



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE
LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	17
III. DIAGNÓSTICO.....	21
III.1 Antecedentes	23
III.2 Situación Actual y Problemática	24
III.3 Avances 2006-2012	28
III.4 Retos 2013-2018	29
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	31
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	33
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	34
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	37
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	39
V.2 Estrategias Transversales.....	42
VI. INDICADORES Y METAS.....	43
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	55
VIII. TRANSPARENCIA	67
BIBLIOGRAFÍA	71
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	75
GLOSARIO DE TÉRMINOS	77
ANEXOS	79

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Jesús Felipe González Roldán
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y
CONTROL DE ENFERMEDADES

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernía Vargas Carrillo

TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin

PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda

SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz

SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

El panorama de la salud bucal en México guarda una estrecha relación con el panorama demográfico y epidemiológico, resultado de la transición que se vive en estos terrenos en las últimas décadas. Los avances observados en la reducción de la prevalencia de la caries dental en los menores de edad,¹ expresados en la mayor conservación de los dientes, crea las condiciones para la mayor prevalencia de otras enfermedades de graves efectos, como son las enfermedades periodontales que, en lo particular son un factor importante en la pérdida de los dientes y, en lo general, son un factor agravante de las enfermedades crónico degenerativas.^{2,3,4} Otras enfermedades de la cavidad bucal derivadas de los estilos de vida como el cáncer y otras lesiones osteomucosas, son también de graves efectos en las condiciones particulares de su funcionalidad, así como por sus efectos sistémicos.

La respuesta institucional para atender estas necesidades de salud bucal, se enfocó originalmente de manera prioritaria hacia la atención de los escolares, las mujeres embarazadas y las urgencias dentales. Como resultado de la mayor atención y prioridad que los programas de salud pública han otorgado a otros grupos con riesgos y daños de la salud como son; los adolescentes, los adultos mayores, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas con VIH y SIDA, las personas con enfermedades crónico-degenerativas, etc., las acciones de salud bucal han tenido que extenderse para atender las necesidades específicas de tales grupos con un enfoque integral.

La estrategia de prevención masiva contra la caries dental mediante la fluoruración de la sal, junto con la estrategia de prevención grupal a nivel de los planteles educativos han resultado determinantes para permitir la ya mencionada reducción de la prevalencia de la caries dental, como lo demuestra la Encuesta Nacional de Caries Dental, concluida en el año 2001. Sin embargo, la posibilidad de que México logre un avance mayor en la reducción de la caries dental y las enfermedades periodontales dependerá, en un futuro, de la posibilidad de extender las medidas de autocuidado de la salud como son, principalmente, el mejoramiento de los hábitos alimentarios e higiénicos, ambas situaciones determinadas por las condiciones socioeconómicas de la población.

La infraestructura disponible parte de las instituciones de salud para la atención de la demanda odontológica, ha logrado un crecimiento considerable principalmente en las unidades de salud urbanas. La posibilidad de avanzar en la ampliación de cobertura hacia las unidades rurales, dependerá en gran medida, del empleo de unidades móviles (a través de las Caravanas de la Salud) así como de la utilización en forma intensiva y extensiva de odontólogos brigadistas, personal técnico y auxiliar que hasta ahora son aprovechados limitadamente por las instituciones.

La disponibilidad de recursos profesionales para la salud bucal con que cuenta México⁵ es, junto con la de otros países, de las más altas dentro de los países de la Organización de Comercio y Desarrollo Económico (OCDE), sin embargo el modelo de atención en nuestro país es en gran medida privado. Por esta razón será necesario promover en los próximos años, un mayor acento preventivista en la formación de los recursos humanos.¹

Al delinear el camino para los próximos cinco años, las instituciones que conforman el Sector Salud han trabajado estrechamente considerando las fortalezas y oportunidades, para plasmar en un documento que exprese el mejor proceder para atender las necesidades de Salud Bucal de la población.

El Plan de Acción se estructura en cinco capítulos principales. El capítulo de diagnóstico esboza la problemática de Salud Bucal que enfrenta la población mexicana. Acorde a la información disponible se describe la salud bucal de grupos de población seleccionados, así como la asociación entre las condiciones bucales y sistémicas. En este mismo apartado se analizan los avances del Programa de Acción Específico (PAE) Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal desde la década de los ochenta a la fecha y los retos por venir.

El capítulo “Alineación en las Metas Nacionales”, indica la inserción del Programa dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), donde se enfatiza las acciones de protección, promoción y prevención como eje prioritario para el mejoramiento de la salud.

El capítulo V explica propiamente el PAE; para estimular el progreso en las áreas prioritarias, se cuenta con un número reducido de objetivos nacionales con el fin de estimular acción en los diferentes niveles administrativos de cada una de las instituciones. El PAE 2013-2018 tiene como eje rector la prevención y protección a la población las cuales se materializan en nueve estrategias.

Un programa de salud tiene que establecer las medidas de control del mismo, por esta razón se incluye un capítulo de indicadores, donde se estipulan además las metas a alcanzar.

Por último, la participación conjunta implica una responsabilidad compartida para ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna ante las necesidades de la población es por ello que también se incluye un apartado donde se explica el área de responsabilidad de cada uno de los actores.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud bucal como “La ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer bucal o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan la cavidad bucal”.⁶ Esta declaración circunscribe un amplio marco de acción para el sector salud que va más allá de la presencia de caries dental.

Por otra parte, la transición demográfica y económica experimentada en las últimas décadas, han sido factores determinantes en el cambio de los estilos de vida y en el perfil epidemiológico de las principales causas de morbi-mortalidad en los países desarrollados o con economías emergentes, como México. Actualmente las enfermedades crónicas son las más comunes y costosas de todos los problemas de salud, sin embargo también se encuentran entre las más prevenibles.

En virtud de lo anterior diversos programas de salud han reorientado sus acciones a una nueva estrategia de integración de la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud en general. Las enfermedades crónicas (incluidas las orales) poseen factores de riesgo comunes, éstos en su mayoría de carácter prevenible, tales como hábitos dietéticos, el consumo excesivo de tabaco y alcohol o la higiene bucal. Por lo tanto, el Programa de Salud Bucal no se concibe en solitario, sino como un elemento articulado al Programa Sectorial de Salud (PROESA) que permite alcanzar la salud y el bienestar de la población.

De acuerdo con el estudio sobre la Carga Mundial de Enfermedad 2010 (GBD 2010 por sus siglas en inglés) de las cincuenta enfermedades y trastornos más prevalentes (no mortales pero incapacitantes), tres son del ámbito de la salud bucal (caries dental, enfermedad periodontal y edentulismo).⁷

La caries dental, que se produce principalmente durante la infancia y la adolescencia, es una infección bacteriana transmisible. La transmisión del estreptococos mutans (principal agente de la enfermedad) ocurre en la infancia y es adquirida a través de la saliva de los adultos, especialmente de las madres.^{8,9} Por ésta razón las estrategias de prevención de salud bucal actuales comienzan con la atención prenatal y continúan durante toda la primera infancia y la adolescencia.

De igual forma, la caries dental se puede prevenir y/o disminuir su impacto a través de una dieta equilibrada (con un menor consumo de alimentos ricos en azúcar) y por medio de la administración de fluoruros (tópica y/o sistémica). El uso de los fluoruros en la prevención y control de la caries está ampliamente documentada, por lo cual su uso se ha extendido en todo el mundo como principal medida de salud pública entre los programas de salud bucal. Dentro de los principales mecanismos de acción de los fluoruros se incluye: Interferir en la desmineralización del esmalte y favorecer la remineralización de su superficie, inhibir la actividad metabólica de las bacterias de la biopelícula y por ende la producción de ácidos, principalmente el ácido láctico. No obstante, su mayor efectividad se basa en un régimen de aplicación que permita su constante y permanente presencia en boca, es por eso que la aplicación de los fluoruros debe realizarse periódicamente.¹⁰

Otra de las enfermedades bucales que afecta a la población es la enfermedad periodontal.¹¹ Sin embargo el término enfermedad periodontal se refiere a un grupo de enfermedades de los tejidos periodontales que resulta en la pérdida de inserción y la destrucción del hueso alveolar. En general se acepta que las enfermedades periodontales empiezan como gingivitis, que progresa (sólo en algunos individuos) a la periodontitis. La gingivitis es considerada una forma reversible de la enfermedad, y por lo general consiste en la inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de inserción de tejido conectivo. La gingivitis es la forma más común y frecuente de la enfermedad periodontal en niños y adolescentes. La progresión de la gingivitis a periodontitis se caracteriza por el desarrollo de bolsas periodontales, lo que favorece aún más la acumulación de placa bacteriana. La periodontitis es una infección crónica que implica la destrucción de los tejidos de soporte del diente, incluyendo el ligamento periodontal y el hueso alveolar de los dientes. La enfermedad periodontal si no se trata, puede conducir a la pérdida de dientes, principalmente en los adultos.^{12, 13.}

El control de la mayoría de las enfermedades periodontales, se basa esencialmente en medidas para inhibir la acumulación de la biopelícula dental, esto se logra mediante la vigilancia de la higiene oral que implica el cepillado y el uso del hilo dental diariamente. Para los pacientes con enfermedad periodontal avanzada, existen diferentes tipos de cirugía periodontal, que se utilizan para

reducir la profundidad de las bolsas periodontales, sin embargo estos últimos suelen ser procedimientos costosos y de larga duración.¹⁴

El edentulismo (la ausencia de dientes naturales parcial o total) es una condición irreversible y se describe como el "marcador definitivo de la carga de enfermedad para la salud oral".¹⁵ Diversos estudios muestran que el deterioro dental puede causar limitaciones dietéticas esto debido a la dificultad de masticar, dando lugar a alteración de estado nutricional.^{16, 17} El mantenimiento de una dentadura natural y funcional (tener más de veinte dientes) tiene un papel importante para una dieta saludable, rica en frutas y verduras, un estado nutricional satisfactorio, y un índice de masa corporal aceptable.¹⁸ Para reducir el impacto en la calidad de vida de la población se recomienda con frecuencia el tratamiento protésico (removible o fija) para la pérdida de dientes, sin embargo, este tratamiento no está disponible en la mayoría de las instituciones que conforman el sector salud.

El cáncer bucal está aumentando en todo el mundo, existen factores de riesgo importantes en el desarrollo de la enfermedad como son: el tabaco, el alcohol, la edad, el género y la exposición a la luz solar, también se ha documentado el papel de la cándida y el virus del papiloma humano. A nivel mundial, el cáncer oral tiene una de las tasas de supervivencia más baja y permanece inalterable a pesar de los avances recientes.¹⁹ El diagnóstico precoz y la referencia son la piedra angular para mejorar la supervivencia y reducir el retraso en el diagnóstico.²⁰

A pesar de que los tumores de cavidad oral son accesibles a ser detectados con una simple exploración física de la cavidad oral existe una demora importante en su diagnóstico. Es por esta razón que se ha recomendado el cribado de rutina durante las revisiones bucales dentro del primer nivel de atención.²¹

La mayoría de las guías de detección de Cáncer Bucal indican que las lesiones sospechosas (eritroplasia, leucoplasia, liquen plano, úlcera o masa en mucosa oral y presencia de movilidad de un órgano dentario sin causa dental aparente), deben ser referidas en las tres primeras semanas de haberse diagnosticado.²²

Las enfermedades bucales son consideradas problemas de salud pública por su alta prevalencia y severidad, que contribuyen en gran medida al agravamiento de las condiciones generales de salud, al ausentismo escolar y laboral, generando una gran demanda de atención en los servicios de salud del país, con elevados gastos económicos al sistema de salud y al bolsillo de la población.²³

La salud bucal no sólo es importante para la apariencia y el bienestar, sino también para la salud en general del individuo. Diversos estudios indican una asociación entre

las condiciones bucales y sistémicas. Las investigaciones se han centrado en el impacto potencial de las enfermedades periodontales y la salud sistémica, en ellos se ha estudiado la relación entre la enfermedad periodontal inflamatoria y enfermedades sistémicas como: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias y los resultados adversos del embarazo.^{24,25}

Entre las afecciones con que se relaciona la enfermedad periodontal (EP) y el sistema cardiovascular (SCV) se encuentran: endocarditis bacteriana, infarto del miocardio, cardiopatía isquémica, trombosis e insuficiencia coronaria. Se plantea que los microorganismos y productos bacterianos de la enfermedad periodontal, pasan al torrente sanguíneo y se alojan en válvulas del corazón y en tejidos cardíacos previamente dañados, causando la inflamación del endocardio.²⁶

La relación entre EP y enfermedades respiratorias se establece siempre que exista fallo en los mecanismos de defensa. Las patologías más frecuentemente asociadas son: neumonía bacteriana, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y abscesos pulmonares.²⁶

La diabetes mellitus por otra parte, constituye un factor de riesgo para la EP, por las micro-angiopatías de los vasos sanguíneos, que disminuyen el flujo sanguíneo, así como los nutrientes, oxígeno y defensa de la encía, caracterizándose por manifestaciones periodontales como abscesos, bolsas, movilidad, pérdida ósea y retraso en la cicatrización. Diversas revisiones sistemáticas concluyen que la terapia periodontal produce una modesta mejoría del control glucémico.^{27,28}

También puede ocasionar trastornos gastrointestinales por 2 mecanismos: liberación de mediadores químicos comunes a los que se presentan en la colitis ulcerativa, y la necrosis hepática. Además, el principal agente causal de la mayoría de los trastornos gastrointestinales como úlceras pépticas, gastritis crónicas y neoplasias, es el *Helicobacter pylori*.²⁶

En cuanto a la enfermedad periodontal y el embarazo, la evidencia sugiere que la presencia de EP es un factor de riesgo más para los partos pre-término con bebés de bajo peso al nacer.

En virtud de lo anterior y con el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, es necesario adoptar un enfoque diferente sobre la salud bucal. En la actualidad es indispensable un manejo multidisciplinario con la evaluación del médico, odontólogo y nutriólogo así como el trabajo coordinado con la enfermera y la trabajadora social.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

Este PAE se encuentra alineado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además de las siguientes leyes, códigos, reglamentos, decretos y Normas Oficiales Mexicanas, que orientan las acciones de prevención, protección y promoción de la salud, las instituciones del Sector establecen políticas orientadas a mejorar las condiciones de salud bucal de la población. Estas políticas, constituyen una respuesta organizada de la sociedad para este fin.

El marco jurídico proporciona los elementos esenciales que garantizan el cumplimiento de las acciones para el cuidado de la salud bucal de los mexicanos, las cuales le permiten dar rumbo y dirección al PAE de Salud Bucal 2013-2018, y tiene como sustento:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁷

- DOF 05-11-1917 Ref. DOF Última Reforma 05-06-2013. Artículos: 1°, 2° inciso B aptdo. III y V Art.4°. Fracción XVI del artículo 73. Última reforma 07-07-2014.

Leyes

- Ley General de Salud. Título I cap. único art. I, 2 incisos I, II, III, IV, V, VI, VII, art. 3 incisos I, II, III, IV, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVII, art.13 incisos: A: I, II, III, art. 24, 27 inciso: I, II, III, X, art. 32, 33, 34, 35, 36, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, inciso: I, III, V, VI, VII, art. 59, 65, 66, 77bis: 5A-I, II, XVI B: I, II, III, IV, VII, art. 77bis 7, 9-I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, art. bis 36, 37, 38, art. 78, 79, 89, 90, 91, 96, 100, 110, 111, 112 incisos: I, II, III. Título III cap. I art. 27 incisos VII. Última reforma 04-06-2014.

Reglamentos

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud: artículos: 1°, 3°, 4°, 5°, 6°, 8°, 9°, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 29, 30, 31, 35, 38, 42, 43, 46, 48, 49, 59, 62, 63, 64, 65, 68, 102. DOF 05-04-2004. Ref. 13-11-2008. Última reforma 12-06-2013.

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Ref. DOF Última reforma 24-03-2014.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud: artículo: 45 Ref. DOF Última reforma 24-03-2014.

Tratados Internacionales

- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador” (17-11-1998). art.: 3, 4, 10 incisos: 1, 2: A, B, E, F. art. 11 inciso I. Ref. DOF 01-09-1998.
- Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales art.: 9 inciso 1 y 2, art. 10 incisos: 1, 2: A, B, D y F. Art. 17 inciso A. DOF 12-05-1981.
- Convención Mundial de Minamata, Japón (10 octubre de 2013) sobre el Mercurio, convocado por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, suscrito por México, entre 140 países.

Acuerdos Secretariales

- Acuerdo Secretarial 132: Que establece la formación del Comité Nacional de Salud Bucal para unificar y homologar criterios, procedimientos y contenidos de la vigilancia epidemiológica y elaboración de normas. Ref. D.O.F 25-01-1996.

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico: constituye un apoyo para una buena práctica estomatológica, con ética y calidad, el manejo del expediente clínico se promueve como actividad fundamental para la atención del paciente. Ref. DOF 15-10-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Ref. DOF 16-08-2010.

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

- Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013 Para la promoción de la salud escolar.: establece las actividades, criterios y estrategias de operación del personal de salud para realizar acciones de educación, prevención atención a la salud y rehabilitación. Ref. DOF Última reforma 09-12-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana: refuerzan las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, en los quehaceres odontológicos. Ref. D.O.F 10-11-2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006 Para la Prevención y Control de las Enfermedades Bucales: establece los principios de la prevención de la salud bucal a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor prevalencia en nuestro país. Ref. DOF 08-10-2008.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012 Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. D.O.F 08-01-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica: establece que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ref. DOF 19-02-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño: establece el apoyo a las acciones de preservar la salud del niño con medidas preventivas para reducir la probabilidad de enfermar. Ref. DOF Última reforma 26-09-2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012 Para la prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxina, e inmunoglobulinas en el humano: establece la aplicación y frecuencia de estas medidas de protección específica para el odontólogo. Ref. DOF 28-09-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA1-1993 Productos y Servicios. Sal yodada y sal yodada fluorurada. Especificaciones sanitarias: establece los rangos de adición de fluoruro en la sal de consumo humano y determina las zonas donde debe distribuirse. Ref. DOF Última reforma 26-12-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Ref. DOF 17-02-2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994 Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano: define los límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización, con el propósito de evitar que se presente fluorosis dental como un problema de salud pública. Ref. DOF 30-11-1995.



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

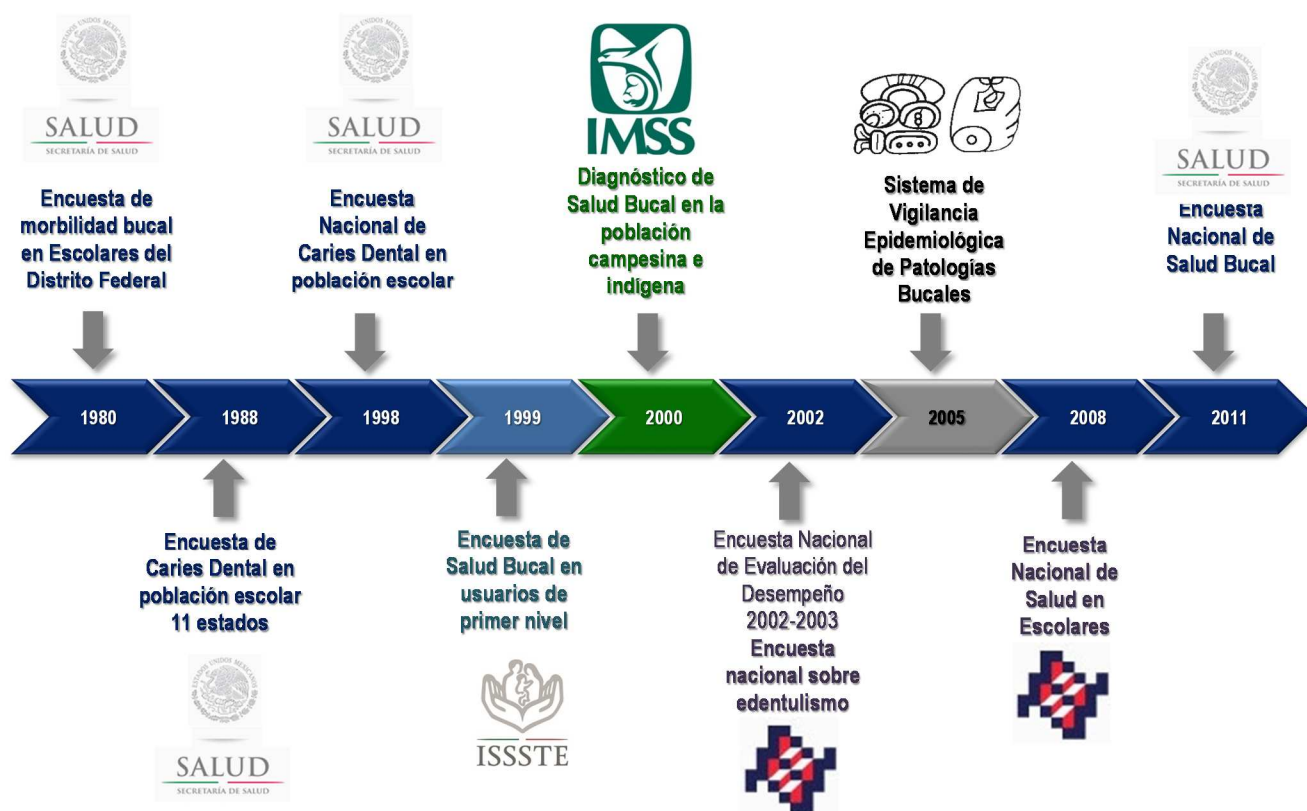
III.1 Antecedentes

La atención odontológica ha sido una estrategia desde la creación de los servicios de salud públicos en México. En un principio, la práctica de la odontología fue de índole esencialmente curativa y restauradora, en la actualidad se está transformando hacia una odontología donde la promoción y la prevención sean los ejes rectores de los Servicios de Salud.

Desde la década de los setenta la OMS estableció la importancia de la obtención de datos epidemiológicos estandarizados, tanto de caries dental como de enfermedad periodontal y el cambio de enfoque de uno

curativo (complejo y costoso) a uno preventivo. En 1979, la OMS anunció la primera meta medible para el año 2000, un número de dientes afectados por caries (CPOD) no mayor de tres a los 12 años de edad.²⁹ Para la década de los ochenta fueron desarrollados otros indicadores para la población infantil y adulta.³⁰

En las últimas décadas en México, las instituciones educativas y de salud han realizado un gran esfuerzo para proporcionar información acerca de las enfermedades bucales, sin embargo, la información todavía es limitada. La figura 1 muestra algunos de estos estudios.



La década de los ochenta marcó cambios importantes dentro de la política de salud bucal de nuestro país, por una parte, la publicación del Reglamento de Yodación y Fluoruración de la Sal en el Diario Oficial de la Federación en México; la definición de la fluoruración de la sal como estrategia para reducir la caries dental dentro del Programa Nacional de Salud y el desarrollo de modelos de prevención en escolares dentro del Programa de Salud Bucal. Entre 1987-1989, la Secretaría de Salud realizó el levantamiento de índices de caries en once entidades federativas, integrando la línea basal de caries para el Programa de Fluoruración de la Sal de Mesa.

Dos de los programas pilares de salud bucal se consolidan en la década de los noventa: el Programa de Salud Escolar y el Programa de Fluoruración de la Sal. En este periodo se publica la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de las enfermedades bucales la cual establece los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, y la NOM-040-SSA1-1993, Bienes y servicios, sal yodada y sal yodada fluorurada, la cual emite las especificaciones sanitarias de la sal.

En 1996, con el propósito de intensificar las actividades preventivas, surge la Semana Nacional de Salud Bucal, la que reúne por primera vez al Sector Público, Social y Privado en beneficio de la población mexicana.

En el periodo 1998-2001, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental, que permitió evaluar la reducción de la caries dental. Sin embargo no fue homogénea, en todo el país^{31, 32} se cumplió con una de las metas del milenio establecida por la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) al reducir la severidad de caries dental a menos de tres dientes en los jóvenes de 12 años en el año 2001.

Para el 2003, se integró el componente de salud bucal, dentro del Sistema Nacional de Cartillas de Salud, esto permite llevar un control del esquema básico preventivo en cada etapa de la vida. En ese mismo año, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a través del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), inició la notificación semanal de los casos nuevos de gingivitis y enfermedad periodontal misma que concentra la información de todas las unidades del Sector Salud. Si bien en sus inicios la notificación fue muy baja, hoy en día se encuentra dentro de las diez principales causas de morbilidad en nuestro país.³³

Desde el año 2005, se cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) como otra fuente de información epidemiológica a nivel nacional que permite construir un perfil con los rasgos generales de los problemas bucales más importantes. La fase permanente del SIVEPAB se circunscribe a las personas que buscan atención odontológica y proporciona información importante sobre la tendencia en la salud oral

de la población usuaria de los servicios de salud, de las 32 entidades federativas.

En 2008, el Instituto Nacional de Salud Pública realizó la Encuesta Nacional de Salud en Escolares, la cual explora a través de un cuestionario diferentes puntos relacionados con el estado de salud bucal. Éste estudio mostró que el 26.9% de los escolares ha tenido algún problema de salud bucal y únicamente el 21.9% de los escolares fue al dentista en los últimos seis meses. Si se consideran las razones por las cuales se realizó la última visita al dentista, el estudio muestra que un poco más de la tercera parte acude para la realización de actividades preventivas mientras que una tercera parte para subsanar alguna molestia, lo cual refleja el rezago en materia de educación y promoción de la salud bucal en nuestro país.³⁴

A partir del 2010, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) actualiza la estructura orgánica para incorporar la Dirección de Estomatología. Dentro de las atribuciones de ésta nueva dirección se encuentra el generar estrategias y acciones en materia de calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud, la formación, capacitación y desarrollo del capital humano para la salud, así como la actualización del marco normativo de la atención médica y servicio social en el ámbito estomatológico.³⁵ Esta dirección no sustituye al Programa de Salud Bucal dependiente del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), al contrario, fortalece las estrategias en materia de salud bucal que den respuesta efectiva a las necesidades de la población.

Actualmente, el Programa de Salud Bucal está finalizando la Encuesta de Caries y Fluorosis Dental 2011, este estudio permitirá fortalecer las estrategias del Programa de acuerdo a las necesidades específicas de cada región.

III.2 Situación Actual y Problemática

En los niños menores de cinco años, la caries dental denominada Caries en la Infancia Temprana (CIT), puede ocasionar efectos devastadores como dolor intenso, infecciones, desnutrición, trastornos en el desarrollo del habla, trastornos gastrointestinales, y baja autoestima. De acuerdo a cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) 2012, uno de cada tres infantes que acuden a los servicios de salud tiene caries severa.³⁶ La caries dental es la enfermedad crónica más común en la primera etapa de la vida, afecta a más del 60 % de los niños y adolescentes de México.¹



Considerando que la prevalencia de caries dental en adultos usuarios de los servicios de salud es del 94.9% y las necesidades de tratamiento son del orden del 68%, el rezago en materia de atención dental es significativo.³⁶

Por otra parte, las enfermedades periodontales se producen generalmente como resultado de la presencia de placa bacteriana en los dientes. En general se acepta que éstas inician como gingivitis, que evoluciona, en algunos individuos, a la periodontitis. Si bien, la mayor parte, de los estudios indican que la pérdida de los tejidos de soporte de los dientes (periodontitis) es relativamente poco común en los niños, la incidencia en adolescentes de 12 a 17 años de edad es mayor en comparación con niños de 5 a 11.³⁷⁻⁴⁰ y la prevalencia de la pérdida de inserción en adolescentes es aproximadamente 1.1%.⁴¹ La información disponible en nuestro país revela que, la enfermedad periodontal es, después de la caries dental y el asma, la enfermedad crónica que más afecta a la niñez.⁴²

Nuevas investigaciones apuntan a asociaciones entre infecciones crónicas a nivel bucal y enfermedades cardíacas, pulmonares,^{43,44} infartos, cáncer, preeclampsia,⁴⁵ bajo peso al nacer y prematuridad.^{46,47,48} La asociación que existe entre la enfermedad periodontal y la diabetes ya ha sido reconocida, pero es necesario establecer lineamientos que permitan considerar estas asociaciones para mejorar la salud integral de la población y prevenir enfermedades que están relacionados con costos catastróficos.^{49,50}

Además de la higiene bucal deficiente, los factores de riesgo importantes para las enfermedades periodontales severas, se relacionan con la dieta, el consumo del tabaco y alcohol, el estrés, así como la coexistencia de otras enfermedades sistémicas.⁵¹ En los adultos, sólo el 40.3% tiene un periodonto sano y alrededor de un 6% de los usuarios de los servicios de salud presentan formas severas de enfermedad periodontal.³⁶

La pérdida de dientes se considera un indicador importante de la salud bucal de la población y tiene un fuerte impacto en la calidad de vida. Sus efectos incluyen una disminución de la capacidad funcional de la masticación y el habla, así como una disminución en el estado nutricional, cambios estéticos y efectos psicológicos, con un resultado negativo, asociado en términos de autoestima e integración social.⁵²⁻⁵⁴

La importancia de prevenir y proteger a la población de la caries dental en etapas tempranas radica en el hecho de que una vez establecida la enfermedad, por lo general necesita restauración y mantenimiento adicional durante toda la vida, en consecuencia los costos del tratamiento son mayores y las necesidades de atención no pueden ser solventadas por la economía familiar o los presupuestos disponibles en los programas públicos de salud.

De acuerdo a la información del SIVEPAB 2012 en la

población usuaria de los servicios de salud se observa que las niñas presentan índices de caries más elevados que los niños; en cuanto a los adultos, las mujeres usuarias presentan un promedio mayor en el número de dientes cariados en comparación con los hombres en los grupos de edad de 20 a 49 años de edad, así mismo, existe un menor porcentaje de mujeres con una oclusión funcional en comparación con los hombres. Por otra parte, al utilizar la escolaridad como variable de análisis, se encontró que los pacientes con un mayor grado de escolaridad mostraron un mayor número de dientes permanentes presentes, estas diferencias se incrementaron con la edad, así los adultos de 80 años y más, con mayor escolaridad presentaron más de cuatro dientes permanentes con respecto a los de menor escolaridad.

A pesar de los datos epidemiológicos sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer bucal en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE-10: C00-C08), nuestro país se encuentra dentro de las tasas más bajas a nivel mundial.⁵⁵ En México, como en la mayoría de los países, el cáncer bucal es más común en hombres que en mujeres. El riesgo de desarrollar cáncer bucal aumenta con la edad, la mayoría de las muertes registradas en el país ocurren en personas de más de 60 años. Acorde con los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), anualmente se registran menos de mil defunciones por esta causa.⁵⁶

El embarazo es una condición delicada que implica complejos cambios físicos y fisiológicos. Se ha demostrado que las alteraciones en los niveles de estrógeno y progesterona afectan al sistema inmunológico así como la producción de colágeno en la encía, lo que reduce la capacidad del cuerpo para reparar y mantener el tejido gingival.^{57,58}

Uno de los problemas bucales que afecta a muchas mujeres embarazadas es la enfermedad periodontal, ésta es una condición inflamatoria destructiva de la encía y el hueso que soporta los dientes. Algunos estudios han mostrado que las mujeres embarazadas con enfermedad periodontal severa aumentan los efectos adversos. Estos incluyen: parto prematuro, bebés con bajo peso al nacer y preeclampsia.⁵⁹ Estos riesgos aumentan en las mujeres que fuman, la experiencia de las deficiencias nutricionales, o visitas menos frecuentes al dentista.

Los estudios sugieren que las madres con enfermedad periodontal severa tienen hasta siete veces más riesgo de tener un bebé prematuro de bajo peso al nacer.⁶⁰ De acuerdo a las cifras del SIVEPAB 2012 solo el 47.5% de las mujeres embarazadas de 15 a 44 años tienen un periodonto sano y el 2.1% de las mujeres embarazadas tienen enfermedad periodontal severa, sin embargo al estratificar por entidad el 15% de las mujeres embarazadas de Oaxaca tiene enfermedad periodontal severa.

Diversos estudios señalan que el estado de salud bucal de las madres es un fuerte predictor del estado de salud bucal de sus hijos. Los hijos de madres que tienen altos niveles de caries no tratadas tienen hasta tres veces más riesgo de tener niveles altos de caries dental así mismo los hijos de madres con un número alto de pérdida de dientes (cinco o más dientes) tienen hasta tres veces más riesgo de tener niveles altos de la experiencia de caries en comparación con los hijos de madres sin pérdida de dientes.⁶¹

Conforme al SIVEPAB 2012 el 46% de las mujeres embarazadas tienen un alto nivel de caries no tratada (seis o más dientes no tratados) y el 2.4% de las mujeres embarazadas tienen un alto porcentaje de dientes perdidos (cinco o más dientes perdidos). Por lo que, es indispensable cuidar el binomio madre-hijo a fin reducir el riesgo de Caries en la Infancia Temprana.

El consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial. A pesar de las medidas de control de tabaquismo establecidas así como las reducciones en la prevalencia de fumadores diarios, encontradas en los últimos años, en nuestro país continúa siendo un problema de salud pública.⁶²

En los últimos años, numerosas investigaciones han demostrado epidemiológicamente y biológicamente que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo más importante en lo que respecta al desarrollo y progresión de la enfermedad periodontal.^{63,64} Cifras del SIVEPAB 2012 señalan que los adultos de 35 a 44 años fumadores que acuden a los servicios de salud tienen un mayor porcentaje de enfermedad periodontal severa que los no fumadores (12.6% y 5.4% respectivamente). A pesar de que existen otros factores que pueden desencadenar la pérdida de dientes, los datos epidemiológicos indican que los fumadores tienen una mayor incidencia de pérdida de los dientes que los no fumadores.^{65,66}

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. Se estima que 37,4 millones las personas con diabetes viven en la región de América del Norte y el Caribe, se espera que aumente el número en más del 40% a 53,2 millones en 2030.⁶⁷ En menos de cuatro décadas, la diabetes se ha convertido en uno de los principales problema de salud en México.⁶⁸

La morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 se ha incrementado en el mundo y en México en los últimos años;⁶⁹ su detección muchas veces se realiza en forma tardía y su diagnóstico se efectúa como consecuencia de la presencia de síntomas, ya que en sus etapas iniciales no presenta manifestaciones clínicas.

Los datos epidemiológicos señalan una clara relación entre la enfermedad periodontal y la diabetes, las personas con diabetes, especialmente si no se encuentran controladas, tienen un mayor riesgo a desarrollar periodontitis avanzada.⁷⁰ Algunos estudios revelan que los pacientes con diabetes mellitus 2, tienen una mayor susceptibilidad para la enfermedad periodontal severa y la pérdida de dientes.⁷¹

De los pacientes adultos de 35 a 44 años con diabetes mellitus que acudieron al servicio odontológico del Sector Salud el 15.3% presentaba enfermedad periodontal avanzada cifra muy superior en comparación con los no diabéticos (5.2%).

Dentro del Sector Salud, los profesionales de la salud bucal son insuficientes, la contratación de auxiliares, técnicos y promotores de salud bucal es casi nula, por otra parte el personal asignado a estas labores cuenta con una escasa capacitación, lo cual reduce en forma considerable el aprovechamiento de estos (Tabla 1).

A nivel institucional, los recursos humanos contratados representan menos del 10% del total de estomatólogos con que cuenta México y los indicadores de contratación van de un estomatólogo por cada 9,000 personas afiliadas en el caso del Sistema de Protección Social en Salud, conforme al Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS),⁷² con un tiempo promedio de 45 minutos por consulta lo que permite la atención de nueve pacientes diarios en una jornada de ocho horas y la atención de 1,760 pacientes al año.

En el caso de las instituciones de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con un indicador de “fuerza de trabajo” equivalente a una hora estomatólogo por cada 2,400 derechohabientes, con un tiempo promedio de 30 minutos por consulta.

En relación al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), tiene un indicador de productividad de tres pacientes por hora, con una jornada de seis horas laborales y un tiempo promedio de 20 minutos por paciente.

Tabla 1. Recursos humanos, indicadores, población de responsabilidad, cobertura y evaluación, Sector Salud, 2013

Institución	Número de servicios	Número estomatólogos			Indicador de contratación de estomatólogos	Población de responsabilidad	Promedio de población X estomatólogo general	Minutos por consulta	Consultas año/ estomatólogo	Parámetros de evaluación
		Gral.	Esp.	PSS						
SSA	3,541	4,358	399	1,928	1 estomatólogo c/unidad dental por 9000 habitantes. (no asegurada)	51,452,666	11,806	45	1,760	1. Consultas
										2. Actividades
										3. Alta (saneamiento)
IMSS	677	1,871	N/D	N/D	Una plaza de 8 horas. por turno autorizado para su función	42,233,209	22,573	30	2,167	1. Consultas
										2. Actividades
IMSS OP	118	167	0	80	Dos Estomatólogos por unidad (establecimiento) de salud	11,886,062	71,174	20	2,700	1. Consultas
										2. Actividades
ISSSTE	481	720	149	157	Dos Estomatólogos por unidad dental (1,008 estomatólogos)	12,449,609	17,291	25	1,912	1. Consultas
										2. Actividades Preventivas
DIF	8	11	0	0	1 Estomatólogo por unidad de salud	710	N/A	60	726	1. Consultas
										2. Actividades preventivas, restaurativas y canalización a 2do y 3er nivel
										3. Alta (saneamiento)
SEDENA	327	350	322	0	N/A	439,600	1,256	40	406	1. Consultas
										2. Actividades administrativas
										3. Actividades docentes
										4. Alta (saneamiento básico)
SEMAR	114	148	78	40	Dos Estomatólogos por unidad (equipo) dental	250,000	1,689	30	2,400	1. Consultas
										2. Actividades
										3. Alta (saneamiento)
PEMEX	76	127	16	0	De acuerdo a las necesidades de la Institución	753,055	5,930	30	1,768	1. Consultas
										2. Actividades
TOTAL	4,657	7,752	964	2,205		119,464,911	131,719			

De acuerdo con el cuadro anterior, se observan diferencias muy marcadas según institución, en cuanto a la contratación de estomatólogos que en algunos casos obedece a la existencia de indicadores de “fuerza de trabajo” y en otros casos se realiza de manera no planificada. Lo anterior determina que el promedio de personas a atender por estomatólogo sea muy desigual, ya que en el caso más favorable es de 1,700 personas por estomatólogo y en el caso menos favorable es de 69,000 personas, lo que repercute de manera muy directa en la capacidad de oferta de servicio y en la posibilidad de brindar una atención resolutoria que favorezca la adherencia al tratamiento y la conclusión de los mismos. Aunado a lo anterior, los indicadores de tiempo promedio por consulta son también muy variables y van desde los 20 a los 45 minutos por consulta, situación que incide en las posibilidades de realizar con calidad los procedimientos de diagnóstico, esquema básico de prevención y las acciones restaurativas. Con relación a los parámetros utilizados por las instituciones para la medición de los servicios de salud bucal producidos, estos son a diferente nivel y van desde los que solamente evalúan las consultas y las actividades (unidades de tratamiento odontológico) y los que evalúan el tratamiento integral del paciente por saneamiento básico, consistente en la eliminación de procesos infecciosos que son causa y efecto de la caries dental y la enfermedad periodontal.

Toda esta problemática de infraestructura (capacidad instalada) en las instituciones es evidente al analizar los indicadores de impacto de salud, mientras que los indicadores de prevalencia y severidad de enfermedades bucales en las instituciones son similares, la diferencia reside en los indicadores de tratamiento, de acuerdo a los resultados del SIVEPAB 2012, los menores índices de necesidad de tratamiento se presentan en PEMEX, SEDENA y SEMAR.

De lo anterior se desprende la necesidad de trabajar en este y en los próximos PAE, en promover políticas públicas en materia de salud bucal, que contribuyan a cerrar las brechas actualmente existentes entre las instituciones de salud, para una mejora continua de la cobertura, de la calidad y de la seguridad de la atención estomatológica, que se brinda a la población menos favorecida del país y demanda la atención de los servicios institucionales como única posibilidad.

Como resultado de lo anterior la capacidad de cobertura de las instituciones se ha visto seriamente afectada como en el caso de la Secretaría de Salud en donde, escasamente el 30%⁵ de las unidades de salud disponen de recursos para las acciones preventivo asistenciales en salud bucal; otro ejemplo es el Programa IMSS-Oportunidades, en el cual solo 118 unidades médicas cuentan con servicio de estomatología de un total de 3,933, lo que representa únicamente el 3%. En el resto de las unidades (97%) sólo se realizan cuatro acciones de

prevención básicas y promoción para la salud bucal, mediante la participación de un médico y una enfermera previamente capacitados.

Entre las fortalezas actuales están, el Programa Educativo-Preventivo en Preescolares y Escolares iniciado en México desde la década de los años 60; el Programa Nacional de Fluoruración de la Sal, iniciado en el año 1991, con una cobertura actual de 91 millones de habitantes y la creciente utilización de medidas higiénicas de auto-ayuda, que han permitido la reducción de la prevalencia de la caries dental y el posicionamiento de México como país con prevalencia media de ésta patología; México tiene actualmente menos de tres dientes permanentes afectados por caries dental a la edad de 12 años.¹

En el aspecto asistencial, el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) ha sido determinante para la ampliación de la cobertura de atención estomatológica, mediante la contratación de personal profesional y el mejoramiento de la infraestructura física y el equipamiento.

III.3 Avances 2006-2012

1. Se fortaleció la interacción y coordinación con las instituciones de salud, académicas, gremiales y del comercio e industria dental a través de la reactivación del Comité Nacional de Salud Bucal, a partir del año 2011.
2. En el periodo 1998 – 2001, se llevó a cabo la 2ª Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental, por la cual se pudo evaluar la reducción de caries dental, si bien no fue homogénea, en todo el país se cumplió con una de las metas del milenio de Salud Oral, establecida por la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) al reducir la severidad de caries dental a menos de 3 dientes en los jóvenes de 12 años de edad en el año 2001.^{73,74}
3. En el 2011 se inició la 3ª Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental, con un avance actual en el levantamiento de 31 entidades federativas, con el faltante actual del Estado de Guerrero.
4. Se estableció el primer Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) con la participación del Sector Salud, bajo la corresponsabilidad de la Dirección General de Epidemiología y el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, de la Secretaría de Salud, contando hasta ahora con 413 unidades centinela en el territorio nacional y

generando más de 255 mil estudios de caso anualmente.

5. Se realizó en 2012, el Diplomado de Promoción de la Salud Bucal para la capacitación de 27 líderes estatales, y el primer Concurso “Nacional Dibujando Sonrisas”, en apoyo al Programa de Salud Bucal de Escolar y el Preescolar.
6. En el año 2006 se realizó la segunda actualización de la NOM-013-SSA2-2006 Para la prevención y el control de las enfermedades bucales, que establece el marco normativo en salud bucal para su adecuación a las necesidades y demandas institucionales y, a los recursos técnicos disponibles por parte de la profesión odontológica.
7. Se dio inicio a la tercera actualización de la NOM-013-SSA2, a partir del año 2011, con la colaboración del Comité Nacional de Salud Bucal.
8. En el 2011, la Secretaría de Salud dio inició al Programa de Formación y Capacitación de Asistentes Dentales para resolver la carencia de dicho recurso con el fin de incrementar la calidad y productividad de los servicios de salud bucal.
9. En el periodo 2006 – 2012 se incrementaron las consultas estomatológicas de los servicios de la Secretaría de Salud en un 28.4%, con base en los recursos asignados del ramo 33 y anexo IV del Seguro Popular.
10. Se ha impartido capacitación continua, al personal responsable de la coordinación del Programa de salud bucal en los niveles estatal y jurisdiccional.

4. Complementar la prestación de las intervenciones del CAUSES, que no pueden efectuarse en las unidades del 1er nivel de atención, a través de Unidades de Atención Estomatológica Especializada (UNAEES), para las cuales se diseñará el documento normativo correspondiente en coordinación con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), basado en las experiencias desarrolladas durante cuatro décadas, por los Servicios Estatales de Salud de: El Estado de México, Nuevo León, Tlaxcala, Oaxaca, Jalisco, San Luís Potosí y Veracruz.
5. Consolidar la atención estomatológica con calidad, trato digno y equidad a toda la población mexicana, conforme a la estrategia de línea de vida, considerando las particularidades de los pueblos indígenas y su interculturalidad, las personas con discapacidad, VIH-SIDA, y con enfermedades crónico-degenerativas, etc.
6. Mejorar las medidas de seguridad de la atención estomatológica, con relación a la prevención y el control de infecciones, y a la aplicación de buenas prácticas en la utilización de la amalgama, el correcto manejo del mercurio y amalgama residual, conforme al mandato aceptado por el Gobierno Mexicano en la Convención Mundial de Minamata, Japón (octubre de 2013) convocado por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente.
7. Coordinar y apoyar la capacitación del personal auxiliar (asistente dental) de los Servicios Estatales de Salud, para el mejoramiento de la eficiencia y efectividad de los servicios de atención estomatológica.
8. Gestionar la creación del código de “Asistente dental” en el Catálogo Sectorial de Puestos, que favorezca su futura contratación y adscripción.

III.4 Retos 2013-2018

1. Ampliar la cobertura de las acciones de prevención y promoción de la salud bucal, prioritariamente en los niños de 0-3 años de edad, preescolares y escolares del sistema de educación pública.
2. Ampliar la cobertura de atención estomatológica hacia la población de las unidades rurales carentes de dicho servicio.
3. Fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de estomatología del primer nivel de atención, con relación a las intervenciones establecidas en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)
9. Desarrollar la capacitación de promotores de salud bucal que contribuyan a ampliar la cobertura de las acciones de prevención y promoción de la salud bucal a nivel de lactantes, preescolares y escolares.
10. Extender los estudios e investigación epidemiológica, clínica y operativa hacia otras enfermedades estomatológicas de alta frecuencia y, hacia la comprobación de métodos y técnicas de atención de mayor eficiencia y efectividad.
11. Elaborar y actualizar manuales y guías de práctica clínica en estomatología.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Este Programa se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), específicamente con la Meta 2 “México Incluyente” que en el objetivo 2.3 dice: Asegurar el acceso a los servicios de salud, establece como líneas de acción: privilegiar las acciones de protección, promoción y prevención como eje prioritario para el mejoramiento de la salud, asegurar el acceso a los servicios de salud, mejorar la atención de la salud con énfasis en la población más vulnerable, avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal y fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud. Asimismo se vincula con el objetivo 4.1 que dice: Mantener la estabilidad macroeconómica del país promoviendo un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles, que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades, logrando así un gobierno transparente.

Como estrategias transversales para alcanzar un “Gobierno Cercano y Moderno” se propone desarrollar políticas públicas con base en evidencia y cuya planeación utilice los mejores insumos de información y evaluación, así como las mejores prácticas a nivel internacional, y promover la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres para ejercer sus derechos, reduciendo la brecha en la materia, favoreciendo así la “Perspectiva de Género”.

Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	1. Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	2. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	3. Otorgar servicios curativos-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables.
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	6. Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	4. Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	5. Supervisar, asesorar y evaluar los componentes del Programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

Dentro del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), el Programa de Salud Bucal se vincula con los objetivos 1, 2, y 6, fortaleciendo la integración de las acciones de promoción de la salud bucal y la prevención y control de enfermedades bucales.

Entre los principales factores de riesgo que afectan la salud general y bucal de la población se consideran los malos hábitos alimenticios, las deficiencias nutricionales y la falta de higiene personal, por lo tanto es indispensable abordar esta problemática que beneficiará a las personas ante el cambio epidemiológico que vive el país, principalmente en los grupos vulnerables como son las niñas y niños en edad escolar, adultos mayores, personas con enfermedades crónico degenerativas, mujeres durante el embarazo, así como personas con discapacidad.

Cuadro 2. Alineación con el PROESA 2013-2018

Objetivos del PROESA	Estrategias del PROESA	Líneas de Acción del PROESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.	1.1.9. Promover las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal.	2. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.	2.1.1. Promover un modelo de atención integral a la salud común para todo el Sistema Nacional de Salud.	1. Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.	2.2.1. Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.	3. Otorgar servicios curativos-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutoria y especial atención a grupos vulnerables.
6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.	6.2. Fortalecer la regulación en materia de Salubridad General.	6.2.2. Actualizar el marco legal para establecer una planeación interinstitucional única.	4. Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.	6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud.	6.3.2. Establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño de los servicios.	5. Supervisar, asesorar y evaluar los componentes del Programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.	5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	5.2.2. Realizar las adecuaciones operativas necesarias para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS.	6. Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.
3. Otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutoria y especial atención a grupos vulnerables.
4. Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.
5. Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.
6. Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.

Objetivo 1. Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La falta de una mayor vinculación del componente de salud bucal a los diferentes programas y estrategias de salud, como parte de la salud general, ha impedido ofrecer una mejor solución a las necesidades individuales y colectivas. Igualmente la diversidad de criterios normativos y operativos entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en materia de salud bucal, es un factor que afecta las posibilidades de mayor cobertura, calidad, integralidad y seguridad de la atención que se ofrece a la población.

Estrategia 1.1. Definir e implementar los recursos necesarios para los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica institucionales.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Unificar criterios para la definición e integración de los modelos de salud bucal aplicables a los niveles institucionales de atención.
- 1.1.2. Promover la aplicación de las acciones establecidas en los modelos en la población general.
- 1.1.3. Elaborar, reproducir y difundir materiales educativos de prevención y promoción de la salud bucal con un enfoque intercultural.
- 1.1.4. Vincular el componente Salud Bucal a los programas y estrategias de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo 2. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.

La falta de sistema permanente de prevención y promoción de la salud bucal en la atención odontológica institucional ha determinado que esta se haya orientado - en mayor o menor medida- a la solución de urgencias odontológicas por vía de la extirpación de órganos dentarios (extracciones) y a la limitación del daño de las lesiones cariosas mediante procedimientos restaurativos (obturaciones) lo que ha generado un círculo vicioso por la recurrencia de estos problemas hasta la pérdida parcial o total de los órganos dentarios con la afectación de las funciones esenciales de la cavidad bucal y sus implicaciones sistémicas.

Estrategia 2.1. Promover la utilización intensiva y extensiva de las medidas preventivas de tipo masivo, grupal, clínico e individual.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Concertar con la COFEPRIS la correcta distribución y dosificación de la sal yodada-fluorurada.

2.1.2. Capacitar y actualizar al personal de salud sobre el correcto uso de los fluoruros y otros métodos preventivos.

Estrategia 2.2. Coordinar acciones con los sectores público, social y privado, para la prevención y promoción de la salud bucal.

Líneas de acción:

2.2.1. Difundir los lineamientos establecidos para el desarrollo de las Semanas Nacionales de Salud Bucal intersectorialmente.

2.2.2. Concertar la participación de las instituciones de salud, académicas, gremiales y empresariales, en programas y campañas de salud bucal.

Estrategia 2.3. Coadyuvar a disminuir la incidencia y prevalencia de caries dental en los diferentes grupos de riesgo.

Líneas de acción:

2.3.1. Incrementar la participación de las entidades federativas en el desarrollo de proyectos de comunidades saludables en materia de salud bucal.

2.3.2. Difundir los lineamientos de prevención y atención odontológica a mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo a las 32 entidades federativas.

2.3.3. Establecer las actividades preventivas en materia de salud bucal, en infantes menores de tres años de edad, por parte del binomio madre-padre.

2.3.4. Incrementar la aplicación del esquema básico de prevención estomatológica en las unidades de salud conforme a las cartillas nacionales de salud.

2.3.5. Intensificar la cobertura educativa y preventiva en salud bucal en planteles de preescolares y escolares.

2.3.6. Incrementar el número de escuelas saludables en materia de salud bucal con base en el sistema de atención gradual.

2.3.7. Promover la formación y capacitación a proveedores de salud de atención primaria en temas de salud bucal mediante el proyecto SOFAR (Salud Oral y Factores de Riesgo).

Objetivo 3. *Otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables.*

La capacitación de los estomatólogos institucionales; la existencia y calidad de los insumos odontológicos, y la disponibilidad de tiempo para la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, son algunos de los factores que han provocado que la atención odontológica institucional sea más resolutive para la conclusión (alta) de los tratamientos odontológicos o bien, que la calidad de las intervenciones que se realizan logren la satisfacción de los usuarios y de los propios prestadores del servicio.

Estrategia 3.1. Fortalecer la atención curativo-asistencial a fin de mejorar la salud bucal de la población con énfasis en los grupos vulnerables.

Líneas de acción:

3.1.1. Incorporar la atención estomatológica en los diferentes grupos de riesgo para lograr un beneficio en su estado general de salud.

3.1.2. Promover mediante capacitación las buenas prácticas con técnicas de calidad que contribuyan al mejoramiento y la seguridad de la atención que se brinda.

3.1.3. Mejorar las medidas de control de infecciones y prevención de riesgos del profesional y paciente en unidades de salud.

3.1.4. Definir las nuevas intervenciones al Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud.

Estrategia 3.2. Promover la ampliación de cobertura de la atención estomatológica.

Líneas de acción:

3.2.1. Detectar las necesidades de infraestructura, equipamiento e insumos estomatológicos con el fin de promover la ampliación de cobertura.

3.2.2. Determinar el modelo normativo de Unidades de Atención Estomatológica Especializada con base en las experiencias institucionales disponibles.

3.2.3. Gestionar la incorporación formal de estomatólogos especialistas en las unidades de: especialidad y de segundo y tercer nivel de atención.

3.2.4. Promover el incremento de recursos para la atención estomatológica en los municipios y localidades carentes de estos servicios.

3.2.5. Proponer la incorporación del asistente dental y promotor de salud bucal para el fortalecimiento de los servicios clínicos y comunitarios.

Objetivo 4. Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.

La evolución del conocimiento técnico y científico en odontología requiere de un marco normativo con la actualización permanente de conceptos, métodos y técnicas, responsabilidad que recae en la Secretaría de Salud, mediante la concertación con todos los actores de la profesión odontológica como son: las instituciones del sector salud, del sector académico, del sector gremial y de la industria y el comercio dental. Así mismo la producción de nuevos conocimientos es una condición necesaria para la mejor identificación del panorama epidemiológico de las enfermedades bucales y sus determinantes socioeconómicas para el desarrollo de nuevos modelos de atención y la capacitación de los recursos humanos en los niveles operativo y gerencial.

Estrategia 4.1. Unificar criterios de promoción, prevención y control de las enfermedades bucales con el sector salud, educativo y gremio odontológico.

Líneas de acción:

4.1.1. Actualizar el marco normativo para la prevención y el control de las enfermedades bucales con el consenso de las instituciones.

4.1.2. Elaborar y difundir las guías de práctica clínica en materia de salud bucal.

4.1.3. Definir las líneas de investigación en salud bucal, con participación del sector público, social, privado e instancias internacionales.

4.1.4. Elaborar, actualizar y difundir contenidos educativos y material didáctico en apoyo a las estrategias del Programa de salud bucal.

4.1.5. Difundir acciones y logros del Programa de Acción Específico de Salud Bucal.

4.1.6. Capacitar a los estomatólogos en los conceptos y actividades del Programa orientadas a brindar calidad y seguridad en la atención.

Objetivo 5. Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del Programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.

Las adecuaciones e innovaciones que los programas de salud bucal han sufrido durante los últimos años, requieren de un mecanismo permanente de supervisión que permita la capacitación en servicio del personal y la detección de las desviaciones o áreas de oportunidad para su oportuna corrección tanto en el nivel operativo como en el macroproceso del Programa nacional.

Estrategia 5.1. Establecer mecanismos de control y seguimiento en la aplicación de acciones y actividades del Programa para el logro de metas.

Líneas de acción:

5.1.1. Actualizar los métodos e instrumentos de supervisión con base en las normas, manuales y guías vigentes.

5.1.2. Verificar la aplicación de normas y el cumplimiento de programas por parte de los niveles estatal, jurisdiccional y operativo.

5.1.3. Proporcionar la asesoría técnica y administrativa solicitada por parte de las estructuras de nivel estatal.

5.1.4. Dar seguimiento a las recomendaciones resultantes de la evaluación y supervisión en las entidades federativas.

5.1.5. Fortalecer el análisis de la información del SIVEPAB como instrumento básico para la toma de decisiones.

Objetivo 6. Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.

La experiencia construida por los programas institucionales de salud durante los últimos períodos, permiten disponer de instrumentos confiables, para la planeación y la presupuestación que son esenciales para la optimización de los recursos y, concomitantemente para la rendición de cuentas.

Estrategia 6.1. Validar la correcta programación y aplicación de recursos financieros destinados para el desarrollo de las actividades del Programa.

Líneas de acción:

- 6.1.1. Promover la elaboración del diagnóstico salud en materia de salud bucal y programa anual de trabajo a nivel estatal, jurisdiccional y unidad aplicativa.
- 6.1.2. Gestionar la actualización del cuadro básico de medicamentos e insumos odontológicos, de acuerdo a las necesidades institucionales y avances tecnológicos.
- 6.1.3. Promover la participación del responsable estatal en los procesos de licitación pública de equipo, instrumental e insumos estomatológicos.
- 6.1.4. Asesorar a los responsables del Programa de salud bucal de las entidades federativas, en el uso adecuado del SIAFFASPE.

V.2 Estrategias Transversales

El PAE de Prevención Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal contribuye al cumplimiento de la estrategia transversal “Perspectiva de Género” del PND 2013-2018 al contemplar la necesidad de realizar acciones especiales orientadas a garantizar los derechos de las mujeres y hombres, para evitar que las diferencias de género sean causa de desigualdad, exclusión o discriminación.

El Programa de Salud Bucal promueve la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres para ejercer sus derechos, reduciendo la brecha en la materia. Como línea de acción se plantea establecer los lineamientos de prevención y atención odontológica a mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo, favoreciendo así la perspectiva de género.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Elemento	Características					
Indicador 1	Cobertura en semanas nacionales de salud bucal (beneficiados).					
Objetivo del PAE	Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.					
Descripción general	Otorgar actividades de promoción a la salud y prevención de enfermedades bucales al menos al 90% de la población programada durante las Semanas Nacionales de Salud Bucal.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de beneficiados en las Semanas Nacionales de Salud Bucal / Denominador: Total de beneficiados programados en las Semanas Nacionales de Salud Bucal por 100.					
Periodicidad	Semestral.					
Fuente	Numerador: Para SSA: SIS apartado 184 beneficiados SNSB, variables BEN 01 y 02. Para el resto del sector fuente de información institucional. Denominador: Fuente de información institucional.					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
12,694,247			≥90% de los 81,298,656 beneficiados programados			

Elemento	Características				
Indicador 2	Índice cpod (dientes cariados, perdidos y obturados en dentición temporal). En los usuarios de los servicios de salud de 5 a 9 años de edad.				
Objetivo del PAE	Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.				
Descripción general	Mantener un índice cpod igual o menor a 4.00 para el año 2018 en los usuarios de los servicios de salud en unidades centinela de 5 a 9 años de edad.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de dientes temporales cariados + perdidos + obturados / Denominador: Total de usuarios de los servicios de salud en unidades centinela de 5 a 9 años de edad.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	SIVEPAB / SSA				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4
Línea base 2013			Meta Sexenal		
4.0			≤ 4		

Elemento	Características					
Indicador 3	Índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente) En los usuarios de los servicios de salud de 10 a 14 años de edad.					
Objetivo del PAE	Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.					
Descripción general	Alcanzar un índice CPOD igual o menor a 3.00 para el año 2018 en los usuarios de los servicios de salud en unidades centinela de 10 a 14 años de edad.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de dientes permanentes cariados + perdidos + obturados / Denominador: Total de usuarios de los servicios de salud en unidades centinela de 10 a 14 años de edad.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	SIVEPAB / SSA.					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
3.1			≤ 3			

Elemento	Características				
Indicador 4	Esquema preventivo: detección de placa bacteriana, técnica de cepillado dental, instrucción en el uso del hilo dental y aplicación tópica de flúor.				
Objetivo del PAE	Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.				
Descripción general	Garantizar que al menos al 60% de los usuarios de los servicios de salud estomatológicos se les aplique el Esquema Preventivo para el año 2018.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de esquemas preventivos aplicados / Denominador: Total de consultas estomatológicas de primera vez por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: Para SSA: SIS apartado 046 salud bucal intramuros, variables SBI 13, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 41. Para el resto del sector fuente de información Institucional. Denominador: Para SSA: SIS apartado 2 consulta por programa, variable CPP06. Para el resto del sector fuente de información Institucional.				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	43.1%	50.0%	56.4%	58.6%	60.0%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
36.71%			60.0%		

Elemento	Características				
Indicador 5	Altas en el servicio estomatológico.				
Objetivo del PAE	Otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables.				
Descripción general	Lograr el 30% de altas en los servicios de salud estomatológicos.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de altas (saneamiento básico) en el servicio estomatológico de primer nivel / Denominador: Total de consultas estomatológicas de primera vez por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: Para SSA: SIS apartado 046 salud bucal intramuros, variable SBI 27. Para el resto del sector fuente de información institucional. Denominador: Para SSA: SIS apartado 2 consulta por programa, variable CPP06. Para el resto del sector fuente de información institucional.				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	14.4%	17.4%	20.5%	24.5%	30.0%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
12.2%			30.0 %		

Elemento	Características					
Indicador 6	Selladores de fosetas y fisuras: En los usuarios de los servicios de salud estomatológicos de 5 a 9 años de edad.					
Objetivo del PAE	Otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables.					
Descripción general	Lograr que al menos al 10% de los usuarios de los servicios de salud estomatológicos de 5 a 9 años de edad, se les apliquen selladores de fosetas y fisuras.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de niños de 5 a 9 años de edad con al menos un diente sellado en primeros molares permanentes / Denominador: Total de usuarios de los servicios de salud estomatológicos de 5 a 9 años de edad por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	SIVEPAB / SSA					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	1.0 %	3.0 %	5.0 %	7.0 %	10.0 %	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0.60%			10.0 %			

Elemento	Características					
Indicador 7	Elaboración y/o actualización normativa (Manuales o publicaciones).					
Objetivo del PAE	Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.					
Descripción general	Realizar tres manuales o publicaciones.					
Observaciones	Método de cálculo: Total de manuales o publicaciones sectoriales elaboradas.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Numerador: Informe Anual de Trabajo / SSA. Denominador: Informe Anual de Trabajo / SSA.					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	3	3	3	3	3	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
2			17 publicaciones			

Elemento	Características				
Indicador 8	Evaluación del desempeño.				
Objetivo del PAE	Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del Programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.				
Descripción general	Realizar cuatro evaluaciones anualmente para medir el desempeño de las 32 entidades federativas de la Secretaría de Salud.				
Observaciones	Método de cálculo: Total de evaluaciones realizadas.				
Periodicidad	Trimestral.				
Fuente	Numerador: Informe Anual de Trabajo / SSA. Denominador: Informe Anual de Trabajo / SSA.				
Referencias adicionales	CENAPRECE (Evaluaciones internas de SSA excluye al resto del sector).				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	4	4	4	4	4
Línea base 2013			Meta Sexenal		
4			24 evaluaciones		

Elemento	Características				
Indicador 9	Programación y presupuesto.				
Objetivo del PAE	Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.				
Descripción general	Asesorar en la programación y presupuestación a las 32 entidades federativas de la Secretaría de Salud.				
Observaciones	Método de cálculo: Total de asesorías realizadas.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: Informe Anual de Trabajo / SSA. Denominador: Informe Anual de Trabajo / SSA.				
Referencias adicionales	CENAPRECE (Excluye al resto del sector).				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	32	32	32	32	32
Línea base 2013			Meta Sexenal		
32			192 asesorías		



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

La participación conjunta implica una responsabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna ante las necesidades o problemas que las enfermedades bucales demanden. En este sentido se estaría hablando de una corresponsabilidad conjunta entre las Instituciones de Salud que brindan intervenciones de prevención de las enfermedades bucales y la atención, y en consecuencia la responsabilidad de las funciones y actividades correspondientes al cuidado de la salud.

Ante el actual panorama, es indispensable implementar acciones que permitan la participación coordinada de todos los interesados y medidas multisectoriales a favor de la salud, tanto a nivel de los gobiernos como de toda una serie de actores, con colaboración de la sociedad civil y el sector privado.

Para el logro efectivo de las acciones multisectoriales es necesaria la creación de alianzas para promover la cooperación de todos los niveles entre los organismos gubernamentales, las entidades de gobierno, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado, con objeto de fortalecer las iniciativas de prevención y control de enfermedades bucales.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.								
Indicador 1		Cobertura en semanas nacionales de salud bucal (beneficiados).					Meta 1		≥90% de los 81,298,656 beneficiados programados.	
Líneas de acción		Tipo de línea de acción	SESAS	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF
No.	Descripción									
1.1.1.	Unificar criterios para la definición e integración de los modelos de salud bucal aplicables a los niveles institucionales de atención.	SSA		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.1.2.	Promover la aplicación de las acciones establecidas en los modelos en la población general.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.1.3.	Elaborar, reproducir y difundir materiales educativos de prevención y promoción de la salud bucal con un enfoque intercultural.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.1.4.	Vincular el componente Salud Bucal a los programas y estrategias de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

Objetivo 2		Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.								
Indicador 2	Índice cpod (dientes cariados, perdidos y obturados en dentición temporal). En los usuarios de los servicios de salud de 5 a 9 años de edad.					Meta 2	≤ 4			
Indicador 3	Índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente) En los usuarios de los servicios de salud de 10 a 14 años de edad.					Meta 3	≤ 3			
Indicador 4	Esquema preventivo: Detección de placa bacteriana, técnica de cepillado dental, instrucción en el uso del hilo dental y aplicación tópica de flúor.					Meta 4	60.0 %			
Líneas de acción		Tipo de línea de acción	SESAS	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF
No.	Descripción									
2.1.1.	Concertar con la COFEPRIS la correcta distribución y dosificación de la sal yodada-fluorurada.	SSA	✓							
2.1.2.	Capacitar y actualizar al personal de salud sobre el correcto uso de los fluoruros y otros métodos preventivos.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.2.1.	Difundir los lineamientos establecidos para el desarrollo de las Semanas Nacionales de Salud Bucal intersectorialmente.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.2.2.	Concertar la participación de las instituciones de salud, académicas, gremiales y empresariales, en programas y campañas de salud bucal.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.3.1.	Incrementar la participación de las entidades federativas en el desarrollo de proyectos de comunidades saludables en materia de salud bucal.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.3.2.	Difundir los lineamientos de prevención y atención odontológica a mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo a las 32 entidades federativas.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Líneas de acción		Tipo de línea de acción	SESAS	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF
No.	Descripción									
2.3.3.	Establecer las actividades preventivas en materia de salud bucal, en infantes menores de tres años de edad, por parte del binomio madre-padre.	SSA		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.3.4.	Incrementar la aplicación del esquema básico de prevención estomatológica en las unidades de salud conforme a las cartillas nacionales de salud.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.3.5.	Intensificar la cobertura educativa y preventiva en salud bucal en planteles de preescolares y escolares.	General	✓	✓	✓					
2.3.6.	Incrementar el número de escuelas saludables en materia de salud bucal con base en el sistema de atención gradual.	SSA	✓							
2.3.7.	Promover la formación y capacitación a proveedores de salud de atención primaria en temas de salud bucal mediante el proyecto SOFAR (Salud Oral y Factores de Riesgo).	SSA	✓							

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

Objetivo 3		Otorgar servicios curativos-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables.								
Indicador 5		Altas en el servicio estomatológico	Meta 5		30.0 %					
Indicador 6		Selladores de fosetas y fisuras: En los usuarios de los servicios de salud estomatológicos de 5 a 9 años de edad.	Meta 6		10.0 %					
Líneas de acción		Tipo de línea de acción	SESAS	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF
No.	Descripción									
3.1.1.	Incorporar la atención estomatológica en los diferentes grupos de riesgo para lograr un beneficio en su estado general de salud.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.2.	Promover mediante capacitación las buenas prácticas con técnicas de calidad que contribuyan al mejoramiento y la seguridad de la atención que se brinda.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.3.	Mejorar las medidas de control de infecciones y prevención de riesgos del profesional y paciente en unidades de salud.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.4.	Definir las nuevas intervenciones al Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud.	SSA								
3.2.1.	Detectar las necesidades de infraestructura, equipamiento e insumos estomatológicos con el fin de promover la ampliación de cobertura.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.2.2.	Determinar el modelo normativo de Unidades de Atención Estomatológica Especializada con base en las experiencias institucionales disponibles.	SSA	✓							

Líneas de acción		Tipo de línea de acción	SESAS	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF
No.	Descripción									
3.2.3.	Gestionar la incorporación formal de estomatólogos especialistas en las unidades de: especialidad y de segundo y tercer nivel de atención.	SSA	✓							
3.2.4.	Promover el incremento de recursos para la atención estomatológica en los municipios y localidades carentes de estos servicios.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.2.5.	Proponer la incorporación del asistente dental y promotor de salud bucal para el fortalecimiento de los servicios clínicos y comunitarios.	SSA	✓							

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

Objetivo 4		Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.								
Indicador 7		Elaboración y/o actualización normativa. (Manuales o publicaciones)					Meta 7		17 publicaciones	
Líneas de acción		Tipo de línea de acción	SESAS	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF
No.	Descripción									
4.1.1.	Actualizar el marco normativo para la prevención y el control de las enfermedades bucales con el consenso de las instituciones.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1.2.	Elaborar y difundir las guías de práctica clínica en materia de salud bucal.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1.3.	Definir las líneas de investigación en salud bucal, con participación del sector público, social, privado e instancias internacionales.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1.4.	Elaborar, actualizar y difundir contenidos educativos y material didáctico en apoyo a las estrategias del Programa de salud bucal.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1.5.	Difundir acciones y logros del Programa Nacional de Salud Bucal.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1.6.	Capacitar a los estomatólogos en los conceptos y actividades del Programa orientadas a brindar calidad y seguridad en la atención.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Objetivo 5		Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del Programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.								
Indicador 8		Evaluación del desempeño.					Meta 8		24 Evaluaciones.	
Líneas de acción		Tipo de línea de acción	SESAS	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF
No.	Descripción									
5.1.1.	Actualizar los métodos e instrumentos de supervisión con base en las normas, manuales y guías vigentes.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.1.2.	Verificar la aplicación de normas y el cumplimiento de programas por parte de los niveles estatal, jurisdiccional y operativo.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.1.3.	Proporcionar la asesoría técnica y administrativa solicitada por parte de las estructuras de nivel estatal.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.1.4.	Dar seguimiento a las recomendaciones resultantes de la evaluación y supervisión en las entidades federativas.	General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.1.5.	Fortalecer el análisis de la información del SIVEPAB como instrumento básico para la toma de decisiones.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

Objetivo 6		Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.								
Indicador 9		Programación y presupuesto.					Meta 9		192 Asesorías	
Líneas de acción		Tipo de línea de acción	SESAS	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF
No.	Descripción									
6.1.1.	Promover la elaboración del diagnóstico salud en materia de salud bucal y programa anual de trabajo a nivel estatal, jurisdiccional y unidad aplicativa.	SSA	✓							
6.1.2.	Gestionar la actualización del cuadro básico de medicamentos e insumos odontológicos, de acuerdo a las necesidades institucionales y avances tecnológicos.	SSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.1.3.	Promover la participación del responsable estatal en los procesos de licitación pública de equipo, instrumental e insumos estomatológicos.	SSA	✓							
6.1.4.	Asesorar a los responsables del Programa de salud bucal de las entidades federativas, en el uso adecuado del SIAFFASPE.	SSA	✓							



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: **www.salud.gob.mx**, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: **www.spps.gob.mx**, del CENAPRECE: **www.cenaprece.salud.gob.mx** y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. SSA, CENAPRECE, Programa de Salud Bucal. Encuesta de Caries Dental en Escolares 1999-2001.
2. Dalla Vecchia CF, Susin C, Rösing CK, Oppermann RV, Albandar JM., Overweight and obesity as risk indicators for periodontitis in adults. *J Periodontol*; 2005, 76:1721-1728.
3. Garcia R., (2009), Periodontal treatment could improve. 2005, glycaemic control in diabetic patients. *Evid Based Dent*; 2009, 10: 20-21.
4. Li P, He L, Sha YQ, Luan QX., Relationship of metabolic syndrome to chronic periodontitis. *J Periodontol*; 2009, 80: 541-549.
5. Subsistema de Información en Equipamiento, Infraestructura y Recursos Humanos para la Atención de la Salud, SINERHIAS, Dirección General de Información en Salud, SSA. 2011.
6. OMS. Nota informativa N°318, Febrero de 2007.
7. Murray C.J.L., Vos T., Lozano R., Naghavi M., Flaxman A.D., Michaud C., Ezzati M., (...), Lopez A.D. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. (2012) *The Lancet*, 380 (9859) , pp. 2197-2223.
8. Berkowitz RJ. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. *J Can Dent Assoc*. 2003; 69(5); 304-307.
9. Li Y, Caufield PW. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. *J Dent Res*. 1995; 74(2); 681-685.
10. Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2004; 32; 319-21.
11. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003; Continuous improvement of oral health in the 21 st century - The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(Suppl. 1); 3-24.
12. American Academy of Periodontology. The pathogenesis of periodontal diseases. *J Periodontol* 1999; espacio 70(4) espacio 457-470. 12. American Academy of Periodontology. The pathogenesis of periodontal diseases. *J Periodontol* 1999; 70(4): 457-470.
13. American Academy of Periodontology. Treatment of plaque-induced gingivitis, chronic periodontitis, and other clinical conditions. *J Periodontol* 2001; 72(12): 1790-1800.
14. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *Lancet*. 2005; 366(9499) 1809-1820.
15. J. Cunha-Cruz, P. P. Hujoel, and P. Nadanovsky, "Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA, 1972-2001," *Journal of Dental Research*, vol. 86, no. 2, pp. 131-136, 2007.
16. Chauncey HH, Muench ME, Kapur KK, Wayler AH. The effect of the loss of teeth on diet and nutrition. *Int Dent J*. 1984; 34: 98-104.
17. Papas AS, Palmer CA, Rounds MC, Herman J, McGandy RB, Hartz SC, et al. Longitudinal relationships between nutrition and oral health. *Ann NY Acad Sci*. 1989; 561: 124-42.
18. Marcenes Wagner, Steele Jimmy George, Sheiham Aubrey, Walls Angus William Gilmour. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad. Saúde Pública*. 2003 May; 19 (3): 809-815.
19. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol*. 2009; 45: 309-16.

20. Holmes JD, Dierks EJ, Homer LD, Potter BE. Is detection of oral and oropharyngeal squamous cancer by a dental health care provider associated with a lower stage at diagnosis? *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61; 285-91.
21. Kujan O, Glenney AM, Sloan P. Screening for oral cancer. *Lancet.* 2005; 366: 1265-6.
22. Guías de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del cáncer epidermoide de cavidad oral en pacientes.
23. Petersen Poul Erik, Bourgeois Denis, Ogawa Hiroshi, Estupinan-Day Saskia, Ndiaye Charlotte. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health*; 83 (9): 661-669. 2005.
24. Barnett, ML (2006). "The oral-systemic disease connection. An update for the practicing dentist". *Journal of the American Dental Association.* 137 Suppl: 5S-6S.
25. Babu NC, Gomes AJ. Systemic manifestations of oral diseases. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2011;15 (2);144-147.
26. Peña Sisto Maritza, Peña Sisto Liliana, Díaz Felizola Ángela, Torres Keiruz Deysi, Lao Salas Niurka. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. *Rev. Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2014 Abr 09; 45(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100006&lng=es.
27. Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta analysis. *Diabetes Care* 2010, 33(2): 421-427.
28. Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ: Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, 5: CD004714.
29. CAAP. The early History of Oral Health in WHO. [consultado 08/04/2014]. Disponible en <http://www.mah.se/CAPP/About-CAPP/Dr-David-E-Barnes/>
30. WHO/FDI. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32;74-7.
31. Velázquez Monroy, Oscar, Vera Hermosillo, Heriberto, Irigoyen Camacho, María Esther, Mejía González, Adriana, & Sánchez Pérez, Teresa Leonor. (2003). Cambios en la prevalencia de la caries dental en escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987-1988 y de 1997- 1998. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(5), 320-326.
32. Irigoyen ME 1 , Mejía-González A , Zepeda Zepeda-MA , Betancourt-Linares A , Lezana Fernández MÁ , Álvarez-Lucas CH . (2012). La caries dental en escolares mexicanos: una comparación de las encuestas 1988-1989 y 1998-2001. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* Sep 1; 17 (5): E825-32.
33. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de La Salud, Dirección General de Epidemiología.
34. Shamah Levy T, editora. Salud Bucal en: "Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008". Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2010.
35. Estructura Orgánica Básica con base en el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. *Diario Oficial de la Federación* 02/02/2010.
36. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2012. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. México, Distrito Federal.
37. Miyazaki H, Hanada N, Andoh MI, et al. (1989), Periodontal disease prevalence in different age groups in Japan as assessed according to the CPITN. *Community Dent Oral Epidemiol*; 17:71-4.
38. Oliver RC, Brown LJ, Löe H. (1989), Periodontal diseases in the United States population. *J Periodontol*; 69:269-78.
39. Pilot T, Barmes DE, Leclercq MH, McCombie BJ, Sardo IJ. (1987), Periodontal conditions in adolescents, 15-19 years of age: An overview of CPITN data in the WHO Global Oral Data Bank. *Community Dent Oral Epidemiol*; 15: 336-8.
40. Durward CS, Wright FA. (1989), The dental health of Indo- Chinese and Australian-born adolescents. *Austr Dent J* ; 34(3); 233-9.
41. Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (2012). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. En prensa.



42. Secretaría de Salud. DGE. Anuarios de morbilidad 2011. [consultado 30/10/2012]. (2012), Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.
43. Wang Z, Zhou X, Zhang J, Zhang L, Song Y, Hu FB Wang C., (2009), Periodontal health, oral health behaviours and chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Periodontol*.
44. Gomes-Filho IS, Santos CM, Cruz SS, Passos J de S, Cerqueira E de M, Costa M da C Santana, TC, Seymour, GJ, Santos Ca, Barreto ML., (2009) Periodontitis and nosocomial lower respiratory tract infection: preliminary findings. *J Clin Periodontol*; 36:380-387.
45. Ruma M, Boggess K, Moss K, Jared H, Murtha A, Beck J, Offenbacher S., (2008), Maternal periodontal disease, systemic inflammation, and risk for preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. Apr;198(4):389.
46. López NJ, Smith PC, Gutiérrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res*; 81(1):58-63, 2002.
47. Sembene M, Moreau JC, Mbaye MM, Diallo A, Diallo PD, Ngom M, et al., (2000), Periodontal infection in pregnant women and low birth weight babies. *Odontostomatol Trop*;23(89):19-22.
48. Dasanayake AP, Boyd D, Madianos PN, Offenbacher S, Hills E., (2001) The association between *Porphyromonas gingivalis*-specific maternal serum IgG and low birth weight. *J Periodontol*; 72(11): 1491-7.
49. Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M., (2008), Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. Jan; 198(1); 7-22.
50. Madianos PN, Lieff S, Murtha AP, Boggess KA, Auten RL Jr, Beck JD, et al., (2001), Maternal periodontitis and prematurity. Part II: Maternal infection and fetal exposure. *Ann Periodontol*; 6(1):175-82.
51. Petersen PE, Ogawa H., (2005), Strengthening the Prevention of Periodontal. Disease: The WHO Approach. *J Periodontol* 12; 76(12): 2187- 2193.
52. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. (2004), How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Commun Dent Oral Epidemiol*; 32:107-14.
53. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S.(2005), Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J*; 198:489-93.
54. Musacchio E, Perissinotto E, Binotto P, Sartori L, Silva-Netto F, Zambon S, et al., (2007) Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. *Acta Odontol Scand*; 65:78-86.
55. Global Data on Incidence Map Of Oral Cancer. (2005), WHO/NMH/CHP/HPR/ORH Oral cancer. Disponible: http://www.who.int/entity/oral_health/publications/oral_cancer_brochure.pdf.
56. Dirección General de Información en Salud (DGIS). 1979-2008. Base de datos de defunciones.
57. Zachariassen RD. The effect of elevated ovarian hormones on periodontal health: oral contraceptives and pregnancy. *Women Health* 1993; 20:21-30.
58. Lopatin DE, Kornman KS, Loesche WJ. Modulation of immunoreactivity to periodontal disease-associated microorganisms during pregnancy. *Infect Immun* 1980; 28:713-8.
59. Boggess KA, Edelstein BL. Oral Health in Women During Preconception and Pregnancy: Implications for Birth Outcomes and Infant Oral Health. *Matern Child Health J*. 2006 September; 10(Suppl 1): 169-174.
60. Jeffcoat, M.K., Hauth, J.C., Geurs, N.C., Reddy, M.S., Cliver, S.P., and Hodgkins, P.M. et al. 2003. Periodontal disease and preterm birth: Results of a pilot intervention study. *Journal of Periodontology* 74 (8); 1214.
61. Dye BA, Vargas CM, Lee JJ, Magder L, Tinanoff N. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *The Journal of the American Dental Association*. 2011; 142(2): 173-183.
62. Franco-Marina F, Lazcano-Ponce E. Tendencias del tabaquismo en Adultos en México entre 1988 y 2008. *Salud Pública Méx*, 2010, vol. 52 supl. 2.
63. Bergström J, Preber H. Tobacco Use as a Risk Factor. *Journal of Periodontology*, May 1994, Vol.65, No. 5, Pages 545-550.

64. Bergström J. Tobacco smoking and chronic destructive periodontal disease. *Odontology* 2004; 92:1-8.
65. Albandar JM, Streckfus CF, Adesanya MR. Cigar, Pipe, and Cigarette Smoking as Risk Factors for Periodontal Disease and Tooth Loss. *Journal of Periodontology*. December 2000, Vol. 71, No. 12, Pages 1874-1881.
66. Österberg T, Mellström D. Tobacco smoking: a major risk factor for loss of teeth in three 70-yearold cohorts. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. Volume 14, Issue 6, pages 367–370, December 1986.
67. International Diabetes Federation. Diabetes: atlas 4ª edición. <http://www.eatlas.idf.org> (accedido el 10/sep/2011).
68. Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología. Informes de Morbilidad 2010. Principales causas de morbilidad nacional y por estados. Disponible en http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/analisismorbi_07_princau.html.
69. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología.
70. Preshaw PM. Diabetes and periodontal disease. *International Dental Journal*, vol. 58, Issue S4, pages S237–S243, August 2008.
71. Campus G, Salem A, Uzzau S, Baldoni E, Tonolo G. Diabetes and periodontal disease: a case-control study. *J Periodontol*. 2005 Mar;76(3); 418-25.
72. SS. Secretaría de Salud. SPSS, El Programa Nacional de Salud 2001-2006, Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. SSA, México.
73. Irigoyen ME 1, Mejía-González A, Zepeda Zepeda-MA, Betancourt-Linares A, Lezana Fernández MÁ, Álvarez-Lucas CH . (2012). La caries dental en escolares mexicanos: una comparación de las encuestas 1988-1989 y 1998-2001. *Med*.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CIT	Caries en la Infancia Temprana
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
DGPLADES	Dirección General de Desarrollo y Planeación en Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SAF	Secretaría de Administración y Finanzas
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIAFFASPE	Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Sistema de Información en Salud

SIVEPAB	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales
SO FAR	Salud Oral y Factores de Riesgo
SSA	Secretaría de Salud
UNAEES	Unidades de Atención Estomatológica Especializada
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Programa de Acción Específico. Es el Programa que se realiza sexenalmente para definir la implementación de las políticas en salud.

Periodontitis o Enfermedad periodontal. El término se refiere a un grupo de enfermedades de los tejidos periodontales que resulta en la pérdida de inserción y la destrucción del hueso alveolar. La mayoría de las enfermedades periodontales pueden ser clasificadas como gingivitis o periodontitis que se producen como resultado de la presencia de placa bacteriana o sarro supragingival o subgingival en las superficies dentales.

Gingivitis. Es la inflamación de la encía y se caracteriza por cambios en la coloración (comúnmente de un rosa pálido a un rojo brillante), se presenta edema y sangrado, además de alterarse la consistencia tisular.

Edentulismo. Se define como la ausencia de dientes naturales, puede ser parcial o total.

Periodonto. Está constituido por los tejidos que rodean el diente: encía, ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular. Su función es unir el diente al hueso de los maxilares por medio de una articulación fibrosa. Constituye un sistema de suspensión elástica y resistente a las fuerzas que actúan sobre el mismo. Capta las sensaciones de presión que afectan al diente a través de su inervación.

Perspectiva de Género. Bajo la premisa de que mujeres y hombres son biológicamente diferentes, que la sociedad les asigna roles y responsabilidades diferentes, podemos entender entonces que las necesidades en salud son diferentes y que la respuesta a esas necesidades para lograr la equidad y la eficiencia debería tomar en cuenta esas diferencias. Así, un diagnóstico de las necesidades particulares y diferenciadas de mujeres y hombres en salud es el concepto básico para una planificación equitativa y eficaz, pues en él puede vislumbrarse el tipo de acciones a emprender en función de los problemas detectados.

Índice cpod. Número de dientes temporales que tienen experiencia de caries dental (cariados, perdidos por caries, u obturados). Es una expresión cuantitativa de la severidad de la enfermedad. Su cálculo se obtiene a partir de la sumatoria individual de los índices entre el número de individuos examinados, su valor mínimo es cero y el máximo es veinte.

Índice CPOD. Número de dientes permanentes que tienen experiencia de caries dental (cariados, perdidos por caries, u obturados). Es una expresión cuantitativa de la severidad de la enfermedad. Su cálculo se obtiene a partir de la sumatoria individual de los índices entre el número de individuos examinados, su valor mínimo es cero y el máximo treinta y dos.

ANEXOS

Indicador: Índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados en dentición temporal). En los usuarios de los servicios de salud de 5 a 9 años de edad.

Meta: Mantener un índice CPOD igual o menor a 4.00 para el año 2018 en los usuarios de los servicios de salud en unidades centinela de 5 a 9 años de edad.

Entidades federales*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SSA	4.20	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4
IMSS	4.20	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4
IMSS Oportunidades	4.20	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4
ISSSTE	4.20	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4
SEDENA	4.20	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4
SEMAR	4.20	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4
PEMEX	4.20	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4	≤4

Nota: IMSS Ordinario actualmente no participa en el SIVEPAB, sin embargo se compromete al logro de la meta y medirá su avance mediante su sistema de información.

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

Indicador: Índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente). En los usuarios de los servicios de salud de 10 a 14 años de edad.

Meta: Alcanzar un índice CPOD igual o menor a 3.00 para el año 2018 en los usuarios de los servicios de salud en unidades centinela de 10 a 14 años de edad.

Entidades federales*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SSA	3.08	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3
IMSS	3.08	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3
IMSS Oportunidades	3.08	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3
ISSSTE	3.08	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3
SEDENA	3.08	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3
SEMAR	3.08	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3
PEMEX	3.08	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3

NOTA: IMSS Ordinario actualmente no participa en el SIVEPAB, sin embargo se compromete al logro de la meta y medirá su avance mediante su sistema de información.

Indicador: Esquema preventivo detección de placa bacteriana, técnica de cepillado dental, instrucción en el uso del hilo dental y aplicación tópica de flúor.

Meta: Garantizar que al menos al 60% de los usuarios de los servicios de salud estomatológicos se les aplique el Esquema Preventivo para el año 2018.

Entidades federales*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SSA	35.1%	36.7%	43.1%	50.0%	56.4%	63.6%	71.7%
IMSS	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	60.0%
IMSS Oportunidades	64.5%	63.6%	64.9%	66.2%	67.5%	68.8%	70.0%
ISSSTE	65.0%	75.2%	75.2%	75.2%	75.2%	75.2%	75.2%
SEDENA	N/D	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%
SEMAR	24.5%	31.5%	N/D	N/D	N/D	N/D	60.0%
PEMEX	28.8%	46.9%	34.3%	34.8%	35.5%	36.0%	36.4%
DIF	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	60.0%

NOTA: IMSS Ordinario, SEMAR y DIF actualmente no cuenta con la información, sin embargo se compromete al logro de la meta.

Indicador: Altas en el servicio estomatológico

Meta: Lograr el 30% de altas en los servicios de salud estomatológicos.

Entidades federales*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SSA	10.3%	12.2%	14.4%	17.4%	20.5%	24.5%	30.0%
IMSS	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
IMSS Oportunidades	N/D	15.9%	18.8%	21.7%	24.5%	27.3%	30.0%
ISSSTE	3.2%	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%
SEDENA	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
SEMAR	74.0%	49.9%	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
PEMEX	16.1%	22.7%	18.1%	18.5%	18.6%	18.7%	19.1%
DIF	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	30.0%

NOTA: IMSS Ordinario, SEDENA y DIF actualmente no cuenta con la información. No se comprometen al logro de la meta.

IMSS Ordinario por no contar con la variable, ni una cifra basal.

SEDENA y SEMAR por la alta rotación de su personal en el interior de la república.

Indicador: Cobertura en Semanas Nacionales de Salud Bucal (Beneficiados).

Meta: Otorgar actividades de promoción a la salud y prevención de enfermedades bucales al menos al 90% de la población programada durante las Semanas Nacionales de Salud Bucal.

Entidades federales*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SSA	8,581,215	8,743,388	9,005,690	9,275,860	9,554,136	9,840,760	10,135,983
IMSS	N/D	1,870,421	2,282,093	2,284,375	2,286,657	2,288,939	2,291,221
IMSS Oportunidades	927,800	930,890	933,980	937,070	940,160	943,250	946,340
ISSSTE	835,842	854,223	872,680	881,407	890,221	899,123	908,114
SEDENA	N/D	90,912	90,912	> 90,912	> 90,912	> 90,912	> 90,912
SEMAR	143,918	178,776	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
PEMEX	20,727	25,637	22,651	21,751	23,349	23,721	23,966
DIF	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

NOTA: DIF actualmente no cuenta con la información.

Indicador: Elaboración y/o actualización normativa (Manuales o publicaciones).

Meta: Realizar tres manuales o publicaciones.

Entidades federales*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SSA	2	2	3	3	3	3	3
IMSS	N/D						
IMSS Oportunidades	N/D						
ISSSTE	N/D						
SEDENA	N/D						
SEMAR	N/D						
PEMEX	N/D						
DIF	N/D						

NOTA: Manuales y/o publicaciones en conjunto con todo el Sector.

Indicador: Evaluación del desempeño.

Meta: Realizar cuatro evaluaciones anualmente para medir el desempeño de las 32 entidades federativas de la Secretaría de Salud.

Entidades federales *	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SSA	4	4	4	4	4	4	4
IMSS	No aplica a las demás Instituciones del Sector Salud. (exclusivo Secretaría de Salud)						
IMSS Oportunidades							
ISSSTE							
SEDENA							
SEMAR							
PEMEX							
DIF							

NOTA: Indicador exclusivo de la Secretaría de Salud para evaluar el desempeño de las 32 entidades federativas.

Indicador: Programación y presupuesto.

Meta: Asesorar en la programación y presupuestación a las 32 entidades federativas de la Secretaría de Salud.

Entidades federales *	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SSA	32	32	32	32	32	32	32
IMSS	No aplica a las demás Instituciones del Sector Salud. (exclusivo Secretaría de Salud)						
IMSS Oportunidades							
ISSSTE							
SEDENA							
SEMAR							
PEMEX							
DIF							

NOTA: Indicador exclusivo de la Secretaría de Salud para asesorar en la programación y presupuesto de las 32 entidades federativas.

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

Indicador: Índice cpod (dientes cariados, perdidos y obturados en dentición temporal). En los usuarios de los servicios de salud de 5 a 9 años de edad.

Meta: Mantener un índice cpod igual o menor a 4.00 para el año 2018 en los usuarios de los servicios de salud en unidades centinela de 5 a 9 años de edad.

Entidades federales	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AGUASCALIENTES	2.515	≤ 2.51	≤ 2.51	≤ 2.51	≤ 2.51	≤ 2.51	≤ 2.51
BAJA CALIFORNIA	4.462	≤ 4.46	≤ 4.46	≤ 4.46	≤ 4.00	≤ 4.00	≤ 4.00
BAJA CALIFORNIA SUR	3.588	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58
CAMPECHE	2.817	≤ 2.81	≤ 2.81	≤ 2.81	≤ 2.81	≤ 2.81	≤ 2.81
COAHUILA	3.962	≤ 3.96	≤ 3.96	≤ 3.96	≤ 3.96	≤ 3.96	≤ 3.96
COLIMA	4.182	≤ 4.18	≤ 4.18	≤ 4.00	≤ 4.00	≤ 4.00	≤ 4.00
CHIAPAS	5.079	≤ 5.07	≤ 5.07	≤ 5.07	≤ 5.07	≤ 4.50	≤ 4.50
CHIHUAHUA	3.293	≤ 3.29	≤ 3.29	≤ 3.29	≤ 3.29	≤ 3.29	≤ 3.29
DISTRITO FEDERAL	4.599	≤ 4.59	≤ 4.59	≤ 4.59	≤ 4.59	≤ 4.00	≤ 4.00
DURANGO	2.777	≤ 2.77	≤ 2.77	≤ 2.77	≤ 2.77	≤ 2.77	≤ 2.77
GUANAJUATO	3.873	≤ 3.87	≤ 3.87	≤ 3.87	≤ 3.87	≤ 3.87	≤ 3.87
GUERRERO	4.666	≤ 4.66	≤ 4.66	≤ 4.66	≤ 4.66	≤ 4.10	≤ 4.10
HIDALGO	4.610	≤ 4.61	≤ 4.61	≤ 4.61	≤ 4.61	≤ 4.10	≤ 4.10
JALISCO	3.953	≤ 3.95	≤ 3.95	≤ 3.95	≤ 3.95	≤ 3.95	≤ 3.95
MEXICO	5.112	≤ 5.11	≤ 5.11	≤ 5.11	≤ 5.11	≤ 4.50	≤ 4.50
MICHOACAN	4.807	≤ 4.80	≤ 4.80	≤ 4.80	≤ 4.80	≤ 4.30	≤ 4.30
MORELOS	5.365	≤ 5.36	≤ 5.36	≤ 5.36	≤ 5.36	≤ 4.60	≤ 4.60
NAYARIT	4.205	≤ 4.20	≤ 4.20	≤ 4.20	≤ 4.00	≤ 4.00	≤ 4.00
NUEVO LEON	3.581	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58
OAXACA	5.167	≤ 5.16	≤ 5.16	≤ 5.16	≤ 5.16	≤ 4.50	≤ 4.50
PUEBLA	4.415	≤ 4.41	≤ 4.41	≤ 4.00	≤ 4.00	≤ 4.00	≤ 4.00
QUERETARO	3.893	≤ 3.89	≤ 3.89	≤ 3.89	≤ 3.89	≤ 3.89	≤ 3.89
QUINTANA ROO	3.977	≤ 3.97	≤ 3.97	≤ 3.97	≤ 3.97	≤ 3.97	≤ 3.97
SAN LUIS POTOSI	3.177	≤ 3.17	≤ 3.17	≤ 3.17	≤ 3.17	≤ 3.17	≤ 3.17
SINALOA	4.345	≤ 4.34	≤ 4.34	≤ 4.34	≤ 4.00	≤ 4.00	≤ 4.00
SONORA	2.833	≤ 2.83	≤ 2.83	≤ 2.83	≤ 2.83	≤ 2.83	≤ 2.83
TABASCO	3.947	≤ 3.94	≤ 3.94	≤ 3.94	≤ 3.94	≤ 3.94	≤ 3.94
TAMAULIPAS	3.925	≤ 3.92	≤ 3.92	≤ 3.92	≤ 3.92	≤ 3.92	≤ 3.92
TLAXCALA	5.267	≤ 5.26	≤ 5.26	≤ 5.26	≤ 5.26	≤ 4.50	≤ 4.50
VERACRUZ	4.591	≤ 4.59	≤ 4.59	≤ 4.59	≤ 4.59	≤ 4.10	≤ 4.10
YUCATAN	3.071	≤ 3.07	≤ 3.07	≤ 3.07	≤ 3.07	≤ 3.07	≤ 3.07
ZACATECAS	2.414	≤ 2.41	≤ 2.41	≤ 2.41	≤ 2.41	≤ 2.41	≤ 2.41
NACIONAL	4.205	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4

Indicador: Índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente) En los usuarios de los servicios de salud de 10 a 14 años de edad.

Meta: Alcanzar un índice CPOD igual o menor a 3.00 para el año 2018 en los usuarios de los servicios de salud en unidades centinela de 10 a 14 años de edad.

Entidades federales	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aguascalientes	2.547	≤ 2.54	≤ 2.54	≤ 2.54	≤ 2.54	≤ 2.54	≤ 2.54
Baja California	3.032	≤ 3.03	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00
Baja California Sur	3.315	≤ 3.31	≤ 3.31	≤ 3.31	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00
Campeche	2.529	≤ 2.52	≤ 2.52	≤ 2.52	≤ 2.52	≤ 2.52	≤ 2.52
Coahuila	2.429	≤ 2.42	≤ 2.42	≤ 2.42	≤ 2.42	≤ 2.42	≤ 2.42
Colima	2.641	≤ 2.64	≤ 2.64	≤ 2.64	≤ 2.64	≤ 2.64	≤ 2.64
Chiapas	2.863	≤ 2.86	≤ 2.86	≤ 2.86	≤ 2.86	≤ 2.86	≤ 2.86
Chihuahua	3.240	≤ 3.24	≤ 3.24	≤ 3.24	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00
Distrito Federal	3.760	≤ 3.76	≤ 3.76	≤ 3.76	≤ 3.76	≤ 3.00	≤ 3.00
Durango	2.562	≤ 2.56	≤ 2.56	≤ 2.56	≤ 2.56	≤ 2.56	≤ 2.56
Guanajuato	3.037	≤ 3.03	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00
Guerrero	4.385	≤ 4.38	≤ 4.38	≤ 4.38	≤ 4.38	≤ 4.00	≤ 4.00
Hidalgo	3.143	≤ 3.14	≤ 3.14	≤ 3.14	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00
Jalisco	1.920	≤ 1.92	≤ 1.92	≤ 1.92	≤ 1.92	≤ 1.92	≤ 1.92
México	3.614	≤ 3.61	≤ 3.61	≤ 3.61	≤ 3.61	≤ 3.10	≤ 3.10
Michoacán	3.859	≤ 3.85	≤ 3.85	≤ 3.85	≤ 3.85	≤ 3.50	≤ 3.50
Morelos	4.337	≤ 4.33	≤ 4.33	≤ 4.33	≤ 4.33	≤ 4.00	≤ 4.00
Nayarit	2.719	≤ 2.71	≤ 2.71	≤ 2.71	≤ 2.71	≤ 2.71	≤ 2.71
Nuevo León	2.933	≤ 2.93	≤ 2.93	≤ 2.93	≤ 2.93	≤ 2.93	≤ 2.93
Oaxaca	3.183	≤ 3.18	≤ 3.18	≤ 3.18	≤ 3.00	≤ 3.00	≤ 3.00
Puebla	3.584	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.58	≤ 3.00	≤ 3.00
Querétaro	3.668	≤ 3.66	≤ 3.66	≤ 3.66	≤ 3.66	≤ 3.10	≤ 3.10
Quintana roo	2.414	≤ 2.41	≤ 2.41	≤ 2.41	≤ 2.41	≤ 2.41	≤ 2.41
San Luis Potosí	2.759	≤ 2.75	≤ 2.75	≤ 2.75	≤ 2.75	≤ 2.75	≤ 2.75
Sinaloa	3.497	≤ 3.49	≤ 3.49	≤ 3.49	≤ 3.49	≤ 3.00	≤ 3.00
Sonora	3.498	≤ 3.49	≤ 3.49	≤ 3.49	≤ 3.49	≤ 3.00	≤ 3.00
Tabasco	2.436	≤ 2.43	≤ 2.43	≤ 2.43	≤ 2.43	≤ 2.43	≤ 2.43
Tamaulipas	2.363	≤ 2.36	≤ 2.36	≤ 2.36	≤ 2.36	≤ 2.36	≤ 2.36
Tlaxcala	4.799	≤ 4.79	≤ 4.79	≤ 4.79	≤ 4.79	≤ 4.40	≤ 4.40
Veracruz	3.646	≤ 3.64	≤ 3.64	≤ 3.64	≤ 3.64	≤ 3.10	≤ 3.10
Yucatán	1.889	≤ 1.88	≤ 1.88	≤ 1.88	≤ 1.88	≤ 1.88	≤ 1.88
Zacatecas	1.719	≤ 1.71	≤ 1.71	≤ 1.71	≤ 1.71	≤ 1.71	≤ 1.71
Nacional	3.085	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

Indicador: Esquema preventivo. Detección de placa bacteriana, técnica de cepillado dental, instrucción en el uso del hilo dental y aplicación tópica de flúor.

Meta: Garantizar que al menos al 60% de los usuarios de los servicios de salud estomatológicos se les aplique el Esquema Preventivo para el año 2018.

Entidades federales	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aguascalientes	0.13%	1.63%	7.91%	22.22%	37.50%	43.82%	49.18%
Baja California	13.29%	19.14%	32.46%	46.09%	59.42%	63.17%	67.39%
Baja California Sur	35.13%	37.30%	41.23%	48.09%	56.05%	59.27%	63.92%
Campeche	30.87%	29.28%	34.36%	39.91%	45.00%	50.73%	57.20%
Coahuila	31.73%	29.98%	35.18%	40.86%	46.07%	51.94%	58.56%
Colima	26.60%	33.59%	39.41%	45.77%	51.61%	58.19%	65.60%
Chiapas	26.35%	24.72%	29.00%	33.69%	37.98%	42.82%	48.28%
Chihuahua	4.55%	7.74%	19.08%	28.55%	36.90%	47.41%	52.12%
Distrito Federal	35.94%	37.92%	44.50%	51.69%	58.27%	65.70%	74.08%
Durango	8.95%	8.27%	15.70%	21.27%	32.70%	44.32%	56.15%
Guanajuato	11.51%	10.43%	19.24%	24.22%	36.03%	48.07%	53.38%
Guerrero	29.42%	33.49%	39.29%	45.64%	51.46%	58.01%	65.41%
Hidalgo	24.43%	27.84%	32.66%	37.94%	42.77%	48.22%	54.37%
Jalisco	32.28%	37.85%	44.41%	51.58%	58.16%	65.57%	73.93%
México	47.56%	45.02%	52.82%	61.35%	69.17%	77.99%	87.93%
Michoacán	34.49%	35.00%	41.07%	47.71%	53.79%	60.64%	68.37%
Morelos	34.47%	34.17%	40.09%	46.57%	52.50%	59.19%	66.74%
Nayarit	15.02%	12.58%	14.76%	17.15%	19.33%	21.80%	29.58%
Nuevo León	57.98%	54.01%	63.37%	69.62%	73.00%	75.58%	77.50%
Oaxaca	20.63%	22.61%	26.52%	30.81%	34.74%	39.16%	44.16%
Puebla	47.58%	47.50%	55.73%	64.74%	67.99%	69.29%	71.25%
Querétaro	64.85%	59.88%	65.26%	68.61%	72.02%	75.74%	78.97%
Quintana roo	42.62%	40.21%	47.18%	54.80%	61.79%	69.66%	78.54%
San Luis Potosí	53.77%	62.86%	65.48%	69.30%	71.95%	76.22%	82.31%
Sinaloa	44.94%	51.70%	60.65%	65.46%	69.44%	79.56%	84.02%
Sonora	15.63%	15.77%	18.50%	21.49%	24.23%	27.32%	37.80%
Tabasco	24.85%	25.12%	29.48%	34.24%	38.61%	43.53%	49.07%
Tamaulipas	43.66%	44.35%	52.04%	60.45%	68.15%	76.83%	86.63%
Tlaxcala	60.80%	64.07%	75.17%	77.32%	80.45%	83.00%	85.14%
Veracruz	53.80%	57.83%	67.86%	78.82%	80.87%	82.19%	85.96%
Yucatán	21.72%	17.91%	21.01%	24.41%	27.52%	31.03%	34.98%
Zacatecas	8.22%	16.93%	19.87%	23.08%	26.02%	29.33%	33.07%
Nacional	35.1%	36.71%	43.07%	50.0%	56.4%	63.6%	71.7%

Indicador: Altas en el servicio estomatológico.

Meta: Lograr el 30% de altas en los servicios de salud estomatológicos.

Entidades federales	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aguascalientes	3.36%	3.98%	9.67%	15.67%	18.67%	20.97%	22.77%
Baja California	8.35%	15.05%	17.66%	21.40%	25.18%	30.12%	36.91%
Baja California Sur	8.10%	16.38%	19.22%	23.29%	27.41%	32.78%	40.17%
Campeche	25.19%	13.57%	15.93%	19.31%	22.71%	27.17%	33.29%
Coahuila	10.25%	12.21%	14.33%	17.37%	20.43%	24.44%	29.95%
Colima	10.87%	15.54%	18.23%	22.10%	26.00%	31.09%	38.11%
Chiapas	6.87%	10.94%	12.83%	15.56%	18.30%	21.89%	26.83%
Chihuahua	4.04%	4.29%	9.03%	16.10%	21.18%	23.59%	25.52%
Distrito Federal	16.31%	14.31%	16.79%	20.35%	23.94%	28.64%	35.09%
Durango	13.52%	16.74%	19.65%	23.81%	28.02%	33.51%	41.07%
Guanajuato	11.11%	14.76%	17.32%	20.99%	24.70%	29.54%	36.20%
Guerrero	3.78%	5.81%	8.82%	10.26%	14.72%	18.63%	20.25%
Hidalgo	8.02%	11.69%	13.71%	16.62%	19.56%	23.39%	28.67%
Jalisco	13.36%	15.71%	18.44%	22.35%	26.30%	31.45%	38.54%
México	15.60%	14.46%	16.97%	20.57%	24.20%	28.94%	35.47%
Michoacán	8.87%	11.08%	13.00%	15.76%	18.54%	22.18%	27.18%
Morelos	10.22%	10.26%	12.04%	14.60%	17.17%	20.54%	25.17%
Nayarit	5.09%	4.88%	7.72%	9.94%	12.16%	17.76%	21.96%
Nuevo León	11.10%	11.12%	13.05%	15.82%	18.61%	22.26%	27.28%
Oaxaca	8.06%	8.43%	9.89%	11.99%	14.10%	16.87%	20.67%
Puebla	4.90%	4.91%	5.76%	6.98%	8.21%	9.82%	12.04%
Querétaro	11.86%	11.31%	13.27%	16.09%	18.93%	22.64%	27.74%
Quintana roo	10.13%	11.74%	13.78%	16.70%	19.65%	23.50%	28.80%
San Luis Potosí	22.54%	35.43%	41.57%	50.39%	59.28%	65.91%	71.89%
Sinaloa	9.84%	13.73%	16.11%	19.52%	22.97%	27.47%	33.67%
Sonora	6.88%	6.92%	10.13%	15.85%	21.59%	23.86%	26.98%
Tabasco	22.52%	23.00%	26.99%	32.71%	38.49%	46.03%	56.41%
Tamaulipas	7.18%	9.96%	11.69%	14.17%	16.67%	19.94%	24.44%
Tlaxcala	8.54%	16.38%	19.22%	23.30%	27.41%	32.78%	40.17%
Veracruz	5.19%	9.99%	11.72%	14.21%	16.72%	20.00%	24.51%
Yucatán	6.12%	5.65%	9.63%	13.03%	17.45%	19.30%	21.85%
Zacatecas	14.64%	21.59%	25.34%	30.71%	36.13%	43.22%	52.97%
Nacional	10.3%	12.2%	14.4%	17.4%	20.5%	24.5%	30.0%

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

Indicador: Cobertura en Semanas Nacionales de Salud Bucal (Beneficiados).

Meta: Otorgar actividades de promoción a la salud y prevención de enfermedades bucales al menos 90% de la población programada durante las Semanas Nacionales de Salud Bucal.

Entidades federales	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aguascalientes	176,626	168,684	173,745	178,957	184,326	189,855	195,551
Baja California	140,895	135,352	139,413	143,595	147,903	152,340	156,910
Baja California Sur	106,178	99,540	102,526	105,602	108,770	112,033	115,394
Campeche	46,577	40,144	41,348	42,589	43,866	45,182	46,538
Coahuila	251,715	290,757	299,480	308,464	317,718	327,250	337,067
Colima	37,387	5,869	6,045	6,226	6,413	6,606	6,804
Chiapas	125,691	97,032	99,943	102,941	106,029	109,210	112,487
Chihuahua	82,882	97,362	100,283	103,291	106,390	109,582	112,869
Distrito Federal	359,636	426,429	439,222	452,399	465,970	479,950	494,348
Durango	128,409	97,549	100,475	103,490	106,594	109,792	113,086
Guanajuato	385,099	361,986	372,846	384,031	395,552	407,418	419,641
Guerrero	347,667	411,270	423,608	436,316	449,406	462,888	476,775
Hidalgo	683,823	676,720	697,022	717,932	739,470	761,654	784,504
Jalisco	548,701	623,829	642,544	661,820	681,675	702,125	723,189
México	410,253	482,313	496,782	511,686	527,036	542,848	559,133
Michoacán	427,863	462,491	476,366	490,657	505,376	520,538	536,154
Morelos	174,157	117,822	121,357	124,997	128,747	132,610	136,588
Nayarit	103,227	112,298	115,667	119,137	122,711	126,392	130,184
Nuevo León	189,553	163,089	167,982	173,021	178,212	183,558	189,065
Oaxaca	347,190	322,083	331,745	341,698	351,949	362,507	373,382
Puebla	863,851	912,121	939,485	967,669	996,699	1,026,600	1,057,398
Querétaro	191,032	182,650	188,130	193,773	199,587	205,574	211,741
Quintana roo	79,118	52,586	54,164	55,788	57,462	59,186	60,962
San Luis Potosí	347,747	340,873	351,099	361,632	372,481	383,656	395,165
Sinaloa	232,114	246,963	254,372	262,003	269,863	277,959	286,298
Sonora	184,247	184,062	189,584	195,271	201,130	207,163	213,378
Tabasco	370,741	256,361	264,052	271,973	280,133	288,537	297,193
Tamaulipas	413,616	474,621	488,860	503,525	518,631	534,190	550,216
Tlaxcala	244,069	263,504	271,409	279,551	287,938	296,576	305,473
Veracruz	361,824	379,806	391,200	402,936	415,024	427,475	440,299
Yucatán	98,538	123,763	127,476	131,300	135,239	139,296	143,475
Zacatecas	120,789	133,459	137,463	141,587	145,834	150,209	154,716
Nacional	8,581,215	8,743,388	9,005,690	9,275,860	9,554,136	9,840,760	10,135,983

Indicador: Elaboración y/o actualización normativa (Manuales o publicaciones).

Meta: Realizar tres Manuales o Publicaciones.

Entidades federales	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aguascalientes	NO APLICA A ENTIDADES FEDERATIVAS						
Baja California							
.....							
.....							
.....							
Yucatán							
Zacatecas							

Indicador: Evaluación del desempeño.

Meta: Realizar cuatro evaluaciones anualmente para medir el desempeño de las 32 entidades federativas de la Secretaría de Salud.

Entidades federales	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aguascalientes	NO APLICA A ENTIDADES FEDERATIVAS						
Baja California							
.....							
.....							
.....							
Yucatán							
Zacatecas							
Nacional							

Indicador: Programación y presupuesto.

Meta: Asesorar en la programación y presupuestación a las 32 entidades federativas de la Secretaría de Salud.

Entidades federales	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aguascalientes	NO APLICA A ENTIDADES FEDERATIVAS						
Baja California							
.....							
.....							
.....							
Yucatán							
Zacatecas							
Nacional							

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS
PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.