sobre el tabaquismo y la lactancia.



•En colaboración con la red de educación y otros socios de la comunidad, el desarrollo y la implementación de una intervención integral y coordinada para promover la salud y el bienestar de los niños y adolescentes y prevenir varios problemas de adaptación social. El otro objetivo de la esfera del desarrollo, la adaptación y la integración social se refiere a las personas ancianas. El objetivo es retrasar la pérdida de la independencia entre estas personas

•Intervención por medio similar a las actividades del programa de Igualdad de Nacimiento.
-Respuesta Creciendo Saludable y un programa de apoyo a los padres jóvenes, ahora conocida como la perinatal integrado y la primera infancia para familias que viven en situación de vulnerabilidad.

Las actividades seleccionadas para cada una de las poblaciones objetivo están unidos a una u otra de las funciones de salud pública, es decir, la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades, la vigilancia del estado de salud de la población y la protección de la salud. Las actividades seleccionadas como objetivo reducir las desigualdades sociales asociadas, entre otros, a la caries dental. Además, estas actividades tienen en cuenta la extensión o gravedad de la salud y el bienestar y son conocidas por la comunidad científica como la intervención o medidas eficaces o prometedoras. Tenga en cuenta que de acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación periódica del Programa Nacional de Salud Pública, algunas actividades pueden ser modificadas o descontinuados y otros pueden ser añadidos si no se logran los objetivos.

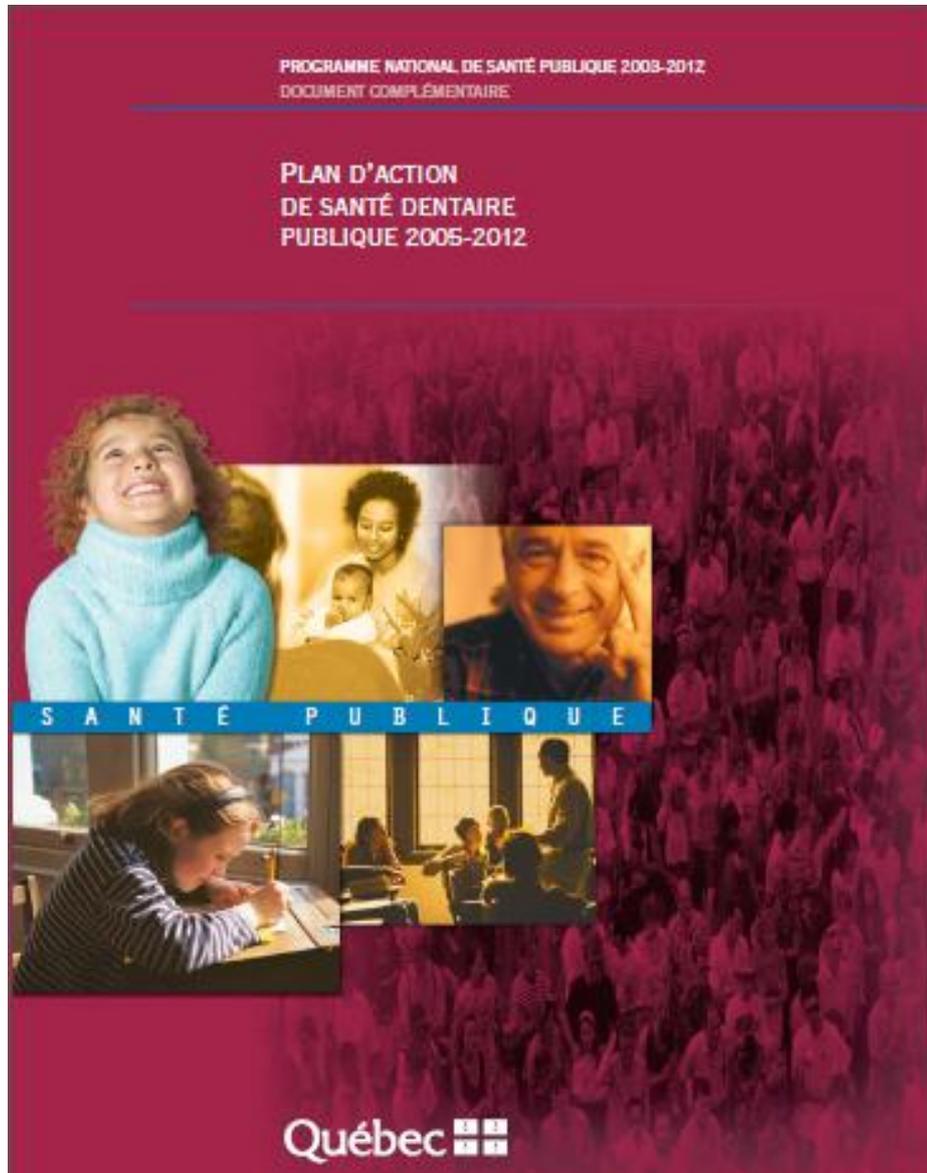


Figura 16. Portada del Programa Nacional de Salud Bucal Canadá 2003-2012.³⁰



Discusión

ESPAÑA

Este programa tuvo vigencia del año 2008 al 2012.

Contó con 5 objetivos:

- Mejorar la salud bucal de la población infantil
- Hábitos de vida y alimentación
- Acceso al servicio a población de 7 a 15 años
- En el 2008 se inicio la primera fase dirigida a la población de 7 y 8 años.
- Integrar al resto de la población durante el periodo de vigencia.

Contó con las siguientes actividades:

- Dieta y salud bucodental
- Aplicación de fluoruro tópico
- Aplicación de selladores de fosetas
- Obturación en dentición permanente
- Tratamiento pulpar
- Extracción en dentición permanente
- Detartrajes
- Tratamientos de malformaciones y traumatismos de incisivos y caninos.

No mencionan forma de evaluar el programa y no se encuentran resultados disponibles, tampoco se habla del presupuesto que se ocupó para llevar a cabo el programa.

Comparado con los otros 6 programas, España no habla de: cáncer bucal, urgencias médicas, perfil epidemiológico, perfil profesional, población de difícil acceso, autoridades que intervienen ni de otras organizaciones y grupos, en especial de mujeres embarazadas o personas minusválidas.



PERÚ

Este programa tuvo vigencia durante el año 2005.

El objetivo general fue la mejora de la salud bucal mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, todas oportunas y de calidad.

Contó con objetivos específicos:

- Estilo de vida saludable
- El desarrollo de intervenciones para la prevención de caries y la mejora de la calidad del servicio.

Contó con las siguientes líneas de intervención y actividades:

- Promocional: Educar a toda la población acerca de la salud bucal.
- Preventiva: Fluoruración de pastas dentales, sal de consumo y aplicación tópica.
- Asistencial: Establecer normas (guías de práctica, bioseguridad, estándares de los servicios)
- Capacitar y dotar de recursos para fortalecer el servicio y la mejora de la atención del mismo
- Epidemiológica: Realizar estudios con la Facultad de Odontología sobre la presencia de caries en población y la concentración de flúor en agua y sal.
- Organizacional: Conformar comités técnicos y consultivos.

Los resultados que esperan es reducir la presencia de caries, la prevalencia de enfermedades odontológicas, establecer un perfil epidemiológico y fortalecer el Ministerio de salud.

No mencionan alguna forma de evaluar el programa y no se encuentran resultados disponibles, tampoco se habla del presupuesto que se ocupó para llevar a cabo el programa.

Comparado con los otros 6 programas, Perú no habla de: cáncer bucal, urgencias médicas, perfil profesional, población de difícil acceso, autoridades que intervienen ni de otras organizaciones y grupos, en especial de mujeres embarazadas o persona minusválidas.



CUBA

Este programa tiene vigencia de 2010 al 2015.

Cuenta con 11 objetivos:

- Relacionar al estomatólogo y técnico con el grupo básico de trabajo
- Ampliar y perfeccionar el perfil del estomatólogo
- Promocionar la salud para toda la población
- Prevenir enfermedades bucodentales
- Curar en todos los niveles
- Rehabilitar en todos los niveles
- Garantizar la calidad de atención en los servicios
- Disminuir la morbilidad y mortalidad en Cáncer Bucal
- Atender integralmente a la población con discapacidad física y mental
- Brindar servicios de urgencia en Estomatología
- Realizar investigaciones para los problemas que trata el Programa Ramal de Calidad de Vida

Cuenta con 11 actividades:

- A partir del Análisis de la Situación de Salud, se dará la vinculación con el grupo básico del trabajo y se aplicará el Sistema de Vigilancia de Salud Bucal.
- Organizar conferencias, seminarios y otros para docentes y asistentes; se harán reuniones mensuales; se actualizará al estomatólogo y a los técnicos y habrá participación en eventos nacionales e internacionales.
- Dar educación para la salud a estomatólogos, técnicos y a la población en general. Se desarrollarán consejerías de salud bucal, JUVENTI para los adolescentes, aplicar el manual de salud escolar e integrará a los Municipios Saludables.
- Aplicaciones de flúor, sellantes de fosas y fisuras y controles de placa. Dar prevención respecto a hábitos, higiene y nutrición. Detectar enfermedades sistémicas por manifestaciones bucales y se enseñará a la población el método de autoexamen bucal.



- Garantizar la cobertura al 100% de la población y la continuidad para su total curación. Interconsultas con especialistas y otras especialidades médicas. Se crearán equipos multidisciplinarios en diferentes niveles de atención. Se ofrecerá atención a domicilio para pacientes que no puedan asistir al servicio estomatológico.
- A nivel primario, los estomatólogos generales realizarán la rehabilitación protésica. Las rehabilitaciones de periodoncia, oncología, cirugía maxilofacial y la disfunción oclusal serán prioridad, a cualquier nivel de atención. La rehabilitación ortodóncica se hará a menores de 19 años. La rehabilitación de cara y prótesis bucal maxilofacial será previa a intervenciones por cáncer bucal. Se dará rehabilitación psíquica al paciente durante su adaptación.
- Aplicar el Programa de calidad y evaluarlo. Discutir casos y pases de visita para equipo multidisciplinario. Garantizar la función del Comité Auditor de la Calidad y Satisfacción de la población. Adoptarán medidas para disminuir los costos en servicios, pero manteniendo una alta calidad en los mismos.
- Se realizará un examen anual del aparato masticatorio en edades de 15 en adelante y a toda la población que acuda al servicio. Detectar y eliminar hábitos o elementos que dañen la mucosa bucal. Dar de alta o seguimiento a pacientes con cáncer bucal. Se realizarán discusiones de fallecidos por cáncer bucal.
- Se realizará un examen estomatológico anual a la población con discapacidad física y mental. Mediante la clasificación para el retraso mental, se dará o no curación o rehabilitación convencional. Seleccionar al personal capaz de enfrentar la atención integral para esta población.
- Prestar servicio de urgencias ininterrumpida, tanto general como especializada, en estomatología. Orientar al paciente y a su familia para que llegue al servicio de urgencia y a segundo nivel, en caso de que el paciente sea remitido a éste. Realizar la entrega diaria de guardia y anotaciones diagnósticas.



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



- Desarrollar material y medicamentos nacionales. Evaluar las técnicas de promoción, prevención, diagnósticos y tratamiento. Realizar ensayos clínicos, estudios epidemiológicos y se buscarán las principales causas de mortalidad dentaria, para así aplicar los resultados de los ensayos. Promoverá la superación profesional.

La evaluación del programa será anual mediante los informes y estadísticas. Se logrará mediante la división en lugares y edades. También contempla a los grupos con prioridad.

No se encuentran resultados disponibles ya que está vigente en este momento. No se habla del presupuesto que se va a ocupar para llevar a cabo el programa.

Comparado con los otros 6 programas, el de Cuba es el más completo, únicamente no se comenta sobre las mujeres embarazadas.



MÉXICO

Este programa tuvo vigencia del año 2007 al 2012.

Contó con los siguientes objetivos:

- Promover, prevenir y proteger la salud bucal, disminuir la morbilidad bucal y mejorar la calidad de vida
- Reducir el rezago en la atención odontológica
- Brindar atención eficaz, de calidad y segura
- Fortalecer la investigación y enseñar salud bucal a la población
- Incrementar la productividad a primer nivel

Contó con las siguientes actividades:

- Formar un panorama epidemiológico de las enfermedades bucales mediante la implementación de vigilancia epidemiológica, capacitar y asesorar al equipo y coordinar las organizaciones para realizar encuestas.
- Integrar y promover el esquema básico de prevención, unificar criterios en promoción y prevención en la mejora de la salud, integrar cartillas de salud y elaborar material para la promoción y prevención.
- Coordinar al sector público, social y privado para fortalecer el programa, así como a las organizaciones responsables de la promoción en centros de enseñanza en odontología, crear convenios con instituciones y realizar investigación y protocolos.
- Aplicar “Niñas y niños libres de caries en México” de 1º a 6º de primaria. Realizar un perfil de higiene dental, capacitar a los responsables del programa e incorporarlo a otros programas y al de comunidad saludable.
- Promover las Caravanas de la Salud, difundir a las 32 entidades federativas, llegar a zonas donde no se encuentran otros servicios e integrar los resultados a los consultorios, a los humanos y a los materiales necesarios.
- Ampliar la cobertura del servicio de Tratamiento Restaurativo Atraumático, capacitar para aplicar el servicio y llevar un seguimiento de casos para evaluar el desempeño.



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



- Intervenir en otros programas, incorporar la salud bucal al programa de envejecimiento, línea de vida y VIH/SIDA. Dar prevención y atención odontológica y de primera fase de periodoncia en mujeres embarazadas.
- Capacitar al personal odontológico, coordinar cursos y talleres para la promoción y prevención de enfermedades bucales, así como difundir los manuales de salud bucal a través de todo el país.
- Asignar correctamente los recursos materiales y financieros y capacitar a los responsables de los mismos.
- Evaluar trimestralmente el desempeño, realizar censos de infraestructura y de personal, así como evaluar el índice de desempeño.

La evaluación fue continua al igual que los datos sobre el impacto y el funcionamiento del programa. Se realizó en los diferentes niveles de atención. No se encuentran resultados disponibles aún.

El programa es amplio aunque no completo ya que comparado con los otros 6 programas, México no habla de cáncer bucal, perfil profesional, urgencias médicas, ni del presupuesto asignado a realizar el programa.



FRANCIA

Este programa tuvo vigencia del año 2006 al 2009.

Conto con el siguiente objetivo:

- Desarrollar la prevención en niños, personas minusválidas, mayores dependientes y mujeres embarazadas; así como mejorar los recursos en los cuidados y prevenir el cáncer bucal.

Contó con las siguientes actividades:

- Realizar un examen bucodental sin costo a la edad de 6 y 12 años como prevención.
- Dar servicio gratuito para Instituciones Residenciales para Personas Mayores Dependientes.
- Crear un sitio en internet para ayudar a los pacientes minusválidos.
- Detectar el cáncer bucal e informar a la población de esta enfermedad.
- Realizar un examen bucodental a mujeres embarazadas e informar sobre la higiene dental de su hijo.

Este programa proporciono el costo por año, así como las asociaciones que lo financiaron.

No mencionan la forma de evaluar el programa y no se encuentran resultados disponibles.

Comparado con los otros 6 programas, Francia no habla de prevención y promoción de la salud, urgencias médicas, perfil epidemiológico, perfil profesional, población de difícil acceso, autoridades que intervienen ni otras organizaciones.



AUSTRALIA

Este programa tuvo vigencia del año 2004 al 2013.

Contó con los siguientes objetivos:

- Promover la salud
- Involucrar el sector público y privado para la mejora de la salud
- Recopilar datos nacionales de salud bucal
- Reducir las desigualdades en el acceso del servicio
- Promover el servicio apropiado para todos los grupos
- Reducir enfermedades, lesiones, pérdidas dentales y la mortalidad asociada a enfermedades orales
- Desarrollar una fuerza laboral para la salud oral

Contó con las siguientes actividades:

- Maximizar las ganancias mediante la promoción, prevención e intervención temprana
- Uso eficaz y eficientemente de los recursos
- Compromiso con la calidad por parte del servicio
- Disposición de los profesionales para atender las necesidades
- Trabajo conjunto de los servicios y profesionales para la promoción de la salud
- Accesibilidad al servicio
- Tomar en cuenta las necesidades de la población para la planificación.
- El consumidor es parte del desarrollo de políticas y toma de decisiones.

Para el seguimiento y evaluación, se han establecido indicadores de rendimiento. Estos son porcentajes que se medirán por grupo de edad, condición de indígena, estado de la tarjeta y necesidades especiales.

No se encuentran resultados disponibles aún y tampoco se habla del presupuesto que se ocupó para llevar a cabo el programa.

Comparado con los otros 6 programas, Australia no habla de restauración bucal, vida saludable, cáncer bucal, urgencias médicas, perfil epidemiológico, perfil profesional, población de difícil acceso, autoridades que intervienen ni



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



otras organizaciones y grupos, en especial de mujeres embarazados o persona minusválidas.



CANADÁ

Este programa tuvo vigencia del año 2003 al 2012.

Contó con los siguientes objetivos:

- Reducir en un 40% la caries, obturación y pérdida de piezas en menores de 18 años.
- Reducir las enfermedades periodontales.
- Mejorar el estilo de vida en higiene bucal.

Contó con las siguientes actividades:

- Campañas para el estilo de vida saludable, integrar a otras campañas: alimentación saludable y no fumadores.
- Promoción mediante leyes y reglas, el estilo de vida saludable.
- Medidas de fluoración, integrar la salud dental en políticas de nutrición.
- Promoción y prevención en relación al estilo de vida. Integración de la salud dental a la adquisición de hábitos saludables.
- Prácticas de prevención clínica, otorgamiento de selladores para niños de 5 a 15 años, monitoreo preventivo en preescolar hasta el 3° de primaria y consejería en tabaquismo, hábitos alimenticios, lavado de los dientes y uso de fluoruros.

Actividades que involucran a grupos específicos:

- Creación de una red de amigos para los bebés
- Promoción y apoyo a mujeres embarazadas sobre tabaquismo y lactancia
- Integración a niños, adolescentes y personas ancianas.
- Programa para padres jóvenes.

No mencionan forma de evaluar el programa y no se encuentran resultados disponibles y tampoco se habla del presupuesto que se va a ocupar para llevar a cabo el programa.

Comparado con los otros 6 programas, Canadá no habla de cáncer bucal, urgencias médicas, perfil epidemiológico, perfil profesional, población de difícil



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



acceso, autoridades que intervienen ni otras organizaciones, pero es el único que involucra a otros programas que no son bucales como Campañas sobre tabaquismo, nutrición entre otros.



Cuadro comparativo

Tema	España	Perú	Cuba	México	Francia	Australia	Canadá
Perfil epidemiológico	no	sí	sí	sí	no	no	no
Población específica	no	no	sí	sí	sí	no	sí
Vida saludable	Sí	sí	sí	sí	no	no	sí
Cobertura a toda la población	Sí	sí	sí	sí	no	sí	no
Prevención (flúor, selladores, educación de salud bucal)	Sí	sí	sí	sí	no	sí	sí
Cáncer bucal	no	no	sí	no	sí	no	no
Tratamiento de rehabilitación	Sí	no	sí	no	no	no	no
Urgencias estomatología	no	no	sí	no	no	no	no
Realización de investigación	no	sí	sí	sí	no	no	no
Resultados esperados	no	sí	no	no	no	no	no
Forma de evaluar	no	no	sí	sí	no	sí	no
Se involucra con otras organizaciones	no	sí	sí	sí	no	no	no
Programa vigente	no	no	sí	no	no	no	no
Concluido hace 1 o 2 años	Sí	no	no	sí	no	sí	sí
Concluido hace 3 o más años	no	sí	no	no	sí	no	no

Fuente directa



Conclusiones

Como se pudo analizar, las necesidades de cada país son diferentes. Se puede observar dependiendo de los objetivos que plantea cada programa y en las actividades que cada uno realiza.

Aunque los puntos no coincidan entre sí, podemos ver que cada uno tiene aspectos relevantes.

En España el programa contribuye a mejorar los hábitos de vida y alimentación. Es un programa que cuenta con actividades de rehabilitación bucal.

Para Perú es importante desarrollar intervenciones que ayuden en el orden del programa y abarcan muchos campos como promoción a la salud, hasta la conformación de comités.

Es uno de los programas que quiso ampliar su perfil epidemiológico y el único que contempla los resultados que espera.

El programa de Cuba es uno de los más completos con sus excepciones como el tema de mujeres embarazadas.

En mi opinión todo el programa es importante, puede servir como base para realizar otros programas. Aporta nuevos puntos de vista como son las urgencias en estomatología o el servicio a domicilio para pacientes discapacitados.

El programa de Salud Bucal en México aunque no es tan completo, me ayudó para conocer y comparar las necesidades de otros países.

Es el único programa que hace caravanas de salud para llegar a la población de difícil acceso. Y es uno de los dos programas que junto con el de Cuba contempla los municipios saludables.

En Francia el programa está enfocado en cáncer bucal y la educación a la población, también está dirigido en grupos específicos de la población como son las Personas Mayores Dependientes, Pacientes Minusválidos y mujeres embarazadas todo orientado a su educación y servicios gratuitos.

Australia nos habla mucho del acceso al servicio estomatológico, la calidad, la disposición del profesional y como son importantes las necesidades de la población para realizar los programas de salud bucal.



Canadá aunque tiene un programa pequeño es el único que quiso integrarse a otros programas que no fueran relacionadas con Estomatología. En sus actividades contempla la integración para mejorar el estilo de vida. Y junto con el programa de Cuba que trata de la integración del paciente a la sociedad.

Como se ve las necesidades de cada país son diferentes y corresponden a los índices de enfermedades que se presente en cada uno.

Aunque el Programa de México es uno de los más completos, todavía le falta integrar al Cáncer Bucal y poner en práctica necesidades que en este momento no son relevantes en las estadísticas pero sí se contemplan como enfermedades.

Por otra parte, ninguno cumple con el protocolo para realizar un programa de salud ya que 6 de los 7 no contemplan el presupuesto para llevar a cabo el programa.

Considero que este trabajo es importante ya que no encontré un análisis así al realizar una búsqueda bibliográfica. Cuando comencé la investigación visité diferentes autoridades, entre ellas al director del departamento encargado en Salud Bucal de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), y pude notar que no existe un análisis comparativo con programas previos de México o de otros países.

Mientras realizaba el trabajo me preguntaron si era factible y realista el programa de México. Después de leer y comparar los programas de otros países, ya sea del continente Americano o Europeo y tras conocer cómo se da el servicio en algunas instituciones gubernamentales, puedo decir que el Programa Mexicano no abarca todos los problemas que la OMS recomienda y que ya mencione anteriormente. Es un programa que abarca toda la población ya sea que se encuentra en lugares muy apartados o en grandes ciudades mediante las caravanas de salud. Las acciones que contempla son preventivas las cuales con capacitación y personal calificado se pueden realizar de manera



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



regulada. Dichas acciones también pueden ser llevadas a la práctica privada ya que las enfermedades bucales se pueden prevenir sabiendo educar a los pacientes.

Es importante que todo Odontólogo lea el programa para que se dé una idea del perfil epidemiológico de la población, esto para que esté mejor preparado y en la consulta privada pueda realizar algunas de estas acciones y pueda realizar una odontología a nivel preventivo.



Referencias Bibliográficas

- 1.-Control de prensa OMS, Nota informativa N°318
Febrero de 2007
- 2.-Medina- Solis CE, Maupomé G, Avila- Burgos L, Pérez Núñez R, Pelcastre-
Villafuerte B, Pontigo- Loyola AP., Políticas de salud bucal en México: Disminuir
las principales enfermedades. Una descripción. RevBiomed.2006,
<http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb061745.pdf>
- 3.-Díaz Gómez M V., 70 años de Odontología a través de la obra del Maestro
Enrique C. Aguilar, 1a ed. México, UNAM 2007
- 4.-Piédrola G, Medicina preventiva y Salud Pública, 10a ed. España, Masson
2003
- 5.-Anthony WJ, Community Dental Health, 3a ed. Estados Unidos de América,
Mosby 1993
- 6.-E. Ring M, Historia Ilustrada de la Odontología, 2da reimpression, Mosby/
Doyma libros, España 1995.
- 7.-Díaz de Kuri MV, El nacimiento de una profesión: la odontología en el siglo
IXI en México, 1a ed. México, Fondo de Cultura Económica 1994
- 8.-<http://www.salud.gob.mx/transparencia/archivos/Bol-CSS-31101896.pdf>
Consulta: 12 de Enero del 2014
- 9.[http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologi
a2012/15.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologi
a2012/15.pdf) Consulta: 10 de enero del 2014
- 10.-Gonzalez MA, Artículo: Génesis y articulación de los principios rectores de
la Salud Pública de México, Revista: Salud Pública de México 1990 Consulta:
15 de marzo del 2014 Disponible:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632311>
- 11.-http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_356-362.pdf
Consulta: 12 de enero del 2014
- 12.-Meneses E. Tendencias Educativas Oficiales en México 1821-1911, 2da
edición, 1998, Editorial Porrúa, México
- 13.-Vega L, García H. Bases esenciales de la Salud Pública, 12a reimpression.
México, La Prensa Médica Mexicana 1991
- 14.-[http://libertadparalahumanidad.wordpress.com/2011/07/10/logo-de-la-oms-
organizacion-mundial-de-la-salud/](http://libertadparalahumanidad.wordpress.com/2011/07/10/logo-de-la-oms-
organizacion-mundial-de-la-salud/) Consulta:15 de febrero del 2014



- 15.-http://unipd-centrodirittiumani.it/en/libreria_allegati/1262 Consulta: 15 de febrero del 2014
- 16.-<http://www.juventudrebelde.cu/multimedia/fotografia/generales/logo-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud/> Consulta: 15 de febrero del 2014
- 17.-<http://www.caritas-santiago.org/quienes-somos/attachment/caritas-diocesana-logo-2/> Consulta: 15 de febrero del 2014
- 18.-<http://www.eventoscruzrojamexicana.org.mx/cruzroja/> Consulta: 15 de febrero del 2014
- 19.-http://wiral.blogspot.mx/2011_06_01_archive.html Consulta: 17 de marzo del 2014
- 20.-<http://www.directoalpaladar.com/otros/que-es-y-que-hace-la-fao> Consulta: 25 de febrero del 2014
- <http://www.ilo.int/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/lang--es/index.htm> Consulta: 25 de febrero del 2014
- <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/prog/pnud.htm> Consulta: 25 de febrero del 2014
- <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/171> Consulta: 25 de febrero del 2014
- <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/102?extra=indice> Consulta: 25 de febrero del 2014
- <http://www.nu.org.bo/agencia/programa-mundial-de-alimentos-pma/> Consulta: 25 de febrero del 2014
- http://www.accioncontraelhambre.org/quienes_somos.php Consulta: 17 de marzo del 2014
- http://www.ecured.cu/index.php/Organismo_Internacional_de_Energ%C3%ADa_At%C3%B3mica Consulta: 25 de febrero del 2014
- http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm Consulta: 17 de marzo del 2014
- http://mision.sre.gob.mx/oi/index.php?option=com_content&view=article&id=95%Aorgecosoc&catid=13%Acontenidoorganismo&Itemid=4&lang=es Consulta: 25 de febrero del 2014
- http://es.wikipedia.org/wiki/Federaci%C3%B3n_Internacional_de_Planificaci%C3%B3n_Familiar Consulta: 25 de febrero del 2014



Análisis de siete programas de salud bucal a nivel mundial



- <http://www.acnur.org/t3/el-acnur/> Consulta: 25 de febrero del 2014
21. http://www.msssi.gob.es/en/campannas/campanas08/bucoDental/enlaces_d_e_interes.html Consulta: 2 de marzo del 2014
22. http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13 Consulta: 2 de Marzo del 2014
23. <http://files.sld.cu/saludbucal/files/2010/10/programa-estomatologia.pdf>
Consulta: 2 de Marzo del 2014
24. <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/Programa-Nacional-de-Salud-Bucal.pdf> Consulta: 2 de Marzo del 2014
25. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf
Consulta: 4 de Marzo del 2014
26. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> Consulta: 20 de marzo del 2014
27. <http://es.france-sante.org/> Consulta: 20 de marzo del 2014
28. http://www.adelaide.edu.au/oralhealthpromotion/resources/public/pdf_files/oralhealthplan.pdf Consulta: 4 de Marzo del 2014
- 29.-Consejo Asesor de Ministros de Salud de Australia 2001.
30. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf> Consulta: 4 de Marzo del 2014