



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN MÉXICO.

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:

MIRELLE ESTEFANIA GONZÁLEZ HURTADO

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO, D.F.

2016



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.

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta aquí, por guiarme en cada paso y cuidarme en cada día de mi vida.

La realización de este trabajo representa el esfuerzo de muchas personas a los cuales agradezco infinitamente todo su apoyo, ayuda y sobre todo la confianza que depositaron en mí.

A mi mamá, María de Lourdes Hurtado Díaz a quien le debo todo lo que soy como persona, por su incondicional amor y apoyo en todo momento de mi vida, por sus consejos y su infinita paciencia, por alentarme a seguir adelante a pesar de todas las adversidades, por perdonar cada uno de mis errores, por ayudarme a construir cada uno de mis sueños, gracias por ayudarme a alcanzar este logro que también es suyo.

A mi papá Ernesto González Muciño, gracias por estar conmigo y apoyarme en cada paso, y decisión de mi vida, por darme todo para ser quien soy hasta el día de hoy.

A mi hermoso bebé Diego Axel García González mi mayor inspiración, el motor de mi vida gracias por darme una sonrisa cada día para impulsarme a terminar y lograr mi meta, siempre pensando en ti, por ser parte de este trabajo y despertarte temprano para asistir a clases conmigo y portarte bien en clase, por acompañarme en cada trámite y siempre estar a mi lado con esa hermosa sonrisa esto es para ti mi hermoso bebé.

A mis hermanas Paola Berenice González Hurtado, Yunuen verónica González Hurtado, Sharon Rubí Nicolás Hurtado por siempre apoyarme y no permitir que esta



meta se quedara en solo un sueño, por sus consejos y enseñanzas, sus regaños y palabras de aliento, por nunca dejarme sola.

A mi esposo Diego Enrique García Fonseca por ser parte de esta meta por apoyarme y ayudarme siempre, por darme esos consejos y las interminables platicas nocturnas sobre la escuela y desvelarte por mis tareas, por siempre estar a mi lado en las buenas y en las malas, por ayudarme y ser parte de este logro tan importante en mi vida.

A mi gran apoyo incondicional Rodolfo Nicolás Ortiz, gracias por darme todo para lograr esta meta y ser tan compresivo, por tu paciencia y todos esos buenos consejos que siempre tengo presentes.

Al resto de mi familia que contribuyó a este logro mis tías, tíos, primas y primos, gracias por todo su apoyo, mi cuñado Raúl Medina Vera por toda su ayuda y paciencia.

Así mismo dedico mi trabajo a todos mis profesores que durante mi estancia en la universidad me compartieron sus conocimientos para poder formarme como profesionista.

Mi más sincero agradecimiento a la CD. María Elena Nieto Cruz, por su paciencia y dedicación para la realización de este trabajo, por todo su apoyo, por dejar que mi bebé pudiera asistir a clases, por brindarme su amistad.

finalmente agradecer a la máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme la oportunidad de ser orgullosamente UNAM.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. OBJETIVO	9
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Conceptos	9
2.2. Promoción	9
2.3. Promoción para la salud	10
3. ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	13
4. ÁMBITOS DE ACCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	18
5. PROGRAMAS DE LA SALUD BUCAL EN MÉXICO	20
6. ANTECEDENTES DE LAS SEMANAS NACIONALES DE SALUD BUCAL	21
6.1. Primera Semana Nacional de Salud Bucal (2015)	22
6.2. Segunda Semana Nacional de Salud Bucal	24
7. ANTECEDENTES DE LAS JORNADAS DE SALUD BUCAL EN PREESCOLAR Y ESCOLARES	25
7.1. Jornada de Salud Bucal Preescolar y Escolar	26
7.2. Objetivos específicos	26



8. TALLER DE “CAPACITACIÓN DE SALUD ORAL Y FACTORES DE RIESGO” (SOFAR).....	28
9. ESTADÍSTICAS DE ATENCIÓN EN PROGRAMAS DE SALUD BUCAL 2013.....	29
9.1. Planteamiento del programa.....	29
9.2. Recolección de la información	29
10. SALUD BUCAL DEL PREESCOLAR Y ESCOLAR.....	34
10.1. Objetivos específicos.....	35
10.2. Implementación del programa.....	36
10.2.1. Etapas: organización, coordinación.....	36
10.3. Estrategias	39
10.4. Detección de placa bacteriana	40
10.5. Introducción de técnica de cepillado.....	40
10.6. Introducción del uso de hilo dental.....	41
10.7. Enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%.....	42
10.8. Pláticas educativas.....	44
10.9. Sistema de atención gradual, clásico	46
10.10. Objetivos de la atención gradual.....	47
10.11. Sistema de atención gradual (esquema clásico).....	49
10.12. Requisitos para la aplicación del sistema de atención gradual.....	50
10.13. Control.....	51
10.14. Capacitación.....	52



10.15.	Supervisión.....	52
10.16.	Evaluación.....	54
11.	CONCLUSIONES.....	55
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal que afectan a más de 90 % de la población mexicana.

Las enfermedades bucales se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral.

A la salud bucal no se le había considerado como parte integral de la salud general, sin embargo esta situación se ha venido modificando ya que en la actualidad la evidencia científica demuestra la importancia de la salud oral para conservar, recuperar y/o controlar otras enfermedades del organismo.

Una recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que se debe modificar el enfoque profesional centrado en la enfermedad



(mutilatorio y curativo como se da en gran medida en la actualidad), por un enfoque de prevención fundado en la salud, educación sanitaria y el autocuidado. Esto hace necesario la instrumentación de un programa de promoción, educación y prevención, conformado por acciones que se organizan y sistematizan a través de las estrategias de concertación y coordinación, participación social, capacitación permanente y comunicación social y se complementa con materiales didácticos y de promoción para facilitar la ejecución de las acciones.

Con relación a la cultura de salud oral, en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas tales como; a la salud bucal no se le considera parte de la salud general, no se le da importancia al cuidado de la primera dentición y se considera normal que los adultos mayores sean edéntulos a edades tempranas, entre otros. Si se compromete con cambiar ésto, y se centran los esfuerzos en llegar a tener un mayor número de adultos sanos que representen una menor carga económica al sistema de salud, al padecer menos enfermedades bucales y crónico-degenerativas, se tiene que empezar a trabajando con la niñez.

Debido a la importancia que presenta la Promoción de la Salud a nivel internacional y concretamente en México, es que se decidió realizar este trabajo, en el cual se documentan las acciones que se llevan a cabo en nuestro país en relación a la Promoción de la Salud. Asimismo se identifican los programas de salud oral a nivel nacional.



1. OBJETIVO

Realizar una revisión documental de la promoción de la salud oral en México.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Conceptos

2.2. Promoción

- El diccionario de la Real Academia Española define el término promoción como el "conjunto de actividades cuyo objetivo es dar a conocer algo o incrementar sus ventas" y en su definición más corta, la define como la "acción y efecto de promover".¹
- Por otro lado Jeffrey Sussman, autor del libro "El Poder de la Promoción", enfoca a la promoción como "los distintos métodos que utilizan las compañías para promover sus productos o servicios".²
- Para Ricardo Romero, autor del libro "Marketing", la promoción es "el componente que se utiliza para persuadir e informar al mercado sobre los productos de una empresa".³



- Finalmente se puede decir que "La promoción es el conjunto de actividades, técnicas y métodos que se utilizan para lograr objetivos específicos, como persuadir, informar o recordar al público, acerca de los productos y/o servicios que se comercializan".

2.3. Promoción de la salud

- El pensamiento de Galeno es una de las primeras evidencias escritas acerca de la relación entre "estilos de vida " y salud. El historiador Henry Sigerist es el primero en usar la palabra promoción de la salud". La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación".
- El concepto de promoción acuñado en Ottawa, La carta de Ottawa (1986) la define como: "Proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla".



- La escuela andaluza de salud pública (1994) la define como:
"Estrategia racional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de carácter complementaria e integral, que reivindica como responsabilidad social (y del estado) la provisión de cuidados individuales y comunitarios". Enfatiza en los proveedores de la salud las categorías familia, grupo, infraestructura social y otras supraestructuras públicas o privadas. El acento está en los aspectos positivos, dinámicos, culturales, ambientales y sociales de la salud.
- OPS/OMS (1996) señala a la organización de la salud como: "Proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud". La promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. La promoción de la salud como principio abarca a toda la población en el contexto de que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud. Por esta razón la promoción requiere de una cooperación estrecha entre



todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, con vistas a asegurar que el entorno global promueva a la salud."

- En esta concepción la Promoción de la Salud es una estrategia que involucra a toda la población con y sin riesgo específico de enfermar. La prevención de la salud está contenida en la promoción de la salud, pero se circunscribe a grupos de riesgo por características de su edad, condición socioeconómica o por factor de riesgo específico. Por lo tanto la promoción de la salud pone su foco en "la salud" y la prevención pone su foco en "la enfermedad". Ambas estrategias son absolutamente complementarias.⁴
- La OMS acuñó el concepto, en el cual considera que la promoción de la salud abarca las políticas y entornos saludables, la participación comunitaria, el desarrollo de capacidades de los individuos y la orientación de los servicios de la salud para crear entornos saludables.⁵



3. ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- En octubre de 1986, se celebró en Ottawa (Canadá), la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. A esta conferencia siguieron otras que examinaron los temas más destacados tratados en la Carta de Ottawa sobre una política pública saludable, siendo las siguientes: ⁵
- Conferencia de Adelaide: Realizada en Australia en 1988 con el tema Políticas Públicas saludables, define a la política pública saludable como aquello que orienta a crear un ambiente favorable para que los individuos tengan una vida saludable.⁵
- Grupo de Trabajo de la OMS: Constituido en 1989 que desarrolló el tema Promoción de la salud en países en desarrollo. Éste dio lugar al documento llamado para la acción, con el objetivo de propiciar procesos de desarrollo en los países más pobres que fueron afectados por la crisis de los ochentas.⁶



- Conferencia Sundsväl, celebrada en Suecia en 1991 con el tema ambientes favorables para la salud, entre sus conclusiones principales se destacan interdependencia entre la salud y los diferentes ámbitos físicos, culturales, económicos y políticos.⁶
- Declaración de Santa Fe, celebrada en Bogotá Colombia en 1992 con el tema promoción de la salud y equidad, en esta conferencia participaron todos los países de Latinoamérica declarando solidaridad y equidad como aspectos fundamentales para la salud y el desarrollo de cada región.⁶
- Conferencia y carta de Trinidad y Tobago, celebrada en 1993 con el tema promoción de la salud del Caribe esta conferencia destacó los principios de la promoción de la salud en cada una de las subregiones.⁵



- Declaración de Yakarta Indonesia, celebrada en 1999, aquí se señaló la necesidad de atender la pobreza y algunos determinantes de la salud en países de desarrollo, también se consideró la necesidad de incluir a los sectores privados en este proceso a favor de la salud. ⁶
- Conferencia mundial de Promoción de la Salud, celebrada en México en 2000 con el tema hacia una mayor equidad, se considera la importancia de proporcionar a la Promoción de la Salud como prioridad en las políticas nacionales e internacionales, de igual manera se destacó la actividad que tiene el establecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud y que las agencias de las naciones unidas consideren el pacto en salud en sus agendas de desarrollo.⁶
- Conferencia celebrada en Bangkok Tailandia en 2005, con el tema promoción de la salud en un mundo globalizado y señala que los gobiernos deben impulsar la salud considerando los derechos humanos y la solidaridad, asimismo deben invertir para abordar los factores determinantes de la salud, desarrollar políticas, liderazgos y prácticas de promoción de la salud y transmitir conocimientos de la salud e investigación sanitaria. Esta conferencia señaló que tienen



que establecer normas y leyes que garanticen la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de los individuos, como alianzas con las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales nacionales e internacionales que involucren también la sociedad civil, los tres compromisos fueron:

- Desarrollo mundial
 - Responsabilidad del gobierno
 - Involucramiento de las comunidades
-
- En 2005 la OMS formó una comisión internacional para estudiar y elaborar recomendaciones acerca de los determinantes sociales de la salud.⁶
 - Conferencia celebrada en Nairobi, Kenia en 2009: con el tema promoviendo la salud y el desarrollo, destaca la necesidad de desarrollar capacidades, establecer alianzas, promover y otorgar la salud, así como el empoderamiento de las comunidades. Otro aspecto esencial que señaló es la urgencia de llevar a cabo la alfabetización de la salud y comportamientos saludables, se establecieron cinco responsabilidades urgentes que son: fortalecer el liderazgo y el trabajo



en equipo, posicionar a la promoción de la salud, empoderar a las comunidades y a los individuos, desarrollar procesos participativos, construir y aplicar el conocimiento.⁶

- Octava Conferencia mundial de Promoción para la Salud, se llevó a cabo en Helsking, Finlandia en junio de 2013: los antecedentes de esta conferencia se encuentran en la declaración de Alma Ata que se enfocó entre otros aspectos a la atención primaria en salud, así como en la carta de Otawa en la que se destacan la promoción de la salud, esta conferencia reconoció que la salud y la equidad no han aumentado en los diversos gobiernos debido a intereses políticos, se señaló que se debe hacer un llamado a los gobiernos para que los aspectos de salud se manejen de modo transparente, los puntos que se consideran más importantes son:
 - Otorgar la prioridad a la salud y equidad como responsabilidad fundamental de los gobiernos hacia sus pueblos.
 - Afirmar la necesidad imperiosa y urgente de la coherencia de las políticas efectivas para la salud y bienestar.⁵



4. ÁMBITOS DE ACCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Nivel Individual.

Desarrolla habilidades, conductas y actitudes hacia el autocuidado así como generar estilos de vida saludable.

- Nivel familiar.

Fortalece el rol formador y socializador de la familia en relación a procesos vinculados con la salud tales como: desarrollo psicosocial armónico, potenciación de habilidades, generación de hábitos y modelaje de conductas saludables.

- Nivel comunitario.

Contribuye a favorecer el desarrollo de una comunidad consciente y responsable capaz de ejercer control social y demandar responsabilidad del Estado y de la sociedad en su conjunto en torno a temas vinculados con la salud. Por otro lado, moviliza recursos comunitarios con vistas a concertar acciones y voluntades en torno a modificar condicionantes de la salud y calidad de vida.



- Nivel social.

Sensibiliza y compromete a la opinión pública y contribuye a la movilización social en torno a temas vinculados con salud y calidad de vida, además aporta propuestas legislativas en torno a temas de salud. Concreta voluntades políticas y recursos intersectoriales en torno a modificar condicionantes de la salud y calidad de vida.

Por otro lado genera marcos normativos y reguladores de las actividades económicas, sociales y culturales que tienen relación con la salud de la población.

Componentes estratégicos generales de la promoción de la salud que han demostrado mayor eficacia y utilidad:

- Comunicación social.
- Educación en el más amplio sentido del término
- Trabajo intersectorial
- Participación social y comunitaria.
- Entornos saludables(hogares, municipios, escuelas, lugares de trabajo).⁴



5. PROGRAMAS DE LA SALUD BUCAL EN MÉXICO

Misión

Disminuir la carga de la morbilidad bucal en la población, a través de medidas para establecer, fortalecer y vigilar, políticas, estrategias y programas estatales e institucionales, así como evaluar las condiciones de la salud bucal y ampliar equitativamente la atención odontológica con ética, calidad y eficiencia para mejorar la calidad de vida de la población.

Objetivo General

Promover, prevenir y proteger la salud bucal de la población para disminuir la carga de morbilidad bucal, coadyuvando a mejorar la calidad de vida.

Objetivos Específicos

- 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.⁷

6. ANTECEDENTES DE LAS SEMANAS NACIONALES DE SALUD BUCAL

Desde 1998, la Secretaría de Salud, a través del Programa Nacional de Salud Bucal del CENAPRECE, celebra las Semanas Nacionales de Salud Bucal como una estrategia para intensificar las acciones de prevención, promoción y atención curativa, ante la necesidad que presenta la población mexicana en materia de Salud Bucal.

A partir del año 2000, se realizan dos eventos al año y para cada una de las semanas se realiza un acto inaugural, que tiene como sede alguna ciudad de



las diferentes entidades de la República Mexicana. Esta ceremonia representa el inicio de la Semana Nacional de Salud Bucal.⁷

Por lo que desde el año 2000 se han celebrado en 32 ocasiones las Semanas Nacionales de Salud Bucal.⁶

6.1. Primera Semana Nacional de Salud Bucal (2015)

La Subdirección Nacional de Salud Bucal del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), el lunes 20 de abril del 2015 dió inicio a la semana de salud.

El objetivo de la SNSB es fortalecer la estrategia del Programa Nacional de Salud Bucal, a través de actividades de promoción, educación, prevención y atención curativa a nivel nacional durante las dos semanas al año y así disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales que más afectan a la población, así como lograr cambios en los hábitos higiénicos de la población.



En la inauguración de esta semana se realizó el lanzamiento del Cuarto Concurso Nacional “Dibujando Sonrisas”.⁷

Este concurso tuvo como objetivo promover la creatividad de las niñas y niños de escuelas primarias, a través del dibujo, la pintura y el arte para contribuir a la formación y la conciencia en relación a la salud bucal y cuidados preventivos.

En este concurso pueden participar niñas y niños de 6 a 12 años de edad, de escuelas primarias públicas o privadas del territorio nacional. Los participantes entregarán un dibujo en una hoja tamaño carta, donde desarrollen su creatividad del tema: La salud bucal y las sonrisas sanas: bienestar, alegría y las sonrisas; técnicas para los cuidados bucales.

Con la implementación de estos eventos nacionales de promoción a la salud bucal, se busca disminuir la prevalencia de las enfermedades bucales de mayor incidencia en nuestro país, mediante actividades preventivas y curativas intensivas, con la participación de distintos sectores relacionados con la salud bucal: educativo, así como las instituciones odontológicas públicas y privadas. La meta para esta Semana Nacional de Salud Bucal fue realizar 30, 911,279 actividades de prevención que beneficiaron a 6,802,532 mexicanos.⁸



6.2. Segunda Semana Nacional de Salud Bucal

El pasado 9 de noviembre se inauguró la Segunda Semana Nacional de Salud Bucal 2015.

El objetivo de la Semana Nacional de Salud Bucal es “contribuir a la disminución de las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia, mediante actividades preventivas y curativas en forma intensiva” y así fortalecer las estrategias en las actividades de promoción, educación, prevención y atención curativa a nivel nacional y lograr cambios en los hábitos higiénicos de la población.

Se señaló que la salud bucal es parte de la salud integral de los individuos y que la educación, promoción y prevención debe impartirse desde edades tempranas, factor determinante para conservar la salud bucal durante toda la vida.

Se mencionó que en el transcurso la semana, se llevaron a cabo acciones en pro de la salud bucal simultáneamente en todas las entidades federativas, con la participación del sector educativo y de salud, como la intervención de la industria y asociaciones gremiales.⁶



7. ANTECEDENTES DE LAS JORNADAS DE SALUD BUCAL EN PREESCOLAR Y ESCOLAR.

A partir del año 1977 se organizan ciertas acciones educativas y preventivas en algunas escuelas, utilizando fluoruro de sodio en bajas concentraciones con la técnica de Bojanini, para autoaplicaciones.

En 1981, inicia el Programa de Atención a la Salud en Áreas Marginadas, en grandes urbes; se integran estas acciones al Programa de Atención a la Salud Bucal, así como el subprograma educativo preventivo, realizando autoaplicaciones de fluoruro de sodio al 0.2 % con la técnica de Torrell y Ericsson. Se extiende la cobertura a un mayor número de escuelas primarias de la Secretaria de Educación Pública (SEP).

El Programa Nacional de Salud (1989-1994), impulsa con carácter prioritario la educación y fomento de la salud, propiciando la responsabilidad ciudadana de proteger la salud individual y familiar, a través de la salud pública y social, para ofrecer a la población acceso a los servicios de salud. En 1989 se firma convenio SSA-SEP para el desarrollo del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud de los Preescolares y Escolares del Sistema Educativo



Nacional incluyendo la ejecución de acciones que mantengan la salud bucodental.⁴

7.1. Jornada de salud bucal preescolar y escolar

Su prioridad es mantener la salud bucal, creando una cultura en la que se fortalezca el autocuidado, se prevengan las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en los preescolares y escolares a través de promoción y educación para la salud, así como medidas de prevención y protección específica, cuyas medidas sean de tal impacto que se mantengan y apliquen por el resto de la vida de los niños. ⁴

7.2. Objetivos específicos

- Otorgar medidas de prevención grupal contra caries dental, periodontopatías y de protección específica.
- Contribuir al incremento de niños sanos (sin experiencias de caries).



- Concientizar a la población preescolar y escolar sobre la importancia de la salud bucal como parte integral de la salud general.
- Fomentar el autocuidado en la población preescolar y escolar para conservar la salud bucal durante toda la vida del individuo. Hacer extensiva de manera indirecta esta información a la familia en general, incluyendo niños menores de 3 años no contemplados en este programa y a quienes la implementación de estos cuidados de manera más temprana podrían beneficiar ampliamente
- Orientar a la población preescolar y escolar sobre los beneficios de una alimentación adecuada y fomentar el cambio de hábitos alimentarios incluyendo los alimentos chatarra por frutas y verduras.
- Contribuir a la disminución del índice de necesidades de tratamiento del grupo de preescolares y escolares.
- Trabajar en equipo, maestros, padres de familia, personal de salud y niños.



8. TALLER DE “CAPACITACIÓN DE SALUD ORAL Y FACTORES DE RIESGO” (SOFAR).

El propósito de esta actividad es proveer capacitación a los Odontólogos y Proveedores del Primer Nivel de Atención Primaria a la Salud (médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, trabajador social, y personal de promoción de la salud), para replicar los conocimientos y que participen en equipo multidisciplinario a partir del primer contacto con el paciente en la consulta.

El taller se llevó a cabo conforme al programa en dos etapas: La primera con la participación de 98 Odontólogos y en la segunda con participación de 80 Proveedores de Atención Primaria a la Salud, con el propósito de brindar las herramientas para replicar el curso y capacitar a capacitadores en la prevención, diagnóstico y referencia oportuna en la atención dental y evitar la caries en beneficio de la población.⁷



9. ESTADÍSTICAS DE ATENCIÓN EN PROGRAMAS DE SALUD BUCAL 2013

9.1. Planteamiento del problema

Es importante analizar los resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales (sivepab). Los resultados demuestran que hay un gran rezago en relación a la salud bucal de preescolares y escolares así como en la prevención y control de enfermedades bucales. Hay que destacar que como la caries dental es multifactorial es necesario revisar hábitos de alimentación, hábitos higiénicos que esto involucre a educación para la salud.¹⁰

9.2. Recolección de la información

Se recopiló a través de 413 unidades que pertenecen al Sector Salud. El instrumento

de acopio de la información fue el formato de estudio de caso SIVEPAB.

Los encuestadores fueron los cirujanos dentistas de base adscritos a las unidades de programas de salud bucal, los cuales participaron en un



programa de capacitación; donde se establecieron los criterios de diagnóstico definidos en el Manual de Procedimientos para el Odontólogo.⁷

Se examinó un total de 274,192 pacientes de 2 a 99 años de edad, 6.8% más que en el año 2012 donde el total fue de 255,327. La información que se presenta incluye a las 32 entidades federativas del país. Las entidades que cuentan con un mayor número de unidades son el Distrito Federal, Tabasco y Veracruz, en estos estados existe al menos una unidad de programa de Salud Bucal en cada jurisdicción, esto se ve reflejado en su participación; cada uno reviso más del 6% de los pacientes registrados en la plataforma durante el 2013. La figura 1 muestra el porcentaje de participación de cada una de las entidades federativas del país. La información proporcionada por cada institución varía debido a que las unidades operan con las instancias funcionales del Sistema Nacional de Salud, en las cuales se otorga los servicios de atención odontológica.¹¹

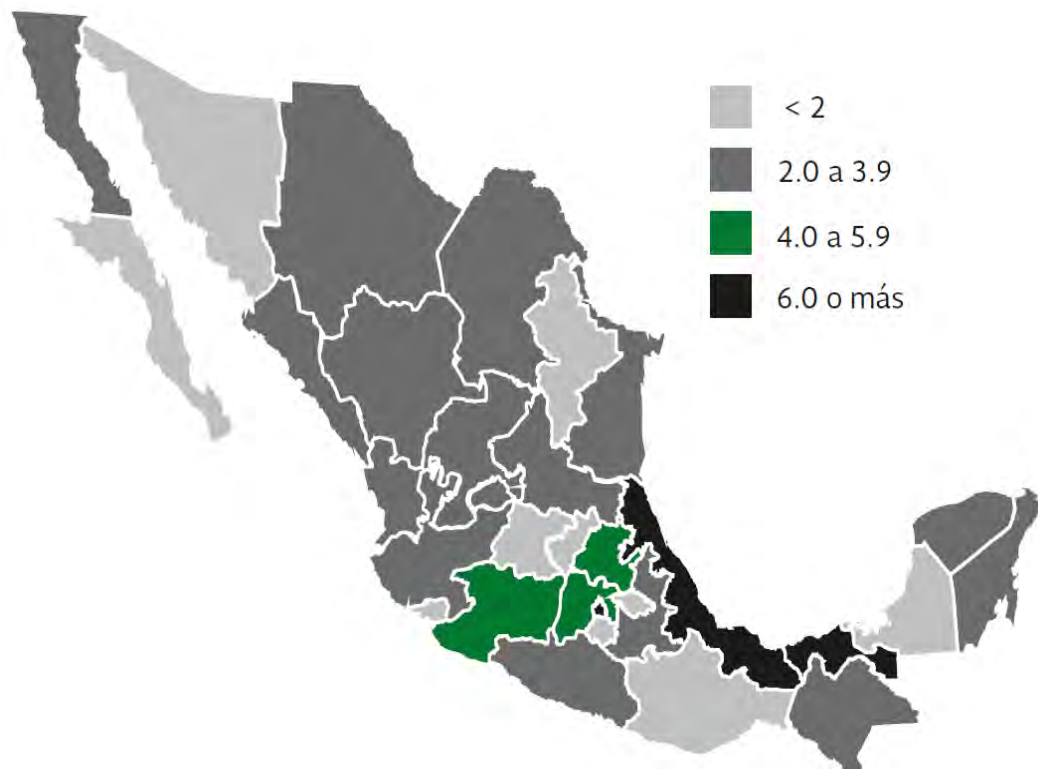


Figura 1: Distribución por entidad federativa del porcentaje de participación en el SIVEPAB 2013. ⁸



Institución	SSA	ISSSTE	IMSS-O	SEDENA	SEMAR	DIF	PEMEX	UNIVERSIDADES	TOTAL
N	118,81	73,481	31,799	26,311	12,986	6,883	2,508	1,413	274,192
%	43.3	26.8	11.6	9.6	4.7	2.5	0.9	0.5	100.0

Figura 2: muestra el número y porcentaje de pacientes examinados por cada institución. México, SIVEPAB 2013.¹⁰

Se examinó la cavidad bucal de un total de 84,448 pacientes de 2 a 19 años de edad, de los cuales el 57.0 % eran del sexo femenino y 43.0 % del sexo masculino. La figura 3 muestra el total de pacientes por grupo de edad.⁹



Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
2	435	52.3	397	47.7	832	1.0
3	985	49.9	989	50.1	1,974	2.3
4	1,510	49.9	1,518	50.1	3,028	3.6
5	2,088	52.7	1,877	47.3	3,965	4.7
6	2,681	50.0	2,681	50.0	5,362	6.3
7	2,988	52.2	2,732	47.8	5,720	6.8
8	2,598	51.1	2,482	48.9	5,080	6.0
9	2,734	51.3	2,592	48.7	5,326	6.3
10	2,811	52.7	2,518	47.3	5,329	6.3
11	2,697	53.7	2,325	46.3	5,022	5.9
12	2,733	53.9	2,339	46.1	5,072	6.0
13	2,851	57.8	2,081	42.2	4,932	5.8
14	2,952	58.4	2,104	41.6	5,056	6.0
15	3,113	59.9	2,082	40.1	5,195	6.2
16	3,468	64.7	1,895	35.3	5,363	6.4
17	3,855	67.0	1,900	33.0	5,755	6.8
18	3,925	66.8	1,948	33.2	5,873	7.0
19	3,716	66.8	1,848	33.2	5,564	6.6
Total	48,140	57.0	36,308	43.0	84,448	100

Figura 3: distribución de los niños y adolescentes que acuden a los servicios y programas de salud, por grupo de edad y sexo. México, SIVEPAB 2013. ⁹



10. SALUD BUCAL DEL PREESCOLAR Y ESCOLAR

Grupo blanco

Preescolares, escolares de primaria y escolares de secundaria inscritos en escuelas públicas.

Universo

Escuelas públicas de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional de los niveles preescolar,

Primaria y secundaria. Se pueden extender estas acciones a los alumnos del nivel Medio Superior (Bachillerato).

Objetivo

Mantener la salud bucal, creando una cultura en la que se fortalezca el autocuidado y se prevengan las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en los preescolares y escolares a través de promoción y educación para la salud, así como medidas de prevención y protección específica, cuyas medidas sean de tal impacto que se mantengan y apliquen por el resto de la vida de los niños.



10.1. Objetivos específicos

- Otorgar medidas de prevención grupal contra caries dental y periodontopatías y de protección específica.²²
- Contribuir al incremento de niños sanos (sin experiencias de caries).²¹
- Concientizar a la población preescolar y escolar sobre la importancia de la salud bucal como parte integral de la salud general.²¹
- Fomentar el autocuidado en la población preescolar y escolar para conservar la salud bucal durante toda la vida del individuo. Hacer extensiva de manera indirecta esta información a la familia en general, incluyendo niños menores de 3 años no contemplados en este programa y a quienes la implementación de estos cuidados de manera más temprana podrían beneficiar ampliamente.²⁰
- Orientar a la población preescolar y escolar sobre los beneficios de una alimentación adecuada y fomentar el cambio de hábitos alimentarios incluyendo los alimentos chatarra por frutas y verduras.²⁰
- Contribuir a la disminución del índice de necesidades de tratamiento del grupo de preescolares y escolares.²⁰
- Trabajar en equipo maestros, padres de familia, personal de salud y niños.¹⁹



10.2. Implementación del programa

10.2.1. Etapas: Organización, coordinación

- Identificación del equipo de trabajo, que puede ser el personal de salud, maestros, padres de familia, niños identificados como líderes, etc.)
- Realizar reuniones de coordinación, con las instancias involucradas en el desarrollo.
- Definir las escuelas en las que se va a intervenir de acuerdo a la capacidad instalada y recursos humanos.
- Contar con directorio de escuelas públicas y alumnos inscritos en el área de influencia de la unidad.
- Contar con directorio actualizado de los servicios de salud a los que se podrá referir a los alumnos para su atención de acuerdo a la ubicación de la escuela.
- Definir las escuelas en las que se va a intervenir de acuerdo a la capacidad instalada.
- Formalizar el acuerdo de coordinación con las Instituciones participantes en los niveles Estatal y Jurisdiccional.



- Elaborar plan de trabajo anual para mejorar y conservar la salud bucal del preescolar y escolar, donde se definan las funciones de cada una de las partes.
- Presentar el plan de trabajo ante las autoridades de los actores involucrados.

Planeación

- Elección de las escuelas por equipo de trabajo según los recursos humanos disponibles. Se seleccionan las escuelas en las que se va a trabajar y se organiza una reunión con las autoridades del plantel, con el propósito de exponerles y de la problemática de salud bucal y sus repercusiones. Informar del Programa, y de la importancia de concientizar a la comunidad escolar con relación a creación de hábitos higiénicos y alimentarios, así como las medidas de promoción, prevención y protección específica dirigidas a la población escolar.
- El equipo debe establecer contacto con las autoridades de la escuela seleccionada y coordinar una visita.
 - Presentarse con el director de la escuela.



- Identificar a la persona en la escuela que sirva de contacto para coordinar las acciones de salud.
 - Organizar reunión con maestros.
 - Organizar reunión con padres de familia.
 - Programar actividades.
 - Escoger un ambiente apropiado para realizar las actividades.
 - Disponer de la lista de alumnos de la escuela por grado escolar.
-
- Consolidar, reforzar o implementar la participación comunitaria (maestros, padres de familia, niños).
 - Selección y capacitación a los promotores de salud (Maestros, padres de familia, niños líderes).
 - Programar las visitas a la escuela (un día a la semana durante 5 horas), para realizar las actividades con los escolares.
 - En preescolar se deben otorgar 3 actividades, 4 veces durante el ciclo escolar, es decir, 12 actividades por niño durante el ciclo escolar.
 - En las niñas(os) a partir de los 6 años de edad o 1er grado escolar se deben otorgar 5 actividades, es decir 30 actividades a cada niña(o) por ciclo escolar, tomando en cuenta que los enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2 % son 14 durante el ciclo escolar.
 - Realizar diagnóstico clínico – epidemiológico por escuela.



- Programar y organizar el trabajo por escuela en función de los recursos humanos con los que se cuente, las necesidades acumuladas y la vulnerabilidad a las enfermedades bucales que presenten los escolares.
- Disponer de los insumos necesarios para cada actividad, tales como, pastillas reveladoras, hilo dental, cepillo dental, sobres de fluoruro de sodio, etc.
- Ejecución de actividades.²⁰

10.3. Estrategias

Son acciones de prevención y educación para la salud. Se otorga atención individualizada tanto en medidas preventivas y de protección específica como en diagnóstico temprano, aquí se plantean reuniones con autoridades, líderes, profesores y padres de familia con la finalidad de involucrar a las comunidades. Atención preventiva grupal y promoción para la Salud Bucal.



Las acciones están integradas en el Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal (EBPSB) para cada grupo de edad, contemplan actividades de prevención y educación.

10.4. Detección de placa bacteriana

Con el propósito de verificar si se tiene una adecuada técnica de cepillado es a través de visualizar las zonas donde se tiene placa. Se puede llevar a cabo en el patio de la escuela o en los baños si éstos son amplios.

10.5. Introducción de técnica de cepillado

La introducción de técnica de cepillado se debe realizar cuatro veces al año, una cada tres meses durante el ciclo escolar. Una vez terminando del cepillado de encías y dientes por todas sus caras se indica a los escolares cepillar la lengua con movimiento de barrido de atrás hacia delante. Para las localidades marginadas y de difícil acceso en las cuales les sea difícil adquirir un cepillo dental se pueden sugerir alternativas para fabricar cepillos



dentales, es decir, se puede usar una ramita de zacate fuerte, bambú tierno, corteza del encino de caña de azúcar para cepillar los dientes y encías.

10.6. Introducción del uso de hilo dental

El hilo dental es indispensable en el cuidado de los dientes, ya que el cepillo dental por el grosor de sus cerdas, no llega a limpiar los espacios entre los dientes. Se utiliza el hilo dental por lo menos una vez al día después del cepillado porque de no hacerlo, sólo estará realizando la mitad del trabajo para mantener una boca sana. Se utiliza el hilo dental a partir de los 6 años de edad o de primer grado de primaria, en virtud de que a dicha edad su motricidad fina está madurando y con supervisión pueden llevar a cabo la actividad con el propósito de que adquieran el hábito y evitar lesiones cariosas interproximales en órganos dentales permanentes ya que a los 6 años ya tienen un contacto mesial importante con el 2° molar temporal. Esta actividad se lleva a cabo proporcionando a cada niña(o) aproximadamente 30 cm de hilo dental (o hilo de coser) y se dan las siguientes indicaciones:

- Enredar el hilo dental en los dedos medios, dejando una distancia corta entre ellos.



- Una vez realizado lo anterior, se utilizan los dedos pulgar e índice de ambas manos para guiar el hilo dental.
- Mantiene estirado el hilo y con movimientos de atrás hacia delante, se introduce el hilo entre los dientes, teniendo cuidado de no lastimar la encía. Se sostiene el hilo dental rígido contra uno de los dientes y se desliza de arriba hacia abajo, manteniéndolo en contacto con el diente. Debiendo repetir este paso entre cada uno de los dientes.
- Conforme se avance en la limpieza, se cambia el tramo de hilo dental.

10.7. Enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%

El flúor es un elemento químico que se encuentran en forma natural y en bajas concentraciones en los alimentos y el agua de consumo humano, de todos los elementos químicos es el más estudiado.



Existe evidencia científica de que la prevención de enfermedades bucales y específicamente el uso de fluoruros tienen mayor impacto en edades tempranas, es decir, la etapa idónea es el periodo en el que se sustituye la dentición primaria por la permanente, debido a que al erupcionar los órganos dentarios, el esmalte se encuentra inmaduro, menos mineralizado y poroso y, como consecuencia, con mayor susceptibilidad a la disolución ácida provocada por las bacterias bucales.

El flúor tiene efectos benéficos sobre los órganos dentales, aumenta la resistencia del esmalte al ataque de los ácidos que producen las bacterias, favorece la remineralización y tiene acción bactericida. En nuestro país, se agrega a la sal de mesa yodo y fluoruro ya que con la adición de yodo se previene el bocio y con el fluoruro, se ha comprobado la reducción de caries. Por lo antes expuesto, podemos concluir que la presencia de fluoruro a concentraciones óptimas en momentos críticos inhibe la reacción de disolución de los cristales de esmalte y la continua presencia a bajas concentraciones promueve la remineralización. Bajo este principio, como medida de Salud Pública se recomienda realizar enjuagues de fluoruro de sodio, dentro del espacio escolar, en virtud de que la protección que se logra con esta medida es en las caras proximales de los órganos dentarios.



Dentro del espacio escolar se utiliza la técnica de autoaplicación de Torell y Ericsson (Técnica probada y altamente eficiente de auto-aplicación que logra reducir la caries dental hasta un 30 a 40 por ciento), que consiste en utilizar fluoruro en concentración baja y alta periodicidad con el propósito de obtener la protección deseada. Por lo tanto, en la escuela las niñas y los niños deben realizar enjuagues bucales (10 ml) con solución de fluoruro de sodio al 0.2% con periodicidad quincenal, es decir, se deben otorgar 14 enjuagues a cada escolar durante el ciclo escolar, cabe mencionar que, por la maduración posteruptiva, los escolares entre los 6 y 19 años deben recibir este beneficio.

10.8. Pláticas educativas

Las actividades de promoción y educación en salud bucal, constituyen uno de los principales apoyos para las acciones de prevención y autocuidado, durante el ciclo escolar se deben de otorgar 4 pláticas educativas, para preparar las pláticas se cuenta con un documento “Contenidos educativos”, el cual se puede consultar en la página de internet <http://www.cenave.gob.mx/saludbucal/escolares.htm>, se debe brindar información educativa de diversos temas tales como:

- La salud bucal como parte integral de la salud general
- La Formación de órganos dentarios durante la línea de vida



- La boca y sus funciones
- Los dientes; tipos de denticiones y sus funciones
- La Importancia de la dentición temporal
- Inicio e importancia del cuidado y de la higiene bucal
- Como conservar la salud bucal con medidas preventivas
- La Alimentación y la salud bucal
- La Importancia del primer molar permanente
- La dentadura y sus cuidados en diferentes edades
- La Erradicación de mitos tales como; “Los dientes temporales, no es necesario cuidarlos ya que se caen y se reemplazan por otros”, “Los dientes siempre tienen caries, es normal”, entre otros.
- La Importancia de reducir la cantidad de dentífrico a utilizar, en niños menores de 6 años
- Emergencias dentro de la escuela
- La dentadura y sus cuidados en diferentes edades.

Durante las Semanas Nacionales de Salud Bucal se pueden hacer representaciones teatrales, teatro guiñol, concursos de dibujos, desfiles alusivos, caravanas y ferias de salud bucal, periódico mural, entre otras actividades. Los maestros tienen una amplia experiencia (otro ejemplo de la importancia de la participación comunitaria).



Se intensifican las actividades de promoción, educativas, preventivas y de fomento a la salud en las unidades de primer nivel de atención a la salud y en las escuelas primarias, secundarias y jardín de niños. Se realiza promoción a través de medios masivos de comunicación para difundir las actividades. Un tema que no se debe olvidar es el relacionado con los dentífricos. Los maestros y padres de familia, deben reconocer la importancia de educar para reducir la cantidad de dentífrico a utilizar en niños menores de 6 años.

10.9. Sistema de atención gradual, clásico

Esta es una estrategia que se quiere reforzar o implementar tomando en cuenta la experiencia que se tiene tanto en nuestro país, como a nivel mundial. En Brasil, Ecuador, Suiza, entre otros, se ha implementado la estrategia de Atención Incremental con resultados muy importantes. En nuestro país, en la década de los 80s, inicio la implementación de dicha estrategia obteniendo muy buena aceptación y resultados por ejemplo en los estados de México y Nuevo León.



10.10. Objetivos de la atención gradual

- Incrementar gradualmente el número de niñas(os) sanos en los planteles de preescolar y primaria del sistema nacional educativo lo que ayudará a disminuir el índice de caries dental.
- Incrementar gradualmente el número de niñas(os) con rehabilitación bucal en los planteles de preescolar y primaria del sistema nacional educativo, lo que ayudará a disminuir el índice de necesidades de tratamiento y que los escolares aprendan que con auto cuidado pueden evitar mayor necesidad de tratamiento en el futuro y se responsabilicen de su salud bucal.

La estrategia de Atención Gradual, es un procedimiento que tiene como propósito la cobertura de la atención odontológica en población de edad escolar, detectando a los niños sin experiencias de caries (primariamente sanos) con el propósito de que se sigan manteniendo sanos, así como, eliminando inicialmente sus necesidades acumuladas (prevalencia) y posteriormente manteniéndola bajo control, dando atención a los casos nuevos (incidencia), siguiendo criterios de prioridades tanto en edades como en necesidades de tratamiento.



En los planteles de educación en el que se desarrolle la atención preventiva, se debe hacer gestiones con el propósito de instalar una unidad dental fija, con la finalidad de que dentro del espacio escolar se otorgue atención curativa y/o de rehabilitación, lo que tiene ventajas tales como:

- Las niñas y los niños no se refieren a un Centro de Salud. La experiencia con la que se cuenta, revela que el referir a los niños a un centro de Salud en muchas ocasiones no funciona, en virtud de que los padres no los llevan a la consulta dental o porque en ocasiones, el propio niño no le entrega a sus padres el formato de referencia que le proporcionan en la escuela.
- Las niñas y los niños reciben la atención dentro del espacio escolar, lo que ayuda a que no se pierdan días u horas de clases. En caso de no poder instalar una unidad dental fija convencional, la atención se puede otorgar con unidades tipo robot y o unidades Móviles. La atención gradual se puede llevar a cabo en escuelas de preescolar, primaria y secundaria, a continuación se explica el esquema clásico y algunas modalidades de atención en escuelas primarias, sin embargo



los esquemas pueden ser adaptados y aplicados en preescolar y secundaria.

10.11. Sistema de atención gradual (esquema clásico).

Consiste en agrupar a los niños por necesidades acumuladas de menor daño, empezando por los niños de primer grado de primaria. Los escolares para su atención se dividen en tres grupos: inicial, mantenimiento y selectivo. Grupo Inicial; Son las niñas(os) que están inscritos en primer grado. Este grupo siempre será nuestro grupo prioritario, por lo tanto, debe recibir atención en forma prioritaria. Grupo de Mantenimiento; a partir del segundo año de iniciado el sistema de atención gradual se cumple el tratamiento de mantenimiento con los alumnos del segundo grado escolar que fueron atendidos en el primer año anterior, proceso que seguirá anualmente hasta concluir en el sexto grado.

En este punto cabe resaltar que el sistema de atención gradual se basa en que los escolares ya atendidos, son mantenidos bajo control en los años o grados subsiguientes otorgando, medidas preventivas individualizadas o de protección específica o en su caso, tratándose las nuevas lesiones de caries



dental que surjan durante el intervalo entre el alta del primer grado escolar (en el que fueron atendidos como grupo prioritario) y el nuevo examen bucal correspondiente al segundo grado escolar. Grupo Selectivo; Son las niñas(os) de edad inmediatamente mayor del grupo inicial que no entraron en tratamiento, por lo que su atención estará condicionada a la atención de emergencias o, a la referencia a la unidad de atención correspondiente.

10.12. Requisitos para la aplicación del sistema de atención gradual.

Los requisitos para la aplicación del sistema de Atención Gradual en cualquiera de sus modalidades anteriormente descritas son:

- Identificar a las escuelas del área de influencia en las que ya este implementado el componente de Atención Preventiva Grupal.
- Concientizar a la comunidad educativa sobre los beneficios de la Atención Gradual.



- Localizar en las escuelas las áreas que ofrezcan los requerimientos mínimos necesarios (luz, agua, espacio que no sea muy transitado por la comunidad escolar, etc.)
- Disponer del listado de los escolares inscritos en la escuela Consentimiento informado firmado por los padres o tutor de cada uno de los escolares.

10.13. Control

Con el propósito de tener un control de cobertura y universo atendidos tiene los siguientes formatos:

- Escuelas en control.
- Calendario de visitas a las escuelas, control de la estrategia de prevención grupal.
- Sistema de atención gradual o incremental.
- Salud bucal del preescolar y escolar (concentrado general estatal).



10.14. Capacitación

- Se debe capacitar al personal de salud bucal y del programa escuela, involucrado en los niveles estatales y jurisdiccionales.
- Se debe capacitar a la comunidad educativa (docentes, madres y padres de familia, niñas, niños y adolescentes), para implementar las acciones en las escuelas.

10.15. Supervisión

Para el adecuado seguimiento y evaluación de la salud bucal del preescolar y escolar es necesario contar con información básica, veraz y oportuna, que permita analizar los alcances y limitaciones encontrados, así como tomar las decisiones necesarias para su adecuada conducción, pero fundamentalmente para conocer el impacto que dichas acciones provocan en el estado de salud de los escolares.

Es por esto que la supervisión debe ser sistemática, periódica y permanente, teniendo como propósito fundamental asegurarse de que las actividades y procedimientos normados, se efectúen según lo establecido.



Se debe realizar monitoreo en las escuelas en control simultánea a la supervisión, a fin de constatar la correcta aplicación. El personal de salud que lleva a cabo la supervisión debe realizar como mínimo dos visitas a cada una de las jurisdicciones sanitarias.

Se deberá incluir en los indicadores de supervisión:

- La realización de las juntas con directivos de las escuelas, planta docente y padres de familia.
- El avance de las actividades de acuerdo a la meta establecida y la programación realizada.
- Abastecimiento de los insumos para el desarrollo del programa
- El desarrollo del programa de atención gradual, considerando las siguientes actividades:
 - Diagnóstico situacional de salud bucal de los escolares
 - Programa de trabajo
 - Calendario de visitas a las escuelas
 - Avance de actividades en:
 - Consultas
 - Niños autorizados para la atención dental



- Actividades preventivas y clínicas realizadas
- Niños atendidos
- Niños dados de alta

Se debe contar con el avance mensual de actividades por escuela asignada y la verificación del registro de las mismas en el Sistema de Información en Salud.

10.16. Evaluación

La evaluación debe realizarse por los niveles Jurisdiccional y Estatal con periodicidad mensual, trimestral y semestral en cada ciclo escolar, así mismo es conveniente coordinarse con Promoción de la Salud para evaluar el trabajo realizado conjuntamente.

La Subdirección de Salud Bucal, solicitará al finalizar cada ciclo escolar información relativa a las actividades realizadas en cada entidad federativa relativas a la cobertura y universo.



11. CONCLUSIONES

La promoción de la salud se puede considerar muy antigua, sin embargo esta surge como una estrategia a nivel mundial con gran fuerza, en el siglo XX, la conceptualización se ha ampliado, incluyendo en la actualidad estilos de vida saludable y sobre todo, la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud, para hacer posible tanto la prevención de enfermedades orales como el control que cada persona tenga sobre sus estilos de vida, un aspecto importante por destacar, es que la promoción de la salud se ocupa también de fortalecer y ampliar las capacidades y competencias de cada persona, al igual que en toda una comunidad para finalmente mejorar la calidad de vida.

La promoción de la salud está fundamentada en los principios y valores establecidos por la organización mundial de la salud (OMS).

Cada cuatro años, se lleva a cabo acuerdos internacionales de promoción de la salud, en los cuales cada país se compromete a establecer estrategias para mejorar la salud de sus pueblos.



Hay que destacar que México se ha comprometido a realizar programas de salud, y en particular de salud oral. El Estado tiene que comprometerse a realizar esfuerzos para que los compromisos adquiridos se lleven a cabo.

En México se realizan programas de salud oral a nivel preescolar y escolar, sin embargo estos no pueden ser cubiertos en su totalidad, además de no ser continuos y no contar con evaluaciones del proceso tanto sumativas como de impacto.

Se insiste en que el Estado tiene la obligación de establecer políticas públicas sanas, orientadas a programas de salud oral.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española: URL del sitio <http://www.rae.es/>. Sección: Diccionario de la Lengua Española.
2. Jeffrey Sussman, Prentice Hall, El Poder de la Promoción, Hispanoamerica S.A.
3. R. Romero, Marketing, Editora Palmir E.I.R.L.
4. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion17/M4L17Leccion.html>
5. De la Fuente Hernández Javier, Sifuentes Valenzuela María Cristina, Nieto Cruz María Elena, Promoción y educación para la salud en odontología, México: El Manual Moderno, [2014] Páginas 42-44
6. González Guzmán Rafael, E. Castro Albarrán Juan Manuel, Laura Moreno Altamirano Laura, Promoción de la Salud en el ciclo de vida, MC Graw Hill, 15 de marzo de 2011
7. CENAPRECE (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de enfermedades). Benjamín Franklin #132 Col. Escandón Deleg. Miguel Hidalgo Distrito Federal CP. 11800
8. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_bucal.html



9. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf
10. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_sivepab.html
11. Dirección General de Epidemiología. Manual de procedimientos para el odontólogo de la unidad centinela. México, Distrito Federal: Secretaria de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2006.
12. Dirección General de Epidemiología. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. México, Distrito Federal: Secretaria de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2006.
13. Secretaría de Salud Programa de Acción Específico Salud Bucal 2007-2012. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.
14. NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales
15. Mazariegos C, Ma. de Lourdes. Tesis para obtener Grado de Maestría en Salud Pública. Proyecto de Intervención en la Atención Odontológica del Centro de Salud "Dr. José Ma. Rodríguez". Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. 1995



16. McDonald A. Odontología Pediátrica y del adolescente. Médica-Panamericana, Argentina, 1998.
17. Barber Thomas K, Luke Larry S. Odontología Pediátrica. Manual Moderno. México, D. F. 1985
18. Mattos MA. Riesgo de caries dental. Rev Estomatol Heredia 2004;14: 1-2. 7. Nava RJ, Padilla MM, Becerril SC. Estado de salud oral y necesidades de tratamiento en escolares de 6 y 12 años de edad. Estudio en una escuela primaria en población de San Mateo Atenco, Estado de México. Práctica Odontológica 2001; 22 (4).
19. Departamento Odontológico del Ministerios de Salud, Colombia. Todo sobre flúor, uso de fluoruros en salud pública. Esmag 1998. Disponible en: <http://www.esmag.cl/publicaciones.html>
20. Newburn E. Fluoruride and dental caries. Ed 3. Illinois: Charles C. Thomas Publisher, 1986
21. González VE. Interacción entre el fluoruro y el esmalte dental. Dentista y paciente 1995
22. Cuenca Sala, Emili; Baca García Pilar. Odontología Preventiva y Comunitaria 3ª. Edición. Ed. Masson. 2005.



23. Fetherstone, Jhon D.B. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride. Community Dentistry and Oral Epidemiology. Volume 27, Issuel, February 1999
24. Riodan, Paul J. Fluoride Supplements for young children: an analysis of the literature focusing on benefits and risks. Community Dentistry and Oral Epidemiology. Volume 27, Issuel, pages 72 – 83, February 1999.
25. Fetherstone, John D. B. The science and practice of caries prevention. The Journal of the American Dental Association. July 1, 2000 Vol. 131 887-899.