



Acta Odontológica Colombiana
ISSN: 2027-7822
actaodontologicacol@gmail.com
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

Orellana–Centeno, José Eduardo; Guerrero–Sotelo, Roxana Nayeli
Democratización de los servicios en salud odontológica en México
Acta Odontológica Colombiana, vol. 13, núm. 1, 2023, Enero-Junio, pp. 69-78
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n1.104146>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582374722006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Democratización de los servicios en salud odontológica en México

José Eduardo Orellana–Centeno 1
Roxana Nayeli Guerrero–Sotelo 2

The democratization of dental health services in México

RESUMEN

Introducción: el proceso de democratización de los servicios de odontología, y de otros campos de la salud, parte del acceso de la población a la atención y, de la libertad de contar con información científica adecuada y suficiente para cuidar la salud. De acuerdo con la constitución mexicana, es compromiso del Estado lograr contar con las condiciones políticas, económicas y sociales para el cumplimiento del mandato constitucional.

Objetivo: identificar la relación de los servicios de salud odontológica en México con el proceso de democratización. **Método:** se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos BVS, en español y enfocada en la producción científica mexicana, con las siguientes palabras claves: democracia, servicios de salud y salud bucal. **Conclusiones:** el sistema de salud de México no ha logrado cubrir las necesidades de la población, sobre todo de aquella que es vulnerable, en tanto se requiere buena infraestructura, personal de salud, medicamentos, etc. Le corresponde al Estado impulsar iniciativas para acercar y garantizar el acceso de dicha población, sin importar lo alejada que se encuentre; apoyarse en el uso de tecnologías que faciliten esta labor y cumplir con la obligación constitucional que representa el derecho a la salud, para, con ello, democratizarlo.

Palabras clave: servicios de salud; democracia; salud pública; políticas; odontología.

ABSTRACT

Background: The process of democratization in health services in dentistry and in the entire field of health starts from the access of the population to care, from the freedom to have adequate and sufficient scientific information for the population to take care of their health. According to the Constitution, the State is committed to providing the political, economic and social conditions for the fulfilment of the constitutional mandate. **Objective:** Identify the relationship between dental health services in Mexico and the democratization process. **Method:** A bibliographic review was carried out in the VHL database with the keywords "democracy", "health services" "oral health" focused on Mexico and in Spanish language. **Conclusions:** The health system in Mexico has not been able to meet the needs of the population, especially those who are vulnerable; good infrastructure, health personnel, medicines, etc. are required. It is up to the state to promote initiatives to provide access to this population, no matter how far away they are, and to support the use of technologies that facilitate and allow the constitutional obligation to fulfil the right to health and thus democratize health.

Key words: Health Service; Democracy; Health Public; Policy; Dentistry.

1. Odontólogo. Estudiante de la especialidad en Bioética. Doctor en Educación. Profesor e investigador a tiempo completo. Instituto de Investigación sobre Salud Pública. Universidad de la Sierra Sur. Oaxaca, México.

Contacto: orellana17@msn.com



<https://orcid.org/0000-0002-9518-7319>

2. Abogada. Profesora e investigadora a tiempo completo. Doctora en Estudios Sociales. Instituto de Investigación sobre Salud Pública. Universidad de la Sierra Sur. Oaxaca, México.

Contacto: roxanaguerrerosotelo@yahoo.com.



<https://orcid.org/0000-0002-4503-7478>

CITACIÓN SUGERIDA:

Orellana–Centeno JE, Guerrero–Sotelo RN, Orellana–Centeno M. Democratización de los servicios en salud odontológica en México. *Acta Odontol.* 2023; 13(1): 69–78. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n1.104146>



<https://doi.org/10.15446/aoc.v13n1.104146>

Recibido	Aprobado
07/08/2022	16/12/2022
Publicado	
15/01/2023	



Introducción

El Estado mexicano en su proceso de universalización de los sistemas de salud puso en operación, en el año 2004, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo fue llamado Seguro Popular. Este nuevo subsistema mexicano tenía como objetivo cubrir progresivamente a todos aquellos ciudadanos que habían quedado excluidos de los otros subsistemas de seguridad social en el país. El SPSS garantizaba el acceso de atención ambulatoria y hospitalaria en las instituciones públicas. El ingreso de este nuevo subsistema se agregó a los subsistemas de salud ya existentes en México (Instituto Mexicano del Seguro Social —IMSS—, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado —ISSSTE—, Petróleos Mexicanos —PEMEX—, Secretaría de la Defensa Nacional —SEDENA—, Secretaría de la Marina —SEMAR—).

A partir del año 2020, el Instituto de Salud para el Bienestar inició sus actividades; este fue creado mediante un decreto que reformaba, adicionaba y derogaba diversas disposiciones de la Ley General de la Salud y de los Institutos Nacionales (1). Cabe mencionar que, a partir del 2022, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) dejó de existir y sus funciones operativas fueron relegadas al IMSS-Bienestar. El IMSS Bienestar forma parte del IMSS ordinario, la diferencia es que el sistema ordinario tiene trabajadores con un salario, a partir del cual se pagan cuotas para recibir servicios en salud, vejez-retiro e inclusive vivienda. En el caso del IMSS Bienestar, este va dirigido a un segmento de población que no tiene un salario, principalmente a comunidades rurales o semi-urbanas, las cuales reciben servicios de salud y no realizan aportes económicos.

Así, el proceso de democratización en los servicios de salud odontológica, y en otros campos de la salud, parten del acceso de la población a la atención y, de la libertad de contar con información científica adecuada y suficiente para cuidar la salud. Es compromiso del Estado, de acuerdo con la constitución, lograr contar con las condiciones políticas, económicas y sociales para el cumplimiento del mandato constitucional.

Los cambios históricos que nuestro país ha vivido desde la perspectiva política, con cambios de gobierno de derecha a centro y actualmente a la izquierda, nos ofrece la oportunidad de transformación. Esto ha sido posible gracias a que se cuenta con instituciones sólidas y nuevos espacios de participación ciudadana, ambos encaminados a consolidar un país que ofrezca bienestar, reduzca la brecha social y sea más equitativo al contribuir en la democratización de los servicios, incluyendo el de salud (2).

En 1983, con la incorporación del derecho a la protección de la salud al Artículo 4° de la constitución, inició un proceso de ‘democratización de la atención a la salud’. Este proceso alcanzó uno de sus momentos cumbre en 2003 con la creación del Seguro Popular, que estableció las condiciones financieras y organizacionales necesarias para atención en salud de la población no derechohabiente de alguno de los subsistemas de salud mexicano. Con la creación de este Seguro Popular se intentó afrontar las dificultades del sistema de salud mexicano: la segmentación y las transiciones epidemiológica y demográfica (2).

Sin embargo, en México, la inversión en salud es insuficiente para atender los retos que plantean las transiciones demográfica y epidemiológica. El país destina 5.8% del producto interno bruto (PIB) a la salud, en contraste con países como Chile, Colombia y Uruguay que, con un nivel de desarrollo similar al de México, dedican 7.2, 9.6 y 10.9% del PIB a la salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.9% (2).

En el marco de desigualdad social imperante en el país, un porcentaje alto de la población no tiene acceso a los principales satisfactores (servicios de agua potable, drenaje y alcantarillado, luz eléctrica, pavimentación, sanidad y recolección de basura, atención en salud, etc.) y, por lo tanto, la enfermedad y el cuidado de la salud presentan precariedad. La salud es un derecho ciudadano y su garantía es responsabilidad del Estado; en los mismos términos, la salud bucodental es un derecho que posee el ciudadano, incluida su atención a toda la población. Esta debe ser atendida en cualquier etapa de vida sin importar el padecimiento y la región donde se encuentre cada grupo social. Así, el preservar, mejorar y mantener la salud en sus distintos aspectos se tendría que reflejar en el goce de los derechos a la salud, con consecuencias positivas en la calidad de vida y bienestar de una población (3).

De esta forma, la democratización se refiere a la aplicación de las normas y procedimientos para que la ciudadanía goce tanto de los derechos, como de las obligaciones en su acceso a las instituciones de salud. Las instituciones más involucradas con este conjunto de derechos son las legislaturas y entidades lideradas del gobierno en el ámbito nacional (4).

Partiendo del conocimiento de la salud y haciendo que la comunidad participe en ello, logrando con ello integrar a las personas en búsqueda de la igualdad e invitándola a ejercer su derecho a la protección de su salud y promoviendo que las personas al igual que aquellos que cuentan con conocimientos en el tema, tengan la capacidad de tomar decisiones saludables en su vida y para el mantenimiento de la salud y lograr los resultados esperados por el individuo, la población y el Estado para ajustarse a las necesidades y demandas en salud.

La concepción del proceso salud enfermedad, en el cual se consideran los factores económico y social, lo cual es más notorio en aquellos países con desigualdad e inconformidad social por lo cual la lucha por la salud no puede estar ajena al conflicto social. El propósito del presente ensayo es identificar la relación de los servicios de salud odontológica en México con el proceso de democratización

Democracia en Salud

La democracia es la forma de gobierno que centra la participación política en el pueblo, un gobierno de mayorías que tiene respeto y tolerancia con las minorías, en el que los ciudadanos tienen libertad siempre y cuando haya un respeto a la ley que es aplicable a todos y no afecta a terceros. La reglamentación del país está se encuentra en la consti-

tución y da cuenta del respeto por los derechos humanos, entre los que se encuentran la educación, salud, voto, etc (5).

Paim (6) sugiere que, en un contexto político, es posible asociar la práctica científica con la lucha por la democratización del Estado y los esfuerzos de universalización de la salud. Así, la democracia se comprende como elemento fundamental para la ampliación de los derechos y la reducción de las desigualdades sociales.

En América Latina existe una crisis política que hace un llamado a retomar los valores democráticos que se han perdido, puesto que, un Estado sin democracia desarrolla profundas desigualdades y no garantiza condiciones para la justicia social. Dicha crisis política afecta el financiamiento de los sistemas de salud, con lo cual se condiciona a la población a una inequidad. Esto, a pesar del subsidio brindado por el sistema gubernamental a través de políticas sociales, para disminuir las inequidades y permitir el acceso y calidad de la atención social (8).

Las instituciones que son democráticas pueden ampliar la posibilidad de que la sociedad pueda participar, directa o indirectamente, provocando con ello que el Estado garantice los derechos básicos de los ciudadanos, tanto de manera individual como colectivamente. Es así que se promueve el equilibrio entre los poderes y se hacen valer las reglamentaciones de cada país (7).

Lo anterior hace parte de la premisa fundamental que busca entender la participación como elemento fundamental en el logro de los derechos y la democratización de la salud. No obstante, en grupos o comunidades excluidas o abandonadas por el Estado, como puede ser la población inmigrante y autóctona, no tienen la participación de cualquier ciudadano, lo que produce que el proceso democratizante no se lleve a cabo.

Sistemas de salud en América Latina

Los sistemas de salud en Latinoamérica, en la mayoría de los casos, están experimentando reformas dirigidas a elevar la gobernabilidad de los mismos. Algunos de los objetivos de estas reformas tienen que ver con lograr una mayor eficiencia, eficacia y efectividad a partir de la descentralización político-administrativa y una mayor participación de la población en la búsqueda, solución y mantenimiento del proceso salud-enfermedad. Al respecto, sectores de la sociedad se han mostrado resistentes ante estas transformaciones, pues la satisfacción del derecho a la salud supone un compromiso político, que se basa en el principio de la justicia social (9).

Los contextos que acompañan a los sistemas de salud latinoamericanos son importantes a considerar. En el demográfico y epidemiológico se presenta una transición epidemiológica de enfermedad infecto contagiosa a crónico degenerativa o ambas a la vez, marcada en cuanto a las edades. Aquí, se encuentran países cuyas poblaciones han dejado

de ser en su mayoría infantiles o jóvenes y están pasando a estar conformadas por adultos jóvenes o adultos.

En el político se evidencia un déficit en la democracia; en el económico se presenta inestabilidad y desigualdad persistente por políticas públicas erróneas y la nula capacidad de hacer frente a las crisis económicas internas y del exterior. En el contexto social destaca el surgimiento de los movimientos sociales y ciudadanos orientados a mejorar las injusticias, desigualdades y a restaurar la democracia, como respuesta a los contextos anteriores (10). Algunos casos ejemplo se describen a continuación.

El sistema de salud argentino, que es descentralizado, tiene la finalidad de no dispersar las capacidades normativas y de aseguramiento, lo cual requiere un esfuerzo de coordinación institucional que converge en distintas autoridades sanitarias. Con este tipo de esquema, se espera que la cobertura sea uniforme para permitir el acceso a la población y que las diferencias de ingreso no produzcan brechas de diferencia en su capacidad de atención. Para ello, se requieren mecanismos de financiamiento que faciliten esta convergencia de modelo de salud (11).

El sistema de salud de Costa Rica es distinto al anterior, puesto que al ser un modelo de prestaciones facilita la atención igualitaria y promueve la reinversión de recursos. Estos son obtenidos de distintas fuentes (trabajador y patrones) y se invierten al cubrir insumos de un plan de cobertura amplia con perfiles de atención, para lograr garantizar el derecho de la salud de manera homogénea (12).

El sistema colombiano de salud ha tenido cambios en los últimos años en su búsqueda por solucionar los problemas de salud que presenta como la mayoría de los países latinoamericanos. En el año 2016 implementó un modelo de atención integral de salud con la estrategia de Atención Primaria en Salud, muy similar al que implementó México en el 2019 en su Plan Nacional de Salud, que consiste en desarrollar un enfoque familiar y comunitario para dar accesibilidad, integralidad y calidad en la atención. Cabe destacar que uno de los mayores retos de la implementación de este modelo es la adquisición de competencias en atención primaria por parte de los profesionales de la salud, a fin de favorecer el enfoque de atención. Para cumplir con este propósito, se debe promover la inclusión en programas de formación del recurso humano en salud (13).

De esta manera, los procesos de descentralización, participación y democratización son fundamentales para elevar el nivel de vida y de salud de la población. Para su implementación se requiere la incorporación de modelos de gestión en salud con objetivos claros para el Estado en su compromiso y responsabilidad de atención en salud para toda la población, sobre todo la más vulnerable, reduciendo las brechas de desigualdad y, de desarrollar políticas de ajuste y apertura planteadas por el modelo político neoliberal pero en condiciones de igualdad para quienes tienen recursos económicos y aquellos que no cuentan con ellos. Y es que, la democratización está dirigida a procesos de gestión que requiere la participación social en todos los niveles (9).

Sistema de salud en México

El modelo de atención en México, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud 2018-2024, establece en su normativa el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), el cual tiene como objetivo central que el Estado garantice la protección a la salud, bajo los criterios de la universalidad e igualdad, donde todas las personas, de todas las edades y en toda la geografía del país, sin excepciones de ninguna clase y sin catálogos limitantes, reciban servicios de salud gratuitos, con manejo eficiente de los recursos, de manera digna, oportuna, con calidad y eficacia (14).

Actualmente, el Gobierno mexicano adoptó un sistema de salud que garantizará el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud, ofreciendo el mismo paquete de servicios integrales de salud de alta calidad con protección financiera a toda la población mexicana. Sin embargo, con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) se optó por regresar a la situación asistencial que prevalecía en los años setenta (14).

En este marco, se propone fortalecer la Atención Primaria de Salud como estrategia para la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades, para: satisfacer las necesidades sanitarias a lo largo de la vida, no solo de un conjunto de enfermedades; velar por que las personas reciban una atención integral, desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y brindar acceso gratuito, efectivo y de calidad que satisfaga las necesidades y demandas de los beneficiarios del sistema público de salud (15).

Atención de salud bucal en México

Las políticas sociales son aquellas que son parte de la política general que tiene como meta específica promover el bienestar económico-social de la población. Las políticas públicas son políticas que en algún nivel de gobierno delinea el rango de posibilidades para la interacción social y que mejoran las condiciones bajo las cuales viven las personas como son sustento fijo, adecuado y sostenible, estilo de vida y ambientes adecuados (16).

La política pública para salud bucal en México se desarrolló por la Secretaría de Salud quien creó la Dirección de Odontología en los años 60 con el objetivo de implantar procedimientos preventivos, fomento la salud dental y fluoración del agua o de sal, se actualizó al personal de salud en odontología con formación curativa (preventiva secundaria) (17). Debido a los altos costos para la atención bucal integral se inició con programas preventivos de amplia cobertura poblacional. En 1988 se normó y reglamentó la fluorización de la sal (18). En el año de 1990 la Dirección General de Fomento a la Salud puso en marcha el modelo de salud bucal para escolares involucrando aspectos educativos, preventivos, curativos y de participación social (19).

Los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental (1996-2000) la prevalencia de caries en niños es de 61.8% y con un CPO (Índice de cariados, perdidos y obturados) de 2.23. Actualmente la prevalencia de la caries en población infantil se encuentra entre 70 y 85% (20).

A partir de los resultados obtenidos en la encuesta nacional se iniciaron las Semanas Nacionales de Salud Bucal, programándose dos veces al año (Febrero y Octubre) con el propósito de intensificar las actividades preventivas. En 1998 el Programa de Salud Bucal fue incluido como programa prioritario en las políticas nacionales de salud. La política de salud bucal en el periodo 2000-2006 reconoce que en México las principales enfermedades bucales con alta prevalencia e incidencia (21).

En México se ha alcanzado el 92% de protección en salud para prácticamente toda la población del país, el Sistema de Protección Social en Salud (conocido como Seguro Popular y que incluye asimismo al Seguro Médico para una Nueva Generación), presenta 44.34% de afiliados, 37.39% al IMSS, 7.21% por el ISSSTE, 1.04% entre SEDENA y SEMAR y 0.6% en PEMEX (22).

Los padecimientos bucodentales constituyen un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de las personas e involucra distintos elementos, no sólo los de carácter biológico como las disfunciones músculo-artículo-dentales, sino también los de tipo social, vinculados con creencias, ideas, valores, percepciones de las personas según los grupos sociales a que pertenecen y son expresión de realidades vinculadas al contexto social y las condiciones socioeconómicas y culturales de la sociedad (22).

La salud bucal en México se puede observar al igual que la salud de nuestro país como un mosaico epidemiológico muy diverso, donde las necesidades que tiene la población están determinadas en el cumplimiento de factores sociales dentro del proceso de democratización de los servicios de salud. Uno de los enfoques a considerar es el desarrollo humano que colabora en la construcción de entornos que puedan brindar libertad para desarrollar capacidades y oportunidades (23).

La protección de la salud bucal en México se realiza en consultorios privados, públicos o de seguridad social. Las consultas en servicios de salud públicos ofrecen cuidados considerados como básicos y tiene derecho el paciente de manera gratuita o en el caso de algunos subsistemas es cubierto por la cuota que aporta (profilaxis, obturaciones, extracciones y en especialidad tratamientos de cirugía maxilofacial). Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, no son contemplados en estos servicios y por lo cual las personas se ven forzadas a utilizar los de tipo privado para terminar con su plan de tratamiento (24).

Conclusiones

La población en México puede participar directamente en las necesidades que se tienen para su atención odontológica, y que está influenciada por las condiciones socioeconómicas individuales, colectivas o del país. Las políticas públicas deben cumplir el objetivo de cubrir las necesidades de la población, ya que son parte de la política general que tiene como meta específica promover el bienestar económico-social de la población.

Los procesos de descentralización, participación y democratización son fundamentales para elevar el nivel de vida y de salud de la población. Para su implementación se requiere la incorporación de modelos de gestión en salud con el compromiso y responsabilidad del Estado, reduciendo las brechas de desigualdad y promover la participación social.

Contribución de los autores

Concepción de la idea: JEOC, RNGS. Redacción del manuscrito: JEOC. Revisión del manuscrito: JEOC, RNGS

Conflictos de interés

Los autores manifiestan que no existe ningún tipo de conflicto de intereses. Ningún financiamiento fue recibido para el desarrollo de la presente investigación.

Referencias

1. Gómez-Dantes O, Ortiz M. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. *Salud Pública de México*. 2004; 46(6): 585–596. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600013
2. Blázquez-Rodríguez M. Democratizar la atención en salud. *Index Enferm*. 2010; 19(2-3): 136–137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200014&lng=es&tlng=es
3. Osuna JA. Salud y democracia. *Rev Venez Endocrinol Metab*. 2005; 3(1): 1. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102005000100001&lng=es&tlng=es
4. Frenk J, Gómez-Dantes O. La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México. *Gac Méd Méx*. 2001; 137(3): 281–287. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013o.pdf>

5. **Ocké-Reis CO.** Gasto privado em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(7): 1351–1353. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n7/1351-1353/>
6. **Paim CS.** Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador de Bahía: Fiocruz; 2008.
7. **Dias-de Lima L, Travassos C, Medina-Coeli C, Sa-Carvalho M.** Democracia y Salud Colectiva. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(4): eED020416. <https://doi.org/10.1590/0102-311XED020416>
8. **Silva-Pinochet B.** Democracia y conflicto: la democracia como movimiento histórico. *Polis*. 2017; 46(1): 1. Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/12279>
9. **Pérez-Lugo JE.** Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos. *Omnia*. 2012; 18(1): 148–162. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/OmniaMaracaibo/2012/vol18/no1/11.pdf>
10. **Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al.** Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015; 385(9974): 1230–1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
11. **Canale S, De Ponti H, Monteferrario M.** Obras sociales provinciales: indicadores de consumo y gasto en atención médica. *DAAPGE*. 2016; 16(26): 225–250. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337546668008>
12. **Maceira D.** Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revestado polít públ*. 2020; 8(14): 155–179. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4536>
13. **Hernández-Rincón EH, Muñoz-Abril YC, Avella-Pérez LP.** Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2019; 35(3): 1–16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94468>
14. **Instituto de Salud Bienestar (INSABI).** Programa institucional. México: Secretaría de Salud 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/programa-institucional-2020-a-2024-del-instituto-de-salud-para-el-bienestar>
15. **Instituto de Salud Bienestar (INSABI).** Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad basado en la atención primaria de la salud. México: Secretaría de Salud 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/modelo-de-salud-para-el-bienestar-dirigido-a-las-personas-sin-seguridad-basado-en-la-atencion-primaria-de-salud>

16. Medina-Solis CE, Maupome G, Ávila-Burgos L, Pérez-Núñez R, Pelcastre-Villafuerte B, Pontigo-Loyola AP. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev. Biomédica*. 2006; 17(4): 269–286. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13869>
17. Secretaría de Comercio y Fomento Industrial. Norma Oficial Mexicana NOM F-8-1988. Alimentos, Sal Yodada y Sal Fluorudada. SECOFI; 1988. [fecha de consulta:]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4799175&fecha=23/12/1988#gsc.tab=0
18. Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Maupomé G, Minaya-Sánchez M, Pérez-Olivares S. Dental fluorosis in cohorts born before, during and after the national salt fluoridation program in a community in Mexico. *Acta Odontol Scand*. 2006; 64(4): 209–213. <https://doi.org/10.1080/00016350600555537>
19. Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Presidencia de la República de México. 2001. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=766335&fecha=30/05/2001#gsc.tab=0
20. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades. Programa de Salud Bucal. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/nuestra-subsecretaria-de-prevencion-y-promocion-de-la-salud>
21. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*. 2003; 53(5): 285–288. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2003.tb00761.x>
22. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/index.php>
23. Cruz G, Nakagoshi AA, Quiroga MA, Palomares PI, Galindo C, González R. Sustentabilidad en los servicios de salud bucal en México. *Odontología Vital*. 2018; 29(1): 39–42. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odov/n29/1659-0775-odov-29-39.pdf#:~:text=La%20problem%C3%A1tica%20de%20salud%20bucal%20en%20M%C3%A9xico%20se,a%20un%20mayor%20desarrollo%20en%20las%20sociedades%20latinoamericanas>
24. Canseco-Prado G, Jarillo-Soto EC. Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. Representaciones sociales y salud bucal. *Rev Odont Mex*. 2018; 22(3): 128–136. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-199X2018000300128&script=sci_abstract