



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS BÁSICAS  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANÁLISIS DE LA POLÍTICA EN SALUD BUCAL  
EN MÉXICO

ENSAYO CRÍTICO  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA BUCAL

PRESENTA:  
PAMELA MARTÍNEZ QUIROGA

TUTOR:  
ADRIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ  
ENES, UNAM LEÓN

CIUDAD DE MÉXICO

ABRIL 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

Dedico este proyecto a mis padres, quienes estuvieron en cada paso de mi maestría, apoyandome moral y económicamente. Les agradezco infinitamente el que hayan creído en mí, en que lograría obtener este grado.

De igual manera, agradezco a mi tutora Dra. Adriana Martínez, quien sin conocerme no dudo en que haríamos un trabajo que nos gustaría a ambas, quién tomo una idea y la convirtió en realidad. Gracias por cada hora dedicada a mí y a mi proyecto, por su profesionalismo y su sabiduría compartida.

Finalmente, pero no menos importantes, a mis amigos: Arsenia, siempre estuviste para ayudarme a avanzar en cada tarea, en cada párrafo que debia escribir, gracias por sentarte conmigo en silencio a verme como avanzaba letra por letra; a mi hermana, Gordo, gracias por siempre escucharme y darme animos a que un día terminaría este paso tan importante; Damián, gracias por apoyarme en la realización de esta tesis, por tus horas de revisión, tu cariño e ilusión al momento de ayudarme a completar este texto, gracias por hacer esto realidad, eres gran responsable de que este proyecto haya culminado en tan breve periodo.

**LO HICIMOS!!!**

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>I. EL PAPEL DE LAS POLÍTICAS Y LA AGENDA PÚBLICA DE SALUD BUCAL EN MÉXICO.....</b>	<b>8</b>
I.1 POLÍTICAS DE SALUD BUCAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	12
<b>II. ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS BUCALES EN MÉXICO .....</b>	<b>24</b>
<b>III. COMPARACIÓN Y DISCUSIÓN DE LAS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS EN MÉXICO, CHILE Y CANADÁ .....</b>	<b>28</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO 1. CUADRO COMPARATIVO DE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL (MÉXICO, CHILE Y CANADÁ).....</b>	<b>49</b>

# ANÁLISIS DE LA POLÍTICA EN SALUD BUCAL EN MÉXICO

**Pamela Martínez Quiroga**

## **Resumen**

*En México, como en otros países, el desarrollo de políticas públicas es determinante para abordar los temas de salud de la población; en específico para la salud bucal y la prevención de las enfermedades con más prevalencia, se observa que dichas políticas han funcionado en algunas entidades de la república, disminuyendo la morbilidad bucal de sus habitantes; sin embargo, en entidades con poblaciones vulnerables, la prevalencia de las principales enfermedades sigue siendo preocupante. De igual manera, se puede observar que es necesaria la construcción de un sistema más transparente, en donde las decisiones y las participaciones, sean realizadas por actores profesionales en salud y la población, bajo normas y una rendición de cuentas que justifiquen las elecciones de los tomadores de decisiones.*

*Este ensayo tiene como objetivo analizar los instrumentos y alcance de las políticas de salud bucal de México propuestas para el periodo 2013-2018 y compararlas con las propuestas de Chile y Canadá, países con un índice de desarrollo superior al de México, con la finalidad de identificar los avances y retos que el país tiene en esta materia. Lo anterior, mediante una revisión bibliográfica en materia de políticas de salud bucal para posteriormente, comparar las acciones desarrolladas en México con los países de Chile y Canadá.*

*La revisión de las políticas de los tres países, arroja evidencia de que dichos países incluyen los elementos necesarios mencionados por la literatura, para que los programas de salud bucal cumplan sus objetivos, y por consecuencia, la población disminuya los porcentajes de patologías bucales.*

**Palabras clave:** salud bucal, políticas públicas bucales, programas bucales, caries

## **Abstract**

*In Mexico, as in other countries, the development of public policies is a crucial issue to address the population's health; in specific, oral health and prevention of the most prevalent oral diseases. It is noted that these policies have worked in some States in Mexico, reducing oral morbidity of its inhabitants; however, in other States with vulnerable populations or low Human Development Index, the prevalence of major diseases remains as a concern. Similarly, it can be seen the necessity of a more transparent system, where decisions are performed by professional actors in health that justify the elections of public policy decisions.*

*This document has the objective of perform a detailed analysis of the instruments and scope of public oral health in Mexico proposed for period 2013-2018 and to compare the proposals from Chile and Canada with development index higher than Mexico, with the goal of identifying the progress and challenges that the country has in this subject. This through a bibliographic revision in oral health political matter to later compare the actions developed in Mexico against the ones taken in Chile and Canada.*

*The review of the three countries politics, concludes that they contain the necessary elements mentioned by the literature, so the oral health programs can accomplish its objectives and there for, the percentage of oral pathologies in the population will decreased.*

**Key Words:** oral health, oral public policies, oral programs, caries

## INTRODUCCIÓN

La Federación Dental Internacional (FDI) indica que la salud bucal es “ *polifacética e incluye, entre otros aspectos, la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo craneofacial. Otros atributos, son: que es un componente fundamental de la salud y bienestar físico y mental; refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos esenciales para la calidad de vida; y, está influenciada por las experiencias, percepciones y expectativas cambiantes del individuo, así como su capacidad de adaptarse a las circunstancias.*” (FDI, 2016).

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define a la salud bucal como un elemento primordial para gozar de una buena salud general al referirla como:

*“La ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.”*

Para la atención a la salud bucal, las políticas públicas han tenido una evolución en las acciones e intervenciones dirigidas tanto a los profesionales en salud, como a la ciudadanía para la reducción de la morbilidad bucal, no sólo en México, sino en varios países a nivel mundial; lo anterior, debido a la existencia de una alta prevalencia de enfermedades bucales infecciosas y no infecciosas. Sin embargo, aún existen retos que abordar para que los sistemas de salud brinden una buena atención bucal (FDI, 2012).

Entre los retos a cumplir, mencionados por la FDI, se encuentra la inasequibilidad de tratamientos dentales, considerar el envejecimiento de la población, mejorar la educación en salud bucal y, lo más importante, procesos administrativos que

renueven las políticas de salud bucal para la modernización de la prevención y atención de la salud bucal.

Estudios recientes, han observado que una de las principales enfermedades bucales, la periodontitis, puede aumentar el riesgo de que se presenten o evolucionen ciertas condiciones sistémicas<sup>1</sup>, como lo son: las enfermedades cardiovasculares, diabetes, algunas enfermedades respiratorias, artritis reumatoides, obesidad y síndrome metabólico; así como alteraciones en los neonatos con bajo peso (SEPO, 2013). Algunas de estas enfermedades representan las principales causas de morbilidad y afecciones a la salud, provocando gastos elevados en atención médica (Figueroa, 2016).

Al conocer la situación actual de otros países, como sus experiencias, éxitos y fracasos, en especial en aquellos que se encuentran en el mismo continente, y finalmente realizar su comparación; proporcionará información de la “práctica universal, aquellos aspectos que han sido exitosos en la construcción de unos sistemas de salud más equitativos, efectivos y eficaces, dándonos elementos de juicio sobre su relatividad temporal y cultural a fin de valorarlos adecuadamente” (Yepes, 1991).

En referencia a la comparación de los sistemas de salud, existen diferentes dimensiones para su análisis, abarcando desde una visión descriptiva sobre los grupos poblacionales, sus perfiles socio-sanitarios y necesidades percibidas, hasta análisis complejos sobre las coberturas alternativas, sus sesgos en términos de acceso y fuentes de financiamiento (Maceira, 2014).

Bajo estas premisas, el objetivo del presente ensayo descriptivo, es analizar los instrumentos utilizados para el diseño de los Programas de Salud Bucal y el alcance de las políticas de salud bucal de México propuestas para el período 2013-2018 y compararlos con las propuestas de Chile y Canadá, con la finalidad de identificar si

---

<sup>1</sup> Para una revisión de la relación entre las patologías sistémicas y las infecciones bucales, se puede revisar a los siguientes autores: Kinane et al, 2005; D’Aiuto et al, 2005; Matthews et al 2007, entre otros.

dichas políticas son correctamente diseñadas e implementadas, en comparación con países que presentan características con mayores avances.

La selección de los tres países, se basa en su región geográfica, localizándose todos en el continente americano y por tener un nivel de desarrollo humano (IDH) diferente, suponiendo que la salud bucodental se presenta con mejores condiciones en los países de IDH más alto. A pesar de encontrarse en un mismo continente, las características e indicadores de cada país son muy diferentes, las cuales se enlistan en la tabla 1.

**Tabla 1. Características de los Países México, Chile y Canadá**

Indicador	México	Chile	Canadá
Población total (2015) <sup>1</sup>	127,017,000	17,948,000	35,940,000
Esperanza de vida al nacer h/m (2015) <sup>1</sup>	74/80	77/83	80/84
Índice de desarrollo <sup>2</sup>	0.756	0.832	0.913
Gasto total en salud por habitante (\$int, 2014) <sup>1</sup>	1,122	1,749	4,641
Gasto total en como porcentaje del PIB (2014) <sup>1</sup>	6.3	7.8	10.4
Contexto político	República representativa y democrática compuesta por 31 estados y un Distrito Federal, unidos en una Federación. El gobierno federal y los estatales tienen igual jerarquía, sostienen principios de autonomía y de asociación, y cambian cada seis años. <sup>3</sup>	República unitaria con un sistema político democrático estable. El Estado tiene tres poderes: presidencial, junto a un parlamento bicameral y al sistema judicial. Neoliberal. <sup>4</sup>	Monarquía constitucional, un estado federal y una democracia parlamentaria. Confederación de 10 provincias y tres territorios. El sistema federal canadiense incluye un gobierno federal nacional, gobiernos provinciales y gobiernos territoriales. A su vez, los estados y los territorios cuentan con gobiernos municipales. <sup>5</sup>
Sistema de salud	El sistema de servicios de salud está segmentado en tres grandes grupos (trabajadores, población abierta y sector privado), de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas. <sup>3</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajadores: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Fuerzas Armadas (SEDENA), Estatales.<sup>3</sup></li> <li>Población abierta: Secretaría de Salud (SSA), IMSS-PROSPERA, SEGURO POPULAR. Cada institución cuenta con servicio odontológico.<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El aseguramiento público está a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el sistema privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).<sup>4</sup></li> <li>El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS) está compuesto por el Ministerio de Salud (autoridad sanitaria), representado en las regiones por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud: Instituto de Salud Pública (ISP), Central de Abastecimiento (CENABAST), Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud.<sup>4</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El Gobierno Federal financia las transferencias en salud a las provincias y territorios a través de la Ley de Salud de Canadá.<sup>6</sup></li> <li>Sistema de asistencia sanitaria financiado y administrado por el sector público y de prestación privada "Medicare".<sup>5</sup></li> <li>Las normas del sistema de salud son establecidas por el gobierno federal y son administradas localmente por cada provincia y territorio, que tienen sus propios planes de salud que cubren las necesidades de los servicios médicos.<sup>5</sup></li> <li>Los dentistas trabajan independientemente del sistema de asistencia sanitaria, excepto en los</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La provisión de servicios asistenciales en el Sistema Nacional de Servicios de Salud está a cargo de 29 Servicios de Salud distribuidos en el país. <sup>4</sup></li> <li>• El financiamiento proviene principalmente del Estado, las cotizaciones de trabajadores y las empresas. <sup>4</sup></li> <li>• Pago de primas para la mejora de cobertura, en algunos programas públicos. <sup>4</sup></li> <li>• Pago de deducible para la atención odontológica, en el aseguramiento de FONASA (con excepción del Gpo A). <sup>4</sup></li> </ul>	<p>casos en que se necesita cirugía dental hospitalaria. <sup>5</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La función del sector privado como entidad pagadora se limita a los servicios que no están cubiertos completamente por los programas de salud provinciales, como la atención dental; dónde se incluye el pago por medio de aseguradoras privadas, la combinación entre lo privado y lo público, y el pago de bolsillo. <sup>5,7</sup></li> <li>• Para la salud oral, cada gobierno decide que programa financiará y para quién estará dirigido, sin tener ninguna estructura nacional, estandarizada, sin principios o guías para la provisión de la salud. <sup>6</sup></li> <li>• El Marco de Salud Oral de Canadá 2013-2018 (COHS) – utilizado para la comparación de los sistemas- está dirigido a poblaciones vulnerables, indígenas, personas de escasos recursos, adultos mayores, personas discapacitadas, inmigrantes y refugiados. <sup>6</sup></li> </ul>
--	--	--	---

**Fuentes:** <sup>1</sup>OMS (2015): *Datos estadísticos de México, Canadá y Chile*. <sup>2</sup>PNUD (2015): *Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2015*. <sup>3</sup>PAHO (2002): *Perfil del Sistema de Servicios de Salud, México*. <sup>4</sup>PAHO (2011): *Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. <sup>5</sup>PAHO (2000): *Canadá. Perfil del Sistema de Servicios de Salud*. <sup>6</sup>Gobierno Federal, Territorial y Provincial. Grupo de Trabajo Dental (2012). *Oral Health Framework. Reducing Dental Disease*. <sup>7</sup>Arah O. A., et al (2003) *Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement*.

Para cumplir con el objetivo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en materia de políticas de salud bucal y sobre los programas bucales implementados en cada país estudiado. De igual manera, se realizó la búsqueda de material sobre políticas públicas en salud y en salud bucal, visto desde la esfera académica, organizaciones de salud e investigadores dedicados a la mejora de las políticas públicas en salud.

Para la búsqueda de la información y la revisión de la literatura, sobre las principales características de políticas bucales exitosas, se utilizaron bases especializadas en el área biomédica, considerando el factor de impacto de las revistas intentando obtener material de calidad y confiable; para tal efecto se consultó la base de datos del United States National Library of Medicine National Institutes of Health (NCBI),

mediante la utilización del vocabulario MESH (Medical Subject Headings), utilizando el idioma inglés.

Como criterios de la búsqueda, se limitaron las fechas de las publicaciones de 11 años de antigüedad (del año 2006 al 2016), utilizando la base de datos PubMed y Google Scholar. Entre las palabras utilizadas en el motor de búsqueda se encuentran; oral health, public health, health policy and health programs, programas de salud bucal y políticas de salud bucal – para los diferentes países en estudio. Entre las revistas utilizadas se enlistan: *Journal of Public Health, Biomed Central, Journal of Public Health Dentistry.* .

Este ensayo se estructura en 3 apartados. En el primero, se lleva a cabo una revisión bibliográfica, en donde se discuten la salud bucal y los elementos que la componen; entre los que se encuentran, la prevención de las patologías bucales, el gasto en salud para la promoción de la salud bucal, la actualización de tecnologías y la capacitación del personal de salud; así como la forma en que dichos elementos son incluidos en la agenda de las políticas públicas bucales. En el segundo apartado, se elabora una revisión de los antecedentes de la política bucal en México. La comparación entre las políticas de salud bucal implementadas en México, Chile y Canadá es llevada a cabo en el tercer apartado. Asimismo, se analiza la forma en que los conceptos de los autores revisados, son retomados por las políticas implementadas en dichos países. Finalmente, se presentan las conclusiones y futuras líneas de investigación.

## **I. EL PAPEL DE LAS POLÍTICAS Y LA AGENDA PÚBLICA DE SALUD BUCAL EN MÉXICO**

Una política pública, es “una política en algún nivel de gobierno que delinea el rango de posibilidades para las interacciones sociales. Estas políticas pueden estar dispuestas por el gobierno, las legislaturas y las agencias reguladoras autorizadas por otras autoridades constituidas” (Milio, 2001, pg. 622).

En este sentido, se puede decir que las políticas públicas de salud son el marco donde los individuos y las organizaciones pueden ejercer las actividades de adquisición, organización, distribución y ejercicio del poder; además de que

condicionan la forma y el contexto en que se desenvuelven las vidas de los habitantes (Milio, 2001).

Brown Lawrence (1983) habla de la importancia de distinguir entre dos conceptos utilizados en la agenda de políticas, política (*policy*) y políticas (*politics*). La primera es utilizada para referirse a las ideas y las estrategias que los tomadores de decisiones sugieren implementar para alguna política; considerando que una “*policy*” puede tener congruencia en teoría o en papel, pero no necesariamente puede dar resultados deseados en la vida real. En el segundo término, hay que distinguir entre procesos políticos y las estructuras políticas. Lo que los políticos intentan hacer y lo que las estructuras permiten, fomentan o limitan son asuntos diferentes. El reconocer la disparidad entre estos dos casos, es lo que hace la diferencia entre un político con bases sólidas en el tema de políticas y un político que no tiene conocimiento sobre los temas.

En este sentido, poco se ha enfocado la atención a estas situaciones, siendo común que se asuma que cualquier buena idea es una estrategia factible, que cualquier idea intelectual debe de ser exitosa cuando es puesta en práctica.

Las políticas entonces, son dadas a varios niveles, desde el que se produce a nivel legislativo, hasta la toma de decisiones internas en las instituciones, centros de salud, entre otras, y se vuelven operacionales cuando en un grupo social se decide realizar una intervención y en otras no, así como la manera diferente de implementación.

Tommasi (2004), indica que el desarrollo de las políticas públicas depende de varios actores, tanto del presidente y los partidos políticos hasta los sindicatos y grupos empresarios, que interactúan en diferentes escenarios: gabinete, el congreso y las calles. Adicional, Tapia (2010) indica que los factores que determinan la entrada de un problema público a la agenda de gobierno son: a) la relevancia y significación social del problema; b) la percepción del público de que el problema merece la intervención del gobierno; c) un detonante o momento coyuntural (elecciones, sucesos económicos relevantes, informe de gobierno o de una organización

internacional, etc.); d) que sea competencia de alguna autoridad de gobierno; y e) la cobertura y difusión de los medios de comunicación.

La literatura científica sobre políticas públicas muestra que el proceso de construcción de las políticas, parte de la definición de un problema público, que posteriormente es escalado a la agenda gubernamental, a partir de lo cual, se comienza con el diseño de estrategias, su implementación, monitoreo y evaluación, para finalmente, continuar el ciclo de mejoras continuas con la finalidad de dar una atención adecuada al problema público previamente detectado (Anderson, 1984; Kingdon, 2003; Aguilar Villanueva, 1996; Nelson, 1996; entre otros).

De acuerdo con Schmidt (2006), la sociedad debe tener una fuerte influencia en la agenda política, mediante la cual se toman las decisiones en materia de salud; sin embargo, con el paso del tiempo, se ha ido perdiendo la influencia de la ciudadanía en estas decisiones debido a la despolitización de la sociedad mexicana, en donde, el gobierno no abre espacios para la entrada de la opinión ciudadana, además de conducir la política de salud mediante decisiones carentes de bases sólidas, en algunas materias para las que es necesaria una mayor especialización.

En el 2013, Oliva *et al.* indican que un eje básico para el desarrollo de la agenda es la promoción de un buen gobierno de la sanidad, definición que no está muy lejana a la descripción de Schmidt y la necesidad de la especialización de la agenda para la atención a los temas de salud. El gobierno de sanidad, se refiere a una gobernanza que influya positivamente en todas las funciones del sistema sanitario; mejorando el desempeño y los resultados de salud (Council of Europe, 2010; Oliva Juan, 2013). De igual manera, la buena gobernanza en la salud pública, debe de estar basada en la universalidad, equidad y solidaridad.

Las anteriores normas, deben de estar complementadas por la construcción de un sistema más transparente en la información proporcionada a los usuarios, profesionales y ciudadanos; en donde la toma de decisiones cuente con la participación y colaboración de actores profesionales en sanidad y la población; y finalmente que el desarrollo de normas y estructuras de las personas que toman las

decisiones, rindan cuentas de las mismas y justifiquen sus elecciones basándose en criterios explícitos de efectividad, eficiencia y calidad en todos los niveles del sistema sanitario (Novoa, 2014).

En este sentido, las decisiones de inversión o desinversión en los servicios de salud, deben ser guiadas por evidencia científica sobre la efectividad comparativa de las intervenciones preventivas, los tratamientos y pruebas. De igual forma, deben ser suficientemente transparentes para que todas las partes implicadas conozcan y comprendan las decisiones adoptadas y así, puedan servir como guía para la innovación (Novoa, 2014).

Los investigadores, los hacedores de las políticas y los profesionales juzgan si una intervención en salud funciona, basándose en las estimaciones de su eficiencia y efectividad; siendo la mejor manera de hacerlo mediante un ensayo controlado aleatorio. La evidencia de que una intervención funciona cuando es aplicada en la comunidad, se define como que es efectiva (O'Mullane, 1976). La tendencia actual en el cuidado de la salud y la salud pública, es basar las recomendaciones en la evidencia derivada de revisiones sistemáticas de la literatura y la evaluación de la calidad de la evidencia (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

El proceso de construcción de las políticas, se encuentra plenamente documentado en la esfera académica, así como a partir del análisis de distintos programas gubernamentales que han sido implementados de forma metódica. En el caso de la política de salud bucal en México, este ciclo concluye en la creación del Programa de Salud Bucal y dentro de los Programas de Acción Específico, Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal. En este sentido, Cruz et al. (2014) mencionan que aún hace falta tomar en cuenta los determinantes sociales para la creación de estas políticas enfocadas a la salud bucal.

Sin embargo, como Moreno-Jaimes y Flamand (2015) indican que el área de la Salud en México es altamente inequitativa en términos de condiciones, financiamiento accesibilidad y calidad; pues el país gasta una baja proporción de su PIB, incluso en comparación con otros países de Latinoamérica. La salud bucal no

es ajena a este fenómeno, lo que muestra la necesidad de que el tema sea posicionado en la agenda gubernamental, para que sea posible una mejor atención de los grupos vulnerables en materia de salud.

Otro aspecto relevante es la variación de los resultados en la implementación de las políticas públicas, la cual puede deberse al proceso de formulación de políticas en cada país, a los principales actores participantes en el proceso, sus papeles, preferencias, incentivos y capacidades, las características de ambiente dónde sucede la interacción y la naturaleza de las transacciones que realizan (Tommasi, 2004).

### **I.1 POLÍTICAS DE SALUD BUCAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Como se ha indicado en la introducción del presente documento, la salud bucal de acuerdo con la Federación Dental Internacional (FDI, 2016), indica que la salud bucal es polifacética incluyendo capacidades de comunicación, gesticulación, olfatoria, gustativa, táctil, masticatoria, deglutiva y la trasmisión de emociones, con la ausencia de enfermedad. Así como el bienestar físico y mental, influenciado por las experiencias, percepciones, expectativas y adaptación del individuo.

Al respecto, el *Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial* de Estados Unidos (NIDCR por sus siglas en inglés), indica que la prevención es fundamental para alcanzar buenos niveles nacionales en salud oral; lo anterior, en virtud de que los investigadores pioneros en la materia, en la década de 1950, demostraron sus efectos, no sólo en la disminución de la caries, sino también en las infecciones bacterianas y la enfermedad periodontal. Del mismo modo, dicho Instituto indica que, para la obtención de mejores índices de salud bucal, es necesaria una fuerte inversión en mensajes de promoción de la salud en general, y salud bucal, en particular. Finalmente, el NIDCR indica que los científicos en la materia, hoy más que nunca, se encuentran trabajando en grupos multidisciplinarios para traer nuevo conocimiento y *expertise* para el entendimiento global de las medidas necesarias para dotar de mayor efectividad a las inversiones en salud bucal a través de la investigación (US Department of Health and Human Services, 2000).

Entre los retos más importantes que detecta el NIDCR, se encuentran la inequidad y las disparidades en el acceso a la salud bucal. Indica que las barreras en el acceso a la salud oral incluyen la falta de servicios de salud, explicada por ingresos monetarios limitados o por falta de seguridad social, transporte, o la falta de flexibilidad para tomarse el tiempo necesario en el trabajo, para que los trabajadores y sus familias reciban atención bucal. Adicionalmente, indica que las personas con discapacidad, y aquellas con problemas serios de salud, pueden enfrentar barreras adicionales; y que, algunas ocasiones, los legisladores y los tomadores de decisiones en materia de políticas públicas pueden considerar que la salud bucal y la necesidad de su atención, es menos importante que otras necesidades de salud, lo cual, apunta a la necesidad de incrementar la concientización y mejorar los conocimientos sobre la salud en general entre dichos grupos (US Department of Health and Human Services, 2000).

En una revisión de las inequidades en salud bucal en Gran Bretaña (Watt, 1999), se detectó inequidad en la existencia de caries en dentición primaria, causada por la clase social y la privación de los servicios de salud. Los niños de clase social baja presentaban mayor índice de CPOD y periodontitis en grado severo, en comparación con los niños de clase social alta. Para la población adulta, se detectó que el CPOD era mayor en las clases sociales bajas, y que la enfermedad periodontal en severidad y prevalencia variaba con el grado de condición social que presentaba. Las personas de clases sociales altas, con mayor educación, que vivían en áreas urbanas y de sexo femenino, presentaban menos severidad de periodontitis que los de la clase social baja, que son de baja clase social, menos educados, viven en área rural y son hombres (Todd, 1991).

En consonancia con los elementos específicamente dirigidos a la salud bucal, detectados por el NIDCR; la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la “Agenda de Salud para las Américas 2008-2017” (Salud O.P., 2007), establece que la exclusión de la salud en general para América Latina, parece estar vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (cultural, racial, social y de género), y la estigmatización que sufren los enfermos mentales y las personas con

necesidades especiales; y que pese a que en los últimos años ha habido mejoras en la mayoría de los indicadores de salud tradicionales a nivel nacional, existe una gran diferencia dentro de los países y entre los países de la Región. Estas diferencias pueden estar relacionadas con diferencias geográficas, de edad, de género, de educación y de distribución del ingreso (Organización de las Naciones Unidas *et al.*, 2005).

En referencia a una atención integral, dirigiendo y reorientando la salud bucal a una nueva estrategia de integración con enfermedades crónicas y la salud general, la Organización Mundial de la Salud (2002) creó el Programa Global de Salud Bucal. Las enfermedades crónicas continúan predominando en los países de medio y alto ingreso, y ha aumentado su prevalencia en algunos países de desarrollo bajo. El objetivo de este Programa, es el aumentar el énfasis en el desarrollo de políticas globales basadas en enfoques comunes de factores de riesgo y que estos se coordinen más eficazmente con otros programas de salud pública. Así pues, este Programa será un impulso para que los países desarrollen o ajusten los programas nacionales de salud bucal (Petersen, 2008).

Por su parte, Hobdell *et al.* (2003), proponen en el documento denominado “Global goals for oral health 2020” una guía a seguir por los planeadores de salud en diferentes circunstancias para el desarrollo de los programas de salud bucal, reconociendo que ningún documento es exacto, enlistan posibles áreas que necesitan ser consideradas. Incluye, además, las metas citadas por la FDI, OMS y la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR). El objetivo de este documento, es proveer un marco a los políticos tomadores de decisiones en salud en diferentes niveles - regional, nacional y local.

Para el diagnóstico de las necesidades de la población para ser consideradas en el diseño de la política, se propone un formato con preguntas, combinado con una lista de problemas de salud bucal. Para cada localidad la situación será diferente, no solamente en la epidemiología de las enfermedades bucales, sino también en los contextos políticos, socioeconómicos, culturales y legislativos; los cuales también deben de ser considerados para el diseño.



Entre las metas, se encuentra el disminuir el impacto de las enfermedades bucales y craneofaciales, enfatizando en la promoción de la salud bucal y la reducción de las enfermedades en las poblaciones con mayor prevalencia; y el minimizar el impacto de las manifestaciones bucales y craneofaciales de las enfermedades sistémicas, y utilizar esas manifestaciones bucales para el diagnóstico temprano de enfermedades sistémicas, para prevenir o realizar el manejo efectivo de la patología.

La salud bucal es integral a la salud general, no puedes decir estar sano si no se cuenta con salud bucal. La salud bucal y la salud general no deben de ser interpretadas como entidades separadas; ya que la salud bucal es un componente importante de la salud y debe de ser incluida al proporcionar los cuidados de salud y en los diseños de los programas para la comunidad (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Algunos síntomas o signos de enfermedades, comportamientos en el estilo de vida, y la exposición a las toxinas pueden ser detectadas dentro y alrededor del complejo craneofacial. Los agentes patógenos que ingresan por la boca pueden proliferarse localmente presentando síntomas y signos; otros patógenos pueden entrar en el sistema sanguíneo directamente o por los canales linfáticos y causar así una enfermedad generalizada. (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Con relación a los sistemas de salud, la OPS menciona que aún no se ha logrado superar su segmentación<sup>2</sup> y siguen persistiendo graves deficiencias en el desempeño de las políticas de financiamiento de salud. Además, se observa una alta vulnerabilidad reflejada en que algunos países presentan un nivel de gasto

---

<sup>2</sup> Segmentación es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, “especializadas” de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, que están determinados por su ingreso y posición económica. La segmentación se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población.

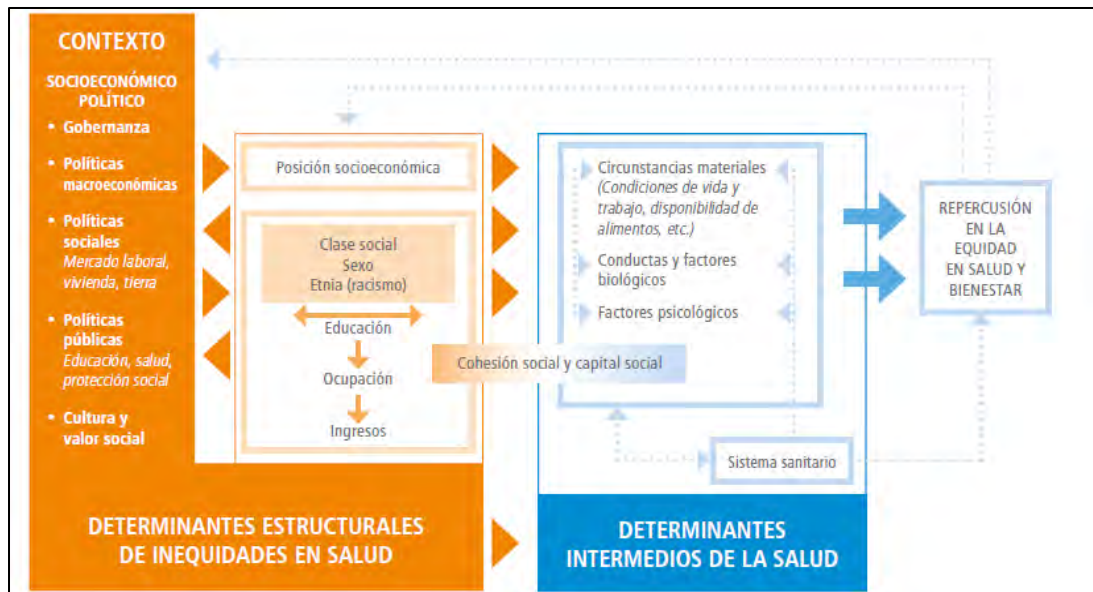
insuficiente en salud, alta dependencia de recursos externos y el aumento de gasto de bolsillo ciudadano en la mayoría de los países.

De acuerdo con dicho organismo, el ejercicio de la gobernanza, liderazgo y rendición de cuentas, son elementos necesarios para que las autoridades sanitarias logren el compromiso y la voluntad política para fortalecer el desarrollo en el ámbito de la salud. De igual manera, los ministerios de salud deben cumplir las funciones primordiales de la salud pública y desempeñarse eficientemente en su papel de conducción, regulación y gestión de los sistemas de salud (Organización Panamericana de Salud, 2007).

Se sabe que, desde hace tiempo, las condiciones sociales influyen en la salud, siendo necesaria así la intervención y actuación de todos los sectores para promover el bienestar, tal como se destaca en la Declaración del Alma Ata (1978) adoptada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud y en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). La mayor parte de las morbilidades surge de las condiciones en las que nace, vive, trabaja y envejece la gente; las cuales se conocen como “determinantes sociales de la salud”, que incluyen determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud, en el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, destaca la importancia de las políticas públicas como un elemento estructural para el impacto en la salud y el bienestar (Solar, 2010). Así, para el año 2010, propone un esquema en el que se puede observar que, junto con las políticas sociales y educativas, las políticas públicas en materia de salud, retroalimentan las características socioeconómicas de los individuos para incidir posteriormente en su estado de salud y bienestar; sin dejar de reconocer la influencia de las circunstancias materiales y de comportamiento de dichos individuos.

**Cuadro 1. Determinantes de la salud (OMS<sup>3</sup>)**



Como se infiere, no todos los determinantes poseen la misma importancia; los más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad, como las estructuras políticas y de gobernanza, las cuales, establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Por lo tanto, la OMS hace un llamado a las naciones para la toma de decisiones más amplias y reflejar así, que los riesgos para la salud y los beneficios de las medidas tienen lugar en todos los niveles de la gobernanza (local, nacional o mundial) (OMS, 2010) Estas políticas, evidentemente, se encuentran relacionadas con el entorno macroeconómico, la idiosincrasia y la gobernanza que prevalece en cada región o país; de ahí la importancia de fortalecer el proceso de toma de decisiones en materia de políticas públicas de salud bucal.

Como problema de salud público, el confrontar las condiciones adversas de la salud bucal, requiere de la coordinación por parte de la sociedad, particularmente de los servicios de salud, siendo guiada por estudios epidemiológicos de planeación y

<sup>3</sup> Del mismo modo, el Modelo de Lalonde, denominado "Factores que afectan la salud de la población", en el año 1974 indica la importancia de las políticas públicas como un determinante fundamental de la salud.

administración, así como de estudios de ciencias sociales en salud enfocados a las condiciones y a las múltiples dimensiones de las patologías bucales (Antunes, 2016).

La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser prevenidas, mediante la combinación de la comunidad, los profesionales de la salud y estrategias individuales. Entre estas estrategias se encuentra la prevención de las enfermedades y la intervención de la promoción de la salud dirigida a la población, profesionales de salud y los tomadores de decisiones; creando así, un ambiente saludable reduciendo factores de riesgo, informando a los grupos objetivo y actualizando los conocimientos y comportamientos con respecto a la salud (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

En la búsqueda de mejores resultados en el desarrollo de las políticas, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), dirigió un proyecto con el fin de construir medidas de las características clave de las políticas. Las características definidas en este proyecto, con referencia en los trabajos de Pablo Spiller y Mariano Tommasi (2005), se resumieron en: estabilidad, adaptabilidad, coherencia y coordinación, eficiencia, calidad de implementación y cumplimiento de la vigilancia y orientación hacia el interés colectivo (Franco, 2014).

Siguiendo esta línea, la Guía de Programas de Salud Bucal para el Estado y los Territorios de la Asociación Dental de Directores Estatales y Territorial (ASTDD 1997), identificaron las acciones esenciales en salud pública para mejorar la salud bucal; entre ellas se encuentra el desarrollar programas y políticas mediante procesos colaborativos que apoyen los esfuerzos individuales y comunitarios para atender las necesidades en salud bucal; y promover el compañerismo en la comunidad, entre los hacedores de políticas, profesionales, organizaciones, grupos, la población y otros, para identificar e implementar soluciones a los problemas de salud bucal (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Partiendo de las referidas bases, establecidas por los organismos internacionales que representan la autoridad en materia de salud y salud bucal, a continuación, se

lleva a cabo una revisión sobre los elementos que, desde la esfera académica, se detectan como relevantes y que se sitúan en la frontera del conocimiento científico en materia de políticas públicas de salud bucal.

La OMS define como principales enfermedades y afecciones bucales la caries, afecciones periodontales, el cáncer de boca, las enfermedades infecciosas bucales, los traumatismos físicos y las lesiones congénitas (OMS, 2010). Las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son patologías de mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo, primordialmente en las poblaciones más vulnerables, constituyéndose como un problema de salud pública bucal (Medina-Solís, 2006).

La medición de la salud bucal es obtenida mediante el diagnóstico clínico bucal de la población; sin embargo, debido a que existen diversos factores, la medición es compleja. Para la medición de la salud bucal, es necesario identificar el comportamiento de los componentes de la salud, los determinantes o factores de riesgo y causalidad de estos, para obtener así la información necesaria para la elaboración de indicadores de salud (Calzadilla, 1996).

Entre los componentes del estado de salud, descritos por Calzadilla se encuentran:

1. La población; su estructura y número, distribución espacial y el ritmo de crecimiento del mismo.
2. Fecundidad: su nivel e impacto en la salud de la sociedad.
3. Morbilidad: su nivel, estructura y tendencias.
4. Mortalidad; su nivel, estructura y tendencias
5. Invalidez; su nivel y estructura según sus causas
6. Crecimiento y desarrollo; físico, funcional y psíquico

Así mismo, menciona que los determinantes o condicionantes de la salud y la enfermedad a nivel individual o grupal en una comunidad, dependen de la integración de otras variables, como lo son: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida, el sistema de asistencia sanitaria y, en específico al componente de salud o enfermedad bucal; este es determinado por condiciones tales como

agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicos, hábitos higiénico bucales, acceso a los servicios de salud, conocimientos sobre patologías bucales, concientización personal sobre la salud, asistencia a los servicios bucales periódicamente, etc. (Mena SA, 1992)

México presenta un grave caso de caries y periodontitis (Medina, 2006), patologías que afectan, no solo el estado anímico de las personas que las sufren, sino el estado de bienestar y calidad de vida. Tanto la caries como la periodontitis son enfermedades que derivan en la falta de órganos dentarios y en una deficiente masticación de los alimentos y aprovechamiento de los nutrientes.

Desde la década de 1980 se ha reportado una disminución de la prevalencia y experiencia de caries (Anderson, 1982), en su mayoría en países desarrollados y en algunos países de América Latina y el Caribe. Esta disminución puede deberse probablemente a la implementación de programas de educación, prevención y tratamiento de las enfermedades bucales, y a la introducción de fluoruros en el agua y sal (Brunelle A., 1982).

En un estudio realizado a estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México en los años 2005 al 2008, se reporta un cambio en el perfil epidemiológico en la población estudiada, observando una disminución de los dientes cariados y el índice de CPOD. Para el año 2005 EL CPOD fue de 8.6; en 2006 se obtuvo un promedio de 11.6; 10.4 para el año 2008; 8.76 para el 2009; y finalmente, 7.56 y 5.42 para 2010 y 2011, respectivamente (Jiménez, 2013).

A pesar de no ser una muestra representativa de toda la población mexicana, la utilizada para el estudio mencionado anteriormente, el estudio puede darnos una percepción de la disminución de la caries en la población joven estudiante, pudiendo inferir que los jóvenes están mejor informados sobre como conservar una mejor salud bucodental.

En este sentido, Hermosillo (2009) afirma que el uso de medidas preventivas en México como la pasta dental fluorada, el programa nacional de sal fluorada y la

educación de prevención han resultado eficientes para el declive de la caries dental en los últimos veinte años.

Un estudio por Cruz *et al.* (2014), menciona diversos factores causales-patogénicos, micro flora, dieta, huésped, tiempo, edad, ingeniería biodental (Montero, 2012) - que clínicamente producen la caries, pero no los determinantes sociales asociados a su prevalencia. Sin embargo, se determinó que la desigualdad en el ingreso participa en los modelos causales de prevalencia de caries; participando en menor caso el analfabetismo, la tasa migratoria neta y el PIB. La implementación de la distribución de sal yodada y fluorada se asocia como un factor de prevención para la disminución de la incidencia de caries dental. En este sentido, se menciona la necesidad de generar nuevas políticas públicas que tomen en cuenta los determinantes sociales al momento de plantear estrategias para mejorar la salud bucal y general de la población (Cruz *et al.*, 2014).

Pérez (2006), determinó en un estudio realizado en 20 estados de México, el nivel de cobertura de la población  $\geq 18$  años ( $n= 24\ 154$ ) para identificar los factores asociados a tener cobertura dental, utilizando la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED 2002-2003). La ENED, contiene datos sobre percepciones y condiciones de salud, factores de riesgo, aseguramiento social y privado, gasto privado en salud, utilización de servicios y de ocho dominios que miden la capacidad de respuesta de los sistemas nacional y estatales de salud a las expectativas legítimas de los usuarios (trato adecuado). El estudio demostró que el tener un alto nivel de educación, un estatus de nivel socioeconómico favorable, el tener al menos una enfermedad crónica y el contar con aseguramiento médico; eran asociados con tener una mejor cobertura dental. Esta desigualdad puede ser atribuida a las diferencias de las poblaciones en cuanto al salario percibido y el nivel de estatus social.

Asimismo, un estudio realizado por Tickle (2000) en el Reino Unido, se evaluó la capacidad de los datos censales (estudios epidemiológicos), se combinaron con los registros administrativos de salud, con el fin de proporcionar una estimación de la caries mediante el índice de CPOD. El estudio, utiliza como variable dependiente el

CPOD y como variables independientes algunas de las variables censales y del servicio de salud. Los resultados arrojan que el CPOD disminuye conforme el porcentaje de residentes con educación elevada se incrementa. Así mismo, la posesión de automóvil es vista como un buen proxy del ingreso, además de tener asociación con factores específicos de daño en salud.

En conclusión, los resultados demuestran una fuerte relación entre el índice de CPOD y las variables censales y de privación, especialmente a nivel de pequeñas regiones, y que todas las medidas comúnmente utilizadas para medir la privación, muestran la misma asociación. Sin embargo, los datos no son conclusivos para la población de menores de edad, sino que la asociación es más fuerte en personas adultas (Tickle, 2000).

En México, la Secretaría de Salud (SSA) es la responsable directa de los servicios de salud y de la educación en salud en todas sus áreas. Asimismo, la implementación de políticas de salud bucal juega un rol importante en la disminución y prevención de las patologías bucales.

Para la atención a grupos vulnerables, Narvai y Antunes (2010) mencionan de igual manera, que el servicio odontológico es importante, atribuyendo como prioridad la promoción de la salud por medio de expansión de atención primaria, educación en salud y acciones preventivas (por ejemplo, el abastecimiento de agua fluorada para la prevención de la caries o la fluorización de la sal). La fluoración del agua y el abastecimiento por medio del servicio público en Brasil, es una muestra de las estrategias de intervención que han influido en la disminución de la caries dental en el país y en el exterior.

Para que la población acuda a los servicios de salud, los hacedores de políticas deben de contemplar la inclusión de programas que incrementen la participación, aceptación y uso de los planes de atención y cobertura entre la población. Para que dichos programas estimulen la participación en la promoción y educación en salud, los planeadores de políticas deben incluir en los diseños elementos que amplíen la cobertura del pago por la atención dental (Manski, 2014).



En el año 2000, la Asociación de Directores Dentales de Estados y Territorios, identificó que las necesidades primordiales para obtener una mejora en la atención a la salud, es la de generar un sistema de vigilancia sobre el estado de salud oral de la población; así como la necesidad de que exista un liderazgo consistente de directivos y un grupo de médicos preparados para la atención a la población, promocionando la prevención y la vigilia de la salud (Beverly, 2012).

Para el diseño del sistema de vigilancia, Beverly menciona que la supervisión va más allá de una parte de la población, que se requieren datos de diferentes aspectos de la salud a lo largo de la vida y con una periodicidad para el logro de los objetivos. Para tal efecto, propone que los programas de salud sean realizados a manera de que sean integrales y que tengan una duración de tres a cinco años, así como un plan anual de acción, y que ambos programas sean representativos de la salud bucal en otras coaliciones a nivel estatal, para resaltar que la salud oral es integral a la salud en su conjunto.

Así, los organismos supranacionales y las autoridades en materia de salud, de forma general, y de salud bucal, de forma específica, detectan la importancia, en primera instancia, de contar con procesos de construcción de políticas públicas en materia de salud, con bases sólidas y considerando a la población más vulnerable. Asimismo, se indica que estas políticas públicas de salud bucal, deben ser vistas desde un enfoque interinstitucional y transversal, como cualquier política de salud; para lo cual deben incluir una atención adecuada y accesible para las poblaciones más vulnerables, acciones de prevención de enfermedades, promoción de la salud y difusión de las acciones implementadas; investigación para el hallazgo de mejores métodos y; por consecuencia, inversión en la materia. Finalmente, como todo proceso de políticas públicas, es necesario que las acciones implementadas, cuenten con esquemas de seguimiento, monitoreo y evaluación, que permitan una mejora continua.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Para una revisión detallada sobre los componentes de las políticas públicas, su diseño, implementación, monitoreo y evaluación; así como su elevación a la agenda pública, se puede revisar literatura especializada como Aguilar Villanueva, 1992; y Luhmann, 1986.

## II. ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS BUCALES EN MÉXICO

La política de salud en México, en el periodo del 2013-2018, ha planeado y establecido estrategias para lograr una mejora en la salud bucal de la población mediante programas enfocados a la prevención de enfermedades bucales.

Estas políticas de salud bucal, han tenido un enfoque primordial en la disminución de las enfermedades con más prevalencia entre la población, como la caries, las enfermedades periodontales y el cáncer bucal; siendo estas intervenciones, dirigidas principalmente a las poblaciones más vulnerables, entre las que se incluye a los niños en edad escolar, las mujeres embarazadas y las urgencias dentales; así como aquellos que, como resultado de la necesidad de una mayor atención y prioridad de los programas de salud pública bucal, forman parte de grupos con riesgos y daños de la salud, como son los adolescentes, los adultos mayores, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas con VIH y SIDA, y personas con enfermedades crónico-degenerativas (Lang A. et al.), extendiendo así las acciones de salud bucal (Secretaría de Salud, 2013).

Entre las estrategias diseñadas para el combate de las principales enfermedades bucales se encuentra la educación preventiva en escolares, la educación asistencial y la fluoración de la sal; mismas que han resultado determinantes para la reducción de la prevalencia de caries dental. Sin embargo, la prevalencia del Índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD) no es homogénea para todas las entidades federativas; por ejemplo, Yucatán y Zacatecas muestran índices de CPOD relativamente bajos, con valores de 0.52 y 0.63, respectivamente; en contraste, el Estado de Morelos o el Distrito Federal obtienen valores de 3.74 y 2.82, respectivamente (ENCD, 2001).<sup>5 6</sup>

El perfil epidemiológico de la salud bucal en México, desarrollado por la Secretaría de Salud, afirma que la caries dental en escolares de seis años de edad, obtenida

---

<sup>5</sup> El referido Índice CPOD representa la sumatoria de los dientes Cariados (C), Perdidos (P) y Obturados (O) de la población analizada, divididos entre el total de personas de la población analizada, de forma que se calcula de la siguiente manera:  $CPOD = \frac{\sum(C+P+O)}{N}$ .

<sup>6</sup> Al considerar que la Organización Mundial de la Salud toma en cuenta los siguientes rangos: *Muy Bajo*: 0.0 a 1.1; *Bajo*: 1.2 a 2.6; *Moderado*: 2.7 a 4.4 y *Alto*: 4.5 a 6.5.

de la Encuesta Nacional de Caries Dental (ENCD) en el 2001, generó un daño considerable en la dentición de esta población. Sólo diez entidades federativas registraron un índice menor a 2 dientes afectados, Yucatán mostró el índice más bajo (0.7) y el Estado de México el más alto (5.4). Para la población de doce años, este perfil epidemiológico muestra una prevalencia mayor de caries en escolares de doce años en el Distrito Federal (88.64%) y una prevalencia menor en el estado de Yucatán (30.72%) (Secretaría de Salud, 2011). De esta forma, se observó que la necesidad de atención odontológica, la difusión de información preventiva adecuada y la utilización de materiales para la prevención de caries en niños (selladores de fosetas y fisuras), para la prevención de la caries no se ha cubierto, considerando que el componente cariado es el que se presenta con mayor prevalencia en el índice de CPOD (Secretaría de Salud, 2006).

La Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental, realizada entre 1998 y 2001 evaluó la reducción de caries dental; sin embargo, como se detalló en la Encuesta Nacional de Caries Dental 2001, la reducción de la caries no presentó un comportamiento homogéneo entre las diferentes entidades federativas del país. No obstante, lo anterior cumplió con la meta establecida por la OMS y la FDI de reducir la severidad de la caries en al menos tres dientes en los niños de doce años para el 2001 (Aggeryd, 1983).

Una de las acciones emprendidas por el gobierno para la atención a la salud bucal en el año 2003, fue incorporar el componente de salud bucal dentro del Sistema Nacional de Cartillas de Salud (Secretaría de Salud, 2015) mientras que, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica inició con la revisión semanal de casos de gingivitis y enfermedad periodontal.

A partir del año 2005, se cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SVEPAB) como otra fuente de información epidemiológica a nivel nacional, la cual permite construir un perfil con rasgos generales de los problemas bucales más importantes. Dentro de los resultados de este Sistema, se cuenta con la información de los años 2009, 2010, 2011, 2013 y 2014, apreciando

que no es posible obtener la prevalencia de las enfermedades bucales en la actualidad (Secretaría de Salud, 2013)

Con el fin de obtener una percepción de la evolución de los resultados del SVEPAB de los años 2009 (línea base) y 2014; los resultados son los siguientes (Secretaría de Salud, 2015):

Niños y adolescentes:

- Higiene bucal: se obtuvo una reducción de 3.4%, obteniendo para el 2014 un porcentaje de 45.7% para la población que mostraba detritos o cálculo visible en los dientes, y para el promedio de IHOS<sup>78</sup> se obtuvo 0.53, disminuyendo 0.2 porcentual.
- Estado dental: se obtuvo un índice >4 para niños de 2 a 6 años de edad, siendo similar al resultado del 2009. Para las edades de 6-19 años el índice de CPOD promedio fue de 3.4, disminuyendo 0.4 porcentual.
- Enfermedad periodontal: los resultados mostraron que el 74.7% de los examinados presentaban un periodonto sano, disminuyendo 0.1 porcentual; y para el sangrado gingival se presentó en el 13.0%, disminuyendo 0.1 porcentual.

Adultos:

- Higiene bucal: se obtuvo que, de los adultos examinados el 67.3% tenían visibles detritos o cálculo sobre los dientes, disminuyendo 5.6 porcentual. Para los adultos de 70 a 74 años la presencia de detritos o cálculo, no fue reportada en el año 2014, por lo cual se consideró el rango de edad de 65-69 años para la comparación. Para el año 2014 se obtuvo una prevalencia de 76.2%, disminuyendo 5.2 porcentual. Para el grupo de mayores de 80 años (a 100

---

<sup>7</sup> El índice de Higiene Oral Simplificado, mide la superficie del diente cubierta por placa y cálculo, teniendo así dos elementos resultantes de la medición. La revisión de los componentes es realizada en 6 superficies dentales dividida horizontalmente en tercios. La calificación se obtiene por persona, totalizando la puntuación de cada componente por superficie dental y dividiéndola entre la cantidad de superficies examinadas.

años), hubo una disminución de 2.9 porcentual. El promedio de IHOS en la población examinada en el 2014, fue similar a la reportada en el año 2009, siendo de 1.17.<sup>9</sup>

- Estado dental: se obtuvo un promedio de CPOD de 13.00 para la población de 20 años y más, disminuyendo 0.43 porcentual.
- Enfermedad periodontal: se obtuvo que aproximadamente el 58.7% tenía algún signo de enfermedad periodontal, disminuyendo 4.9 porcentual; el 21.7% tenía gingivitis, disminuyendo 0.8 porcentual: 4.1% presentaban enfermedad periodontal leve, con disminución de 3.3 porcentual; y finalmente, el 0.9% presentaban enfermedad periodontal avanzada, disminuida en un 0.8 porcentual.

Derivado de lo anterior, se observa que en los componentes de estado dental el Índice de CPOD, los dientes cariados es el principal componente; por lo que se puede concluir que la caries sigue siendo un serio problema de salud pública, lo que evidencia la posible descoordinación de las estrategias planteadas para la atención integral de la salud bucal. Con los resultados obtenidos de las encuestas nacionales, no es posible determinar la disminución de las patologías dentales, debido a que el estudio no se realizó sobre una misma población.

En este sentido, una combinación de políticas a nivel internacional, podría ser el concientizar a la población sobre la necesidad de autocuidado de la salud, considerando sus hábitos alimenticios e higiénicos; siendo estos tal vez determinados por las condiciones socioeconómicas de la población y la combinación de la inversión en infraestructura de las instituciones de salud para la atención bucal (Secretaría de Salud, 2013).

---

<sup>9</sup> Para valorar la Higiene Bucal se sugiere la siguiente escala: 0 excelente, 0.1 a 1.2 buena, 1.3 a 3.0 regular y 3.1 a 6.0 mala.

### **III. COMPARACIÓN Y DISCUSIÓN DE LAS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS EN MÉXICO, CHILE Y CANADÁ**

A partir de los elementos teóricos desarrollados en el apartado anterior, a continuación, se describen los objetivos, y las estrategias que se han implementado en los tres países; con la finalidad de realizar una comparación de las concurrencias y diferencias fundamentales entre ellos, y respecto a los elementos que, desde la esfera académica, se consideran relevantes para la implementación de una política de salud bucal adecuada.

Para el desarrollo de las actividades que tienen como fin cumplir con los objetivos definidos, se delinearán líneas estratégicas. Estas líneas estratégicas incluyen las líneas de acción de cada estrategia para su desarrollo. En el cuadro 2 se realiza una síntesis del anexo 1. Cuadro comparativo de programas de salud bucal (México, Chile y Canadá), para mejor análisis y seguimiento de las comparaciones de los tres países analizados en este ensayo.

De esta forma, derivado de los objetivos estratégicos (enlistados en el anexo 1) se crearon 8 temáticas que engloban el contenido de los diversos objetivos de los tres países; resultando éstas temáticas: 1) atención en general y a grupos vulnerables; 2) fortalecimiento del personal odontológico; 3) colaboración interinstitucional; 4) monitoreo y evaluación de políticas; 5) promoción de salud bucal y prevención de enfermedades; 6) inversión costo-eficiente; 7) investigación; y 8) difusión de las políticas de salud bucal; existe similitud con los temas abordados en la literatura. Dichas temáticas fueron definidas con la finalidad de llevar a cabo una mejor comparación y descripción del contenido de las Políticas de Salud Bucal diseñadas en México, Canadá y Chile.

**Cuadro 2. Objetivos y temáticas de las Políticas de Salud Bucal en México, Chile y Canadá**

Objetivos		Temática							
		Atención y grupos vulnerables (ANT-VUL)	Fortalecimiento de personal (PERS)	Colaboración interinstitucional (COLAB)	Monitoreo y evaluación de políticas (MON-EVAL)	Promoción de la salud bucal y prevención de enfermedades (PROMO-PREVE)	Inversión costo-eficiente (COSTO)	Investigación (INVEST)	Difusión de las políticas de Salud Bucal (DIFU)
México	M1	Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.		COLAB					DIFU
	M2	Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.	ATN-VUL			PROMO-PREVE			
	M3	Otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutoria y especial atención a grupos vulnerables.	ATN-VUL						
	M4	Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.		PERS				INVEST	
	M5	Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.				MON-EVAL			
	M6	Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.					COSTO-EFIC		
	M7	Garantizar los derechos de las mujeres y hombres.	ATN-VUL						
Chile	CH1	Difundir políticas, planes y programas e información referente a salud bucal.	ATN-VUL				PROMO-PREVE		DIFU
	CH2	Fortalecer la autoridad sanitaria nacional y regional.		PERS				COSTO-EFIC	INVEST
	CH3	Evaluar y monitorear políticas, planes y programas de salud bucal.				MON-EVAL			
	CH4	Instalar un modelo de salud en todas las políticas a través del trabajo intersectorial.	ATN-VUL		COLAB				
	CH5	Diseñar políticas, planes y programas en salud bucal que disminuyan la inequidad bucal.	ATN-VUL						
Canadá	C1	Impulsar la salud bucal.	ATN-VUL						DIFU
	C2	Acceso al cuidado.	ATN-VUL					COSTO-EFIC	
	C3	Políticas de salud bucal.			COLAB				INVEST
	C4	Vigilancia.				MON-EVAL			
	C5	Protección de la salud, promoción de la salud bucal y prevención de la enfermedad.					PROMO-PREVE		
	C6	Liderazgo y Personal.		PERS					

Fuente: elaboración propia a partir de 1) México: Programa de Acción Específico. Prevención, detección y control de los problemas de salud bucal 2013-2018; 2) Chile: Estrategia nacional de salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020; 3) Canadá: A Canadian Oral Health Framework. Reducing Dental Disease

Como se observó en la descripción anterior de los objetivos, estos fueron englobados en temáticas, las cuales fueron creadas a partir de los objetivos de los tres países; esta sección describirá por temática las líneas de acción realizadas en los países estudiados.

En la temática referente a la *atención y grupos vulnerables*, México delinea las acciones de difundir los lineamientos para el desarrollo de la atención y prevención de enfermedades bucales de manera equitativa e igualitaria, concentrando participaciones de distintas instituciones. Dichas acciones están dirigidas a comunidades vulnerables o en riesgo, como mujeres embarazadas, infantes y escolares, con la intención de lograr un beneficio en su estado de salud general. Así mismo, se sugiere la incorporación de la atención estomatológica y el incremento de los recursos para la atención bucal en las localidades carentes de este servicio.

Por su parte, Chile establece en sus líneas de acción la necesidad de reforzar el componente de salud bucal y la expansión de las mismas, la creación de programas dirigidos a grupos vulnerables (niños), así como la mejora del acceso a los fluoruros; México en esta acción de distribución de fluoruros menciona la distribución y dosificación de la sal yodada-fluorada.

Canadá indica la atención de los grupos vulnerables a través del empleo de un servicio preventivo y de tratamiento en escolares, con enfoque en menores de 5 años y en el rango de 6 a 17 años; ofreciendo diversos servicios para la prevención y concientización de las enfermedades bucales, y acondicionando espacios para las prácticas de prevención de caries, como la aplicación de barniz en niños. Por último, establece identificar los factores de salud e inequidad, y proporcionar beneficios de salud a niños de escasos recursos, comunidades indígenas y adultos mayores.

Emami (2016), en un estudio realizado en Canadá para identificar el uso de los servicios de salud bucodental en las áreas rurales remotas, encontró que la distribución de los profesionales en odontología entre las áreas rurales y urbanas, eran muy diferentes (90.3% en el área urbana). Lo anterior, demuestra que aún



siguen existiendo discrepancias en el acceso a los servicios, por lo cual sigue existiendo inequidad en la atención a la salud bucodental.

En este sentido, se observa que los tres países consideran que la atención de grupos vulnerables, debe ser dirigida específicamente a los grupos de niños menores de 17 años, a los ancianos y a comunidades indígenas o de escasos recursos. Así mismo, se hace hincapié en la dosificación y distribución del fluoruro para la prevención de caries. En todos los países se pudo comprobar el importante énfasis que se hace en dichas poblaciones, y en la ampliación de la cobertura de la salud bucal para las poblaciones de escasos recursos.

Con lo anterior expuesto, se reafirma la necesidad de tomar en cuenta los determinantes sociales para la elaboración de políticas dirigidas a la salud bucal (Cruz, 2014). Asimismo, el NIDCR identifica, entre los retos más importantes para alcanzar niveles óptimos de salud bucal, la inequidad y las disparidades, tales como la falta de servicios de salud, explicada por ingresos monetarios limitados o por falta de seguridad social y transporte. Por su parte, la OPS indica que la exclusión en salud está vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación cultural, racial, social y de género; y con la estigmatización a los enfermos mentales y las personas con discapacidad.

Martin Tickle (2000), indica que, en un análisis de los datos censales en el Reino Unido, fue posible verificar que existe una fuerte relación directa entre la caída de dientes y la privación de los servicios dentales; además de detectar que, la carencia de elementos como la posesión de automóvil, se relaciona no sólo con la falta de recursos, sino con la falta de acceso a una alimentación sana, en localidades alejadas; y consecuentemente, con la presencia de problemas de salud bucal.

Un estudio realizado en Chile, sobre las inequidades en los resultados en salud bucodental en una población  $\geq 60$  años, demostró que los participantes con menores niveles de educación y bajos ingresos económicos, y que viven en áreas rurales presentan mayores problemas de salud bucodental (ejemplo: edentulismo y dificultades para masticar). Entre las barreras para el cuidado bucodental y el uso

de los servicios bucodentales, se encuentran la escasa disponibilidad y acceso a los servicios de salud (Mariño, 2013).

El tema de *fortalecimiento del personal* para México, es desarrollado con acciones de elaboración y difusión de guías de prácticas en materia de salud bucal, investigación en salud bucal con la colaboración de diferentes instancias y la capacitación de los estomatólogos para brindar servicios de calidad. En este sentido, Chile propone en su Estrategia nacional de salud, para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, la elaboración de orientaciones técnicas basadas en las mejores experiencias y distribuir las al personal estomatológico (Gobierno de Chile [GCH], 2010).

Canadá por su parte, comenta que los directores de salud sean compensados por su educación, habilidades y conocimientos, expandiendo estos incentivos para ser entregados a los profesionales que laboren en comunidades carentes de servicios; sugiriendo, que éstos ocupen una contratación de tiempo completo en las instalaciones. De igual manera, se propone la entrega de información epidemiológica a los encargados de la toma de decisiones para impulsar así la salud pública, y la evaluación de los grupos de profesionales para crear un inventario de iniciativas exitosas y no exitosas (Gobierno Federal, Territorial y Provincial. Grupo de Trabajo Dental [GFTP], 2012).

Sobre el fortalecimiento del personal, se observa que México propone la elaboración de guías y la capacitación de los estomatólogos, pero no hace mención a la actividad de basarse en experiencias exitosas para la elaboración de estas guías distribuidas, como lo mencionan Chile y Canadá (Secretaría de Salud [SSA], 2013). Canadá (GFTP, 2012), es el único país que propone el utilizar incentivos para que los profesionales de la salud decidan prestar sus servicios en localidad que no están en condiciones óptimas para ofrecer los servicios, y que los turnos de jornadas laborales sean de tiempo completo. También, este es el único país que toma en consideración la opinión de los tomadores de decisiones, llevando la información a un nivel más alto que el de los profesionales de salud (estomatólogos), y la

evaluación de los odontólogos para obtener las acciones que funcionan y que no funcionan para la disminución de la morbilidad.

En consonancia con las políticas establecidas por los países analizados, Haber et al. (2015), indica que uno de los principales retos para mejorar el acceso a la salud bucal, y por lo tanto, disminuir las desigualdades y mejorar, tanto, la salud bucal, como los resultados de la salud en general; consiste en construir una capacidad de mano de obra interprofesional, entre los proveedores de salud bucal y no bucal.

Igualmente, Beverly et al. (2012), identificaron que la capacitación del personal, es un elemento que debe ser incluido en los programas de salud bucal, con la finalidad de tener mejores desempeños en el logro de objetivos de los programas de salud, las políticas de desarrollo y las de seguridad social.

Para la temática de *colaboración interinstitucional*, México sugiere la unificación de los modelos de salud bucal a nivel institucional, vinculando el componente de salud bucal a los programas del Sistema Nacional de Salud. Chile menciona la formulación de un Modelo de Intervención Promocional y Preventivo de Salud Bucal.

Para Canadá, esta idea de unificar o incluir la salud bucal como parte integral de la salud general no está muy lejos; este país sugiere dirigir los determinantes sociales en salud mediante la construcción de políticas de salud pública con la colaboración de diversas instituciones como son las de educación, programas de salud bucal, nutrición y cesación al tabaco [GFTP, 2012]. Así mismo, se menciona el desarrollo de un plan de avance para futuras alternativas y metas con la participación de instituciones académicas, agencias gubernamentales, industrias y la población. Para la promoción de la salud y publicidad que fomente una alimentación sana, indica la colaboración con profesionales de la salud.

Al respecto, Beverly et al. (2012), mencionan que se necesita una colaboración entre los estados, con el propósito de contar con un plan integral de salud bucal en el cual exista mayor interacción con profesionales de la salud de otros ámbitos. Para Tommasi (2004), la implementación de las políticas públicas es resultado de la

participación de diversos actores, tanto gubernamentales, como sociales, políticos y privados.

El monitoreo y evaluación de las intervenciones en materia de salud bucal, son delineadas en las acciones de México mediante la actualización de los métodos e instrumentos de supervisión, verificando la aplicación de las normas y el cumplimiento de programas por los diferentes niveles. Las recomendaciones deben de tener un seguimiento resultante de la evaluación y supervisión en las entidades federativas; y finalmente, se sugiere fortalecer el análisis de la información del SIVEPAB como instrumento básico para la toma de decisiones.

Chile, al igual que México propone la mejora y monitoreo de los registros existentes y la realización de estudios epidemiológicos para la evaluación de la Estrategia Nacional de Salud. México y Chile concuerdan en que los instrumentos para la realización y supervisión de estas intervenciones, es necesaria la actualización de los mismos para cumplir con las normas de los programas. De igual manera, se sugiere que dichas actualizaciones sean basadas en los resultados de los estudios epidemiológicos realizados, para que conforme a estos las políticas o programas sean modificados para la obtención de una mejor atención dental y la mejora de la salud bucal.

En este tema, Canadá delinea acordar una junta académica/política para tratar el tema de la vigilancia de la salud bucal; crear un panel para establecer protocolos de recolección de datos, y que el método de almacenamiento de la información sea consultado con investigadores y planeadores de la salud. Se sugiere que la información, obtenida de las evaluaciones, sea diseñada específicamente para cada región, pero que también se genere información comparable con otros datos generales. Para México y Chile la conformación de un comité bien preparado y académicamente afín a la salud bucal, no es puntualizado para la ejecución del monitoreo y la evaluación de las políticas o programas implementados.

El tema de *promoción y prevención en materia de salud bucal*, es desarrollado por México, por una parte, mediante la Comisión Federal para la Protección contra

Riesgos Sanitarios, la cual es la encargada de distribuir la dosificación correcta de la sal yodada-fluorada NOM-013-SSA2-1994 (DOF, 2008). Para tales efectos de promoción de la salud bucal y la prevención de las enfermedades, se sugiere el difundir los lineamientos establecidos para el desarrollo de las Semanas Nacionales de Salud Bucal intersectorialmente, haciendo partícipes a las entidades federativas para la exposición de proyectos de salud bucal. De igual manera, se propone el incremento del esquema básico de prevención estomatológica en las unidades de salud, tomando en consideración la cartilla nacional de salud. Dichas intervenciones, deben de estar dirigidas a grupos vulnerables, como lo son los menores de tres años, niños en edad escolar, mujeres en estado de gravidez o en edad reproductiva. Y finalmente, se menciona que, para los niños en edad escolar, es necesario fomentar la formación y capacitación de proveedores de salud bucal para el nivel escolar de primaria.

Para Chile, las líneas de acción son similares a las de México, considerando que el reforzar la promoción de la salud bucal y prevención de las enfermedades, debe de realizarse mediante el reforzamiento de la educación en escolares y la distribución de fluoruros (GCH, 2010).

Canadá, delinea que para la prevención de enfermedades bucales como la caries es importante la distribución de fluoruros, y realizar campañas para apoyar el desarrollo de documentos con conductas a favor del agua fluorada en todos los municipios (GFTP, 2012).

Antunes (2010) sugiere que el servicio público debe de dirigirse a la comunidad con base a los resultados de estudios sobre morbilidad y promoción de salud bucal.

La *inversión costo-eficiente* en relación a la salud bucal, es delineada en México con acciones de promoción para elaboración del diagnóstico de salud bucal y el programa anual de trabajo. Para la actualización de los medicamentos e insumos necesarios para la atención de las patologías bucales, se sugiere la participación del responsable de los procesos de licitación para la obtención; y finalmente, para la utilización del Sistema de información para el fortalecimiento de acciones se

propone asesorar a los responsables del programa de salud bucal en las entidades federativas.

Chile no describe muy explícitamente las acciones a realizar, sólo menciona que es necesaria la intervención de acciones costo-efectivas, sin dar detalle de cómo lo harán. En cuanto a Canadá, en relación con los profesionales, se sugiere incentivarlos para que trabajen de manera gratuita en comunidades que son marginadas y a personas con necesidades especiales. De igual manera, se recomienda la asociación con profesionales del sector privado para la atención en salud bucal, y la capacitación mediante cursos para mejorar la habilidad de los profesionistas y como resultado, obtener un alcance mayor de la población.

En este tema, se puede concluir que, en México se sugiere que la atención dental sea eficiente, es necesario el promover la revisión bucal por parte de la población por profesionales de la salud bucal; mientras que Canadá sugiere que para obtener este resultado de eficiencia, los profesionales deben de tener una motivación para trabajar en favor a la salud de la población que no cuenta con los recursos necesarios para el pago de los servicios, y la capacitación adecuada de los profesionales para la mejora de la prestación de servicios.

La investigación en materia de salud bucal es importante, debido a que con base en esto se toman las decisiones para la entrada a la agenda pública y la implementación de las acciones a realizar para la resolución de los problemas que afectan a la población.

México por su parte, delinea la actualización del marco normativo referente a la prevención y control de las enfermedades, mediante el consenso con instituciones. Las guías y materiales de práctica destinados a los profesionales de la salud, se sugiere deben de ser elaboradas y difundidas en diferentes niveles de atención bucal; y en referencia a la distribución de material didáctico y contenidos educativos para la población, deben de ser elaborados y actualizados. Los resultados obtenidos de los programas del gobierno federal, como lo es el Programa de Acción Específico de Salud Bucal, debe de ser distribuido a la población y profesionales.

En este sentido, Chile propone también la elaboración de material, pero que este sea basado en las mejores experiencias, siendo distribuido a los profesionales de salud para la mejora en la atención. Para Canadá, la idea de la mejora con base en experiencias anteriores, es también una línea de acción, así como la continuación de investigaciones con enfoque a la tecnología.

Finalmente, en los tres países se indica, en términos generales que la trasmisión de las políticas en salud bucal, es necesaria para el apoyo en la prevención de las enfermedades bucales. México, propone que la unificación de los criterios para la creación de un modelo único, así como la vinculación de los programas y estrategias existentes, son indispensables para que los programas sean exitosos y abarquen las intervenciones necesarias que garanticen una buena salud bucal. En este sentido, Chile y Canadá también sugieren la distribución de material educativo dirigido a poblaciones vulnerables; Canadá destaca que, en caso de no contar con infraestructura para la atención dental, plantea la adaptación de espacios o la realización de infraestructura.

En conclusión, las políticas de los tres países contienen los elementos necesarios mencionados por la literatura, para que los programas de salud bucal cumplan sus objetivos, y por consecuencia, la población disminuya los porcentajes de patologías bucales. Sin embargo, México aún necesita que las políticas públicas consideren desde el nivel legislativo las patologías bucales como un problema de salud pública grave, para que se desarrollen más políticas a favor de la prevención y control de las enfermedades de alta incidencia, y que dichas políticas sean concebidas para las características de la población mexicana.

## CONCLUSIONES

En el presente ensayo, se estableció como objetivo llevar a cabo un análisis de los instrumentos y alcance de las políticas de salud bucal en México propuestas para el período 2013-2018; así como la revisión de literatura especializada en materia de políticas públicas. Lo anterior, con el propósito de identificar si los avances en materia de salud bucal y los programas establecidos en el país, cuentan con las características primordiales; y posteriormente compararlas con las políticas diseñadas en países con mayor índice de desarrollo, como lo es Chile y Canadá, con la finalidad de identificar los avances y retos que México tiene en esta materia.

Como se puede observar en los resultados de la comparación de los diferentes Programas de Salud Bucal (México, Chile y Canadá), establecidos en los gobiernos actuales de cada país; los programas comparten la idea de mejorar la salud bucal mediante la implementación de estrategias preventivas, las cuales, son más fáciles de distribuir debido al bajo costo del material educativo. De igual manera, los diferentes programas están enfocados en la atención a grupos vulnerables, aquellos que están alejados de centros de salud con atención bucal, y que en caso de que exista atención particular, la población no cuenta con los recursos económicos suficientes para el pago del servicio.

Derivado de esta comparación, se aprecia que los tres programas están diseñados, de tal manera, que comparten una estructura de objetivos muy similares a pesar de que son países con índice de desarrollo (IDH) diferente: México, 0.756; Chile, 0.832; Canadá, 0.913, quedando Chile y Canadá en un IDH muy alto y México con un IDH alto (PNUD, 2015).

En este sentido, se observa que a pesar de que México cuenta con líneas establecidas para acciones en materia de salud bucal, existen cuestiones internas, tal vez, en la agenda pública, que impiden la correcta implementación de los objetivos y así, el desarrollo de las acciones a emprender para la disminución de la morbilidad bucal.



Siguiendo esta línea, nos podemos preguntar: ¿son los actores quiénes no introducen el tema de la salud bucal en la agenda pública adecuadamente?, ¿los actores o tomadores de decisiones, son profesionales o personas capacitadas para dichas acciones?, ¿el presupuesto designado a los Programas o acciones, dirigidos a reducir la morbilidad bucal, es el necesario para la implementación de las acciones?, ¿se cuenta con un sistema adecuado de seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones implementadas?.

Entre los limitantes encontrados para la realización de este Ensayo, es la existencia de material proporcionado por investigadores, con datos epidemiológicos enfocados a poblaciones muy específicas, que no son representativas de la población mexicana. Por otra parte, en cuanto a los datos epidemiológicos levantados por el gobierno federal, se trata de información resultante de estudios transversales, provocando que no sea posible realizar una estimación de la disminución o incremento de la prevalencia de las patologías.

De esta forma, se ha constatado que México se ciñe a los estándares establecidos por los Organismos Internacionales y en la esfera académica, en términos de los objetivos y estrategias planteados en sus programas de salud bucal, mismos que comparte con países con mayores niveles de desarrollo humano; sin embargo, se ha podido observar que la forma en que las políticas son implementadas no ha sido la adecuada, ya que existe una amplia heterogeneidad en los resultados (Secretaría de Salud, SVEPAB 2013), además de que, no obstante, los planteamientos parecen ser adecuados, el presupuesto destinado a estas acciones no es suficiente.

Con los resultados obtenidos de este análisis de las políticas bucales en los tres diferentes países, se puede sugerir la revisión de la literatura sobre los resultados obtenidos mediante la implementación de los programas bucales en los países estudiados, con el propósito de observar la efectividad de los mismos; considerando que los tres países abordan las mismas temáticas mediante sus objetivos.

En este sentido, es necesario impulsar acciones de mayor envergadura, como lo son la construcción de infraestructura para la adecuada atención bucodental, así

como la distribución de materiales de calidad para los tratamientos dentales; el fortalecimiento de los recursos humanos, mediante la capacitación de los profesionales en salud bucodental y la incentivación de los mismos; el reforzar la atención del paciente y la investigación en salud bucodental, con la finalidad de contar con mayor influencia en la agenda pública, para que los programas sean diseñados e implementados por profesionales de salud bucal.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aggeryd T. (1983). *Goals for oral health in the year 2000: cooperation between WHO, FDI and the national dental associations*. Int Dent J, Mar; 33 (1): 55-9.
- Anderson, RJ, (1982). *The reduction of dental caries prevalence in English schoolchildren*. J Dent Resr , 61.
- Antunes J. F, Narvai, P.C. (2010). *Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities*. Saudade Publica, 44(2 ), 360-5.
- Antunes J. F., Toporcov T.N., Bastos J.L. et al. (2016). *Oral health in the agenda of priorities in public health*. Revista de Saúde Pública, 50:57.
- Arah O. A. , Klazinga N.S., Delnoij D.M., Ten Asbroek A.H.A. y Custer T. (2003) *Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement*. International Journal of Quality in Health Care, 15 (5), 377-398.
- Beverly A. Isman, L. R. (2012). *State oral health infrastructure and capacity: lessons learned from other states*. Journal of Public Health Dentistry, American Association of Public Health Dentistry, 72, 41-44
- Brown Lawrence (1983). *Politics and Health Care Organization: HMOs as Federal Policy*. Massachusetts, Washington: The Brooking Institution. Recuperado el 31 de enero de 2017.
- Brunelle A, C. J. (1982). *Changes in the prevalence of dental caries in US schoolchildren 1961-1980*. J Dent Res.
- Calzadilla, A. R. (1996). *Diagnóstico de salud bucal*. Rev Cubana Estomatol, 33.
- Council of Europe. (2010). *Recommendation CM/Rec 6 of the Committee of Ministers to member states on good governance*.

Cruz Palma, G., Sánchez Najera, R. I., Quiroga García, M. Á., & Galindo Lartigue, C. y. (2014, Marzo). *Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México*. *Revista Cubana de Estomatología*, 51(1), 55-70.

Diario Oficial de la Federación (2008). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Recuperado en enero 11, 2016, from [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5063213&fecha=08/10/2008](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5063213&fecha=08/10/2008).

Emami, E., Khiyani M.F., Habra C.P., Chassé V., Rompré P.H. (2015). *Mapping the Quebec dental workforce: ranking rural oral health disparities*. *Rural and Remote Health*, 16: 3630.

Federación Dental Internacional. (2012). *Visión 2020 de la FDI. Delinear el futuro de la salud bucal*. *Int Dent J*. Recuperado el junio 21, 2016, from [http://www.fdiworldental.org/media/12516/vision\\_2020\\_spanish.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/12516/vision_2020_spanish.pdf)

Federación Dental Internacional. (2016). FDI unveils new universally applicable definition of "oral health". Federación Dental Internacional. Recuperado en enero 09, 2017, from <http://www.fdiworldental.org/media/press-releases/latest-press-releases/06092016-fdi-unveils-new-universally-applicable-definition-of-%E2%80%98oral-health%E2%80%99.aspx>

Figuroa A, Gonzalez A, Alarcon J.. (2016). *Medical Expenditure for Chronic Diseases in Mexico: The Case of Selected Diagnoses Treated by the Largest Care Providers*. *Public Library of Science*, 11, (1).

Franco Chuairé María, C. S. (2014, julio). *La política de las políticas públicas: Re examinando la calidad de las políticas públicas y las capacidades del Estado en América Latina y el Caribe*. Recuperado en septiembre 05, 2016, from Banco Interamericano de Desarrollo: [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6617/La%20pol%C3%](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6617/La%20pol%C3%93tica)

ADtica%20de%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%3a%20R  
eexaminando%20la%20calidad%20de%20las%20pol%C3%ADticas%20p%  
C3%BAblicas%20y%20las%20capacidades%20del%20Estado%20en%20A  
m%C3%A9ri

Gobierno de Chile (2010). *Estrategia nacional de salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Retrieved enero 11, 2017, from <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Gobierno Federal, Territorial y Provincial. Grupo de Trabajo Dental (2012). *Oral Health Framework. Reducing Dental Disease*. Retrived septiembre , 2016 from <http://www.caphd.ca/sites/default/files/FrameworkOctober%202014%20-%20FINAL%20English.pdf>

Haber, J. E.-K. (2015, marzo). *Putting th Mouth Back in the Head*. American Journal of Public Health, 105(3).J Appl Oral Sci, 17: 114-21.

Hermosillo V. H., Quintero L.E., Guerrero N.D. et al (2009). *The implementation and preliminary evaluation of an ART strategy in México- a country example*.

Hobdell Martin et al. (2003). *Global goals for oral health 2020*. International Dental Journal, 53: 285-288.

Jiménez Juana, R. E. (2013). *Prevalencia de caries y fluorosis dental en alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM*. ADM.

Johannes, B. S. (2014). *Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health*. Journal of Public Health Policy, 35(3), 363–386.

Lang A., S. J. (2008). *Neighbourhood deprivation and dental service use: a cross-sectional analysis of older people in England*. Journal of Public Health, 30(4), 472 –478.

- Maceira, D. (2014). *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. Draft manuscript, UNICEF*. Buenos Aires.
- Manski, R. J. (2014). Dental Care Coverage and Use: Modeling Limitations and Opportunities. *American Journal of Public Health*, 80-87.
- Mariño R., Albala C., Sánchez H., Cea X. (2013). *Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56: 513-517.
- Medina-Solis Carlo E., G. M.-B.-N.-V.-L. (2006). Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed*, 17, 269-286
- Mena SA, L. R. (1992). *Epidemiología bucal. Conceptos básicos*. Venezuela: Ofedo.
- Milio Nancy R. (2001). *Glossary: healthy public policy*. *J Epidemiol Community Health*, 55:622.
- Montero ZP (2012). *La caries dental y su asociación a determinados factores de riesgo, en preescolares de un centro de salud de la comunidad de Madrid, bajo los criterios diagnósticos de caries ICDAS II* [tesis doctoral]. Universidad Complutense, Madrid.
- Moreno-Jaimes, C. L. (2015). *Towards health-care equality ? The performance of Seguro Popular in Mexico*. *Journal of Public Governance and Policy: Latin American Review*, 5-31.
- Novoa, A. M. (2014). *El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda*. *Gaceta Sanitaria*, 28, 28, 44-50.
- Nunn, N. A. (2016). *The use of the BDA Case Mix Model to assess the need for referral of patients to specialist dental services*. *British Dental Journal*, 220, 401 - 406.

- Oliva Juan, S. P.-J. (2013). *Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: Agenda para una reforma sanitaria ordenada*. En Portada.
- O'Mullane DM (1976). *Efficiency in clinical trials of caries preventive agents and methods*. Community Dental Oral Epidemiol, 4 (5); 190-4
- O Solar, A. I. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012, Abril). *Salud bucal*. Recuperado en 2006,12-junio from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); HABITAT, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidad para la Mujer; UN. CEPAL; OIT;OPS;PNUD;PNUMA;UNESCO;UNICEF; Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile
- Organización Mundial de la Salud (2010). OMS. Recuperado en julio 15, 2016, from *Cerrando la Brecha: la política de acción sobre determinantes sociales de la salud*: [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Datos estadísticos*. Recuperado el 11 enero, 2017 from <http://www.who.int/countries/en/>
- Organización Panamericana de la Salud (2007, junio). *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*. Recuperado el 01 septiembre, 2016, from [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008-2017.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Canadá. Perfil del Sistema de Servicios de Salud*. Retrived 11 enero, 2017, from

[http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Canada\\_2000.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Canada_2000.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2002). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México*. Recuperado el 11 enero, 2017, from [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Mexico\\_2002.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Retrived 11 enero, 2017, from <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>

Pérez-Núñez, Medina-Solís CE, Maupomé G. et al (2006). Factors associated with dental health care coverage in Mexico: findings from the National Performance Evaluation Survey 2002–2003. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34: 387-97.

Petersen Erik (2008). *World Health Organization global policy for improvement of oral health-World Health Assembly 2007*. *International Dental Journal*, 58: 115-121

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). *Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2015*. New York, EU. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2015-human-development-report.html>

Schmidt, S. (2006). *Jurídicas UNAM*. 4. Recuperado en junio 21, 2016, from <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/qdiuris/cont/4/cnt/cnt6.pdf>

Secretaría de Salud (2013). *Programa de Acción Específico. Prevención, detección y control de los problemas de salud bucal 2013-2018*. Recuperado el 21 junio, 2016, from [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE\\_PreencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013\\_2018.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf)



Secretaría de Salud (2006). *Encuesta Nacional de Caries Dental 2001*. Recuperado el 23-junio, 2016, from Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/encd2001.pdf>

Secretaría de Salud (2011). *Perfil Epidemiológico de la salud bucal en México 2010*. Recuperado en junio 28, 2016, from [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P\\_EPI\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_BUCAL\\_EN\\_MEXICO\\_2010.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf)

Secretaría de Salud (2011). *Salud Bucal del Preescolar y Escolar*. Recuperado el 23 junio,2016 from [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye\\_completo2.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf)

Secretaría de Salud (2011,16-mayo). *Vigilancia de la Salud Bucal*. From Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/vigilancia/index.html>

Secretaría de Salud (2015, 03-noviembre). *Promoción de la salud*. Recuperado el 25 junio, 2016 from <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas.html>

Secretaría de Salud (2015, agosto). *Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2014*. Recuperado el 24 agosto, 2016, from [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol\\_sivepab.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_sivepab.html)

Secretaría de Salud (n.d.). *Programa de Salud Bucal*. Recuperado el 23 junio, 2016, from Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades: [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada\\_bucal.html](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_bucal.html)

Secretaría de Salud (n.d.). (2014). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2013*. Recuperado el 27 junio, 2016, from

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades:  
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/vigilancia/index.html>

Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPO). (2013) *Asociación entre enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas*. Retrieved 30 de noviembre, 2016, from: PerioExpertise: <http://www.perioexpertise.com/es/doc/asociaci%C3%B3n-entre-enfermedad-periodontal-y-enfermedades-sist%C3%A9micas>

Tapia Mónica, B. C. (2010). *Manual de Incidencia en Políticas Públicas*. México: Alternativas y Capacidades A.C.

Tickle Martin, E. K. (2000). *Predicting population dental disease experience at a small area level using Census and health service data*. *Journal of Public Health Medicine*, 22(3), 368-374.

Tood J.E., Lader D. (1991). *Adult dental health 1988 United Kingdom*. Her Majesty's Stationery Office (HMSO).

Tommasi, E. S. (2004). *La política de las políticas públicas*. Polítiiernoca y go.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services. Recuperado de <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral>

Watt R., Sheiham A. (1999) *Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action*. *British Dental Journal*, 187 (1).

Yepes Francisco. (1991). *Análisis comparativo de los sistemas de salud: algunos aspectos metodológicos*. *Salud pública*, 33 (4), 393.

## **ANEXO 1. CUADRO COMPARATIVO DE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL (MÉXICO, CHILE Y CANADÁ)**

En el Anexo I. Comparación de programas de salud bucal (México, Chile y Canadá), se muestra una matriz con la descripción de los principales objetivos, estrategias, líneas estratégicas, y líneas de acción de los Programas de Salud Bucal recientemente implementadas en los países analizados.

Las líneas estratégicas implementadas por los diferentes países parecen ser similares, pues en todos los casos, buscan desarrollar la atención hacia los grupos vulnerables, llevar a cabo la evaluación y monitoreo de los programas de salud, así como impulsar las políticas de salud bucal e investigación para que sean tomadas en consideración en la salud de la población.

Tanto México como los otros dos países concuerdan en que es necesario tener un objetivo que ampare los derechos a recibir atención bucal eficiente y de calidad, en los cuales exista la equidad entre la población, enfocándose principalmente en los grupos vulnerables; así mismo, se menciona la importancia de la prevención, y promoción y difusión de la salud bucal. Para México, dichos objetivos estratégicos se indican en los numerales 1, 2, 3 y 7; mientras que para Chile se encuentran descritos en los objetivos 1, 4 y 5; y finalmente para Canadá se establecen en los objetivos 1, 2 y 5.

En alusión al objetivo 4 en México, se hace mención a la necesidad de fomentar la investigación en materia de salud bucal, así como al fortalecimiento del personal en materia técnica y gerencial; Chile los aborda con el objetivo 2 y Canadá en los objetivos 3 y 6.

**ANEXO 1. CUADRO COMPARATIVO DE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL (MÉXICO, CHILE Y CANADÁ)**

		MÉXICO							CHILE					CANADÁ								
		M1	M2		M3	M4	M5	M6	M7	CH1	CH2	CH3	CH4	CH5	C1	C2		C3	C4	C5	C6	
LÍNEA ESTRATÉGICA		OBJETIVO ESTRATÉGICO																				
ESTRATEGIA																						
1	Definir e implementar los recursos necesarios para los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica institucionales	Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud																				
2	Promover la utilización intensiva y extensiva de las medidas preventivas de tipo masivo, grupal, clínico e individual.	Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población																				
3	Coordinar acciones con los sectores público, social y privado, para la prevención y promoción de la salud bucal.	Otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutoria y especial atención a grupos vulnerables																				
4	Coadyuvar a disminuir la incidencia y prevalencia de caries dental en los diferentes grupos de riesgo.																					
5	Fortalecer la atención curativo-asistencial a fin de mejorar la salud bucal de la población con énfasis en los grupos vulnerables.																					
6	Promover la ampliación de cobertura de la atención estomatológica.																					
7	Unificar criterios de promoción, prevención y control de las enfermedades bucales con el sector salud, educativo y gremio odontológico.	Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.																				
8	Establecer mecanismos de control y seguimiento en la aplicación de acciones y actividades del Programa para el logro de metas.	Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad																				
9	Validar la correcta programación y aplicación de recursos financieros destinados para el desarrollo de las actividades del Programa.	Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.																				
10	Promover la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres para ejercer sus derechos, reduciendo la brecha en la materia.	Garantizar los derechos de las mujeres y hombres																				
1	Refuerzo y expansión del modelo de intervención preventivo promocional a nivel preescolar y escolar	Difundir Políticas, Planes y Programas e información referente a Salud Bucal.																				
2	Reforzamiento del componente de Salud Bucal en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario	Fortalecer la autoridad sanitaria nacional y regional																				
3	Disponibilidad de un sistema de registro e información epidemiológica	Evaluar y Monitorear Políticas Planes y Programas de Salud Bucal																				
4	Colaboración con el sector educacional, y con otros sistemas como el de Protección Social que incluye a niños y jóvenes	Instalar un modelo de salud en todas las políticas a través del trabajo intersectorial																				
5	focalización en grupos vulnerables	Diseñar políticas, Planes Y Programas en Salud Bucal que disminuyan la inequidad Bucal																				
1	Impulsa la salud bucal en niños y jóvenes	Impulsar la salud bucal																				
2	Impulsar el acceso a la salud bucal en comunidades indígenas	Acceso al cuidado																				
3	Asegurar el adecuado acceso al cuidado de la salud bucal	Políticas de salud bucal																				
4	Incluir la salud bucal como parte integral de la salud general	Vigilancia																				
5	Desarrollar y mantener información acerca del estatus en materia de salud bucal	Protección de la salud, promoción de la salud bucal y prevención de la enfermedad																				
6	Incrementar el acceso a agua fluorada para prevenir la caries	Liderazgo y Personal																				
7	Promover el liderazgo en materia de salud pública																					
8	Promover que los profesionales trabajen en base a su capacidad y espectro completo de práctica																					

**ANEXO 1. CUADRO COMPARATIVO DE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL (MÉXICO, CHILE Y CANADÁ)**

		MÉXICO	CHILE	CANADÁ	
<b>LÍNEAS DE ACCIÓN</b>	1	Unificar criterios para la definición e integración de los modelos de salud bucal aplicables a los niveles institucionales de atención.	1	Reforzar el componente educativo para la instalación de hábitos saludables de higiene y alimentación tempranamente en la vida, y expandir el programa de educación preescolar y básica que acogen a los niños más vulnerables del país.	<p>Desarrollar servicio preventivo y de tratamiento ligado a las escuelas</p> <p>En escuelas con niños con riesgo mayor de enfermedad bucal, ofrecer e implementar un rango de servicios que incluyan lo siguiente: cepillado diario, aplicación de fluoruro, enjuague bucal con fluoruro, sellador dental, obturación, educación y promoción para la salud bucal</p> <p>Brindar apoyo a guarderías y kínder para programas de cepillado, políticas y proyecciones acerca de salud bucal, tomando en cuenta que la edad de 5 años o menos es la ideal para crear buenos hábitos de salud bucal</p> <p>Promover el aditamento de salones de salud (utilizables para servicios dentales) en escuelas nuevas o renovadas</p> <p>Promover el acceso a programas de tratamiento públicos dentales para niños de hasta 17 años</p> <p>1</p> <p>Identificar los factores de salud e inequidad de salud en donde y cuando sea posible</p> <p>Proporcionar beneficios de salud bucal a niños de escasos recursos</p> <p>Considerar la capacidad de adaptar en el edificio espacio para que las enfermeras, prácticas y médicos apliquen barniz de fluoruro en niños menos de tres años</p> <p>Desarrollar programas de concientización de salud bucal para iniciar in cambio en comunidades alejadas para puntualizar la diferencia de costo entre una cirugía y tomar bebidas saludables</p> <p>Promover la revisión bucal en niños que inician en el sistema escolar</p> <p>Promover políticas de salud escolar que incluyan la salud bucal</p> <p>2</p> <p>Expandir el rol de los ayudantes del Circle of Health International para que puedan ofrecer servicios preventivos en las escuelas (programas de cepillado, enjuague con fluoruro, barnizado con fluoruro) en todos los grados, en comunidades indígenas</p> <p>Iniciar programas de prevención bucal escolar donde no hayan sido implementados en escuelas dentro de las reservas y fuera de las reservas en donde el número de niños elegibles existente lo justifique.</p>
		Promover la aplicación de las acciones establecidas en los modelos en la población general.	Mejorar el acceso a los fluoruros de la población más vulnerable.		
		Elaborar, reproducir y difundir materiales educativos de prevención y promoción de la salud bucal con un enfoque intercultural.	2	Elaborar orientaciones técnicas basadas en las mejores experiencias disponibles.	
		Vincular el componente Salud Bucal a los programas y estrategias de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.	Abordar al individuo y su familia como un sistema en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.		
	2	Concertar con la COFEPRIS la correcta distribución y dosificación de la sal yodada-fluorada.	Intervenir con acciones costo efectivas.		
		Capacitar y actualizar al personal de salud sobre el correcto uso de los fluoruros y otros métodos preventivos.	3	Mejora y monitoreo de los registros existentes.	
	3	Difundir los lineamientos establecidos para el desarrollo de las Semanas Nacionales de Salud Bucal intersectorialmente.	3	Realizar estudios epidemiológicos para evaluación de cumplimiento de metas de impacto de la Estrategia Nacional de Salud.	
		Concertar la participación de las instituciones de salud, académicas, gremiales y empresariales en programas y campañas de salud bucal.	4	Formulación del Modelo de Intervención Promocional y Preventivo de Salud Bucal.	
	4	Incrementar la participación de las entidades federativas en el desarrollo de proyectos de comunidades saludables en materia de salud bucal.	5	Creación de Programas enfocados a Poblaciones vulnerables.	
		Difundir los lineamientos de prevención y atención odontológica a mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo a las 32 entidades federativas.			
		Establecer las actividades preventivas en materia de salud bucal, en infantes menores de tres años de edad, por parte del binomio madre-padre.			
		Incrementar la aplicación del esquema básico de prevención estomatológica en las unidades de salud conforme a las cartillas nacionales de salud.			
		Intensificar la cobertura educativa y preventiva en salud bucal en planteles de preescolares y escolares.			

### ANEXO 1. CUADRO COMPARATIVO DE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL (MÉXICO, CHILE Y CANADÁ)

MÉXICO		CHILE	CANADÁ
LÍNEAS DE ACCIÓN			Incluir un espacio para clínica dental cuando se construyan o remodelen centros de salud en las comunidades indígenas, y clínicas de mayor capacidad donde el número de usuarios de origen indígena lo justifique
	Incrementar el número de escuelas saludables en materia de salud bucal con base en el sistema de atención gradual.		Impulsar e incrementar el número de profesionales de la salud bucal debidamente entrenados en el área del noroeste de Canadá
	Promover la formación y capacitación a proveedores de salud de atención primaria en temas de salud bucal mediante el proyecto SOFAR (Salud Oral y Factores de Riesgo).		
	5		Desarrollar alternativas que complementen el sistema privado y proporcionar cobertura completa a las personas de escasos recursos
	Incorporar la atención estomatológica en los diferentes grupos de riesgo para lograr un beneficio en su estado general de salud.		Investigar incentivos fiscales para los profesionales de la salud bucal que trabajen pro bono en comunidades marginadas y a clínicas especializadas con el equipo necesario para el cuidado de la salud para pacientes con necesidades especiales. Proporcionar cobertura o subsidio a personas con necesidades especiales
	Promover, mediante capacitación, las buenas prácticas con técnicas de calidad que contribuyan al mejoramiento y la seguridad de la atención que se brinda.		Explorar la oportunidad de asociación con profesionales del sector privado para la atención en salud bucal
	Mejorar las medidas de control de infecciones y prevención de riesgos del profesional y paciente en unidades de salud.		Desarrollar y promover entrenamiento y cursos en competencias culturales (disponibles en internet con mentores que sea líderes en el material de diferentes culturas) para mejorar la habilidad de los profesionales de la salud bucal para tener un alcance completo a la diversa población de Canadá. Trabajar con universidades reguladoras para asegurar que dichos cursos cumplan con los criterios de educación continua.
	Definir las nuevas intervenciones al Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud.		Cubrir el tratamiento básico dental cuando sea esencial, tales como el cuidado del cáncer, enfermedad cardiovascular, trasplantes
	6		3
	Detectar las necesidades de infraestructura, equipamiento e insumos estomatológicos con el fin de promover la ampliación de cobertura.		Proporcionar proyecciones dentales, servicios preventivos, referencias para tratamiento en instalaciones del TLC para atender a los residentes y adultos mayores en la comunidad
	Determinar el modelo normativo de Unidades de Atención Estomatológica Especializada con base en las experiencias institucionales disponibles.		Promover estándares, regulaciones, legislaciones para las instalaciones del TLC que son financiados por el sector público
	Gestionar la incorporación formal de estomatólogos especialistas en las unidades de especialidad y de segundo y tercer nivel de atención.		Investigar alternativas para la prestación de servicios bucales (costo beneficio de clínicas dentales públicas) y poner la información y las mejores prácticas disponibles al público.
	Promover el incremento de recursos para la atención estomatológica en los municipios y localidades carentes de estos servicios.		Impulsar a los representantes electos a mantenerse informados acerca de la desigualdad en el sistema de salud bucal
	Proponer la incorporación del asistente dental y promotor de salud bucal para el fortalecimiento de los servicios clínicos y comunitarios.		Crear un comité en Canadá para hacerse cargo de los retos y proponer opiniones acerca del acceso a la salud bucal
7			
Actualizar el marco normativo para la prevención y el control de las enfermedades bucales con el consenso de las instituciones.		Invitar/impulsa/colaborar con asociados para ayudar a fundar clínicas alternativas cuyo objetivo sean las personas menos privilegiadas y vulnerables. Evaluar la efectividad de este costo y los resultados en la salud para establecer mejores prácticas e informar las políticas de desarrollo en la materia	
Elaborar y difundir las guías de práctica clínica en materia de salud bucal.			

## ANEXO 1. CUADRO COMPARATIVO DE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL (MÉXICO, CHILE Y CANADÁ)

MÉXICO		CHILE	CANADÁ		
LÍNEAS DE ACCIÓN			Incluir la salud bucal como parte integral de la salud general en la educación inter profesional		
			Colaborar para dirigir las determinantes sociales de la salud. Seguir las cinco acciones establecidas en el Population Health Promotion Model (Fortalecer las acciones comunitarias, construir política de salud pública, crear ambientes de apoyo, desarrollar habilidades personales, reorientar los servicios de salud)		
			Colaborar con el departamento de educación en las políticas de salud escolares y programas de salud bucal, nutrición y cesación al tabaco.		
			Incrementar el compromiso entre los involucrados en las organizaciones dentales con otros profesionales de la salud		
			Convenir un sumario de plan de avance para desarrollar futuras opciones, alternativas y metas para el COHF 2019-2026. Incluir a las organizaciones de salud bucal, instituciones académicas, agencias gubernamentales, industria y la población vulnerable.		
	8	Definir las líneas de investigación en salud bucal, con participación del sector público, social, privado e instancias internacionales.	4	Desarrollar y sostener una campaña de conciencia y promoción de la salud bucal coordinada con mensajes relacionados a salud bucal, organizaciones de salud pública, y agencias gubernamentales.	
		Elaborar, actualizar y difundir contenidos educativos y material didáctico en apoyo a las estrategias del Programa de salud bucal.		Colaborar a modo general para desarrollar políticas e incentivos fiscales que limiten el consumo de azúcar por parte de infantes, niños y jóvenes.	
		Difundir acciones y logros del Programa de Acción Específico de Salud Bucal.		Continuar con la investigación de nuevos enfoques y tecnologías para evitar la caries.	
		Capacitar a los estomatólogos en los conceptos y actividades del Programa orientadas a brindar calidad y seguridad en la atención.		Iniciar y mejorar programas públicos basados en mejores prácticas.	
		Actualizar los métodos e instrumentos de supervisión con base en las normas, manuales y guías vigentes.		Abogar por publicidad para la limitación de comida chatarra dirigida a niños.	
		Verificar la aplicación de normas y el cumplimiento de programas por parte de los niveles estatal, jurisdiccional y operativo.		Colaborar con otros profesionales de la salud para organizar y lanzar iniciativas para la promoción de la salud en sus respectivas áreas.	
		Proporcionar la asesoría técnica y administrativa solicitada por parte de las estructuras de nivel estatal.		5	Acordar una junta académica/política para tratar el tema de la vigilancia de la salud bucal.
		Dar seguimiento a las recomendaciones resultantes de la evaluación y supervisión en las entidades federativas.			Crear un panel en Canadá para establecer una dirección para establecer protocolos de recolección de datos.
		Fortalecer el análisis de la información del SIVEPAB como instrumento básico para la toma de decisiones.			Asignar un subcomité al FPTD para crear un borrador relacionado a metas de vigilancia del COHF.
	9	Promover la elaboración del diagnóstico salud en materia de salud bucal y programa anual de trabajo a nivel estatal, jurisdiccional y unidad aplicativa.			Consulta provisional con comisionados del ámbito privado acerca del almacenaje central de la información sobre el personal de la salud y el uso específico de términos que deberían ser utilizados para las formas de evaluación. Consultar instituciones para el método de almacenamiento de datos con investigadores y planeadores de la salud.
	Gestionar la actualización del cuadro básico de medicamentos e insumos odontológicos, de acuerdo a las necesidades institucionales y avances tecnológicos.				
	Promover la participación del responsable estatal en los procesos de licitación pública de equipo, instrumental e insumos estomatológicos.				
	Asesorar a los responsables del Programa de salud bucal de las entidades federativas, en el uso adecuado del SIAFFASPE.				
10	Establecer los lineamientos de prevención y atención odontológica a mujeres de edad reproductiva y durante el embarazo, favoreciendo así la perspectiva de género.				

**ANEXO 1. CUADRO COMPARATIVO DE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL (MÉXICO, CHILE Y CANADÁ)**

MÉXICO		CHILE	CANADÁ
LÍNEAS DE ACCIÓN			<p>Diseñar evaluaciones de conducta con un conjunto básico de datos comparables y otros datos que son específicos a la provincia/territorio/región</p>
			<p>Solicitar estadísticas en Canadá para incluir la salud bucal que compone el CCHS en una periodicidad regular</p>
			<p>Impulsar la higiene dental y la asistencia dental en la currícula escolar para enseñar epidemiología, recopilación de datos y cuidado de la salud basado en evidencia</p>
			<p>Mantener un registro de la toma de agua fluorada en todos los municipios para el beneficio de los proveedores de la salud y el público</p>
			<p>Desarrollar una guía nacional para el apoyo de documentos de conductas y campañas a favor del agua fluorada, así los proponentes en cada municipio pueden aprender mejores prácticas de la experiencia de otros</p>
			<p>Facilitar la colaboración entre los involucrados en materia de salud bucal para apoyar en la educación pública los beneficios del agua fluorada</p>
			<p>Continuar con la investigación de los riesgos y beneficios del agua fluorada</p>
			<p>6 Desarrollar un enfoque basado en beneficios de la fluorización (evaluar el deterioro y los rangos de fluorosis para pronosticar los cambios que pueden hacerse en la comunidad)</p>
			<p>Monitorear el rango del deterioro de fluorosis</p>
			<p>Desarrollar argumentos acerca de la fluorosis y fluorización</p>
			<p>Actualizar a los grupos enfocados en salud bucal acerca de la fluorosis y fluorización</p>
			<p>7 Preparar antecedentes para el uso en la promoción de la importancia acerca de que directores de salud en todas las jurisdicciones sean debidamente compensados por su educación, habilidades y conocimientos en el plan del programa de salud, para asesorar al gobierno y desarrollar programas que evalúen y monitoreen la salud bucal</p>
			<p>Promover la contratación de directores de salud bucal de tiempo completo en todo el territorio</p>
			<p>Desarrollar planes estratégicos en salud bucal para las provincias/territorios que sean aceptados por el ministro de salud en cada jurisdicción</p>



**ANEXO 1. CUADRO COMPARATIVO DE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL (MÉXICO, CHILE Y CANADÁ)**

MÉXICO		CHILE	CANADÁ
LÍNEAS DE ACCIÓN			Asegurar que la información es consistentemente entregada a los encargados de tomar decisiones en la materia en todos los niveles de gobierno para impulsar la inclusión de la salud bucal en las decisiones relacionadas a salud pública para así lograr el reconocimiento de que la salud bucal es esencial en materia de salud general
			Evaluar otros grupos de profesionales para crear un inventario de iniciativas (exitosas y no exitosas) para identificar desequilibrios en el suministro
			Expandir los programas de incentivos para profesionales que consideren trabajar en comunidades con carencia de servicios
			Promover cambios que permitan a los dentistas, terapistas dentales, dentistas, higienista dental y asistentes dentales proveer servicios en comunidades con carencias de servicios
			8 Desarrollar un enfoque alternativo para la supervisión de los profesionales de la salud bucal en comunidades con carencia de servicios para promover un servicio accesible y seguro
			Impulsar a las personas de comunidades indígenas y otras minorías a elegir una carrera como profesional de la salud bucal
			Desarrollar una estrategia de comunicación con profesionales de la salud bucal recientemente graduados para mantenerlos informados acerca de las necesidades específicas de la región