



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA CIRUJANO DENTISTA**

**SISTEMA DE SALUD: TRATAMIENTOS
ODONTOLÓGICOS QUE BRINDAN EL IMSS Y EL ISSSTE
EN SUS TRES NIVELES DE ATENCIÓN A SUS
DERECHOHABIENTES EN LA CDMX**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N

**JUÁREZ SANTIAGO ROSAMARÍA
VÁZQUEZ ROSAS DAVID EMMANUEL**

**DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. LUIS ENRIQUE PEREZ SILVA**

CDMX. 23 ENERO 2020





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.

ÍNDICE

Introducción	1
Justificación	2
Marco Teórico	4
Capítulo 1	
¿Qué es un sistema?	4
Teoría de los sistemas	6
Sistema socioecológico del proceso Salud-enfermedad	8
Capítulo 2	
Sistema de Salud	9
Sistema de protección social	11
Universalidad de la atención médica	13
Historia del Sistema de Salud	14
Historia del Sistema de Salud en México	16
Capítulo 3	
Seguridad social	18
Servicios de atención a la Salud	20
Sectores internacionales	22
Objetivos de los sistemas de Salud	24
Factores relacionados con la salud de la población	25
Capítulo 4	
Sistema de Salud en México	28
Plan Nacional de Salud 2018-2024	32
IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social	34
ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	39
Capítulo 5	
Sistema de Salud Bucal en México	40
Planteamiento del problema	45
Objetivos	46
Material y métodos	47
Resultados	50
Discusión	62
Conclusiones	66
Sugerencias, propuestas	67
Referencias	68
Anexos	74

INTRODUCCION

Los sistemas de salud públicos están diseñados para que, a través de un análisis poblacional, sus instituciones, programas y jornadas de salud, otorguen con base en un plan de trabajo, medidas preventivas y curativas para poblaciones vulnerables, identificando los factores etiológicos de los principales problemas bucodentales que afectan a la población, utilizando cualquier tipo de recurso a su disposición para el alcance de metas establecidas.

La atención odontológica ha estado implementada desde la creación de los servicios de salud públicos en México; en sus inicios esta atención tenía un enfoque centrado en la terapia curativa y restauradora, en la actualidad se trata de anteponer una odontología donde la promoción y la prevención sean el eje fundamental de acción de los servicios de salud otorgados, ya que como se ha demostrado, la odontología preventiva considera menores costos en salud.

En México en los últimos sexenios, se ha intentado dar una mayor importancia al tratamiento y cuidado de los problemas bucodentales, sin embargo, el alcance a los servicios de salud que proporciona el estado sigue siendo limitado para gran parte de la población. Entre las instituciones más importantes por parte del estado que brindan atención para combatir problemas bucodentales se encuentran el IMSS y el ISSSTE, sabemos que estas instituciones reciben pacientes en los tres niveles de atención, pero muchas veces no se brinda la atención por la falta de promoción de dichos servicios. Actualmente, no existe información certera documentada sobre los servicios y tratamientos odontológicos que otorgan estas instituciones, dicha información debe estar al alcance de la población para que a través de la oferta, pueda existir una demanda que mejore sustancialmente la salud bucal de sus derechohabientes.

El propósito de esta investigación fue obtener un listado de los procedimientos que se realizan en los tres niveles de atención a la salud en el IMSS y en el ISSSTE en la CDMX.

JUSTIFICACION

La OMS define los sistemas de salud como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos encaminados a mejorar la salud de los individuos y de la colectividad. Los sistemas de salud deben de cumplir por tanto funciones en relación a la prestación de servicios, tratando de equilibrar las actividades curativas, preventivas, promoción y rehabilitación de la salud. En México se ha establecido la atención por niveles, en relación con la complejidad del diagnóstico y del tratamiento requerido por los pacientes, garantizando a todo individuo el acceso al servicio a través del primer nivel de atención. Las políticas sanitarias vigentes buscan transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente, con el objetivo de mejorar la salud.

Con respecto a la salud bucodental el sistema de salud se encuentra con el gran reto de disminuir las enfermedades más prevalentes que afectan a la población mexicana como son la caries dental y enfermedad periodontal, además de las necesidades de prevención y rehabilitación. Debemos de considerar que, en la CDMX, una gran proporción de personas cuentan con seguridad social, siendo el IMSS y el ISSSTE las que concentran al mayor número de población, por lo cual se esperaría que la atención odontológica cumpla con las expectativas que las necesidades en esta área de salud se demandan.

Sin embargo, la información que existe respecto a los tratamientos bucodentales en los tres niveles de atención en estas instituciones es confusa, además de que no se distingue con claridad las funciones y responsabilidades en cada nivel.

Durante la revisión bibliográfica que se llevó a cabo para este trabajo, no se ha encontrado información o un catálogo de los tratamientos que se realizan dentro del IMSS o del ISSSTE, lo cual puede hacer ineficiente el acceso que se pueda tener por parte de sus derechohabientes a los tratamientos que se llevan a cabo debido a su desconocimiento.

Por lo tanto, una investigación que recopile información actual sobre los tratamientos que las instituciones de seguridad social prestan a sus derechohabientes podría ayudar a planificar de mejor manera el sistema de salud público en cuanto al área odontológica, con la intención de mejorar la salud de las personas. Además, conocer de forma abierta y fácil, qué tratamientos odontológicos ofrecen estas instituciones de salud, puede incentivar a la población a ejercer sus derechos y empezar a procurar su salud bucodental.

MARCO TEÓRICO

¿Qué es un Sistema?

En todas las poblaciones existen necesidades de prevención y tratamiento de las enfermedades bucodentales y el gobierno está obligado por las leyes y normas que rigen a nuestro país a tratar de dar una respuesta a esta problemática a través del sistema de salud mexicano.

Para comenzar a profundizar sobre el sistema de salud, primero se tiene que abordar el concepto de sistema ya que existen diversas definiciones de este, basadas en el entorno en el que son aplicados.

Se puede definir a un sistema como una serie de elementos que forman una actividad, un procedimiento o un plan de procedimientos que buscan objetivos en común, mediante la manipulación de datos, energía o materia, el cual tiene que ser funcional para lograr el fin deseado mediante interacciones entre las partes, componentes y procesos que lo integran, abarcando relaciones de interdependencia entre dicho complejo. (1)

Bertalanffy define un sistema como un complejo de elementos interactuantes y Johansen lo define como un conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos. (2)

Cada sistema, al trabajar de manera ordenada y coordinada, origina que durante el trabajo se genere sinergia, lo que significa el resultado del trabajo en equipo donde los elementos interactúan entre sí con la finalidad de alcanzar algún objetivo, es mayor que si se analiza el resultado de cada uno de los integrantes por separado. (3)

Los sistemas están constituidos por las partes que los forman y la disposición que éstas adoptan como consecuencia de las relaciones de conjunto a las que se ven sometidas. Así se puede mencionar que la estructura está conformada por:

- a) Los *componentes*, es decir, las distintas partes que lo integran y que se ordenan actuando conforme a sus propiedades, dando lugar a la actividad propia del sistema, siendo estos decisorios y de ejecución. (4)
- b) Las *relaciones*, las que a través de unas reglas de actuación definen el comportamiento de los componentes del sistema y que pueden ser producidas externamente al mismo. (4)

Los sistemas tienen cuatro principios:

1. *Subsidiariedad*, ningún sistema es completo en sí mismo, todo sistema es subsidiario, en su delimitación y en sus aportes, de otros sistemas en virtud de los cuales actúa y que forman su entorno. (4)
2. *Interacción*, todos los sistemas están mutuamente relacionados en su comportamiento, de manera que las acciones desarrolladas por unos de ellos tienden a influir en el comportamiento de los demás, trascendiendo los efectos del mismo a lo largo de todo el sistema total. Generación de conocimiento. (4)
3. *Determinismo*, todo fenómeno de conjunto que actúe en, o a través de los sistemas, es resultado de causas definidas y constatables.
4. *Equifinalidad*, el sistema debe de estar diseñado de forma que pueda alcanzar un mismo objetivo a través de medios y acciones diferentes entre sí. (4)

Para facilitar el estudio de los sistemas, han surgido varias clasificaciones de los mismos, las cuales permiten identificarlos y delimitarlos con una serie de características que a su vez reducen su complejidad, todo a razón que se conoce

de manera más precisa el tipo de problema que se pretende atender. Algunas de las clasificaciones más comunes son:

En relación con su capacidad para comunicarse e interactuar con el medio ambiente:

- Sistema abierto: son aquellos que se encuentran en relación con el medio circundante; a medida que los sistemas van siendo más complejos, las conductas de esos sistemas tienden a tomar en cuenta su medio, su entorno, es decir, su totalidad. Generalmente este tipo de sistemas son los que tienen un periodo de vida más largo ya que se encuentran en una constante retroalimentación de los resultados que están obteniendo por lo que pueden mejorarse y actualizarse o incluso sufrir una reingeniería, si así se requiere. (5)
- Sistema cerrado: son aquellos que se encuentran aislados por completo de su ambiente externo. No tienen mecanismos de recolección de información del exterior, por lo que tienden a desaparecer al no contar con una retroalimentación que les dé información sobre el resultado de sus acciones pasadas. (5)

En relación con su dinamismo:

- Estáticos: son aquellos sistemas que no reaccionan ni se modifican con el influjo de su medio ambiente. (6)
- Dinámicos: son aquellos que evolucionan constantemente debido a factores internos y externos. (6)
- Homeostáticos: son los sistemas que contienen en sí mismos y hasta cierto punto una capacidad de autorregulación. (6)

Teoría de Sistemas

La teoría general de sistemas (TGS) afirma que las propiedades de los sistemas, no pueden ser descritos en términos de sus elementos separados; su comprensión se presenta cuando se estudian globalmente. La importancia del enfoque de sistemas reside en la capacidad de aplicar técnicas que permiten tener

una visión clara de cada uno de sus elementos para así comprender su funcionamiento general, esto es, con un método inductivo, a través del cual es posible corregir debilidades y mantener fortalezas. (5)

La primera conceptualización de esta corriente es dada por el biólogo Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), el indicó que la TGS debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales y ser al mismo tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de científicos. (3)

El éxito del enfoque sistémico reside en las características que este tiene; Mariza Soto identifica siete, las cuales muestran de manera clara y contundente su gran potencialidad y versatilidad:

- Interdisciplinario: puede utilizarse en cualquier área, sin importar si son ciencias duras o blandas.
- Cuantitativo y cualitativo a la vez: es adaptable ya que puede expresar los resultados en términos cuantitativos, cualitativos o ambos.
- Organizado: puede ser aplicado a sistemas muy complejos con grandes cantidades de recursos en una forma ordenada.
- Creativo: se concentra en primer lugar en las metas propuestas y después en los métodos o la manera en que se lograrán las mismas.
- Teórico: se basa en las estructuras teóricas de la ciencia, a partir de las cuales se construyen soluciones prácticas a los problemas: esta estructura viene complementada por los datos de dicho problema.
- Empírico: se basa en el autoaprendizaje a través de la retroalimentación y la búsqueda de datos experimentales.
- Pragmático: genera un resultado orientado hacia la acción. (7)

Los objetivos originales de la TGS son los siguientes:

- a) *Impulsar* el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos. (3)

- b) *Desarrollar* un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos.
- c) *Promover* una formalización (matemática) de estas leyes. (3)

Sistema socioecológico del proceso salud-enfermedad

Según Anderies et al (2004), el sistema socioecológico (SSE) presenta a un subconjunto de sistemas sociales, donde algunas relaciones e interacciones que suceden entre los seres humanos, se ven afectadas por las interacciones con unidades biofísicas y biológicas no humanas. (8)

La salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos; por nuestra parte, nuestros conocimientos en relación a los riesgos de ambiente y nuestro comportamiento en relación a la salud. Por lo que la salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. La ecología humana estudia dicho proceso. La salud y la enfermedad obedecen a los mismos factores externos e internos. (9)

En los años 70, Susser como principal representante de la concepción ecológica, concibe a la salud-enfermedad como resultado de la interacción agente-huésped-ambiente, en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Este modelo, hace énfasis en la interdependencia del hombre y sus conexiones con el contexto biológico, físico, social e histórico. Su objetivo es el estudio de las relaciones múltiples, a través de los niveles de la estructura causal, tanto el nivel macroindividual que está por encima del individuo (ambiente, dinámicas interpersonales, fuerzas sociales, raza, etnia, política y economía), como el microindividual que está por debajo de él (sistemas orgánicos, células, genes, proteínas, átomos), que contribuyen a ampliar el entendimiento del proceso salud-enfermedad. El modelo ecológico considera que estos niveles que componen el

modelo, aportan elementos causales y patogénicos disímiles al proceso salud-enfermedad y las relaciones de interacción recíproca que se producen entre ellos se convierten en un aporte valioso. (10)

Sistema de Salud

Los sistemas de salud se sustentan en perfiles epidemiológicos que se encuentran en una sociedad, tratando de prevenir y tratar aquellas enfermedades que afectan a dicha población, estos deben estar orientados a proporcionar un servicio de atención adecuado a cada una de las personas siendo este de forma particular y eficiente. A menudo se suele enfatizar que se entiende por sistema de servicios de salud al conjunto de recursos y organizaciones de todo tipo que la sociedad destina a la producción de prestaciones para atender la salud de la población. (11)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un Sistema de Salud es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población. Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud. Entre éstas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación y reinserción. (12)

Los principios de este sistema son que ha de contribuir a mejorar la salud de toda la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y ser sostenible financieramente. Según la OMS, un sistema de salud ideal debería caracterizarse por:

- Ser *universal*, entendiendo por universalidad la cobertura total de la población.
- Prestar una atención integral que incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.

- Ser equitativo en la distribución de los recursos.
- Ser eficiente.
- Ser flexible para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.
- Ser participativo, toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema de salud. (12)

La razón de ser de todo Sistema de Salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud efectivo. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el Sistema de Salud debe ser también equitativo. (12)

Los sistemas de salud deben además ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, lo que significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Esto es válido tanto para los servicios curativos como para los servicios ofrecidos a través de campañas preventivas o de promoción de la salud. (12)

El trato adecuado también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, esperar tiempos de espera razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias. (12)

Finalmente, el tercer objetivo básico de un Sistema de Salud es garantizar la seguridad financiera de los usuarios, lo que implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud justos, donde la proporción del gasto en salud de los hogares respecto de su capacidad de pago sea igual para todos y que protejan a la población contra gastos excesivos por motivos de salud. (12)

De acuerdo con la OMS, los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. (12)

Sistema de Protección Social

La Protección Social en salud incluye la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener el acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. (13)

El Sistema de Protección Social en salud se define como las funciones que brinden los regímenes estatales de protección social en salud, los cuales estarán apoyados por la participación subsidiaria y coordinada de la federación. (14)

Los sistemas nacionales de salud constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan contender con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de salud de los ciudadanos. Son, así, poderosos instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro. (15)

En México se ha alcanzado el 92% de protección en salud para prácticamente toda la población del país, el Sistema de Protección Social en Salud (conocido como Seguro Popular representó el 44.34% de afiliados, el 37.39% al IMSS, 7.21% por el ISSSTE, 1.04% entre Sedena y Semar y 0.6% en Pemex. El 8% sin protección en salud. (16)

En general, existen cuatro elementos ampliamente conocidos que definen el nivel de salud de las personas y que han sido expuestos, entre otros, por Lalonde en su propuesta teórica de campo de la salud:

1. El *material biológico/genético* con el que somos dotados para funcionar como seres vivientes. Es claro que conforme a nuestra edad y nuestro género somos proclives a diversos tipos de enfermedades. Si le agregamos la variable genética, cuyo correcto accionar hace posible la vida, sus problemas crean diversas patologías. En las últimas décadas se ha observado que muchas enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias tienen que ver no con el funcionamiento de un gen específico, sino con un conjunto de genes que operan en forma concertada. Su acción, potenciada o no por factores ambientales concretos, determina la menor o mayor susceptibilidad o resistencia a contraer dichos padecimientos, lo cual significa que personas en apariencia saludables pueden tener un perfil genético que sea altamente proclive a que un padecimiento determinado se presente en el futuro. (15)
2. Las *sustancias tóxicas* y los *agentes patógenos* de naturaleza infecciosa (virus, bacterias, hongos) que causan enfermedades. Por ello, la salud ambiental se preocupa de aplicar acciones para que nuestro hábitat sea saludable. De este planteamiento surge el saneamiento ambiental, que es expresión de la salud comunitaria. (15)

3. El *comportamiento humano* y los *estilos de vida*. Somos, sin duda, en gran parte, lo que hacemos, lo que comemos, lo que bebemos, si realizamos o no ejercicio, si tenemos o no prácticas de riesgo, si utilizamos drogas. Es obvia la importancia del comportamiento humano en la génesis de padecimientos como la hipertensión, las adicciones y la obesidad, entre muchos otros. (15)

4. La *respuesta social organizada*. Esta respuesta está constituida por el conjunto de los recursos que la sociedad y el gobierno han generado y la forma en que se organizan para su aplicación en actividades de atención a la salud. En nuestro país, este importante rol ha sido llevado a cabo a través de grandes instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), principalmente. (15)

Estos cuatro elementos son objeto de estudio e investigación en salud, cuyos resultados guían la producción de insumos para la salud, las prácticas clínicas y la salud pública. Los logros están a la vista: la esperanza de vida ha aumentado; la mortalidad general, la mortalidad materna y la mortalidad infantil han disminuido; la tasa de fecundidad ha descendido; la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud se ha ampliado, y la solución a los problemas hasta hace algunos años irresolubles se ha vuelto cada vez más efectiva. (15)

Universalidad de la atención médica

La Organización Mundial de la Salud en su Informe de 1999, propone un “nuevo universalismo”. Defiende la complementariedad coordinada entre la atención pública y privada para hacer llegar a la población una atención esencial de calidad, definida por criterios de eficacia y aceptabilidad social, con elección explícita de prioridades, y sin discriminar a ningún grupo social. Y sus características son:

Cobertura sanitaria universal: toda la población debe estar incluida entre los beneficiarios, sea por ciudadanía o lugar de residencia. Cabe mencionar que la cobertura universal significa cobertura para todos, no cobertura para todo. Los servicios básicos deben ser económicamente accesibles para todos, mientras que otros menos prioritarios pueden serlo previo pago, según los recursos nacionales disponibles. (17)

La forma de pago por los servicios no debe limitar el acceso de los más pobres a los mismos. Para no perjudicar a los desempleados o trabajadores estacionales u ocasionales, el pago no debe realizarse en el momento en el que se utiliza el servicio en cuestión. (17)

Los servicios pueden provenir de fuentes varias (públicas, privada, altruistas, etc.), sin embargo, se debe de garantizar en todo momento los estándares de calidad y gestión. (17)

Historia del Sistema de Salud

El ser humano ha diseñado modelos para atender problemas de salud en las distintas poblaciones que han existido en diferentes épocas de la humanidad.

En la prehistoria, el raciocinio del hombre, le ayudaría a dar ciertas soluciones a situaciones cotidianas que hoy en día sabemos, tienen que ver con dar una atención de salud, desde lamer heridas, consumir ciertas plantas, tratar de aspirar el líquido tras el ataque de un animal venenoso o presionar una herida para hacer hemostasia, hasta realizar agujeros en el cráneo para aliviar dolor, pero lo que principalmente se hacía para restablecer la salud, era de índole divino, ya sea religioso o aquello que tenía que ver con brujería. (18)

Dada las enormes carencias de la medicina de la época, uno de los propósitos más realistas era la preparación de los enfermos para afrontar la muerte.

Superada la edad media, la sanidad fue dejando, cada vez más de ser identificada con la caridad divina, para ser relacionada con la pobreza, apareciendo así la figura del hospital-beneficencia, financiado por donaciones de personas con recursos. En el transcurso del tiempo ya en el siglo XIX, la sanidad pasa a tener la consideración de servicio de asistencia social, y en consecuencia empieza a ser soportado y organizado por el Estado. No obstante, en una primera etapa el Estado sólo sigue preocupándose de los menesterosos, los enfermos con recursos se sufragaban sus propias hospitalizaciones. (19)

Los inicios de la atención a la salud, como por ejemplo en Mesopotamia, donde se encuentra por primera vez la regulación legal de praxis médica donde una especie de cirujanos ejercía la medicina. La curación de una catarata a un noble sólo les reportaba una ganancia de 10 siclos (unos 80 gr de plata), mientras que el fracaso quirúrgico suponía un traumático fin para la carrera del cirujano que perdía la mano (ambas en otras traducciones). En caso de tratarse de un paciente esclavo la operación exitosa se saldaba con 2 siclos de plata (unos 16 gr.), mientras que el fracaso le obligaba a restituir a modo de indemnización la mitad del precio total del esclavo. En la antigua babilonia existía una casta médica que tenía responsabilidades penales y civiles y según se desprende la lectura del código de Hammurabi. (20,21)

La seguridad social es el resultado de un largo proceso histórico derivado del estado de inseguridad en que vive el hombre, que se extiende desde el inicio de la humanidad hasta la época presente. Los primeros indicios de ésta surgen al producirse la primera revolución industrial, ya que, con la reforma en la producción, los gremios de trabajadores que originalmente se habían unido para proporcionarse ayuda mutua en caso de desgracia, se vieron forzados a enfrentarse a nuevas necesidades y a depender de sus magros salarios para hacer frente los riesgos y contingencias sociales. (22)

Historia del Sistema de Salud en México

1917 Los asuntos de la seguridad social fueron incluidos en el artículo 123 de la Constitución Política bajo el principio de la justicia social. Establecimiento del Departamento de Seguridad pública. (23)

1929 En septiembre de 1929 se plasmó en el artículo 123 de la Constitución la necesidad de una Ley del Seguro Social (agregando el seguro de enfermedades a los seguros mencionados originalmente), con esta reforma constitucional se dio al Seguro Social la categoría de derecho público obligatorio y se sentaron las bases para formular la Ley del Seguro Social, debiendo comprender lo relativo a los seguros de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos. (23)

1931 Expedición de la Ley Federal del Trabajo; rige accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. (23)

1937 Se crea la Secretaría de Asistencia Pública que, en conjunto con el Departamento de Salubridad Pública, se responsabilizaban de coordinar la política de salud entre distintos prestadores de servicios y establecen mecanismos para proteger a grupos específicos, como la población infantil, los trabajadores del Estado y la milicia. (23)

1943 Establecimiento de manera formal de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Se promulgó la Ley del Seguro Social, en la que se reafirmó que el seguro social es un servicio público nacional con carácter obligatorio, lo que deriva en el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para administrar los esquemas de seguridad social, incluidos los de salud, dirigidos específicamente para los trabajadores asalariados empleados en la economía formal. (23)

1959 Se reforma el art. 123, adicionando un apartado aplicable sólo para los trabajadores del estado. Se promulgó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, pero fue hasta enero de 1960 cuando se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para prestar servicios de salud y otro tipo de beneficios de la seguridad social, monetarios y en especie, a los trabajadores del Estado. (23)

1973 La Ley del Seguro Social ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la República. (23)

1979 Creación del Programa IMSS-COPLAMAR. (23)

1980 Se da inicio al proceso de descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud mediante la transferencia de esta responsabilidad, junto con los recursos correspondientes, a los Servicios Estatales de Salud. (23)

1983 Se aprobó una enmienda constitucional que daba a cada persona el derecho a la protección de la salud y de la cual a la postre se derivó la Ley General de Salud. Como parte de estos cambios, la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre a Secretaría de Salud. (23)

1990-2002 Se incluyeron programas especiales para la extensión de la cobertura básica de servicios de salud como el Programa de Ampliación de Cobertura. Asimismo, se inició un importante programa de lucha contra la pobreza denominado Solidaridad, más tarde cambió su denominación a Progresos y posteriormente a Oportunidades. (23)

2003 Se establece el Sistema de Protección Social en Salud, que institucionalizó un programa piloto que ya existía, el Seguro Popular de Salud, que entró en vigor

a partir del 2004. El Seguro Popular es financiado de forma tripartita, con contribuciones del gobierno federal, los estados y una pequeña aportación de las familias definida en función de su ingreso y ofrece un paquete esencial de intervenciones de atención primaria y secundaria y algunas intervenciones terciarias de alto costo, así como los medicamentos recetados, todo ello de manera gratuita. (23)

2006 Se reforma la Ley del ISSSTE para homologar los beneficios de pensiones y salud con la Ley del Seguro Social y la Ley General de Salud. Con esta homologación ya será posible transportar el derecho a la salud del IMSS al ISSSTE o al SPSS. La homologación es el primer paso para la creación de un sistema nacional público de salud que realmente cubra a toda la población sin distinción de condición laboral. (23)

Seguridad Social

A lo largo de los siglos, el hombre se ha visto en la necesidad de hacer frente a los diversos factores que se presentan en su entorno y que ponen en riesgo su integridad física, la de sus familias y por supuesto de su patrimonio, por lo que ha buscado de forma permanente los medios por los que el impacto de dichos factores sea eliminado o mermado en el mayor grado posible. (24)

Uno de estos mecanismos es el de formar sociedades con otros hombres buscando apoyarse y brindarse ayuda entre sí. De la formación de esas sociedades y del principio de mutualismo empieza a formarse el ideal del concepto que ahora conocemos como Seguridad Social. (24)

Los artículos 22 y 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, de la Organización de las Naciones Unidas, hacen referencia a la seguridad social. En ellos se determina que: "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social y a obtener la satisfacción de los derechos

económicos, sociales y culturales indispensables para garantizarle, tanto a él como a su familia, la salud y el nivel de vida adecuado, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; además de los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez, maternidad, cuidados infantiles u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. (24)

Del documento publicado por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) en 1991, titulado Administración de la Seguridad Social, se desprende la siguiente definición: “La Seguridad Social es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; así como la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”. (24)

A finales del siglo XIX (1883), Alemania se convirtió en el primer país en adoptar leyes sobre el seguro contra enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez, diseñado por el canciller alemán O. Von Bismark. Como producto de su discurso en el Reichstag, se aplicaron una serie de leyes que establecieron por primera vez un sistema de protección obligatoria. El objetivo fue apoyar el bienestar a los trabajadores para que la economía alemana funcionara con máxima eficiencia. (25)

La Ley sobre el Seguro de Enfermedad (1883), estableció la obligación de la afiliación al seguro de enfermedad de acuerdo con un trabajo remunerado. La contribución se repartía entre 2/3 para los obreros y 1/3 para los empresarios. Comprendía prestaciones médica y farmacéutica durante trece semanas, y prestaciones económicas por un valor de la mitad del salario del asegurado. (25)

La Ley sobre Accidentes de Trabajo (1884). Los patrones debían cotizar obligatoriamente a las cajas para cubrir la invalidez permanente provocada por los accidentes de trabajo. Por incapacidad total, el trabajador percibía una renta equivalente al 66% de su salario, si falleciera, la viuda cobraría un 20% más el 15% por cada hijo menor de quince años. Los costos de este seguro eran sufragados totalmente por el empresario. (25)

La Ley de 1889, implementó un primer sistema obligatorio de jubilación. Este se estableció para los obreros cuyo salario no superara los 2000 marcos anuales. La pensión se concedía a los setenta años y su valor era proporcional al número de cotizaciones del asegurado. (25)

Servicios de atención a la Salud

El objetivo de los servicios sanitarios es proteger o mejorar la salud. La eficacia con que se logra ese objetivo depende de los servicios que se prestan y de la manera en que están organizados. Los recursos deberán emplearse en intervenciones de eficacia conocida y de conformidad con las prioridades nacionales o locales. Dado que los recursos son limitados, siempre habrá cierta forma de racionamiento, pero el precio no deberá ser el criterio principal para determinar quién recibe asistencia y de qué tipo. (26)

El actual Sistema Mexicano de Salud se conforma de manera global por dos sectores, el público y el privado. (27)

La ubicación de los servicios de salud debe estar encaminada a permitir el más fácil y rápido acceso de la población a los mismos según sus necesidades. Para ello, los recursos de salud deben establecerse de forma escalonada de acuerdo al grado de complejidad de la asistencia requerida, así como al número de habitantes a cubrir y el área geográfica donde viven. En estos conceptos se basa

la regionalización, cuyos principios se recogen en el Informe Dawson, elaborado en 1920. (27)

El sistema de salud ideal es un sistema integrado que abarca medidas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, que implica a la propia comunidad beneficiaria, en el que el elemento más apto responde a cada problema, minimizando las barreras internas. (27)

Para atender óptimamente los problemas de la salud de la población, los servicios de la salud están organizados en tres niveles de atención, según el tipo de padecimientos y su complejidad. (27)

El primer nivel lleva a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad. Son el primer contacto del paciente con el sistema. (28)

El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. En caso necesario el paciente puede acceder al segundo nivel mediante una referencia del primer nivel, o por medio de servicios de urgencia. (28)

La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica. En este grupo se encuentran los Institutos Nacionales de Salud. Para padecimientos más complejos el paciente puede ser derivado al tercer nivel en los centros de alta especialidad. (28)

En los servicios privados de salud se encuentran las instituciones con fines de lucro, representadas por las compañías aseguradoras, los grandes consorcios hospitalarios, pero también un creciente sector de prestadores de servicios que trabajan en farmacias, consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa, al cual acuden personas sin acceso a alguno de los aseguradores públicos o bien personas que aun teniendo un asegurador realizan un gasto extra y acuden al sector lucrativo en busca de una mejor respuesta. (29)

El principal inconveniente de las diferencias entre los aseguradores, es que los beneficios que recibe la población son desiguales, además de impedir llevar a cabo un adecuado registro epidemiológico por parte del sector privado, ya que no se ve obligado a realizar un reporte ante el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Provocando una pérdida fundamental de información sobre la situación de salud nacional y limita poder implementar estrategias de salud pública uniformes acordes a los padecimientos de la población. (29)

Sectores Internacionales

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Bajo el lema “Mejorar la salud para todos, en todas partes”, la OMS trabaja con 194 estados miembros esparcidos por seis regiones. (30)

Su labor inició al entrar en vigor su Constitución el 7 de abril de 1948, fecha en que se celebra el Día Mundial de la Salud. Su trabajo ha desembocado en el establecimiento de normas mundiales para la calidad del aire y del agua, medicamentos y vacunas seguras y eficaces. Asimismo, ha promovido directrices y asesoramiento para la prevención y el tratamiento de afecciones de salud, desde el asma y la hepatitis a la malnutrición y el zika. (30)

La cobertura sanitaria se ha vuelto una prioridad importante para la organización, en los últimos años y ha puesto un seguimiento en el ámbito de los sistemas de salud. Busca que logren ser integrados y centrados en la persona, equitativos y a un precio asequible. (30)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Su objetivo es colaborar con los países por medio de los Ministerios de Salud, Instituciones del seguro social, entes gubernamentales y no gubernamentales, universidades, sociedad civil y otros, con el fin de fortalecer los sistemas nacionales y locales de salud de los pueblos del continente americano. (31)

Con este propósito enfoca sus actividades hacia los grupos más vulnerables, en especial, a las madres y los niños, trabajadores, pobres, ancianos, refugiados y personas desplazadas. Al mismo tiempo fomenta el trabajo conjunto de los países para alcanzar metas comunes en materia de salud. (31)

La labor actual de la OMS y la OPS está enfocada en hacer más eficiente y efectiva la cooperación técnica en y con los países, en respuesta a sus necesidades e intereses y también a los mandatos globales y regionales que tiene la organización por resoluciones de sus cuerpos directivos.

Las acumulaciones y perspectivas de desarrollo del sistema de salud en México lo colocan en la situación dual de ser un país con claras potencialidades para aportar cooperación técnica en la esfera internacional y, al propio tiempo, de requerir colaboración para reforzar la respuesta a viejos y emergentes problemas de salud. (31)

*Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF)*

Es la agencia del Sistema de la Organización de las Naciones Unidas, enfocada a promover los derechos y el bienestar de todos los niños, niñas y adolescentes en México y en el mundo. (32)

Creada en 1946 por la ONU, con el propósito de ayudar a los niños y niñas víctimas de las guerras y agresiones constantes. En 1950 amplió su cobertura para atender las necesidades a largo plazo de la niñez y las mujeres en los países en desarrollo, su nombre fue abreviado y pasó a llamarse Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Sin embargo, mantuvo sus siglas originales UNICEF. (32)

En México trabaja en coordinación con el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, bajo el mandato de la convención de los Derechos del Niño, para conseguir el pleno cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, buscando establecer las condiciones necesarias para superar la pobreza, la desigualdad y la discriminación. (32)

Objetivos de los Sistemas de Salud

Murray y Frenk mencionan que los objetivos básicos de los sistemas de salud son tres:

- Mejorar la salud de la población

Es la razón de ser de todo sistema de salud, esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para la población durante todo el ciclo de vida, lo que supone entonces contar con un sistema de salud efectivo. Debe además, brindar una atención equitativa. (33)

- Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud

Esto significa que debe respetarse la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de su información. Un trato digno también implica la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales, tiempos de espera razonables por una consulta o intervención y contar con redes de apoyo social. (33)

- Garantizar seguridad financiera en materia de salud

Implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud que sean justos, esto significa que el que menos tenga menos pague, y que protejan a la población contra gastos desproporcionados por motivos de salud. (33)

Las enfermedades consideradas gastos catastróficos, son aquellas definidas y priorizadas por el Consejo de Salubridad General, caracterizadas por su alto costo y los gastos que se derivan de sus tratamientos y medicamentos asociados, debido a su grado de complejidad o especialidad y la baja frecuencia con que ocurren. (34)

Factores relacionados con la Salud de la Población

Ingreso per cápita

Debido a la fragmentación del sistema sanitario nacional, no es posible ofrecer una cifra integrada del gasto en salud en México, debido a esto, la historia de cada mexicano cambia en función de la institución sanitaria a la que esté afiliado, ya que los paquetes de atención de un organismo a otro difieren sustancialmente entre instituciones, por no estar homologadas. (35)

En 2012, el gasto per cápita en salud fue de \$3,826 en comparación con el gasto esperado para 2018 el cual se estimó de \$3,615. (35)

La evolución del gasto en salud per cápita, permite conocer la tendencia que presenta el gasto por persona y de esta manera, medir la cantidad monetaria a la que, en teoría, tendría acceso cada individuo. (35)

Educación

En México, el logro escolar de hombres y mujeres se ha igualado: el promedio de escolaridad de las mujeres menores de 30 años de edad es un poco mayor entre los hombres del mismo grupo de edad, mientras las mujeres de 60 a 65 años de edad estudiaron 1.25 años menos que sus coetáneos varones (INEGI 2015). (36)

De los adultos que tuvieron acceso a la educación superior, 87.8% de los hombres participan en la economía, en comparación con sólo 69.3% de las mujeres. (INEGI 2015). (36)

En este grupo selecto de personas con alta escolaridad, hay 80 veces más mujeres que hombres cuya ocupación principal son los quehaceres de su hogar, razón que aumenta a 89 en las ciudades pequeñas. (36)

La conclusión es preocupante, pues 20% de las mexicanas adultas que fueron a la universidad, más de un millón, no utiliza sus conocimientos en algún trabajo remunerado. Si las mujeres trabajaran fuera de casa podrían incrementar de manera muy significativa su aporte a los ingresos de sus hogares y, por tanto, al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza (CEPAL 2010). (36)

Números de médicos

En México existen 343 mil 700 médicos en todo el territorio, es decir, que cada uno atendería a 348 pacientes, en promedio, si se toma en cuenta que la población es de 119 millones 530 mil 753 habitantes de acuerdo a datos del INEGI en el 2015. Según la Organización Mundial de la Salud, se necesita, mínimo, un médico por cada 333 personas. (37)

De acuerdo a los datos de los Anuarios Estadístico y Geográficos del INEGI (2015) las entidades con más profesionistas dedicados al cuidado de la salud se encuentran en Jalisco (con 17 mil 379), Veracruz (con 13 mil 615), Puebla (10 mil 212) y CDMX (con 33 mil 603). (37)

Número de camas de hospital

El número de camas por cada 1,000 personas, sirve como una medida general de la disponibilidad del servicio para pacientes internados. El indicador de camas por cada mil habitantes toma en cuenta las camas en hospitales públicos que son sometidas a mantenimiento regularmente y está disponibles para su uso inmediato en los hospitales. (38)

No hay una norma general a escala mundial para evaluar la densidad de las camas hospitalarias en relación con el total de la población. Sin embargo, según las estimaciones del banco mundial, la proporción en México, es de 1.5 camas de hospital por cada 1,000 habitantes en el año 2015. (39)

Gasto Sanitario Local

En el Presupuesto de Egresos de la Federación 2018, se asignaron 564, 935.7 millones de pesos al Sector Salud, monto que resulta superior en 0.6%, en términos reales, a lo aprobado para 2017. (40)

El 95.4% de este monto se concentra en el IMSS, el ISSSTE y los ramos de Salud y de aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios; el restante 4.6% corresponde a Defensa Nacional, Marina y Aportaciones a Seguridad Social. (40)

Sistema de Salud en México

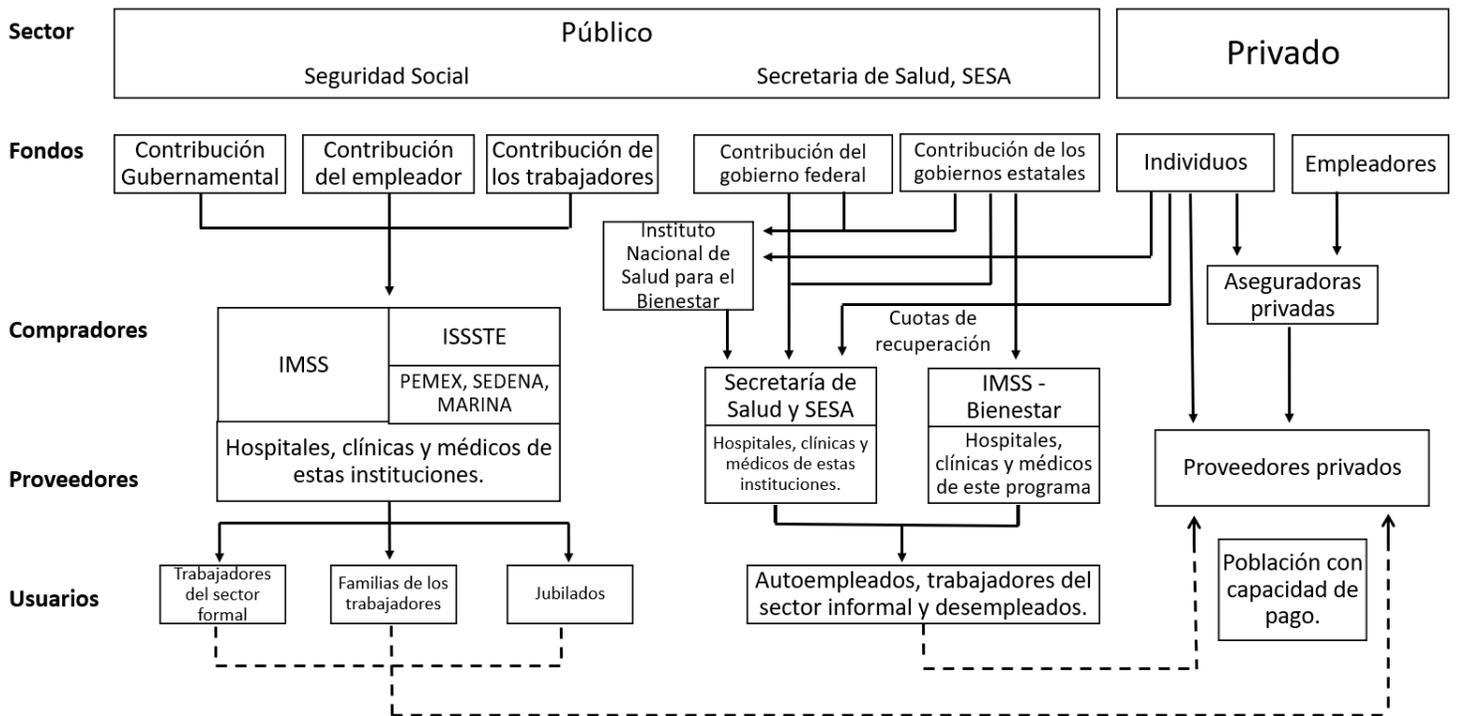
El Sistema de Salud en México consta de dos sectores: público y privado. El sector público lo conforman las Instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR). Las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social como la Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Bienestar, Instituto Nacional de Salud para el Bienestar. (41)

El sector privado lo conforma: compañías aseguradoras y prestadoras de servicios que trabajan en farmacias, consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. (41)

El sistema mexicano de salud cuenta con tres grupos beneficiarios:

- Trabajadores del sector formal de la economía, jubilados y sus familias.
- Autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias.
- Población con capacidad de pago.

Sistema de Salud en México



Fuente directa: Actualización 2020

Demografía

México cuenta con una población de 134 472 752 (octubre 2019). De los cuales 49.3% son hombres y 50.7% son mujeres. (42) Las proyecciones para 2030 estiman una población de 137.4 millones de habitantes. (43)

La evolución de la tasa de mortalidad en México en los últimos años ha incrementado de 4.9 por 1000 habitantes en 2008 a 5.8 por 1000 habitantes en 2017). (44) La esperanza de vida ha aumentado de 75.1 años en 2008 a 76.2 años en 2018. (45)

La disminución en las últimas décadas de la tasa de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida han ocasionado este cambio en la estructura, el envejecimiento poblacional, donde se observa un incremento de los adultos mayores en la estructura de la población. De acuerdo con las Proyecciones de Población que

elabora el Conapo, en el 2017 la población adulta mayor (65 años o más) asciende a poco más de 8 millones de personas, de las cuales 54.4% son mujeres y 45.6% hombres. Además, se estima que para el 2050 esta población aumentará a 24.4 millones; en términos relativos, la proporción de este grupo etario crecerá de 7.2 a 16.2 por ciento. (44)

Indicadores de Salud

Los indicadores son instrumentos de medida que pueden ser usados para describir y comprender cómo funciona la calidad de un sistema o una actividad en concreto. En salud, nos brindan información relativa a varios aspectos: demográficos (esperanza de vida, mortalidad y natalidad). Estadísticas de morbilidad (cantidades de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población) e información sobre la población con cobertura de salud. (46)

Indicadores básicos en México

- Prevalencia de Diabetes

Considerando los datos ENSANUT 2006 y 2012, la prevalencia de diabetes por diagnóstico previo ha aumentado con una tendencia anual positiva de 2.7%. En 2016, la prevalencia de diabetes fue de 9.4%. Actualmente, en el país hay poco más de 6.4 millones de personas que viven con diabetes diagnosticada, cerca de 60 000 más que en 2012. (47)

- Prevalencia Hipertensión

En México la prevalencia de Hipertensión arterial es de 25.5%, entre 20 y 79 años, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016). (48) La prevalencia de HTA aunque es similar a la de otros países en desarrollo

económico, existe un alto porcentaje de adultos que desconocen tener esta enfermedad y de ellos casi la mitad tiene un inadecuado control de su tensión arterial. (49)

- Población cubierta por seguridad social:

Tabla No. 1 Población cubierta por seguridad social en el año 2015.	
Indicador	Porcentaje
IMSS	39.9
Seguro Popular	49.9
ISSSTE	7.7
Otras instituciones	4.8
PEMEX, SDN o SM	1.2

Nota: La suma de los porcentajes puede ser mayor a cien por la población que es derechohabiente en dos o más instituciones. Fuente: INEGI Encuesta Intercensal 2015. (43)

- Gasto total en salud como porcentaje del PIB

México destinó el 5.6% del PIB en salud (2017), el gasto promedio de los países de la OCDE es de 6.6%. (50, 51)

- Gasto en salud per cápita

El gasto total en salud por persona difiere hasta en \$6,546 de acuerdo con la entidad federativa en la que se encuentre. El gasto total en salud proviene de dos fuentes de financiamiento: público y privado. Aguascalientes y la CDMX presentan gastos per cápita muy por encima del rango nacional. (52)

Financiamiento

El financiamiento de las instituciones de seguridad social público proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. (41)

El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados. (41)

Rectoría

El gobierno federal, por medio de la Secretaría de Salud, tiene como objetivo la rectoría del sistema, lo que incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, coordinación intra e intersectorial, actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. (41)

Plan Nacional de Salud 2018-2024

La Constitución ordena al Estado mexicano velar por la estabilidad de las finanzas públicas y del sistema financiero; planificar, conducir, coordinar y orientar la economía; regular y fomentar las actividades económicas y organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación. Para este propósito, la Carta Magna faculta al Ejecutivo Federal para establecer los procedimientos de participación y consulta popular en el sistema nacional de planeación democrática, y los criterios para la formulación, instrumentación,

control y evaluación del plan y los programas de desarrollo. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es, en esta perspectiva, un instrumento para enunciar los problemas nacionales y enumerar las soluciones en una proyección sexenal. (53)

La administración que inició el 1 de diciembre de 2018 encontró un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente y corroído por la corrupción. Millones de personas no tienen acceso a ninguna de las instituciones o modalidades de ese sistema o bien enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura. Como en otros terrenos, el desastre del sistema de salud pública es resultado de los afanes privatizadores y de los lineamientos emitidos por organismos internacionales copados por la ideología neoliberal. Es casi normativo el que los pacientes de los hospitales del Estado tengan que llevar sus propios materiales de curación y que se vean obligados a esperar meses antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, tanto por la saturación de los quirófanos como por descomposturas o faltantes de equipo. Otros ni siquiera logran acceso a terapias y tratamientos porque no están afiliados a ninguna institución de seguridad social o bien porque la cobertura del Seguro Popular es insuficiente. En suma, el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana. (54)

El Plan Nacional de Desarrollo del Licenciado Andrés Manuel López Obrador tendrá como meta realizar las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos. (53)

Se creará el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional, a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE y las acciones que se implementarán serán las siguientes: (53)

- El combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud.
- Se dignificarán los hospitales públicos de las diversas dependencias federales.

- Se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva.
- Se emprenderá una campaña informativa nacional sobre las adicciones.
- Se impulsarán las prácticas deportivas en todas sus modalidades.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es el organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, al cual la Ley del Seguro Social (LSS), encomienda la organización y administración de la Seguridad Social, teniendo el carácter de organismo fiscal autónomo, como se establece en los artículos 4o. y 5o. de la LSS. (55)

Antecedentes Históricos del IMSS

El 1 de diciembre 1940, al hacerse cargo de la primera magistratura de la nación, Manuel Ávila Camacho expresó ante el Congreso de la Unión el propósito de consolidar una política gubernamental de seguridad social, pero fue hasta el 2 de junio de 1941 que creó la Comisión Técnica para la elaboración del Proyecto de Ley de Seguros Sociales. (55)

Finalmente, el 3 de julio de 1942 García Téllez presentó la iniciativa de Ley del Seguro Social al presidente, en la que asentó: El proyecto concreta uno de los más altos propósitos de la Revolución Mexicana, tendiente a proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia obrera, y contribuye al cumplimiento de compromisos exteriores, de promesas gubernamentales y de un deber constitucional ineludible. Fue así que se fundó un 19 de enero de 1943, como un órgano tripartito, constituido por el Gobierno Federal y los sectores patronal y obrero, por decreto

del entonces presidente Manuel Ávila Camacho. Convirtiéndose en la primera institución de carácter social en la historia de México, surgida como consecuencia de la Revolución mexicana. Su creación se vio influenciada porque ya en países de América (Chile, Perú, Venezuela, Brasil, Uruguay y Argentina), estaban vigentes leyes de seguro social que favorecían a millones de familias proletarias. (55)

El decreto de creación del IMSS preveía la puesta en marcha de los servicios a partir del 1 de enero de 1944. En un principio, el Seguro Social protegía sólo al trabajador, pero a partir de 1949 los beneficios se extendieron a los familiares. (56)

En 1979 el Gobierno de la República le encomendó al Instituto una misión de gran trascendencia: ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS-Coplamar, posteriormente denominado IMSS-Solidaridad, en 2002 IMSS-Oportunidades, IMSS-Prospera, hoy en día IMSS-Bienestar el cual es financiado con recursos del Gobierno Federal y administrado por el IMSS, operando en veintiocho estados del país y atendiendo a más de doce millones cuatrocientas mil personas en condición de pobreza extrema y marginación en zonas rurales del país. (56)

Generalidades del IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene por objeto organizar y administrar el Seguro Social, cuya finalidad es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. (57)

En un día típico, el IMSS atiende cerca de 500 mil consultas; 200 mil niños en sus guarderías; 50 mil urgencias; y cuatro mil intervenciones quirúrgicas diarias. En gran medida esto se consigue por el esfuerzo y compromiso de los 428 mil

trabajadores: médicos, enfermeras y personal administrativo, que día a día operan las casi seis mil unidades médicas de este Instituto. (57)

Dentro del conjunto de las instituciones que otorgan prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud en México, el IMSS es la institución con el mayor número de población atendida, seguido por el Seguro Popular (Tabla No.2) ya que actualmente cuenta con una población derechohabiente de 57.5 millones de personas. Además de los servicios médicos que el IMSS ofrece a sus derechohabientes, también brinda servicios médicos de primero y segundo niveles de atención a la población que no cuenta con seguridad social a través del Programa IMSS-Oportunidades, cuya población adscrita asciende a 11.9 millones de personas. (57)

Las prestaciones que el IMSS brinda a sus derechohabientes se encuentran bajo dos tipos de regímenes: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen Obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral que obligue a su aseguramiento, mientras que en el Régimen Voluntario, la afiliación es producto de una decisión individual o colectiva. El Régimen Obligatorio se integra por cinco tipos de seguros: Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS). Por su parte, el Régimen Voluntario sólo cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y el Seguro Facultativo.

Tabla No.2 Población por condición de aseguramiento 2012		
Institución	Numero de derechohabientes	Porcentaje de la población
IMSS	69,330,621	58.90
• Régimen ordinario	57,475,897	48.80
• Asegurados directos	16,062,043	13.60
• Otros asegurados	6,520,957	5.50
• Pensionados	3,276,596	2.80
• Familiares	31,616,301	26.90
• IMSS-Oportunidades	11,854,724	10.10
ISSSTE	12,449,609	10.60
Seguro Popular	52,908,011	44.90
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,143,663	1.00
Instituciones privadas	2,102,931	1.80
Otras instituciones públicas	944,092	0.80

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), IMSS.

Tabla No. 3 Servicios médicos otorgados en un día típico, enero a diciembre de 2012	
Concepto	Promedio total nacional
Total de consultas otorgadas	485,200
• Consultas de medicina familiar	336,794
• Consultad de especialidades	79,054
• Consultas dentales	19,017
• Atenciones de urgencia	50,335
Egresos hospitalarios	5,496
Intervenciones quirúrgicas	4,139
Partos atendidos	1,262
Análisis clínicos	758,657
Estudios de radiodiagnóstico	56,319

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), IMSS.

Los servicios brindados por el IMSS representan casi la mitad de los servicios de salud otorgados por instituciones públicas.

Tabla No. 4 Servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud, 2011								
Institución	Consultas				Egresos	Cirugías	Servicios aux. de Diagnóstico	
	General	Especialidad	Urgencias	Odontólogos			Lab. clínico	Radiología
IMSS	47.1	39.8	61.0	29.5	38.7	43.7	51.3	56.3
ISSSTE	7.4	15.9	3.6	8.9	6.7	6.8	8.8	9.0
SS	42.2	33.3	28.1	54.5	48.0	44.4	34.2	27.6
Otras instituciones	3.2	11.1	7.2	7.1	6.6	5.1	5.7	7.0

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), IMSS.

Recursos Humanos e Infraestructura

En gran medida el IMSS se ha logrado posicionar como el pilar fundamental de la seguridad social del país gracias al esfuerzo y compromiso de sus casi 444,967 trabajadores. De éstos, alrededor de 103,448 son enfermeras y 71,014 son médicos que trabajan arduamente en beneficio de la salud de la población derechohabiente del Instituto.

Tabla No. 5. Infraestructura con la que cuenta el IMSS								
Unidades médicas	Ordinario 1,806 Unidades		IMSS Oportunidades 3,938 Unidades					
	36 Hospitales				3er Nivel: 36 Hospitales			
	271 Hospitales		79 Hospitales Rurales		2do Nivel: 350 Hospitales			
	1,499 Clínicas		3,859 Clínicas Rurales		1er Nivel: 5,358 Unidades			
1,451 Guarderías	1,400 Farmacias	4 Centros Vacacionales	136 Tiendas	73 Teatros	17 Velatorios	118 CSS		
3 Centros Artesanales		12 Unidades Deportivas		CASSAM		CCRT		Unidad de Congresos CMN SXXI

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), IMSS.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE

Los primeros antecedentes de la seguridad social para los trabajadores al servicio del estado se remontan a la Ley General de Pensiones Civiles de 1925 que cubría a los empleados de la Federación (Distrito Federal y territorios). Las prestaciones se otorgaban a través de la Dirección de Pensiones Civiles y Retiro y consistían en cuatro tipos de pensiones: por retiro, inhabilitación (invalidez), muerte y retiro forzoso; además se concedían préstamos personales y crédito hipotecario.

Todos estos beneficios se financiaban en un sistema de reparto con aportaciones bipartitas (trabajadores y entidades). (58)

El ISSSTE como entidad encargada de la seguridad social de los trabajadores del Estado tiene sus orígenes en la reforma de 1960 al Artículo 123 Constitucional. En ella se estableció la clasificación de los asalariados en apartados “A” y “B”, este último es exclusivo de los empleados gubernamentales. (59)

El régimen inicial de seguridad social del ISSSTE se fundó con catorce prestaciones de carácter obligatorio: dos seguros para proporcionar servicios de salud (seguro de enfermedades no profesionales y maternidad y seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales); cinco seguros de carácter pensionario (jubilación, vejez, invalidez, fallecimiento e indemnización global); tres prestaciones relacionadas con vivienda (créditos para la adquisición y construcción de vivienda, préstamos hipotecarios y arrendamiento de habitaciones económicas), préstamos a corto plazo y tres servicios sociales (servicios para la readaptación y reeducación de inválidos, promociones para elevar la preparación técnica y cultural del trabajador y su familia). (59)

El diseño de la seguridad social del ISSSTE se inscribió dentro del tipo de esquemas públicos conocidos como de reparto o de beneficio definido. En sus

inicios (el ISSSTE) aseguró a casi 130 mil trabajadores, 12 mil pensionistas y 346 mil familiares, lo que sumaba un total de 488 mil derechohabientes. (60)

Para el año 2007 la cobertura demográfica institucional abarcaba a 2.5 millones de trabajadores activos y más de 610 mil pensionados, además de 7 millones de familiares de asegurados, con lo que la población derechohabiente era de casi 11 millones. Los trabajadores se encontraban agrupados en 220 sindicatos y 180 agrupaciones de jubilados. El ISSSTE tenía afiliados a más de 500 organismos de la administración pública, de los cuales 37.2 por ciento son de carácter federal, el 54.7 por ciento estatal y el 12.5 por ciento municipal. (60)

Actualmente la seguridad social de los Trabajadores comprende: I. El régimen obligatorio, y II. El régimen voluntario. Artículo 3. Se establecen con carácter obligatorio los siguientes seguros: I. De salud, que comprende: a) Atención médica preventiva; b) Atención médica curativa y de maternidad, y c) Rehabilitación física y mental; II. De riesgos del trabajo; III. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y IV. De invalidez y vida. Artículo 4. (61)

Sistema de salud bucal en México

En México la consulta odontológica, se realiza por lo general, en consultorios privados, públicos o de seguridad social. Las consultas en servicios de salud públicos ofrecen cuidados considerados como básicos. Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, no son contemplados en estos servicios y las personas se ven forzadas a utilizar los de tipo privado para terminar con su plan de tratamiento. (62)

La prevención y el sistema apropiado de las enfermedades bucodentales comunes son parte del componente básico de atención primaria de salud, y las poblaciones de bajos ingresos están particularmente en riesgo debido a una variedad de factores, entre ellos la falta de acceso a la atención odontológica, el alto costo de

los servicios dentales y una falta general de información sobre el papel vital que desempeñan la salud bucal en la salud y el bienestar de las personas. (62)

La negociación entre el profesional de la salud y el paciente se basa en una transacción entre una oferta de servicios y el poder adquisitivo para acceder a ellos. De esta forma, la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales de la población: los ciudadanos tienen acceso a servicios según su capacidad de pago. (63)

Desde esta perspectiva si todas las personas tuviesen acceso a medidas preventivas y a tratamientos adecuados y oportunos, se disminuiría la presencia de enfermedades bucales, se evitaría su avance, la aparición de complicaciones graves y disminuiría la necesidad de tratamientos costosos. (64)

México ha venido trabajando en los últimos años; se ha implementado a escala nacional las semanas nacionales de salud bucal en las que participan instituciones públicas y privadas, para prevenir y combatir las enfermedades bucales, cambiando acciones de la comunidad, el profesional y el individuo. Por otro lado, cuando los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyen subsidios sociales y crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, aumentan las desigualdades sociales. (64)

Los sistemas de salud que prestan especial atención a la relación entre condiciones de vida y salud, hacen énfasis en los programas y servicios de promoción y prevención, promueven medidas de saneamiento básico y desarrollo comunitario, y priorizan el tratamiento en un sistema interconectado de servicios con varios niveles de atención según la complejidad de la enfermedad. (64)

Este tipo de sistemas, basado en las necesidades de las personas y las comunidades, tiene una gran trayectoria académica y práctica en la región latinoamericana, con varias vertientes de un movimiento conocido como medicina social. (64)

La atención odontológica en las instituciones de Seguridad Social ha sido evitada por múltiples motivos, entre los que destacan los elevados costos para otorgarla, el reducido impacto ideológico, la casi nula letalidad y mínima tasa de incapacidades laborales y el desconocimiento entre la población sobre su trascendencia en la calidad de vida y su contribución en la salud general, entre otros. A modo de ejemplo, baste señalar que el Instituto Mexicano del Seguro Social reporta para los dos primeros meses del año 2010 las cifras siguientes:

Población adscrita a la Unidad 45, 764,613

Población adscrita a médico familiar 37, 672,626

Total de consultas otorgadas 441,149

+ Consultas Medicina Familiar 309,900

+ Consultas especialidades 70,189

+ Consultas dental 16,616

La atención odontológica corresponde al 3.59% del total de los servicios otorgados, lo que evidentemente es insuficiente para cubrir las necesidades de los asegurados. (65,66)

Tabla 6. Indicadores de Salud	
Unidades médicas con servicio dental	321
Odontólogos en instituciones públicas de salud	1,426
Odontólogos por 100,000 habitantes	15.2
Indicadores de Salud Bucal	
Prevalencia de caries dental en niños de 6 años (ENCD 2001)	77.52
Índice CPOD en niños de 12 años (ENCD 2001)	2.8
Distribución de sal fluorada	Sí
Consultas odontológicas otorgadas por el SNS por 100 habitantes	20.0
Actividades Preventivas (fluoruro) otorgadas por el SNS por habitante en riesgo (6 a 18)	1.8

Es ampliamente conocida la opinión de la población de todas las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, SSA, PEMEX, etc.) sobre la larga espera entre la solicitud y la obtención de cita para la consulta dental, las prolongadas esperas el día de la consulta, las limitaciones en los tratamientos “sólo te tapan o sacan las muelas” y sobre todo la casi imposibilidad para recibir atención de especialidades dentales. Esta situación genera una situación contradictoria entre elevadas necesidades de atención, reducida asistencia a los servicios y también reducida capacidad de atención en estos servicios en las instituciones. (67)

Así, se conforma el panorama epidemiológico bucal de México, caracterizado por elevadas tasas de lesiones cariosas, principalmente en niños y adolescentes, crecientes pérdidas dentarias por enfermedades periodontales, elevadas tasas de maloclusiones, diagnóstico tardío de lesiones cancerosas y precancerosas, recurrentes infecciones de origen pulpar y periodontal, tratamientos odontológicos predominantemente mutiladores y escasa rehabilitación bucal, todo ello en detrimento directo de la salud de la población. (67)

La información a lo largo de estos diez años muestra que la proporción y severidad de las enfermedades bucales sigue siendo alta. Dentro de los principales hallazgos se puede mencionar:

- 7 de cada 10 infantes (2 a 5 años de edad) que acuden a los servicios de salud tienen caries dental y en 1 de cada 3 la condición es severa.
- Los niños y adolescentes llegan a los servicios de salud con 5 dientes afectados por caries dental y solo uno ha sido rehabilitado.
- De los adolescentes que asisten a los servicios de salud 8 de cada 10 tienen un periodonto sano.
- En los últimos cuatro años el 40% de los adultos usuarios (35 a 44 años de edad) tienen un periodonto sano. Entre los adultos mayores (65 a 74 años de edad) se reduce considerablemente la proporción de adultos sanos 30% aproximadamente.

- Alrededor de 7 de cada 10 adultos mayores mantienen una oclusión funcional (20 dientes naturales presentes).
- La fluorosis dental no representa un problema de salud pública en nuestro país salvo en la zona endémica (Zacatecas, Aguascalientes, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí y Jalisco). (66)

Como sucede con todas las enfermedades crónicas, la demanda de los servicios de salud odontológicos en el sector público es alta, por lo que el tiempo de espera para un tratamiento integral es largo. Esto conlleva a un mayor deterioro en la salud oral de modo que cuando finalmente se asiste a consulta, el estado del paciente es más comprometido que cuando la atención se solicitó inicialmente, hasta el punto de buscar atención de emergencia para el alivio del dolor. El alto nivel de atención de emergencia entre los pacientes del sector público restringe las opciones de tratamiento que están disponibles y pueden dar lugar a la resolución rápida del problema mediante la extracción dental. (66)

Si bien hay que trabajar en mejorar el acceso a los servicios odontológicos para el control de las enfermedades bucales, no hay que perder de vista que la piedra angular para reducir las enfermedades bucales es la promoción y la prevención, se deben reforzar aún más las acciones encaminadas a este fin, principalmente en los grupos más vulnerables. (66)

El objetivo de las instituciones públicas es brindar atención integral a los individuos que estén afiliados a dicho instituto, la atención comprende desde su estado de salud general hasta la atención especializada de acuerdo a lo que cada uno requiere, incluso la estomatológica. Además de estar en actualización constante para lograr implementar y fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial de su personal de salud bucal. Supervisan, evalúan y asesoran los componentes del programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad. Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal. (68)

Planteamiento del Problema

Las instituciones que brindan atención a la salud de manera pública como son el IMSS y el ISSSTE juegan un rol muy importante en la prevención y curación de los problemas bucodentales que afectan a la población, por lo tanto los tratamientos que se realizan en estas instituciones deberían de ir encaminadas a resolver la situación epidemiológica actual del país. Actualmente, no hay una fuente de información documentada detallada sobre los tratamientos odontológicos que se brindan en estas instituciones en sus tres niveles de atención y es necesario conocerlas ya que esta información nos orientará hacia donde se dirigen las políticas de salud gubernamentales y pueden permitir a sus derechohabientes hacer uso de estos servicios. Por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los tratamientos odontológicos que brindan el IMSS e ISSSTE a sus derechohabientes en sus tres niveles de atención en la CDMX?

Objetivo General

Identificar los tratamientos odontológicos que brindan el IMSS e ISSSTE a sus derechohabientes en sus tres niveles de atención en la CDMX.

Objetivos Específicos

- Establecer los servicios y tratamientos odontológicos que brinda en primero, segundo y tercer nivel el IMSS.
- Establecer los servicios y tratamientos odontológicos que brinda en primero, segundo y tercer nivel el ISSSTE.
- Comparar los servicios y tratamientos odontológicos que se realizan entre ambas instituciones.

Material y Método

a) **Tipo de estudio:** Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

b) **Universo:** Hospitales del IMSS y del ISSSTE en sus tres niveles de atención en la CDMX.

Muestra: Se seleccionaron por conveniencia 1 o 2 hospitales por cada nivel de atención tanto para el IMSS como para el ISSSTE.

c) **Criterios de inclusión:** Instituciones hospitalarias en sus tres niveles de atención del IMSS y del ISSSTE que aceptaron contestar una entrevista estructurada, oficinas administrativas de estas instituciones, información solicitada en el INAI.

Criterios de exclusión: Hospitales que no permitieron el acceso a sus instalaciones o a la información solicitada o que no quisieran contestar la entrevista.

d) Variable

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS
Tratamientos odontológicos realizados en el IMSS	Registro de los tratamientos odontológicos realizados en Hospitales del IMSS. Obtenida mediante una entrevista estructurada y solicitada también al INAI	Tratamientos odontológicos: Primero, segundo y tercer nivel de atención.
Tratamientos odontológicos realizados en el ISSSTE	Registro de los tratamientos odontológicos realizados en Hospitales del ISSSTE. Obtenida mediante una entrevista estructurada y solicitada también al INAI.	Tratamientos odontológicos: Primero, segundo y tercer nivel de atención.

e) Técnica: Se seleccionaron por conveniencia hospitales por cada nivel de atención (primero, segundo y tercer nivel) y por cada institución IMSS e ISSSTE, se aplicó una entrevista algún directivo o encargado del área estomatológica que conociera los servicios y tratamientos que se realicen en su institución, esta información se corroboró acudiendo a las oficinas centrales administrativas de estas instituciones solicitando la misma información, como la información fue negada, se solicitó a través del INAI, por medio de la plataforma nacional de transparencia dirigido al IMSS y el ISSSTE, a través de la siguiente solicitud: “Solicito se realice la búsqueda de la información en las bases de datos físicas y electrónicas, de manera manual y electrónica de los procedimientos y tratamientos odontológicos que se realizan y ofrecen a los derechohabientes en los tres niveles de atención a la salud que dependan de las instituciones IMSS, ISSSTE y SSA en la Ciudad de México. La información se requiere del periodo de 2018 a la fecha de mi presente solicitud. De la información solicitada se requieren documentos que acrediten el dicho de las respuestas de las dependencias señaladas”. Las solicitudes quedaron registradas con el folio 0064102379719 para el IMSS y con el folio 0063700552719 para el ISSSTE.

Posteriormente se procedió a analizar y a contrastar la información. Los tesisas fueron debidamente capacitados para obtener información de calidad en la entrevista. A los entrevistados se les comunicó el objetivo de la investigación y se les solicitó su consentimiento informado.

f. Recursos

Humanos

Dos tesisas de la Carrera Cirujano Dentista

Un director de tesis

Un asesor de tesis

Materiales

Cuestionarios

Papelería (lápices, bolígrafos, goma).
Equipo de cómputo, impresora láser.

Presupuesto

\$500 de copias e impresiones, transporte

g. Diseño estadístico

Plan de clasificación. - Se agruparon los datos sobre los procedimientos odontológicos realizados en cada institución y por nivel de atención.

Procesamiento estadístico propiamente dicho. – Sólo se describieron los procedimientos reportados por cada institución y por nivel de atención.

Presentación estadística. - Para facilitar el análisis de los datos, los resultados fueron presentados en tablas diseñadas en Excel.

Bases éticas y legales

Se solicitó consentimiento informado a las personas que aportaron información en la entrevista, respetando el reglamento interior del IMSS y del ISSSTE y apegados a la Ley federal de transparencia y acceso a la información pública.

Resultados

Las clínicas de unidad médica familiar (UMF) de primer nivel de atención pertenecientes al IMSS de donde se obtuvo la información fueron:

- ❖ UMF No. 6
- ❖ UMF No. 14
- ❖ UMF No. 120

Los procedimientos odontológicos que reportaron realizar en estas UMF son: profilaxis, aplicación de flúor selladores de fasetas y fisuras, obturaciones con amalgama, resina y curaciones temporales, drenaje de absceso y cavidad de acceso (pulpotomías), detartraje supragingival y subgingival, extracciones dentales no complejas de dientes temporales y permanentes, y revisión de tejidos blandos para el diagnóstico oportuno de cáncer.

Cabe aclarar que la UMF No. 14 sólo se colocan resinas en dientes anteriores, que en la UMF No. 6 el detartraje puede realizarse si es necesario por colgajo y que la única UMF donde se realizan gingivoplastías es la No. 6. (Tabla 7)

En cuanto a las clínicas de medicina familiar (CMF) pertenecientes al primer nivel de atención en el ISSSTE, la información se obtuvo de las siguientes clínicas:

- ❖ CMF Balbuena
- ❖ CMF 5 de febrero

En estas clínicas hubo algunas diferencias en cuantos los procedimientos odontológicos que se realizan. En los tratamientos donde se reportan coincidencia son: profilaxis, aplicación de flúor selladores de fasetas y fisuras, obturaciones con amalgama, resina y curaciones temporales, drenaje de absceso y cavidad de acceso (pulpotomías), detartraje supragingival, extracciones dentales no complejas de dientes temporales y permanentes, y revisión de tejidos blandos

para el diagnóstico oportuno de cáncer. Además de estos procedimientos en la CMF Balbuena se hacen obturaciones con ionómero de vidrio y las incrustaciones que por algún motivo se hayan caído, se vuelven a cementar. (Tabla 7)

Tabla 7. Procedimientos odontológicos que reportan realizar en primer nivel de atención en el IMSS e ISSSTE.					
Institución:	IMSS			ISSSTE	
Procedimientos	UMF. No.6	UMF No. 14	UMF No. 120	CMF Balbuena	CMF 5 de febrero
Control de placa dentobacteriana					
Profilaxis	X	X	X	X	X
Gingivoplastia	X				
Recementación de incrustaciones				X***	
Aplicación de flúor	X	X	X	X	X
Selladores de fosetas y fisuras	X	X	X	X	X
Obturación con amalgama	X	X	X	X	X
Obturación con resina	X**	X	X	X	X
Obturación con ionómero de vidrio				X	
Obturación con IRM					
Obturación temporal	X	X	X	X	X
Técnica de rehabilitación atraumática					
Terapia pulpar (recubrimiento pulpar indirecto)	X	X		X	X
Terapia pulpar (recubrimiento pulpar directo)					
Cavidad de acceso y pulpotomías	X	X	X	X	X
Detartraje: Eliminación de cálculo supragingival	X	X	X	X	X
Detartraje: Eliminación de cálculo subgingival	X*	X			
Extracciones de dientes temporales	X	X	X	X	X
Extracciones de dientes permanentes simple	X	X	X	X	X
Ajustes de prótesis					
Desgaste selectivo					
Toma de radiografías periapicales					
Drenaje de absceso	X	X	X	X	X
Revisión de tejidos blandos (Diagnóstico oportuno de lesiones cancerígenas)	X	X	X	X	X
Retiro de sutura					
Atención de trastornos de la articulación temporomandibular					

Observaciones:

*A diferencia de todas la Unidades de primer nivel, esta menciona realizar detartraje por colgajo.

** En esta Unidad, solo se colocan resinas en el sector anterior.

*** En caso de desajuste de una incrustación, solo se recementa.

Nota: En todas las Unidades de primer nivel se realiza promoción de la salud.

La clínica de segundo nivel de atención donde se recopiló la información en cuanto al ISSSTE fue el Hospital de Especialidades Dentales "Dr. Honorato Villa Acosta", los procedimientos se agrupan por las siguientes áreas de especialidad: cirugía bucal, endodoncia, odontopediatría, periodoncia, prótesis, ortodoncia, además se reportó que se cuenta con quirófano para realizar cirugía bajo

anestesia general inhalatoria en pacientes pediátricos de difícil manejo conductual.

Los procedimientos se describen en la Tabla 8:

Tabla 8. Procedimientos odontológicos de segundo nivel de atención en el ISSSTE. Clínica Hospital de Especialidades Dentales " Dr. Honorato Villa Acosta"	
Cirugía bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Terceros molares • Dientes retenidos • Dientes supernumerarios • Quistes • Frenilectomía • Extracciones múltiples • Regularización del proceso • Biopsias • Apicectomías • Trastornos ATM
Endodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Recubrimiento directo e indirecto • Pulpotomía • Apicoformaciones • Tratamientos de conducto unirradiculares y multirradiculares
Odontopediatría	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación total • Amalgamas • Coronas de Acero Cromo • Pulpotomías • Pulpectomías • Extracciones
Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Raspado y alisado radicular cerrado y por colgajo • Gingivectomía • Colgajos desplazados lateral y coronal • Autoinjerto gingival libre • Eliminación de granuloma piógeno • Frenilectomía vestibular
Prótesis	<ul style="list-style-type: none"> • Incrustaciones metálicas • Endopostes metálicos • Coronas metal porcelana • Guardas oclusales • Prótesis Total y Prótesis Removible
Quirófano	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bajo anestesia general inhalatoria en pacientes pediátricos de difícil manejo conductual.
Ortodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de erupción • Extracción seriada • Eliminación de hábitos perniciosos • Aparatología preventiva e interceptiva

Observaciones:

-La Clínica Hospital de Especialidades Dentales HVA, cuenta con criterios de inclusión y exclusión en cada una de sus especialidades para brindar la atención a sus derechohabientes.

-No cuenta con el servicio de laboratorio dental integrado a su servicio. Los pacientes recurren a laboratorios dentales externos sugeridos por la clínica, por cuenta propia.

En cuanto al segundo nivel de atención por parte del IMSS, se reportó que en estas clínicas se llevan a cabo procedimientos odontológicos que corresponden a al tercer nivel de atención, como es en el caso del hospital Troncoso La Raza, en ella se realizan los procedimientos de cirugía ortognática, biopsias, extracción de terceros molares, apicectomía, corticotomía, gingivectomía, gingivoplastía, prótesis maxilofacial y ortodoncia correctiva. (Tabla 9)

Tabla 9. Procedimientos odontológicos en el tercer nivel de atención en el IMSS e ISSSTE.			
PROCEDIMIENTOS	La Raza	Troncoso	Hospital General Regional Zaragoza
Cirugía ortognática		X	X
Exodoncias complicadas	X		X
Biopsia	X	X	X
Bichectomia			X
Terceros molares	X	X	X
Apicectomía	X	X	X
Injerto óseo			X
Corticotomías	X	X	X
Frenilectomias	X		X
Gingivectomias y gingivoplastias		X	X
Prótesis Maxilofacial	*	X	*
Ortodoncia Correctiva		X	
Odontopediatría	X	X	

Observaciones:

*Una problemática encontrada es que los pacientes no reciben seguimiento, en este caso de prótesis maxilofacial, ya que los doctores refieren que se atienden las patologías y urgencias, pero no se les da una rehabilitación completa.

Como parte de la segunda fase de este proyecto y con la intención de verificar la información anterior, se acudió a las oficinas del IMSS y del ISSSTE.

Por parte del IMSS, se acudió a las oficinas centrales ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 476, col. Juárez, C.P. 06600, Ciudad de México, donde al llegar y explicar la intención de la visita, las personas encargadas de vigilancia y acceso al

edificio nos refirieron a la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, en el área de atención a derechohabientes, ubicada en Calle Durango 289, col. Roma Norte, C.P. 06700 Ciudad de México, donde se indicó que no tenían acceso a esa información de manera concisa y detallada y sólo se sugiero revisar en la página web del IMSS, lo cual ya se había hecho con anterioridad, sin encontrar resultados.

Para la información del ISSSTE se acudió a las oficinas de dicha institución ubicadas en José María Lafragua 4, col. Tabacalera, C.P. 06030, Ciudad de México, y de ahí se nos refirió a otras oficinas del ISSSTE ubicadas en Avenida de la República 51, col. Tabacalera, C.P. 06030, Ciudad de México, donde nos regresaron al lugar de origen, finalmente ahí se nos indicó que la información que se estaba solicitando era confidencial y de manejo exclusivo de la institución y si se quería obtener había que hacer un oficio dirigido a la Dra Dylan Lucia Chiguer, Jefa de servicios de enseñanza e investigación de la dirección médica ubicada en Av. San Fernando No. 547 primer piso, col. Toriello Guerra, Tlalpan, C.P. 14050, lugar al que se acudió en dos ocasiones y nos informó que la encargada de esa área estaba de vacaciones por lo cual no se pudo recolectar ninguna información.

En la tercera fase de este proyecto se solicitó la información sobre los procedimientos bucodentales que se realizan en el IMSS y en ISSSTE, al Instituto Nacional de Acceso a la Información y Protección de Datos (INAI), que es el organismo público y autónomo del gobierno, encargado de facilitar y garantizar el acceso de las personas a la información pública, ya que esta información es de interés público y que, al mismo tiempo, debiera ser de dominio público y de fácil acceso. Este trámite se realizó a través de su plataforma en línea y después del tiempo de espera reglamentario, se dio una respuesta favorable y la información que se proporciona se describe en las siguientes tablas. (Tabla 10 y 11)

Tabla No. 10 Procedimientos que ofrece el primer nivel de atención a la salud en el IMSS e ISSSTE según la información obtenida a través del INAI

Procedimiento	IMSS	ISSSTE
Control de placa dentobacteriana	X	X
Profilaxis	X	X
Gingivoplastia		
Aplicación de flúor	X	X
Selladores de fasetas y fisuras	X	X
Obturación con amalgama	X	X
Obturación con resina	X	X
Obturación con ionómero de vidrio	X	X
Recementación de incrustaciones		X
Obturación con IRM	X	
Obturación temporal	X	X
Técnica de rehabilitación atraumática		X
Terapia pulpar (recubrimiento pulpar indirecto)	X	X
Terapia pulpar (recubrimiento pulpar directo)	X	X
Cavidad de acceso y pulpotomías)	X	X
Detartraje: Eliminación de cálculo supragingival	X	X
Detartraje: Eliminación de cálculo subgingival	X	
Extracciones de dientes temporales	X	X
Extracciones de dientes permanentes	X	X
Ajustes de prótesis		X
Desgaste selectivo		X
Toma de radiografías periapicales	X	X
Drenado de absceso	X	X
Revisión de tejidos blandos (Diagnóstico oportuno de lesiones cancerígenas)	X	X
Retiro de sutura	X	
Atención de trastornos de la articulación temporomandibular	X	

Nota. Ambas instituciones tienen como intención prioritaria implementar programas y esquemas preventivos con lo que respecta a salud bucal, cada institución con estrategias específicas.

Tabla No. 11 Procedimientos odontológicos de especialidad ofertados en segundo y tercer nivel (información obtenida a través del INAI)

Institución:	IMSS	ISSSTE
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL		
Extracción de terceros molares impactados, retenidos y erupcionados	X	X
Extracción de dientes retenidos	X	X
Operculectomía	X	X
Apicectomías	X	X
Marsupialización de quistes	X	X
Frenilectomía bucal o lingual	X	X

Regularización de reborde alveolar anfractuoso o con exostosis	X	X
Patologías en tejidos que requieren biopsia	X	X
Patologías de glándulas salivales del tipo mucocele o ránula	X	X
Atención de traumas faciales	X	X
Fascicotomía facial por infecciones	X	X
Patología glandular	X	X
Cirugía ortognática	X	X
Artroscopia de ATM	X	X
Labio y paladar hendido	X	X
Reconstrucción ósea	X	X
Distracción ósea	X	X
Síndrome de eagle	X	X
Extracciones dentales en pacientes con compromiso sistémico severo	X	X
PERIODONCIA		
Raspado y alisado radicular cerrado		X
Raspado y alisado radicular por colgajo		X
Gingivoplastia		X
Gingivectomía		X
Alargamiento de corona		X
Injerto gingival		X
Extirpación de granuloma piógeno		X
ORTODONCIA		
Ortodoncia correctiva		
Ortopedia facial	X	X
Extracciones seriadas	X	X
Corrección de alteraciones dentoalveolares		X
Eliminación de hábitos permisivos	X	X
ODONTOPEDIATRÍA		
Obturación con amalgama, resina o ionómero de vidrio	X	X
Coronas acero-cromo	X	X
Pulpotomía y Pulpectomía	X	X
Extracciones	X	X
Mantenedor de espacio	X	X
PRÓTESIS REMOVIBLES		
Prótesis total		X
Prótesis removible		X
PRÓTESIS FIJA		
Incrustaciones metálicas		X
Postes metálicos		X
Postes de fibra de vidrio		
Coronas metálicas y metal porcelana (solo una unidad)		X
Coronas libres de metal		

Guardas oclusales		X
Prótesis maxilofacial		
ENDODONCIA		
Apicoformaciones		X
Tratamiento de conductos unirradicular		X
Tratamiento de conductos multirradicular		X
Retratamientos endodónticos		

La información de los tratamientos brindados a los derechohabientes obtenida mediante el INAI fue comparada con la recolectada directamente en las instituciones de salud y se encontró algunas discrepancias en los procedimientos reportados, siendo más completa la información obtenida en el INAI. En cuanto al IMSS las diferencias se concentran en los procedimientos como el de control de placa dentobacteriana, terapia pulpar (recubrimiento directo), obturaciones con ionómero de vidrio e IRM, retiro de suturas y atención de trastornos de la articulación temporomandibular. En el caso del ISSSTE, las diferencias se concentran en los siguientes procedimientos: gingivoplastía, técnica de rehabilitación a traumática, desgastes selectivos, en recubrimiento pulpar directo y ajustes de prótesis. Las diferencias entre los procedimientos reportados solo se dieron en el primer nivel de atención. (Tabla 12 y 13)

Tabla No. 12 Información de los procedimientos de primer nivel de atención en los que coincide la información obtenida del INAI respecto a la recolección de datos directa en las instituciones de salud.

INSTITUCIÓN	IMSS		ISSSTE	
	Información directa	INAI	Información directa	INAI
Control de placa dentobacteriana		X		X
Profilaxis	X	X	X	X
Gingivoplastía			X	
Recementación de incrustaciones			X	X
Aplicación de flúor	X	X	X	X
Selladores de fosetas y fisuras	X	X	X	X
Obturación con amalgama	X	X	X	X

Obturación con resina	X	X	X	X
Obturación con ionómero de vidrio		X	X	X
Obturación con IRM		X		
Obturación temporal	X	X	X	X
Técnica de rehabilitación atraumática				X
Terapia pulpar (recubrimiento pulpar indirecto)	X	X	X	X
Terapia pulpar (recubrimiento pulpar directo)		X		X
Cavidad de acceso y pulpotomías	X	X	X	X
Detartraje: Eliminación de cálculo supragingival	X	X	X	X
Detartraje: Eliminación de cálculo subgingival	X	X		
Extracciones de dientes temporales	X	X	X	X
Extracciones de dientes permanentes simple	X	X	X	X
Ajustes de prótesis				X
Desgaste selectivo				X
Toma de radiografías periapicales	X	X	X	X
Drenaje de absceso	X	X	X	X
Revisión de tejidos blandos (Diagnóstico oportuno de lesiones cancerígenas)	X	X	X	X
Retiro de sutura		X		
Atención de trastornos de la articulación temporomandibular		X		

Tabla no 13. Información de los procedimientos de segundo y tercer nivel en los que coinciden la información obtenida del INAI respecto a la recolección de datos directa en las instituciones de salud.

INSTITUCIÓN	IMSS		ISSSTE	
	Fuente de la información	Información directa	Información directa	INAI
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL				
Extracción de terceros molares impactados, retenidos y erupcionados	X	X	X	X
Extracción de dientes retenidos	X	X	X	X
Operculectomía	X	X	X	X
Apicectomías	X	X	X	X
Marsupialización de quistes	X	X	X	X
Frenilectomía bucal o lingual	X	X	X	X
Regularización de reborde alveolar anfractuoso o con exostosis	X	X	X	X
Patologías en tejidos que requieren biopsia	X	X	X	X
Patologías de glándulas salivales del tipo mucocele o ránula	X	X	X	X
Atención de traumas faciales	X	X	X	X
Fascicotomía facial por infecciones	X	X	X	X
Patología glandular	X	X	X	X
Cirugía ortognática	X	X	X	X
Artroscopia de ATM	X	X	X	X
Labio y paladar hendido	X	X	X	X
Reconstrucción ósea	X	X	X	X
Distracción ósea	X	X	X	X
Síndrome de eagle	X	X	X	X
Extracciones dentales en pacientes con compromiso sistémico severo	X	X	X	X
PERIODONCIA				
Raspado y alisado radicular cerrado			X	X
Raspado y alisado radicular por colgajo			X	X

Gingivoplastia			X	X
Gingivectomía			X	X
Alargamiento de corona			X	X
Injerto gingival			X	X
Extirpación de granuloma piógeno			X	X
ORTODONCIA				
Ortodoncia correctiva				
Ortopedia facial	X	X	X	X
Extracciones seriadas	X	X	X	X
Corrección de alteraciones dentoalveolares			X	X
Eliminación de hábitos permisivos	X	X	X	X
ODONTOPEDIATRÍA				
Obturación con amalgama, resina o ionómero de vidrio	X	X	X	X
Coronas acero-cromo	X	X	X	X
Pulpotomía y Pulpectomía	X	X	X	X
Extracciones	X	X	X	X
Mantenedor de espacio	X	X	X	X
PRÓTESIS REMOVIBLES				
Prótesis total			X	X
Prótesis removible			X	X
PRÓTESIS FIJA				
Incrustaciones metálicas			X	X
Postes metálicos			X	X
Postes de fibra de vidrio			X	X
Coronas metálicas y metal porcelana (solo una unidad)			X	X
Coronas libres de metal				
Guardas oclusales			X	X
PROTESIS MAXILOFACIAL				
ENDODONCIA				
Apicoformaciones			X	X
Tratamiento de conductos unirradicular			X	X
Tratamiento de conductos multirradicular			X	X
Retratamientos endodónticos				

Por último, se compararon los procedimientos odontológicos entre ambas instituciones. Los procedimientos en el primer nivel de atención donde se encontraron coincidencias fueron: en la realización de profilaxis, aplicación de flúor, selladores de fosetas y fisuras, obturaciones temporales, obturaciones con amalgama y resina, drenaje de abscesos, pulpotomías, detartraje supragingival, extracción de dientes temporales y permanentes, toma de radiografías y revisión de tejidos blandos para la detección y diagnóstico oportuno de lesiones cancerígenas.

Mientras que las discrepancias de los tratamientos que se realizan en las instituciones de primer nivel fueron: en la recementación de incrustaciones, obturaciones con ionómero de vidrio, técnica de rehabilitación a traumática, ajustes de prótesis y desgaste selectivo donde el ISSSTE los ofrece, pero el IMSS no, a diferencia del detartraje subgingival que se realiza en el IMSS (sin la realización de colgajo) pero no así en el ISSSTE (son referidos a segundo nivel).

Con respecto a segundo y tercer nivel de atención, el ISSSTE cuenta con la clínica de especialidades dentales Dr. Honorato Villa Acosta, donde se brindan los tratamientos de las especialidades de periodoncia, ortodoncia, odontopediatría, endodoncia, prótesis fija y removible, se puede reportar que los tratamientos que engloban estas especialidades no son cubiertos por el IMSS. Las similitudes se retoman en tercer nivel atención, donde ambas instituciones ofrecen lo que respecta al área de cirugía maxilofacial, incluyendo el área de odontopediatría para los tratamientos de niños con labio y paladar hendido.

Discusión

Es importante que las instituciones de seguridad social faciliten la información a sus derechohabientes sobre que tratamientos ofrecen, ya que al no conocerlo puede ser un factor para que los pacientes no tomen la iniciativa de procurar su salud. Al realizar una revisión exhaustiva de la literatura no se encontró un catálogo de procedimientos bucodentales del IMSS y del ISSSTE, por lo cual la relevancia de esta investigación fue identificar los tratamientos que llevan a cabo estas instituciones en sus tres niveles de atención.

El sistema de salud en México evoluciona con la intención de mejorar la salud de la población, sin embargo, se puede mencionar que nuestro sistema de salud bucodental, no cubre con las necesidades específicas de la población que atiende, ya que las metas propuestas en él, como por ejemplo disminuir la incidencia y prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y detección temprana de cáncer bucal, no se han conseguido.

Una mala salud bucodental puede tener consecuencias desfavorables en el bienestar físico y psicosocial de las personas. Sin embargo, la alta carga de las enfermedades bucodentales ha sido un reto de salud pública subestimado por la mayoría de los países en el mundo. Las enfermedades bucodentales son muchas veces invisibles y ocultas o han sido aceptadas como una consecuencia inevitable de la vida y el envejecimiento. Esto puede ser explicado debido a que los problemas de salud bucal no representan un índice de causa de muerte inmediata, sin embargo, disminuye la calidad de vida de los individuos.

Un problema marcado en el sistema de salud bucal al que tienen acceso los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE es que se encuentra fragmentado y es muy difícil que algún paciente pueda obtener una rehabilitación bucodental completa. Si bien las instituciones han querido dar énfasis y enfoque de la práctica

a la prevención, esto es algo que ha quedado en una idea de práctica, ya que se sigue teniendo como eje la limitación del daño.

Entre los procedimientos que se realizan en las dos principales instituciones de seguridad social en México se encuentran fortalezas, debilidades y marcadas diferencias entre sus tratamientos bucodentales realizados, siendo el ISSSTE la institución que ofrece una mayor variedad de procedimientos en su catálogo, en comparación al IMSS.

En el caso del IMSS, los pacientes no cuentan con más de la mitad de tratamientos que son requeridos generalmente en la práctica odontológica, no se realizan tratamientos de conductos, prótesis dentales, raspado y alisado radicular por colgajo, entre otros, por lo cual, se debe idear una respuesta a esta necesidad de los derechohabientes. La cobertura universal sanitaria sólo se logrará cuando la promoción, prevención, curación y la rehabilitación de las enfermedades bucodentales sean totalmente integradas en el contexto del sistema de salud en general y esto solo se logrará solo cuando se atiendan de manera completa las necesidades de salud de la población. Lo anterior implica la necesidad de ampliar la cantidad de tratamientos ofrecidos por estas instituciones, además de que estos procedimientos sean actuales y apegados a una ética médica. Por ejemplo, la extracción dentaria sigue siendo un tratamiento de elección realizado con mucha frecuencia en estas instituciones, se debe recordar que la odontología ha ido evolucionando y no hay mejor forma de mantener cierta estabilidad bucal que preservando la mayor cantidad de dientes posibles.

Una necesidad primordial en el tercer nivel de atención a la salud es la rehabilitación de los pacientes que han padecidos patologías donde han perdido estructura ósea considerable, ya que odontólogos especialistas hicieron hincapié en la necesidad de la integración de prótesis maxilofacial en cada unidad donde se realizan procedimientos quirúrgicos maxilofaciales, para que los pacientes no se vean en la necesidad de recurrir a su seguimiento en el sector privado y en

algunos casos se quedan sin rehabilitación, después de intervenciones quirúrgicas complejas.

Por lo cual es necesario fortalecer la calidad de los servicios de salud bucodental en estas instituciones, pues estos no alcanzan a prestar los beneficios esperados a sus derechohabientes debido a la falta de efectividad de los mismos. Faltan recursos adecuados y suficientes tanto materiales como humanos para resolver los problemas prioritarios de salud.

Limitaciones.

La información recolectada de los procedimientos directamente en los hospitales de todos los niveles de atención puede estar sesgada, debido a que solo se entrevistaba a una persona por cada hospital y la calidad de información proporcionada está relacionada al nivel de conocimiento que tuviera esa persona en esta materia dentro de la institución.

La muestra de los hospitales se obtuvo por conveniencia y solo fueron unos pocos, por lo cual no se sabe si en las demás instituciones los procedimientos que se realizan sean los mismos.

Existen diferencias en los procedimientos que se obtuvieron de manera directa visitando los hospitales y la información proporcionada por el INAI, siendo más completa la información de esta última, esto puede ser debido a que los odontólogos de estas instituciones no están informados de que deben realizarlos o no se cuenta con los recursos para llevarlos a cabo y por eso no los reportaron.

La información obtenida del INAI, no garantiza que sean los procedimientos que se llevan a cabo en estas instituciones, debido a que no se conoce el rigor metodológico con el que fue recolectada esta información.

El catálogo de procedimientos que se obtuvo en esta investigación, falta que sea verificado, para conocer si realmente se realizan estos tratamientos dentro de las instituciones.'

Ventajas.

En este estudio se obtuvo un catálogo de procedimientos odontológicos realizados en los tres niveles de atención dentro de las dos principales instituciones de seguridad social de la CDMX, como son el IMSS y el ISSSTE, información que no existía anteriormente.

A pesar de que fue complicado obtener esta información debido a que no se cuenta con acceso directo a estos datos, la información que se obtuvo puede ser punto de partida para otras investigaciones.

El catálogo obtenido podría ser utilizado para informar a los derechohabientes sobre los tratamientos que se llevan a cabo en estas instituciones y así poder exigir el acceso a este si fuera necesario.

Con la información obtenida se podría planificar las acciones que se necesitan para mejorar la atención en salud bucodental de su población, con respecto a los tratamientos odontológicos.

Conclusiones

El Instituto Mexicano de Seguro social, en el primer nivel atención ofrece un cuadro básico de procedimientos para sus derechohabientes; consta de profilaxis, aplicación de flúor, selladores de fosetas y fisuras, obturaciones (temporales, amalgama y resina), detartrajes, tratamiento de urgencia (drenaje de absceso y cavidad de acceso para tratamiento de conductos), extracciones simples de dientes temporales y permanentes, retiro de sutura y revisión de tejidos blandos para diagnóstico oportuno de lesiones cancerígenas.

Las clínicas de segundo nivel en el IMSS no cuentan con las siguientes especialidades odontológicas: periodoncia, endodoncia, ortodoncia, prótesis fija o removible. El tratamiento se limita a ser curativo en el área de odontopediatría, cirugía bucal y maxilofacial ya sea en segundo o tercer nivel.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cuenta con una cobertura más amplia respecto al IMSS en los procedimientos de primer nivel, donde ofrecen; profilaxis, aplicación de flúor, selladores de fosetas y fisuras, obturaciones (temporales, ionómero de vidrio, amalgama y resina), terapia pulpar (directa o indirecta), detartrajes, tratamiento de urgencia (drenaje de absceso y cavidad de acceso para tratamiento de conductos), extracciones simples de dientes temporales y permanentes, recementación de incrustaciones, técnica de rehabilitación atraumática, ajustes de prótesis, desgaste selectivo y revisión de tejidos blandos para diagnóstico oportuno de lesiones cancerígenas.

El instituto cuenta con una Clínica Hospital de Especialidades Dentales "Dr. Honorato Villa Acosta" donde se ofrecen tratamientos de distintas especialidades odontológicas: periodoncia, endodoncia, ortodoncia, prótesis fija y removible, cirugía bucal y odontopediatría (las prótesis y aparatos de ortodoncia, corren por cuenta del derechohabiente). En otros hospitales de segundo y tercer nivel se

realizan tratamientos de las especialidades de odontopediatría, cirugía bucal y maxilofacial.

Las diferencias son notorias desde el primer nivel, ya que el ISSSTE cuenta con una mayor oferta de procedimientos básicos a diferencia del IMSS donde encontramos tratamientos básicos. Respecto al segundo nivel, es evidente la falta de integración de diversas especialidades odontológicas en el IMSS para poder ofrecer opciones de tratamiento de acuerdo a las necesidades de sus derechohabientes. Encontramos similitudes entre ambas instituciones donde los hospitales de segundo y tercer nivel ofrecen tratamientos de las especialidades de odontopediatría, cirugía bucal y maxilofacial.

Sugerencias/propuestas

- ❖ Se recomienda realizar este estudio con un tamaño de muestra apropiada y obtenida de manera aleatoria, para poder generalizar los resultados.
- ❖ Realizar otro estudio donde se compruebe si los procedimientos de este catálogo que se obtuvo, se llevan a cabo en estas instituciones.
- ❖ Que el IMSS y el ISSSTE hagan públicos para sus derechohabientes los procedimientos odontológicos a los cuales tienen acceso.

REFERENCIAS

1. Gómez Ceja G. Sistemas administrativos: análisis y diseño. 1997. McGraw-Hill, 1(5) 290 5-10.
2. Morales Hernández M, Escalante Semerena R. Un modelo de asignación de recursos para entidades públicas basado en la teoría general de los sistemas [Internet]. 2004 [cited 2019 Mar 23]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000338095&lang=es&site=eds-live>
3. Arnold, M, Osorio, F. Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. 1998. *Cinta moebio* 3: 40-49
4. Martínez JM. Generación de conocimiento en las organizaciones apoyada por la Teoría General de Sistemas. *Innovaciones de Negocios* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 24];(1):89. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.7a55af9dc7f74c7cbbec1c2a801fcaea&lang=es&site=eds-live>
5. Domínguez-Ríos, V. A, M. A. López-Santillán. Teoría General de Sistemas, un enfoque práctico. 2016 *TECNOCIENCIA Chihuahua* 10(3):125-132.
6. Ramírez Cardona, C. 1989. Biblioteca Digital Minerva. Recuperado el 25 de Julio de 2016, de Universidad EAN: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/3643/RamirezCarlos5.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
7. Soto M. 2016. Características del Enfoque de Sistemas. Recuperado el 1 de Agosto de 2016, de Características del Enfoque de Sistemas: <https://es.scribd.com/doc/50665962/Características-del-Enfoque-de-Sistemas>
8. Anderies, J.M., Janssen, M.A., Ostrom E., (2004). "A framework to analyze the robustness of social-ecological systems from an institutional perspective". *Ecology and Society* 9: 18-34.
9. Castrejón Gómez E, Fuente-Hernández J, Ortega-Maldonado M, Zelocuatecatl-Aguilar A. Factores socio-antropológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad de una comunidad del estado de Oaxaca, México 2008 [Internet]. 2009 [cited 2019 Jun 24]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000642351&lang=es&site=eds-live>
10. López BM, Carvallo GA. Aproximación al proceso salud-enfermedad [Internet]. 2009; [cited 2019 Jun 28]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02032a&AN=per.PER01000350826&lang=es&site=eds-live>
11. Tobar. F. Herramientas para el análisis del sector salud. En *Medicina y Sociedad*. 2000 23 (2) 234-246.
12. OMS. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Ginebra: OMS; 2000. (ver <http://www.who.int/whr/2000/en/>).
13. Serván Mori E. Efectos de corto plazo de la reforma del sistema de salud mexicano sobre la utilización de servicios prenatales en contextos de alta marginación: una aplicación de modelos para datos de conteo con sobredispersión [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 29]. Available from:

- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000679705&lang=es&site=eds-live>
14. García-Orduña MF, González-Flores JF. Diagnóstico y perspectivas del sistema de protección social en salud [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 29]. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000663947&lang=es&site=eds-live>
 15. Chertorivski-Woldenberg S, Fajardo-Dolci G. El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación? *Gaceta Médica de México*. 2012;148
 16. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. [Acceso: 20 de diciembre del 2016]. Disponible en:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales>.
 17. Narro-Robles J, Cordera-Campos R, Lomelí-Vanegas L. Hacia la universalización de la salud. Documento del Simposio “Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social”.
 18. Espinar-Ojeda JL. La medicina en la antigüedad. 2011. *Pasaje de ciencias*. 14:4-15.
 19. Mercedes-Gallent M. La asistencia sanitaria a los marginados en la Edad Media. *Clio & Crimen*. 2012; 9: 135-164
 20. Sampedro A., Barbón J.J. Los ojos en el Código de Hammurabi. *Arch Soc Esp Oftalmol* [Internet]. 2009 Abr [citado 2019 Jul 01]; 84 (4): 221-222. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912009000400010&lng=es.
 21. Apráez G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz», *Polis* [En línea], 27 | 2010, Publicado el 18 abril 2012, consultado el 30 abril 2019. URL:
<http://journals.openedition.org/polis/958>
 22. Rodríguez de Romo Ana Cecilia, Rodríguez Pérez Martha Eugenia. Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [Internet]. 1998 Oct [cited 2019 July 05] ; 5(2): 293-310. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>
 23. Rivera-Tapia JA. La situación de salud pública en México (1870-1960) *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González* 2003;6(1):40-44
 24. González B. *La Seguridad Social en el Mundo*, México, Siglo XXI Editores, 2003.
 25. Sánchez CA. Principales modelos de seguridad social y protección social. En: Sánchez CA, editor. *La seguridad social y la protección social en México: su necesaria reorganización*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2012. p. 5-22. Disponible en:
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3120/4.pdf>

26. World Health Organization. Servicios de salud: ¿se seleccionan adecuadamente y están bien organizados?. En: World Health Organization, editor. Informe sobre la salud en el mundo: 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. p. 54-81. Disponible en:
https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch3_es.pdf
27. Soto-Estrada G. y Cols. "Rasgos Generales del Sistema de Salud en México. PP 119-136. En González Guzmán R., Moreno Altamirano L. Castro Albarrán J. M. La salud Pública y el trabajo en comunidad. México, Mc Graw-Hill. 2010.
28. OPS: Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. México: OMS; c2012 [citado 27 marzo 2019]. Disponible en:
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=218:respuesta-sector-salud&Itemid=387
29. OPS: Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. México: OMS; c2016 [citado 27 marzo 2019]. Disponible en:
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=354:sistemas-servicios-salud&Itemid=387
30. OMS. Ámbitos en los que trabajamos. [Internet] México: OMS [consultado 29 marzo 2019] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/what-we-do>
31. OPS. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. [Internet] México: OMS [consultado 29 marzo 2019] Disponible en:
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=747&Itemid=296
32. UNICEF. ¿Qué es y qué hace UNICEF? [Internet] México: unicef [consultado 29 marzo 2019] Disponible en:
<https://www.unicef.org/mexico/spanish/unicefenmexico.html>
33. DGED. Objetivos de los sistemas de salud. [Internet] México: dged [consultado 29 marzo 2019] Disponible en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/marco/marco_objetivos.htm
34. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Enfermedades de alto costo. Fondo de protección contra gastos catastróficos. [Internet] México: septiembre 2017 [consultado 29 marzo 2019] Disponible en:
<https://www.gob.mx/salud%7Csequipopular/acciones-y-programas/enfermedades-de-alto-costo>
35. CIEP. Gasto en salud per cápita. [Internet] México: cien [consultado 30 marzo 2019] Disponible en: <https://codigof.mx/gasto-en-salud-per-capita/>
36. El Colegio de México. Desigualdades en México 2018. Ciudad de México, México: El colegio de México, Red de estudios sobre desigualdades, 2018. [consultado 30 marzo 2019] Disponible en:
<https://desigualdades.colmex.mx/informe-desigualdades-2018.pdf>
37. Alcocer MJ. En México solo hay un médico por cada 348 habitantes: INEGI. [Internet] México: Publimetro. octubre 2017. Disponible en:
<https://www.publimetro.com.mx/mx/noticias/2017/10/23/mexico-solo-medico-348-habitantes-inegi.html>
38. OMS. Personal sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2009. Disponible en:

- https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf
39. Banco Mundial. Camas hospitalarias (por cada 1.000 personas) - México Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?locations=MX&name_desc=true&view=chart
 40. Morales CG. Recursos destinados al Sector Salud en el presupuesto de egresos de la federación 2018. Instituto Belisario Domínguez. [Internet] 2018. [consultado 30 marzo 2019] Disponible en: <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3832/1%20Publicaci%C3%B3n%20Recursos%20destinados%20al%20sector%20salud%20PEF%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 41. Gómez DO, Sesma S, Becerril VM, Knaul F, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud en México. Salud pública de México. 2011; 53(2): 220-232. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
 42. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID 2018. Conociendo México; 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
 43. INEGI. Encuentra Intercensal 2015. [Internet] México: Cuéntame México. [consultado 13 enero 2019]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
 44. Fuentes VC. Proyecciones de la población 2010-2050. México. CONAPO; 2012. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63977/Documento_Metodologico_Proyecciones_Mexico_2010_2050.pdf
 45. García G. ¿Cómo ha avanzado México en la esperanza de vida? [Internet] Rev. NEO. 2018. [consultado 30 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.revistaneo.com/articles/2018/01/31/como-ha-avanzado-mexico-en-la-esperanza-de-vida>
 46. Jara L. Indicadores de salud. OESUNR. [Internet] México. 2015. Universidad Nacional de Rosario. [consultado 30 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.observatorio.unr.edu.ar/indicadores-de-salud/>
 47. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Publica Mex 2018;60:224-232.
 48. OMENT. Uno de cada 4 mexicanos padece hipertensión arterial - ENSANUT 2016. [Internet] 2017. [consultado 30 marzo 2019] Disponible en: <http://oment.uanl.mx/uno-de-cada-4-mexicanos-padece-hipertension-arterial-ensanut-2016/>
 49. Campos NI, Hernández BL, Pedroza TA, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamientos. Ensanut MC 2016. Salud pública de México. 2018; 60(3): p233-243. Disponible en: <file:///Users/macair/Downloads/8813-35036-2-PB.pdf>

50. INEGI Sistema de Cuentas Nacionales de México. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>
51. Lizárraga T. Curar a México; presupuesto de salud 2018. El sol de México [Internet] 2017. [consultado 30 marzo 2019] Disponible en: <https://www.elsoldemexico.com.mx/analisis/curar-a-mexico-presupuesto-de-salud-2018-307782.html>
52. Méndez MJS. Gasto en salud: por entidad federativa. CIEP. [Internet] 2018. [consultado 30 marzo 2019] Disponible en: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-por-entidad-federativa/>
53. Plan Nacional de desarrollo 2019-2024. Disponible en http://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/64/2019/abr/20190430-XVIII-1.pdf?fbclid=IwAR0n06IT1Qzi_Qj260Yx7NVOuuZCvob2swovNjOIUqDiJpRMI7d6S5hEFUI
54. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Ciudad de México: CONEVAL, 2018
55. Ordaz Gutiérrez MD, Flores Casillas D. La reforma en los servicios de salud públicos: el caso de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1995-2000 [Internet]. 2004 [cited 2019 Jul 6]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000335462&lang=es&site=eds-live>
56. DOF: 28/08/2018 ACUERDO ACDO.SA2.HCT.250718/195.P.DA y su Anexo Único denominado Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5536055&fecha=28/08/2018&print=true
57. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf
58. Sánchez Yllanes JC, Escamilla Gutiérrez A. La reforma de la Ley del ISSSTE: su impacto en la economía mexicana y el papel del poder judicial [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 11]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000731160&lang=es&site=eds-live>
59. Rojas Arciniega LE, Lomelí L. Perspectiva del ISSSTE a sus 50 años [Internet]. 2011 [cited 2019 Jul 12]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000678734&lang=es&site=eds-live>
60. ISSSTE, Programa Institucional 2001-2006, Resumen Ejecutivo, 2001
61. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cámara de diputados del h. congreso de la unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios.
62. Baldani, M., Ferreira, J.A. (2011). Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad. Saúde Pública*. 27(2):272-283.

63. Sen, A. ¿Por qué la equidad en salud?. 2012 Rev Panam Salud Pública. 11(5): 302-309.
64. García, J.C. (2016). La medicina estatal en América Latina (1880-1930). Rev.Cubana de Salud Pública. 42(1).
65. Hernández Rivera J de J, Hazas Sánchez A, Contreras Cruz C. Indicadores en los sistemas de salud [Internet]. 2007 [cited 2019 Ago 13]. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000624868&lang=es&site=eds-live>
66. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 10 años vigilando la salud bucal de los mexicanos
67. Gómez GR. El seguro dental: Una estrategia para ampliar la cobertura con calidad. 2010 1(4) 31-33
68. Secretaria de Salud. Programa de Salud Bucal 2013-2018. Gobierno de México. SSA México; 2016. Disponible en:
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-salud-bucal-2013-2018-20044>

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
CARRERA CIRUJANO DENTISTA**



**A quien corresponda.
PRESENTE**

Por medio de la presente se les solicita la autorización para realizar el estudio que ayudará a la elaboración de tesis de los alumnos Juárez Santiago Rosamaría y Vázquez Rosas David Emmanuel llamado **“TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUE BRINDAN EL IMSS Y EL ISSSTE EN SUS TRES NIVELES DE ATENCIÓN A SUS DERECHOHABIENTES EN LA CDMX”**.

Propósito del estudio. Obtener información sobre los tratamientos que se realizan en las clínicas de primero, segundo y tercer nivel de atención dentro del sistema de salud en México.

Privacidad. Toda la información que se proporcione, así como los resultados de este estudio serán manejados bajo la ley de transparencia de datos públicos. Su información será utilizada sólo por los investigadores del estudio para fines académicos.

ATENTAMENTE
“Por mí raza hablará el espíritu”
CDMX 2019

RESPONSABLE DEL PROYECTO

Maestro: Luis Enrique Pérez Silva
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
UNAM.
Celular. 552215xxxx

Nombre y Firma del entrevistado

ANEXO 2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



CUESTIONARIO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUE EL INSTITUTO REALIZA A SUS DERECHOHABIENTES

Instituto al que pertenece: () IMSS () ISSSTE

Los siguientes son procedimientos odontológicos, marcar con una cruz los que se realicen en la institución:

PRIMER NIVEL

<i>LIMPIEZA BUCAL</i>	SI	NO
Prevención y Promoción de la salud		
Aplicación de Flúor		
Profilaxis (Limpieza dental)		
Selladores de Fosetas y Fisuras		

Escriba en el siguiente cuadro los procedimientos que no se encuentren enlistados y que la institución brinde a sus derechohabientes:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**



*CUESTIONARIO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUE EL INSTITUTO
REALIZA A SUS DERECHOHABIENTES*

Instituto al que pertenece: () IMSS () ISSSTE

Los siguientes son procedimientos odontológicos, marcar con una cruz los que se realicen en la institución:

SEGUNDO NIVEL

<i>TRATAMIENTOS DE RESTAURACIÓN</i>	SI	NO
Obturación Temporal		
Obturación con Amalgama		
Obturación con Resina		
Obturación con Iónomero de vidrio		

<i>TERAPIA PULPAR</i>	SI	NO
Recubrimiento Pulpar Indirecto		
Recubrimiento Pulpar Directo		
Pulpectomía		
Pulpotomía		

	SI	NO
Exodoncia		

Escriba en el siguiente cuadro los procedimientos que no se encuentren enlistados, pero que la institución brinde a sus derechohabientes:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**



*CUESTIONARIO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUE EL INSTITUTO
REALIZA A SUS DERECHOHABIENTES*

Instituto al que pertenece: () IMSS () ISSSTE

Los siguientes son procedimientos odontológicos, marque con una cruz los que se realicen en la institución:

TERCER NIVEL

<i>ENDODONCIA</i>	SI	NO
Pulpectomía		
Pulpotomía		

<i>ODONTOPEDIATRIA</i>	SI	NO
Resinas		
Amalgamas		
Terapia Pulpar		
Exodoncias		
Coronas de Acero Cromo		

<i>ORTODONCIA</i>	SI	NO
Ortodoncia preventiva		
Ortodoncia correctiva		
Ortopedia		

<i>PRÓTESIS</i>	SI	NO
Prótesis Fija		
Prótesis Removible		
Prótesis Total		
Prótesis Maxilofaciales		

<i>TRATAMIENTOS QUIRURGICOS</i>	SI	NO
Biopsia		
Biclectomia		
Terceros Molares		
Cirugías Ortognaticas		
Apicectomía		
Injerto óseo		
Corticotomías		
Frenilectomías		
Gingivectomías y Gingivoplastias		

Escriba las especialidades y/o procedimientos que también realiza la institución, en caso de que no se hayan mencionado anteriormente:



ANEXO 3.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Es importante respetar el horario de las citas para no dar la impresión de informalidad ante los participantes.

A cada participante se le debe explicar en qué consiste su participación, y deberá firmar el consentimiento informado antes de ser entrevistado.

RESPONSABILIDADES DEL ENTREVISTADOR

- A. Realizar una adecuada presentación ante cada participante.
- B. Expresarse de manera neutral ante cada pregunta y respuesta del participante.
- C. Tener excelente nivel de comunicación con el informante durante todo el proceso (entrevista). Observe a los ojos del entrevistado, mostrándose relajado y de ser posible, sonriente para transmitir mayor seguridad durante la entrevista.
- D. Aplicar sus habilidades de convencimiento para evitar el rechazo a proporcionar información.
- E. Hablar en voz alta y con pronunciación clara para que no haya confusión en el participante.
- F. Estar atento a todas las indicaciones que se le instruyan y ser puntual en todos sus compromisos de trabajo.
- G. Reportar inmediatamente al supervisor toda la situación anómala, irregular o indefinida.

La entrevista

Cuando el entrevistado exprese alguna duda, el encuestador deberá explicar de manera clara y lo más breve posible, siempre hablando con una dicción clara y fuerte, que le permitan ser escuchado sin problemas y evitar cualquier confusión en el participante.

Todos los argumentos y explicaciones que deba dar al participante, deberán ser estudiados y reflexionados de manera previa, con el objetivo de lograr el mayor dominio posible de los mismos.

El entrevistador debe procurar usar la misma entonación (neutral) al realizar las preguntas, siendo amable.

No debe indicar o inducir en ningún momento la respuesta al entrevistado.

Siempre debe agradecer al entrevistado su participación, aun cuando la persona no haya terminado la entrevista.

Aspectos que debe tener presente al realizar la entrevista:

- Tener claros los objetivos de la investigación. Es común que los entrevistados pidan información acerca de lo que se busca con la entrevista, por lo que es necesario conocer, antes de salir a campo, los antecedentes conceptuales del proyecto y resolver cualquier duda al respecto.
- Aplicación ágil y dinámica. La entrevista debe realizarse lo más rápido posible.

Confianza

Como examinador, deberá lograr la confianza y cooperación del entrevistado, a fin de que se muestre dispuesto a ser examinado.

Si usted logra generar confianza en el entrevistado, le hará sentirse más relajado y podrá ser entrevistado con menor dificultad y sin sentir temor.

Neutralidad

La mayoría de las personas son amables y cooperadoras, incluso tienden a dar respuestas que creen habrán de complacer al examinador, por lo tanto, resulta sumamente importante que el examinador se mantenga completamente neutral hacia el contenido de la entrevista.

Importante. No muestre sorpresa, aprobación o desaprobación ante lo que se esté respondiendo, ni en el tono de su voz, ni por la expresión de su rostro. No exprese sus propias opiniones al entrevistado.

Si la persona se niega a ser entrevistada, trate de vencer esa resistencia explicando una vez más la importancia de la información y explicándole que los mismos procedimientos se están realizando a otras personas que participan en el estudio.

ANEXO 4. SOLICITUDES INAI



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
CONSEJO FEDERAL DE ELECTOROS
EMILIANO ZAPATA

Oficina de la Abogada General
Unidad de Transparencia

Solicitud de información folio 0001200335119

Ciudad de México, a 2 de septiembre de 2019

Estimado (a) Solicitante:

Me refiero a la solicitud de información con número de folio 0001200335119, ingresada por Usted a esta Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud, en los términos siguientes:

“Modalidad preferente de entrega de información

Entrega por internet en la PNT

Descripción clara de la solicitud de información

Solicito se realice la búsqueda de la información en las bases de datos físicas y electrónicas, de manera manual y electrónica de los procedimientos y tratamientos odontológicos que se realizan y ofrecen a los derechohabientes en los tres niveles de atención a la salud que dependen de las instituciones IMSS, ISSSTE y SSA en la Ciudad de México. La información se requiere del periodo de 2018 a la fecha de mi presente solicitud. Solicito conocer el presupuesto destinado a el área odontológica en las dependencias y niveles señalados. De la información solicitada se requieren documentos que acrediten el dicho de las respuestas de las dependencias señaladas.” (sic)

Sobre el particular, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 6 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 121 y 133 al 136 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIP); 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el artículo 20, 24 y 27 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, le informo que la solicitud fue turnada a la **Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia**, a la **Dirección General de Información en Salud** y a la **Dirección General de Programación y Presupuesto**; mismas que en el ámbito de su competencia, dieron respuesta en los términos de los oficios que se anexan.

Por otra parte, con fundamento en lo previsto por el artículo 130 de la LFTAIP, Las Unidades de Transparencia auxiliarán a los particulares en la elaboración de las solicitudes de acceso a la información, en particular en los casos en que el solicitante no sepa leer ni escribir. Cuando la información solicitada no sea competencia del sujeto obligado ante el cual se presente la solicitud de acceso, la Unidad de Transparencia

Sección 5 de la LFTAIP

Av. Marina Nacional No. 60, Planta Baja, Col. Tacuba, D. T. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 06410
Teléfono 5062-1600 ext: 53003 y 53005, correo unidadenfacc@salud.gob.mx



Solicitud de información folio 0001200335119

orientará al particular sobre los posibles sujetos obligados competentes, por lo que se sugiere canalizar su petición al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, los cuales cuentan con su propia Unidad de Transparencia, así como al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, órgano desconcentrado de esta Secretaría, el cual cuenta con su propio Portal de Transparencia como sujeto obligado, las direcciones electrónicas a través de las cuales puede ingresar sus solicitudes son:

<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>
<https://www.infomex.org.mx/gobiernofederal/home.action>

Por otro lado, se le informa que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 142 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LGTAIP), así como el 147 de la LFTAIP, usted cuenta con un término de quince días hábiles siguientes a la fecha de notificación de la respuesta a la solicitud de información, para la interposición del recurso correspondiente.

Finalmente, le comento que de tener alguna duda o aclaración respecto de la respuesta que se otorga, puede comunicarse al teléfono 50621600 extensión 53003# y 53005#; o bien, mediante el correo electrónico: unidadenlace@salud.gob.mx.

Sin otro particular, le envío un cordial y afectuoso saludo.

Atentamente

**Unidad de Transparencia
Secretaría de Salud**

Sección/Serie: I2C4

Av. Marina Nacional No. 60, Planta Baja, Col. Tecuba, D. T. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 06410
Teléfono 5062-1600 ext. 53003 y 53005, correo unidadenlace@salud.gob.mx

ACN

Ciudad de México, 09 de septiembre de 2019

C. Solicitante
Presente

Me refiero a la solicitud de información pública con número de folio: **0064102379719**, presentada ante este Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, mediante la cual se requiere:

"Solicito se realice la búsqueda de la información en las bases de datos físicas y electrónicas, de manera manual y electrónica de los procedimientos y tratamientos odontológicos que se realizan y ofrecen a los derechohabientes en los tres niveles de atención a la salud que dependan de las instituciones IMSS, ISSSTE y SSA en la Ciudad de México. La información se requiere del periodo de 2018 a la fecha de mi presente solicitud. Solicito conocer el presupuesto destinado a el área odontológica en las dependencias y niveles señalados. De la información solicitada se requieren documentos que acrediten el dicho de las respuestas de las dependencias señaladas." (Sic)

Al respecto, con fundamento en lo establecido en los artículos 61, fracciones II y V, 123, 126, 130, 133, 134, 135, y 136 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIPI), esta Unidad de Transparencia solicitó a la **Dirección de Prestaciones Médicas**, unidad administrativa competente para la atención a su solicitud.

Es el caso, que la Dirección señalada en el párrafo que antecede a través de la **Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel**, proporciona la respuesta a cada punto solicitado:

- *"Solicito se realice la búsqueda de la información en las bases de datos físicas y electrónicas de manera manual y electrónica de los procedimientos, tratamientos odontológicos que se realizan o bien se ofrecen a los derechohabientes en los tres niveles de atención a la salud como primer nivel clínicas familiares segundo nivel clínicas de especialidades odontológicas tercer nivel hospitales que dependan de las instituciones IMSS ISSSTE y SSA la información se requiere del periodo de 2018 a la fecha de mi presente solicitud."*

Respuesta: Se informa que el área de Estomatología, dependiente de esta Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y en su ámbito de competencia cuenta con el PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR CLAVE 2640-003-002, en el que se establece:

4.132 Realizará tratamientos, preventivos de los padecimientos buco dentales en forma integral de acuerdo a los (programas institucionales).

4.134 Realizará tratamientos, detecciones armadas, desarmadas del o los padecimientos buco dentales en forma integral de acuerdo a los (programas institucionales).

- "Solicito conocer el presupuesto destinado a el área odontológica en las dependencias señaladas"

Respuesta: No se cuenta con el presupuesto específico que se destinó para el área de estomatología, se hace de su conocimiento que los insumos y montos que son utilizados para el servicio de estomatología no es posible desagregarlos, toda vez que son utilizados para dar atención a diversas patologías, es decir se utilizan insumos que no son exclusivos para dar atención a ese servicio.

- De la información solicitada se requieren documentos que acrediten el dicho de las respuestas de las dependencias señaladas.

Respuesta: Se pone a su disposición en archivo electrónico (se adjunta al presente), el Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002.

Ahora bien, esta Unidad de Transparencia le comunica que derivado de que también solicita información relacionada con la Secretaría de Salud, así como del ISSSTE, se le sugiere dirigir la consulta a cada dependencia, puesto que no se encuentra dentro de la competencia del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En caso de duda o aclaración respecto de la presente notificación, favor de comunicarse con el Lic. Ignacio Casas Pineda, Encargado del Área de Información Pública al teléfono 52382700 Ext. 12286, o al correo electrónico ignacio.casas@imss.gob.mx

Sin otro particular, se reitera el compromiso de este Instituto Mexicano del Seguro Social con la transparencia y el acceso a la información.

ATENTAMENTE

**UNIDAD DE TRANSPARENCIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
Elaboró Carlos Alberto Camillo Rodríguez.



ISSSTE
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD
PREVIDENTE SOCIAL DEL ESTADO



2019
GOBIERNO DEL ESTADO DE
MEXICO

DIRECCIÓN NORMATIVA DE SALUD
Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
Jefatura de Servicios de Programas de Prevención y
Atención Médica de Enfermedades Crónico Degenerativas

OFICIO No. DNS/SPPS/JSPPAMECD/ 194 /2019

Ciudad de México, a 21 de agosto de 2019

Asunto: Respuesta a Solicitud No. 0063700552719

MTRA. LAURA MINERVA HERNÁNDEZ HERRERA
ENLACE DE TRANSPARENCIA EN LA DIRECCIÓN NORMATIVA DE SALUD
PRESENTE

Me refiero a la solicitud de información No. 0063700552719, del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, recibido mediante correo electrónico, que consiste en:

- "Solicito se realice la búsqueda de la información en las bases de datos físicas y electrónicas, de manera manual y electrónica de los procedimientos y tratamientos odontológicos que se realizan y ofrecen a los derechohabientes en los tres niveles de atención a la salud que dependen de las instituciones IMSS, ISSSTE y SSA en la Ciudad de México. La información se requiere del periodo de 2018 a la fecha de mi presente solicitud. Solicito conocer el presupuesto destinado a el área odontológica en las dependencias y niveles señalados. De la información solicitada se requieren documentos que acrediten el dicho de las respuestas de las dependencias señaladas." Al respecto, conforme a las atribuciones conferidas, esta Subdirección es responsable de la atención de primer nivel, a través del Programa Preventivo de Salud Bucal que tiene aplicación a *nivel nacional*. En este marco, se adjunta documento detallando la información que corresponde.
- Con relación a los padecimientos bucales que requieren servicios odontológicos especializados (endodoncia, odontopedía, prótesis, ortodoncia, cirugías, periodoncia, entre otros) son atendidos en las unidades médicas de segundo y tercer nivel, incluyendo la clínica de especialidades, las cuales son ámbito de competencia de la Subdirección de Regulación y de Atención Hospitalaria, facultada para atender todo lo relativo a este punto.

"La Unidad Administrativa reconoce que está obligada a sustanciar la respuesta que proporcione de manera completa y concisa, asumiendo la responsabilidad ante una posible inconformidad del solicitante con la respuesta otorgada".

Sin otro particular, reciba saludos.

Atentamente

CD. ALEJANDRO MEDINA SANTOYO
JEFE DE SERVICIOS
ENLACE DE TRANSPARENCIA



DNMSALCB



ANEXO

Solicitud de información No. 0063700552719

- A nivel nacional, el Instituto brinda el servicio de atención de la salud bucal de la población derechohabiente del Instituto, con diferentes estrategias:
 - Proporcionar Consulta Bucal.
 - Prevenir Padecimientos Bucodentales.
 - Semanas Nacionales de Salud Bucal

Proporcionar Consulta Bucal.

Aplica sólo en aquellas unidades médicas de primer nivel que cuenten con equipo dental y odontólogo y/o especialista en enfermedades bucales. Así, los procedimientos que se llevan a cabo se muestran en la tabla siguiente:

Obturación con Amalgama	Extracciones de dientes temporales
Obturación con Resina	Extracciones de dientes permanentes
Obturación con Ionómero de Vidrio	Cementado de incrustaciones
Obturación temporal	Ajuste de prótesis
Técnica de rehabilitación atraumática	Desgaste selectivo.
Terapia pulpar. (recubrimiento pulpar indirecto, directo, cavidad de acceso y pulpotomías)	Toma de radiografías periapicales.
Detartraje: Eliminación de cálculo supragingival	Drenado de absceso

Prevenir Padecimientos Bucodentales.

Con esta estrategia el Instituto pretende un cambio de actitud en el derechohabiente con un enfoque preventivo, mediante el empoderamiento de la población derechohabiente por lo que los procedimientos están encaminados a realizar actividades de prevención de las enfermedades buco-dentales, con el fin de detectarlas e interceptarlas antes de presentar problemas de salud, ya que muchas de ellas no presentan sintomatología alguna. Esto comprende la aplicación del Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal, que consta de las siguientes acciones principales:

- Detección de placa bacteriana.
- Aplicación tópica de barniz de flúor.
- Instrucción de técnica de cepillado.
- Instrucción del uso de hilo dental.
- Profilaxis.
- Revisión de tejidos
- Revisión e higiene de prótesis dentales.
- Instrucciones de autoexploración oral.
- Pláticas sobre la importancia en el cuidado de la salud bucal.



Anexo 1

ENDODONCIA	<i>Pulpotomías</i>
	<i>Apicoformaciones</i>
	<i>Tratamiento de conductos unirradicular</i>
	<i>Tratamiento de conductos multirradicular.</i>
PRÓTESIS FIJA	<i>Incrustaciones metálicas</i>
	<i>Pastes metálicos</i>
	<i>Coronas metálicas y metal porcelana una unidad</i>
	<i>Prótesis metal porcelana en zona anterior</i>
	<i>Guardas Oclusales</i>
PROTESIS REMOVIBLE	<i>Prótesis total</i>
	<i>Prótesis parcial removible</i>
ODONTOPEDIATRIA <i>(Rehabilitación total)</i>	<i>Obturación con amalgama, resina o inómero de vidrio</i>
	<i>Coronas Acero – Cromo</i>
	<i>Pulpotomía y pulpectomía</i>
	<i>Extracciones</i>
	<i>Mantenedor de espacio.</i>
ORTODONCIA	<i>Eliminación de hábitos permisivos</i>
	<i>Ortopedia facial</i>
	<i>Extracciones seriadas</i>
	<i>Corrección de alteraciones dentoalveolares.</i>
PERIODONCIA	<i>Raspado y afiado radicular</i>
	<i>Curetaje cerrado</i>
	<i>Curetaje abierto</i>
	<i>Gingivoplastia</i>
	<i>Gingivectomía</i>
	<i>Alargamiento de corona</i>
	<i>Injerto gingival</i>
	<i>Extirpación de Granuloma piógeno</i>
CIRUGIA BUCAL	<i>Terceros molares impactados, retenidos y erupcionados</i>
	<i>Operculectomía</i>
	<i>Dientes retenidos</i>
	<i>Apicectomías</i>



<i>Apicectomías</i>
<i>Marsupialización de quistes</i>
<i>Frenilectomía bucal o lingual</i>
<i>Regularización de reborde alveolar anfractuoso o con exostosis</i>
<i>Patologías en tejidos que requieran biopsia</i>
<i>Patologías de glándulas salivales del tipo mucocele o ránula</i>

ANEXO 2

24.1 Resumen de Procedimientos Quirúrgicos Realizados en la Ciudad de México y Estados

Lista Corta Mexicana	Procedimiento Quirúrgico	Total	Hombres	Mujeres
Total general		186,779	63,016	123,763
* 033.0	Otros procedimientos quirúrgicos terapéuticos de nariz, boca y faringe	1,295	643	652
* 032.0	Otros procedimientos terapéuticos no quirúrgicos de nariz, boca y faringe	289	169	120
* 029.0	Procedimientos dentales	209	91	118
* 144.0	Tratamiento (reducción) de fractura o dislocación facial	202	162	40
* 024.0	Mastoidectomía	97	41	56

24.2.1. Resumen de Procedimientos Quirúrgicos en la Ciudad de México CIE-9-MC

Clave CIE9-MC	Procedimiento Quirúrgico	Total	Hombres	Mujeres
2319	Otra extracción quirúrgica de diente	23	11	12
2309	Extracción de otro diente	19	11	8
244X	Excisión de lesión maxilar de origen dentario	11	2	9
2301	Extracción de diente caduco	9	5	4
245X	Alveoloplastia	5	3	2
2499	Otras operaciones dentales	4	2	2
232X	Restauración de diente mediante obturaciones	3	0	3

ANEXO 5. CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS IMSS E ISSSTE, OBTENIDO DURANTE ESTA INVESTIGACIÓN.

Catálogo de procedimientos realizados en el IMSS

Primer Nivel

Control de placa dentobacteriana

Profilaxis

Aplicación de flúor

Selladores de foseetas y fisuras

Obturación con amalgama

Obturación con resina

Obturación con ionómero de vidrio

Obturación con IRM

Obturación temporal

Terapia pulpar (recubrimiento pulpar indirecto)

Terapia pulpar (recubrimiento pulpar directo)

Cavidad de acceso y pulpotomías

Detartraje: Eliminación de cálculo supragingival

Detartraje: Eliminación de cálculo subgingival

Extracciones de dientes temporales

Extracciones de dientes permanentes simple

Toma de radiografías periapicales

Drenaje de absceso

Revisión de tejidos blandos (Diagnóstico oportuno de lesiones cancerígenas)

Retiro de sutura

Atención de trastornos de la articulación temporomandibular

Segundo y Tercer nivel

Cirugía oral y maxilofacial

Extracción de terceros molares impactados, retenidos y erupcionados

Extracción de dientes retenidos

Operculectomía

Apicectomías

Marsupialización de quistes

Frenilectomía bucal o lingual

Regularización de reborde alveolar anfractuoso o con exostosis

Patologías en tejidos que requieren biopsia

Patologías de glándulas salivales del tipo mucocele o ránula

Atención de traumas faciales

Fascicotomía facial por infecciones

Patología glandular

Cirugía ortognática

Artroscopia de ATM

Labio y paladar hendido

Reconstrucción ósea

Distracción ósea

Síndrome de eagle

Extracciones dentales en pacientes con compromiso sistémico severo

Odontopediatría

Ortopedia facial

Extracciones seriadas

Eliminación de hábitos permisivos

Obturación con amalgama, resina o ionómero de vidrio

Coronas acero-cromo

Pulpotomía y Pulpectomía

Extracciones

Mantenedor de espacio

Catálogo de procedimientos realizados en el ISSSTE

Primer Nivel:

Control de placa dentobacteriana

Profilaxis

Gingivoplastia

Recementación de incrustaciones

Aplicación de flúor

Selladores de fosetas y fisuras

Obturación con amalgama

Obturación con resina

Obturación con ionómero de vidrio

Obturación temporal

Técnica de rehabilitación atraumática

Terapia pulpar (recubrimiento pulpar indirecto)

Terapia pulpar (recubrimiento pulpar directo)

Cavidad de acceso y pulpotomías

Detartraje: Eliminación de cálculo supragingival

Extracciones de dientes temporales

Extracciones de dientes permanentes simple

Ajustes de prótesis

Desgaste selectivo

Toma de radiografías periapicales

Drenaje de absceso

Revisión de tejidos blandos (Diagnóstico oportuno de lesiones cancerígenas)

Segundo y Tercer Nivel:

Cirugía oral y maxilofacial

Extracción de terceros molares impactados, retenidos y erupcionados
Extracción de dientes retenidos
Operculectomía
Apicectomías
Marsupialización de quistes
Frenilectomía bucal o lingual
Regularización de reborde alveolar anfractuoso o con exostosis
Patologías en tejidos que requieren biopsia
Patologías de glándulas salivales del tipo mucocele o ránula
Atención de traumas faciales
Fascicotomía facial por infecciones
Patología glandular
Cirugía ortognática
Artroscopia de ATM
Labio y paladar hendido
Reconstrucción ósea
Distracción ósea
Síndrome de eagle
Extracciones dentales en pacientes con compromiso sistémico severo

Periodoncia

Raspado y alisado radicular cerrado
Raspado y alisado radicular por colgajo
Gingivoplastia
Gingivectomía
Alargamiento de corona
Injerto gingival
Extirpación de granuloma piógeno

Ortodoncia

Ortopedia facial

Extracciones seriadas

Corrección de alteraciones dentoalveolares

Eliminación de hábitos permisivos

Odontopediatría

Obturación con amalgama, resina o ionómero de vidrio

Coronas acero-cromo

Pulpotomía y Pulpectomía

Extracciones

Mantenedor de espacio

Prótesis removible

Prótesis total

Prótesis parcial removible

Prótesis fija

Incrustaciones metálicas

Postes metálicos

Postes de fibra de vidrio

Coronas metálicas y metal porcelana (solo una unidad)

Guardas oclusales

Endodoncia

Apicoformaciones

Tratamiento de conductos unirradicular

Tratamiento de conductos multirradicular