

Lej 607

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA COMUNITARIA EN ZONAS RURALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTAN
MARTHA MOTA ROMO
MARIO A. NAVA ESPARZA BAROJAS

MEXICO, D. F.

1982





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

I REQUERIMIENTOS ODONTOLÓGICOS EN LA ZONA RURAL

II CAMPO DE TRABAJO

III LIMITACIONES DE LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA

- A) DEMOGRAFIA Y SALUD
- B) ALIMENTACION Y NUTRICION
- C) COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
- D) DISTRIBUCION DE RECURSOS MATERIALES
- E) DISTRIBUCION DE RECURSOS HUMANOS
- F) GASTO PUBLICO
- G) ORIENTACION Y DIVULGACION

IV APLICACION DE LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA

V OBJETIVOS DE LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA

VI NECESIDADES PARA EL DESARROLLO DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA EN EL TRABAJO DE CAMPO REALIZADO.

- A) ORGANIZACION Y PROYECCION DEL TRABAJO SOCIAL, APLICADOS A LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA
- B) EQUIPO E INSTRUMENTAL
- C) ADMINISTRACION, CONDUCCION, APLICACION DE LAS DIFERENTES RAMAS DE LA ODONTOLOGIA, DISCIPLINA Y REPORTES DE RESULTADOS.

VII ESTADO ACTUAL DE PROBLEMAS DENTALES EN ZONAS DE MUESTREO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

La Odontología, como rama de la Medicina, es un servicio que debe proporcionarse a todos los sectores de la población, lo cual incluye a la comunidad en general.

Hacia 1871 se presenta ya la Medicina Social; el médico francés M. Noel Gueneau de Mussy escribió algunas consideraciones al respecto, ya que sintió la necesidad de fijarse en los problemas médico-sociales, a raíz de las plagas.

Las anemias de las grandes ciudades y estados, la decadencia de las razas, los fenómenos de la natalidad y la nupcialidad; la propagación de la tuberculosis, el alcoholismo, el conocer del sexo, sofisticación de substancias alimenticias, abusos del tabaco, habitaciones insalubres; hacen que la medicina social esté constituida por capítulos arrancados a la potología, a la higiene, a la sociología y a la economía política, constituyendo una entidad independiente aunque esté ahora diseminada en otras ciencias; por estas razones se rompió con la individualidad de la Medicina, para dar paso a los intereses de la colectividad.

Así, la protección de la salud de los ciudadanos ha venido a ser función gubernativa, sin embargo las necesidades varían de acuerdo con cuál sea la institución oficial encargada; - hay también instituciones de sanidad particular, mantenidas con donativos, contribuciones o suscripciones públicas, las cuales cubren ciertos campos de la labor sanitaria, pero en forma independiente o en cooperación con agencias gubernativas. Para llevar a cabo esta labor es necesario:

- ACTIVIDAD SANITARIA, la cual se apoya en conceptos de: Bioestadística, lucha contra enfermedades contagiosas, higiene infantil y materna, enfermedades crónicas, saneamiento del ambiente, laboratorios y educación sanitaria al público.
- LEGISLACION SANITARIA. Las funciones que afectan a la salud pública están dirigidas por entidades oficiales - de dos aspectos, promulgación de leyes y votación de fondos; destinados a la mejoría de la obra sanitaria, - buena porción de la actividad de los centros sanitarios es de carácter educativo.

Lo anterior es necesario, en virtud de que existe el principio de que: "Toda acción que afecta a personas y al uso de sus pertenencias, deberá ser autorizada por decreto o reconocida por principios legales como los reglamentos de las Instituciones Oficiales".

Desde 1948 fue instituida por la ONU una Organización Sanitaria, a fin de que se encargara de la salud a nivel mundial, la cual coordina, ayuda, proporciona ayuda técnica, presta auxilio, servicios e instalaciones; tales son las funciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).

Es evidente que con sólo este organismo no sería resuelto el problema de salud comunitaria, sin embargo cada país ha establecido su programa de atención médica; así encontramos que en el campo de la Odontología, en la Unión Americana, existen instituciones específicas para proporcionar este servicio, - tales como:

- Departamento de Sanidad del Estado de New York
División de Servicios Sanitarios Especiales
Higiene Dental

- Public Health Service
Food and Drug Administration
Educación y bienestar
Estados Unidos de Norteamérica
Oficina de Servicios del Estado
Salud Pública Odontológica

En nuestro País, como se expondrá más adelante, también se -
cuenta con servicios médicos comunitarios, con objeto de man-
tener un equilibrio positivo entre salud y enfermedad, aun --
cuando en el Area Odontológica no existe específicamente, in-
volucrándose en ello la situación política, social y económi-
ca tanto de México como de los mexicanos.

Siendo nuestros objetivos la aplicación de la Odontología Co-
munitaria en Zonas Rurales, a continuación exponemos la situa-
ción que guarda este servicio, nuestras observaciones y las -
conclusiones del trabajo de campo realizado.

I REQUERIMIENTOS ODONTOLÓGICOS EN LA ZONA RURAL

Para establecer los requerimientos odontológicos en las Zonas Rurales, es necesario determinar cuál es el panorama de esas Areas.

La situación de salud de un país depende fundamentalmente de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que éstas se producen; en mucho menor grado operan las intervenciones médico sanitarias como determinantes.

La atención médica comunitaria en México está contenida como función gubernativa y como tal involucra situaciones políticas, económicas y sociales, las cuales se resumirán con objeto de visualizar más ampliamente su estado actual, así como trazar parámetros de análisis en el trabajo de referencia.

La Revolución Mexicana de 1910 a 1917, surge de la miseria de las masas en el campo y en la ciudad; en virtud de que la población había llegado a niveles de inanición por la exagerada distribución discriminatoria de la riqueza y del poder; situación que se volvió especialmente desesperante en las Areas Rurales.

La Constitución de 1917, en el Art. 27, constituyó primero la base de los futuros esfuerzos de la Reforma Agraria y justificó las acciones en este sentido como un beneficio a los campesinos. El Art. 123, era la segunda Area para el bienestar del futuro de los trabajadores -- del pueblo mexicano.

El período de 1920 a 1934 se caracterizó por el predominio de la cautela e inactividad a nivel nacional en cuestiones de bienestar social.

| GASTOS FEDERALES PARA PROGRAMAS ECONOMICOS, SOCIALES Y ADMINISTRATIVOS POR ADMINISTRACION FEDERAL | | | | |
|---|-----------------------|-----------|--------|---------|
| ADMINISTRACION | | ECONOMICO | SOCIAL | ADMTVO. |
| 1921-1924 | Alvaro Obregón | 17.9 | 9.7 | 72.4 |
| 1925-1929 | Plutarco Elías Calles | 24.8 | 10.1 | 65.1 |
| 1929-1930 | Emilio Portes Gil | 23.2 | 12.9 | 63.9 |
| 1931-1932 | Pascual Ortiz Rubio | 28.1 | 15.8 | 56.1 |
| 1933-1934 | Abelardo L. Rodríguez | 21.7 | 15.4 | 62.9 |
| 1935-1940 | Lázaro Cárdenas | 37.6 | 18.3 | 44.1 |
| 1941-1946 | Manuel Avila Camacho | 39.2 | 16.5 | 44.3 |
| 1947-1952 | Miguel Alemán | 51.9 | 13.3 | 34.8 |
| 1953-1958 | Adolfo Ruiz Cortines | 52.7 | 14.4 | 32.9 |
| 1959-1963 | Adolfo López Mateos | 39.0 | 19.2 | 41.8 |
| 1964-1970 | Gustavo Díaz Ordaz | | 21.5 | |
| 1971-1975 | Luis Echeverría A. | | 23.3 | |
| 1976-1982 | José López Portillo | | 23.8 | |

Cárdenas en 1934 disminuye el porcentaje administrativo, para elevar el empleo y el nivel de vida de la población ya que para él el sistema ejidal era la base para la reorganización cooperativista del campo.

De haber continuado el desarrollo rural que prefería Cárdenas, se hubiera detenido en alguna medida la afluencia de la población rural a las ciudades que ha caracterizado a México desde 1940.

De 1940 a 1950 se propició un cambio en el modo de vida de la mayoría de la población rural, produciéndose un empobrecimiento rural por las siguientes causas:

- 1) Crecimiento demográfico relacionado con la implementación de campañas de vacunación.
- 2) El descenso de los rendimientos en los cultivos básicos por agotamiento de los suelos.
- 3) Falta de tecnología.
- 4) Incorporación al mercado nacional y regional de vendedores y compradores rurales en términos desfavorables.

- 5) Los cambios de aspiraciones en comunidades antes estratificadas de acuerdo con los esfuerzos de sus miembros en el servicio comunitario, pero cada día más afectados por las pretensiones de la sociedad de consumo urbana.

Este deterioro en el nivel de vida, se dió también entre la mayoría de los minifundistas de la nación, ya que de acuerdo a las cifras preliminares del Censo Agrícola de 1970, el 60% del total de predios produjo 0.8% del valor total de los productos agrícolas de 1969, y reportó un ingreso anual promedio de \$291.00 y el 21% de los predios produjo 2.8% representando un promedio anual de \$2,969.00; por lo tanto el 81% de agricultores contribuyeron con un escaso 3.6% de la producción nacional, mientras que el 3.3% de predios comerciales más grandes produjeron el 81% de la producción total, patente del rápido deterioro en la base material para lograr el bienestar de la mayoría de la población rural.

Durante los 25 años posteriores a la guerra, las familias campesinas se trasladaron a las principales ciudades de México, triplicándose entre 1950 y 1970 y creando las zonas marginadas y el aumento del desempleo, lo cual ha si-

do en detrimento del poder adquisitivo a pesar de los salarios mínimos.

Con lo anterior se establece en términos generales la situación actual del país en sus aspectos político, social y económico, puntos importantes de los cuales obtenemos - el por qué de las bases de salud y nutrición que prevalecen en nuestra población.

II CAMPO DE TRABAJO

El área de trabajo para la aplicación de la Odontología Comunitaria no se encuentra limitada únicamente por las zonas geográficas, sino que va más allá del paciente - mismo, puesto que es indispensable involucrarse en su - propia idiosincracia, a fin de crear en él la inquietud de su salud; por lo que los Odontólogos que lleven su - práctica a estas regiones deberían tener no sólo los co - nocimientos académicos que le permitan la misma, sino - además la conciencia sobre las necesidades y limitacio - nes con que se encontrará y un alto grado de valores hu - manos que le permitan la realización de sus objetivos - como Cirujano Dentista, y también el desarrollo del be - neficio social que requiere su comunidad.

Cabe indicar nuevamente que el Area Rural es tan amplia que el campo de trabajo de la Odontología Comunitaria - en la República Mexicana será el comprendido por las -- 97,580 localidades con que se contaba en el año de 1970:

| | | |
|--------|---|---|
| 85.8 % | - | Menor de 500 habitantes |
| 12.0 % | - | Mayor de 500 y menor de 2,500 habitantes |
| 1.8 % | - | Mayor de 2,500 y menor de 10,000 habitantes |
| 0.4 % | - | más de 10,000 habitantes |

Para el mismo año el 41% de la población vivía en áreas rurales y conformaba el 97.8% de las localidades, mientras que el 59% vivía en lugares mayores de 2,500 habitantes, que eran el 2.2% de las localidades.

Sobre el particular Calderón realizó la siguiente clasificación:

- | | |
|---------------|---|
| - Muy rurales | - Crecimiento demográfico de menos del 50% en los últimos 15 años. |
| - Rurales | |
| - Semiurbanas | - Porcentaje de crecimiento en los últimos 15 años que va del 100 al 200% |
| - Urbanas | |
| - Muy urbanas | |

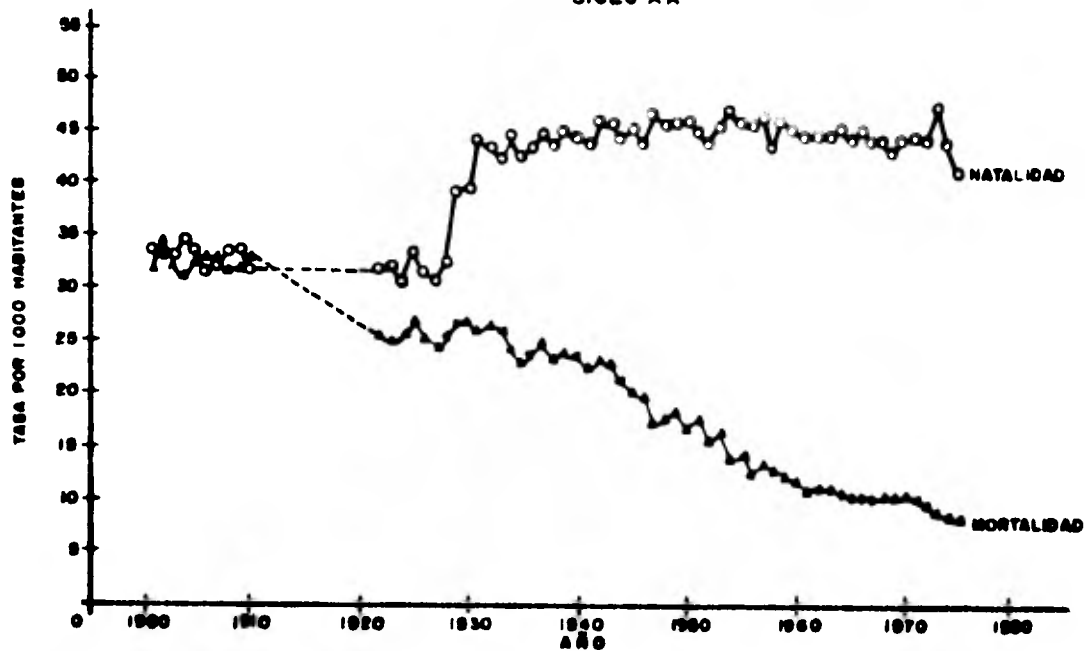
Exponiendo que los núcleos rurales representan un 84.3% del territorio nacional, en el cual reside el 52% de la población; mientras que en las zonas urbanas y suburbanas que equivalen al 15.7% de la superficie del país, se cuenta con un 48% de población.

Punto importante para la salud es el incremento demográfico estimado oficialmente al 30 de junio de 1979 en -- 69.381,000 habitantes, mientras que en 1930 había -- 16.552,000 habitantes, es decir que en menos de 40 años la población del país se ha cuadruplicado, que si no se

modificadora llevará al país a tener una población de 135 millones de habitantes para el año 2000.

Desde 1960 la tasa de crecimiento anual se mantiene en - alrededor de 3.5% anual, lo cual se originó por la disminución de mortalidad, manteniéndose e incrementándose - las tasas de natalidad. Factor importante es la estructura de la población actual, la cual en 1970 era de - - 46.22% menor de 15 años y el 13.58% mayor de 45 años, -- por lo que el 40.20% representaba una población entre 15 y 45 años.

TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD EN LA REPUBLICA MEXICANA DURANTE EL SIGLO XX



Así, el 60% de la población en nuestro País, está comprendido en los 32 estados que lo constituyen, siendo algunos de ellos lugares cuyo crecimiento demográfico y económico se ha venido incrementando hasta llevarlos a ser poblaciones en amplia vía de desarrollo e industrialización, tal es el caso de ciudades como Guadalajara, Monterrey, Puebla, etc.; sin embargo aún dentro de las mismas, las necesidades odontológicas que presenta el área rural se hace presente.

Referirse al Area Rural es abarcar un campo cuya amplitud, necesidades y limitaciones lo hacen todo un reto para -- quien desee incursionar en él, ya que en ella no se cuenta con las facilidades y ventajas que nos puede ofrecer -- la zona metropolitana.

Las zonas rurales carecen, de acuerdo a los conocimientos sobre las mismas, de los más elementales medios económicos, los cuales les podrían proporcionar una estabilización alimenticia, habitacional y social, considerando que en estos lugares las familias en su gran mayoría son numerosas; la alimentación deficiente en valores nutricios y la higiene limitada por la carestía en algunos casos de -- agua potable, panorama originado por el bajo nivel socio-económico.

En virtud de lo anterior, que es un factor determinante para la población, es de esperarse que el individuo, hasta en tanto no cubra sus necesidades más apremiantes, no estará en condiciones de programar su atención médica, - recibiendo ésta sólo en casos de suma urgencia. De lo anterior se desprende que los requerimientos médicos de este sector, se encuentran limitados, siendo aún más reducida la atención dental que pueda solicitar.

Actualmente se cuenta con centros de salud dependientes de la SSA y con clínicas del IMSS e ISSSTE, recayendo en estas instituciones la responsabilidad de llevar atención médica a los lugares más apartados del país; sin embargo nos encontramos con que en algunas zonas estos Servicios resultan insuficientes y en otras la falta de divulgación o información sobre su localización las hace inaccesibles para algunos de los miembros de la población rural, por lo cual nuestra República Mexicana en todas sus zonas rurales nos presenta un panorama de gran amplitud para la realización de la Odontología Comunitaria, ya que como se expondrá en el desarrollo de este tema, el índice de padecimientos y enfermedades buco-dentales es muy alto.

III LIMITACIONES DE LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA

Los aspectos limitantes de mayor relevancia en la aplicación de la Odontología a las Comunidades, han sido considerados en los grandes grupos que se analizan a continuación; cabe mencionar que cada uno de ellos representa por sí mismo parámetros y estudios precisos para su funcionamiento actual, y para su desarrollo futuro, en beneficio de la población.

A) DEMOGRAFIA Y SALUD.

No se considera a este punto como el único o el principal problema de la salud del País, sin embargo si es relevante la deficiente distribución urbano-rural de los habitantes y de los centros de población, dando origen a un problema demográfico simultáneo de dispersión y concentración.

Los registros en el área de la salud son muy deficientes, ya que sólo se cuenta con boletines epidemiológicos que ni siquiera reúnen todos los casos existentes de enfermedades de notificación obligatoria, lo cual refleja imprecisamente, el acceso de la población a la atención médica profesional.

B) ALIMENTACION Y NUTRICION.

De conformidad al Censo de población de 1970, se obtuvo que no comían ni una vez al día durante la semana alimentos básicos:

| Millones de personas | |
|----------------------|------|
| Carne | 10.0 |
| Huevos | 11.2 |
| Leche | 18.4 |
| Pescado | 33.9 |
| Pan de trigo | 11.3 |

Lo ideal para que la población esté bien nutrida sería que tuviera acceso regular a los alimentos en cantidad y calidad suficientes para poder mantener la salud.

Se han efectuado estudios a lo largo de muchos años, -- para cuantificar las necesidades mínimas diarias de -- los diferentes grupos de la población de acuerdo con -- su edad, peso, sexo y gasto de energías; y los resultados de este esfuerzo se han codificado por varias agencias internacionales, esas cifras son aproximadas y -- criticadas por nutriólogos del tercer mundo, por ser -- metas muy altas; sin embargo son útiles para juzgar la relativa suficiencia de la dieta de cualquier grupo de personas en el mundo.

| POR PERSONA: | UNIDADES DE CALORIAS | GRAMOS DE * PROTEINAS |
|--|----------------------|-----------------------|
| Estándares internacionales | 2,210 | 45.5 |
| Instituto Nacional de Nutrición (Censo 1970) | 2,216 | 60.4 ° |
| Instituto Nacional de Nutrición (Dieta mínima) | 2,741 | 80.9 + |

* Proteínas animal, y vegetal combinadas, igual al 60% de la calidad proteica de la leche o el huevo, por lo que si la calidad de las proteínas -- fuese superior a ese nivel, podría disminuirse -- el número de gramos requeridos.

° En 1975 se observó que el 60% de la población no tenía una dieta ni siquiera normativa mínima.

+ Esta dieta requiere 513.5 Kgs. de alimentos per capita al año, lo cual implica:

31.2 cereales
4.2 leguminosas y oleaginosas
2.0 raíces feculentas
6.5 verduras
17.2 frutas
30.0 productos animales
8.9 otros alimentos

En 1975, con una población de 60 millones había un déficit de más de tres millones de toneladas de alimentos.

En un informe de la División de Nutrición del Instituto Nacional de Nutrición, se destaca que para 1975 el 30% de la población (el sector más pobre), disponía del 10% de los productos agrícolas, mientras que el sector más acomodado, no mayor del 15% de la población, directa o indirectamente consumía el 50% de dicha producción. También apunta que a pesar de haber suficiente leche como para darle medio litro diario a cada niño menor de 15 años, 4 millones de niños menores de 5 años, jamás la habían probado.

Asimismo, un documento elaborado por CONACYT, a fines de 1976, señaló que sólo el 22% de los niños menores de 4 años en zonas rurales tenían peso y estatura normal, representando que el 78% tenían una alimentación deficiente, lo cual afecta directamente su crecimiento.

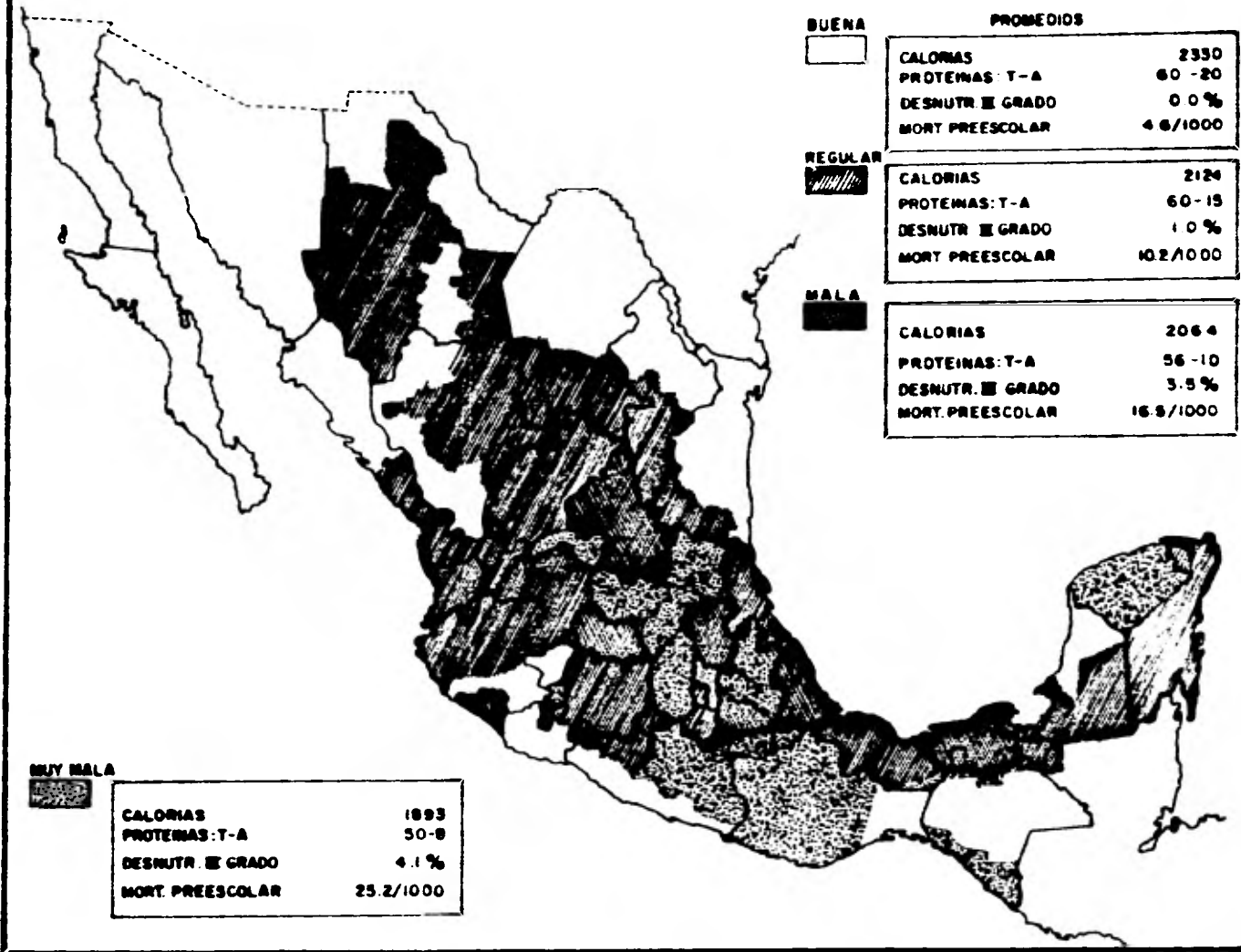
Por muchos años, de acuerdo con la tendencia a identificar los modos rurales o indígenas de vida con la pobreza, los principales nutriólogos se lamentaron de las deficiencias de la dieta tradicional del campo mexicano - centrada alrededor del consumo diario de maíz, frijol y chile. Esta dieta ha sido calificada en numerosas pu--

blicaciones como "monótona, de baja calidad, carente del suficiente contenido proteico y deficiente en vitaminas".

Un estudio del Instituto Nacional de Nutrición delimitó que la incidencia de desnutrición del 2o. y 3er. grado, entre niños menores de 5 años, descendió del 26.1 al 22.5% en 13 años, resultado insignificante al bienestar general de la población.

La obtención de una dieta adecuada depende de su capacidad de sostener un alto poder de compra y sin embargo, - en la medida en que la mayoría de las comunidades rurales de México empiezan a competir con todos los demás - compradores potenciales en el mercado nacional, para la satisfacción de necesidades nutricionales, su poder de compra así como su control sobre los mecanismos del mercado es muy limitado.

LA NUTRICION EN MEXICO POR REGIONES



Por lo anterior se han considerado como elementos clave para la nutrición:

- Volumen y composición de la producción agrícola.
- Papel de alimentos importados.
- Eficiencia del sistema de distribución.
- La asignación del poder de compra entre la población.

En el caso de México los problemas nutricionales han surgido especialmente en relación con los dos últimos puntos.

Las deficiencias e insuficiencias de la producción alimentaria, los problemas de distribución y las deficiencias - cualitativas y cuantitativas en el consumo, están en relación directa con el poder adquisitivo. \$1.00 compra 3.6 veces menos alimentos que hace 10 años, existiendo una -- dieta insuficiente entre la mayor parte de la población - del País y los alimentos consumidos son de bajo valor nutritivo, ha habido disminución en el consumo de calorías y gramos de proteínas por persona y por día de 10 años a la fecha, pese a la importación creciente de alimentos.

La industria forrajera absorbe más productos alimenticios que los 20 millones de marginados juntos. A esto debe añadirse que el 31% de los habitantes recibe ingresos inferiores al costo de la alimentación mínima balanceada, y que de acuerdo al censo de 1970, el 20% nunca come carne, ni huevos, el 70% nunca come pescado, el 23% no prueba el pan de trigo y el 38% no toma leche.

El Instituto Nacional de Nutrición concluyó que las deficiencias dietéticas entre los grupos vulnerables, bien pudiera ser de tal magnitud que las capacidades físicas y mentales de nuevas generaciones de mexicanos estaban siendo dañadas irreparablemente y que entre el 17 y el 25% de los niños rurales de 1 a 4 años requieren tratamiento médico por enfermedades relacionadas con su dieta.

Para disminuir la desnutrición, la política oficial debe orientarse a la producción de un volumen suficiente, cuotas de subsistencia y asegurar que toda la población tenga medios para obtenerlos, esta urgencia marcó durante -- los primeros años de la década actual la abolición del - Plan Nacional de Nutrición, acompañado por la política de asistencia financiera Federal a los pequeños productores cercanos al nivel de subsistencia y por un creciente inte

rés en fomentar la investigación agrícola que sea de utilidad para ellos. (Se contaba con el INPI que fue muy activo en los primeros años de la década de los sesentas, pero que fue virtualmente desmantelado en la provincia - entre 1965 y 1970, después en 1971 se entrenó a miles de mujeres en cuestiones relacionadas con nutrición).

Por lo que mientras que la satisfacción de los requerimientos nutricionales básicos dependa tan estrechamente del poder adquisitivo, aún un esfuerzo sostenido para redistribuir este último en el mediano y largo plazo, - no podrá calmar el hambre inmediata de millones de personas marginadas, ya que el desarrollo de las ciudades se logra a expensas de la pobreza en las Areas Rurales.

c) COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Existen tres grandes tipos de atención profesional a la salud:

- El postulado de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y que el Gobierno es responsable de proporcionar los servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud, para ello cuenta con:

Servicios Médicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)

Departamento del Distrito Federal (DDF)

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Instituto Nacional Indigenista (INI)

y Hospitales e Institutos descentralizados que funcionan bajo auspicios de un patronato mixto, público y privado, en el que por lo general tiene una intervención amplia la SSA, tales como:

Instituto Nacional de Cardiología

Instituto Nacional de Enfermedades de la Nutrición

Hospital Infantil de México, etc.

- Instituciones de seguridad social y los servicios médicos de algunas dependencias estatales o para-estatales, basados en un derecho gremial a la prestación de servicios, los de salud entre ellos, a través de diferentes fórmulas de financiamiento, - generalmente tripartita o bipartita, es decir, con aportaciones de empleados asegurados, los patrones y/o el gobierno como:

| | |
|---|----------|
| Instituto Mexicano del Seguro Social | (IMSS) |
| Instituto de Seguridad y Servs. Sociales para los Trabajadores del Estado | (ISSSTE) |
| Petróleos Mexicanos | (PEMEX) |
| Comisión Federal de Electricidad | (CFE) |
| Ferrocarriles Nacionales | (FNM) |
| Secretaría de Hacienda y Crédito Público | (SHCP) |
| Secretaría de Marina | (SM) |

- Servicios de salud privados que prestan servicios como un negocio, sujetos a las leyes del mercado, y al régimen de libre empresa.

Cárdenas dió principio a la atención para la salud en el medio rural, mediante el servicio social de los pasantes de medicina y los servicios médico-sanitarios-ejidales que en 1941 pasaron a ser los Servicios Rurales Cooperativos.

En 1943 se crea el IMSS por las demandas obreras en materia de salud que fueron capitalizadas a corto plazo por la clase dominante.

En 1960 dado el crecimiento de la burocracia estatal y sus demandas asistenciales, se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); bajo esas bases se fueron creando las otras instituciones. En ese mismo año surgen el Instituto Nacional de Protección a la In--fancia (INPI) y la Institución Mexicana de Asisten--cia a la Niñez (IMAN), los cuales a partir de 1977 han sido reunidos en el Sistema Nacional para el --Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

La salud de las masas campesinas quedó asignada a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), a tra--vés de los Servicios de Coordinación de Salud Pública

en los Estados (antes Servicios Rurales por Cooperación).

La seguridad social comienza a pasos muy lentos desde fines de los años 50, a través del Régimen de existencia del Campo, pero este se ha encaminado únicamente hacia los núcleos de trabajadores agrícolas más organizados y más relevantes para la producción nacional.

En 1973 se hecho a andar el Programa de solidaridad social del IMSS-CONASUPO que tuvo alcances muy cortos y que desde 1977 estuvo congelado, hasta que fue semi-resucitado a mediados de 1979 por el Programa de Servicios Médicos IMSS-COPLAMAR, que pretende proporcionar atención médica a núcleos indígenas y marginados del campo y las ciudades.

| A Ñ O | % HABITANTES CON SERV. SALUD | % HABITANTES SIN SERV. SALUD |
|-------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1970 | 24.0 | 76.0 |
| 1975 | 30.0 | 70.0 |
| 1976 | 35.0 | 65.0 |
| 1977 | 35.4 | 64.6 |
| 1982 | 42.6 | 57.4 |
| 2000 | 60.7 | 39.7 |

Los habitantes sin Servicio de Seguridad Social por parte del Estado, quedan para ser atendidos por la SSA, quien sólo alcanza a cubrir un promedio de 15 a 18 millones de mexicanos, por lo cual se considera que entre 20 y 25 millones carecen en forma permanente de servicios de salud, aunque en los últimos años se ha duplicado la población - derecho habiente, aún siguen cubriendo un porcentaje muy reducido de la población.

Los datos sobre el particular son incongruentes entre una institución y otra, sin embargo es evidente la gran necesidad de cubrir los servicios de salud de la población, - dada su gran limitación.

D) DISTRIBUCION DE RECURSOS MATERIALES.

Los servicios médicos para la salud, hasta 1970 habían tenido un rezago de lustros, lo cual se demuestra con la estadística de atención médica en la República Mexicana:

| AÑO | POBLACION TOTAL | POBLACION ATENDIDA | % |
|------|-----------------|--------------------|---------|
| 1960 | 36.014,952 | 6.486,633 | (18.05) |
| 1965 | 42.728,958 | 6.857,256 | (16.04) |
| 1970 | 50.694,617 | 22.157,224 | (44.70) |

Si se considera que la prestación de servicios tiene como una de sus bases importantes los recursos materiales, deberán valorarse los existentes, de acuerdo con los últimos estudios:

| AÑOS | HABITANTES | CAMAS | CAMAS X C/10000 HABITAN. | HABITANTES POR CAMA |
|------|------------|--------|--------------------------|---------------------|
| 1970 | 50.694,617 | 70,306 | 13.87 | 721.06 |
| 1971 | 52.451,948 | 72,429 | 13.81 | 724.18 |
| 1972 | 54.273,296 | 65,579 | 12.08 | 827.60 |
| 1973 | 56.161,054 | 59,105 | 10.52 | 950.19 |
| 1974 | 58.117,709 | 78,308 | 13.47 | 742.17 |
| 1975 | 60.145,258 | 91,974 | 15.29 | 653.94 |

Observamos que la distribución de estos recursos es desigual entre lo que se proporciona al campo y lo que se otorga a la ciudad, siendo muy significativo, ya que sólo 2,600 comunidades de las 97,653 cuentan con servicios de salud profesionales.

| Z O N A S U R B A N A S | | | |
|-------------------------|------------------------|-----------------|------------------|
| INSTITUCION | UNIDADES HOSPITALARIAS | CAMAS/ HOSPITAL | CONSULTA EXTERNA |
| IMSS | 438 | | 656 |
| ISSSTE | 42 | 17,916 | 893 |
| SSA | 743 | 22,358 | 3,046 |
| FNM y PEMEX | | 2,130 | |
| SD y M | | 1,950 | |

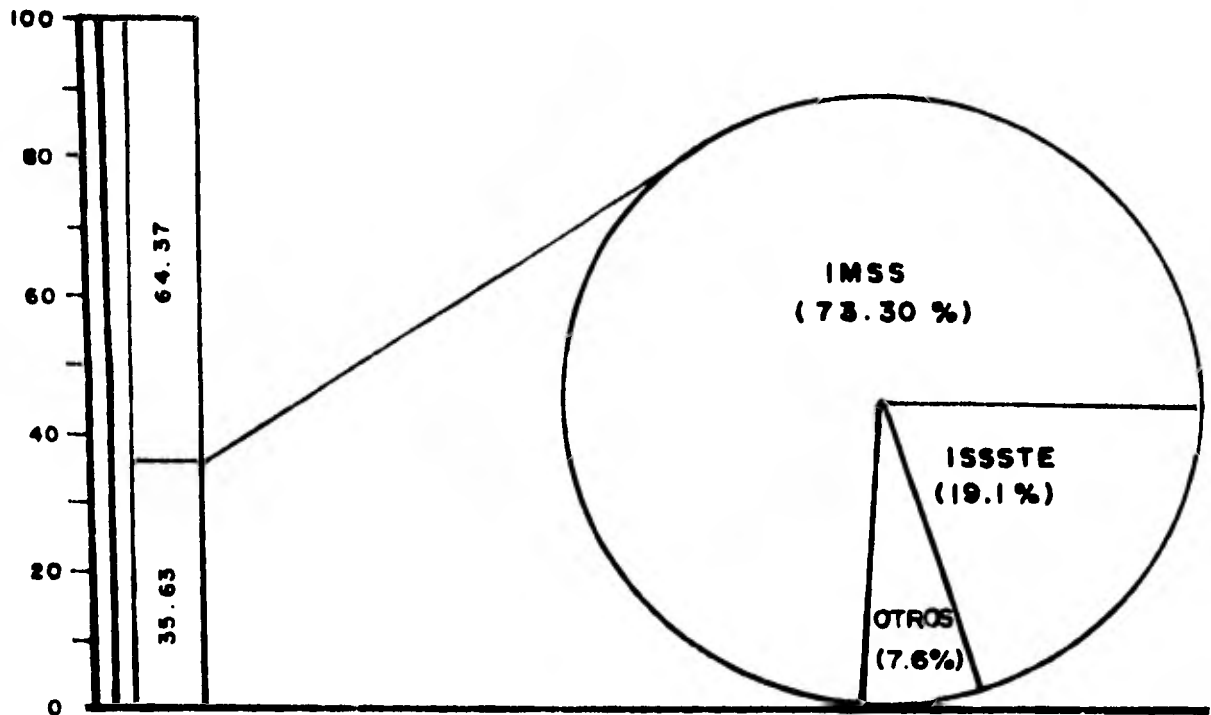
| Z O N A S R U R A L E S | | |
|-------------------------|---------------------------|----------------|
| INSTITUCION | CENTROS DE SALUD TIPO "C" | CASAS DE SALUD |
| SSA | 1,593 | 1,217 |
| OTRAS | - 500 * | |

* unidades ubicadas muchas veces en las mismas localidades ya cubiertas por la SSA.

Como se puede detectar existe una distribución inadecuada de los recursos materiales en el Area Rural, ya que hay más de 90,000 localidades sin servicios públicos de salud.

En 1978 sólo el 35.63% de la población era derecho-
habiente de alguna institución de seguridad social
del Estado.

PERSONAS



E) DISTRIBUCION DE RECURSOS HUMANOS.

Un problema más, es representado por la concentración de los trabajadores de la salud en la ciudad de México, Guadalajara y algunas otras ciudades de provincia, el 80% de los médicos está concentrado en ciudades y poblaciones mayores de 50,000 habitantes que constituyen menos del 0.5% de las localidades del País.

Hay 1,121 municipios con una población de más de 5 millones de habitantes que carecen de este tipo de profesionales.

Alrededor de 1970, había una tasa de médicos 8 veces mayor en las ciudades de más de medio millón de habitantes que en el resto del País.

NUMERO DE MEDICOS Y SU RELACION CON LA POBLACION

| AÑOS | NUMERO DE MEDICOS | HABITANTES | TASA POR CADA 10,000 HABITANTES | HABITANTES POR MEDICO |
|------|-------------------|------------|---------------------------------|-----------------------|
| 1910 | 2,566 | 15.160,369 | 1.7 | 5,908 |
| 1930 | 4,767 | 16.584,243 | 2.9 | 3,479 |
| 1940 | 6,664 | 19.762,603 | 3.4 | 2,966 |
| 1952 | 14,221 | 27.286,886 | 5.2 | 1,919 |
| 1957 | 18,058 | 32.607,000 | 5.5 | 1,806 |
| 1960 | 20,227 | 36.046,000 | 5.6 | 1,782 |
| 1960 | 21,141 | 36.046,000 | 5.9 | 1,705 |
| 1961 | 24,600 | 37.268,000 | 6.6 | 1,515 |
| 1965 | 25,033 | 42.689,000 | 5.9 | 1,705 |
| 1970 | 34,326 | 49.090,000 | 7.0 | 1,430 |
| 1971 | 36,886 | 50.829,000 | 7.2 | 1,375 |
| 1974 | 45,000 | 56.246,983 | 8.0 | 1,250 |
| 1976 | 53,000 | 62.329,189 | 8.5 | 1,176 |

MUNICIPIOS TOTALES Y SU DISPONIBILIDAD DE MEDICOS POR ENTIDADES FEDERATIVAS

| ENTIDADES FEDERATIVAS | NUMERO DE MEDICOS | % | TOTAL DE MUNICIPIOS | MUNICIPIOS CON MEDICO | | MUNICIPIOS SIN MEDICO | | HABITANTES POR MEDICO | KM ² POR MEDICO |
|-----------------------|-------------------|--------|---------------------|-----------------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|----------------------------|
| | | | | NUMERO | % | NUMERO | % | | |
| Aguascalientes | 146 | 0.43 | 9 | 4 | 44.44 | 5 | 56.56 | 2,318 | 38 |
| Baja California Norte | 601 | 1.76 | 4 | 4 | 100.00 | - | - | 1,448 | 116 |
| Baja California Sur | 61 | 0.18 | 7 | 6 | 85.72 | 1 | 14.28 | 2,098 | 1,207 |
| Campeche | 117 | 0.34 | 8 | 8 | 100.00 | - | - | 2,150 | 443 |
| Coahuila | 647 | 1.90 | 38 | 29 | 76.32 | 9 | 23.68 | 1,723 | 234 |
| Colima | 117 | 0.34 | 10 | 7 | 70.00 | 3 | 30.00 | 2,061 | 46 |
| Chiapas | 341 | 1.00 | 111 | 53 | 47.75 | 58 | 52.24 | 4,601 | 216 |
| Chihuahua | 741 | 2.17 | 67 | 46 | 68.66 | 21 | 31.34 | 2,176 | 333 |
| Distrito Federal | 14,490 | 42.48 | 13 | 13 | 100.00 | - | - | 474 | 0.1 |
| Durango | 323 | 0.95 | 38 | 31 | 81.58 | 7 | 18.42 | 2,907 | 370 |
| Guanajuato | 561 | 1.64 | 46 | 37 | 80.44 | 9 | 19.56 | 4,047 | 54 |
| Guerrero | 386 | 1.13 | 75 | 57 | 76.00 | 18 | 24.00 | 4,138 | 165 |
| Hidalgo | 389 | 1.14 | 84 | 53 | 63.10 | 31 | 36.90 | 3,069 | 53 |
| Jalisco | 2,535 | 7.43 | 124 | 94 | 75.81 | 30 | 24.19 | 1,300 | 31 |
| México | 2,077 | 6.09 | 120 | 89 | 74.17 | 31 | 25.83 | 1,845 | 10 |
| Michoacán | 804 | 2.36 | 112 | 88 | 78.57 | 24 | 21.43 | 2,890 | 74 |
| Morelos | 332 | 0.97 | 32 | 26 | 81.25 | 6 | 18.75 | 1,855 | 14 |
| Nayarit | 184 | 0.54 | 19 | 15 | 78.95 | 4 | 21.05 | 2,956 | 150 |
| Nuevo León | 1,637 | 4.80 | 52 | 42 | 80.77 | 10 | 19.23 | 1,035 | 39 |
| Oaxaca | 529 | 1.55 | 570 | 89 | 15.62 | 481 | 84.38 | 4,105 | 180 |
| Puebla | 1,265 | 3.71 | 217 | 85 | 39.17 | 132 | 60.83 | 1,982 | 26 |
| Querétaro | 164 | 0.48 | 18 | 14 | 77.78 | 4 | 22.22 | 2,960 | 71 |
| Quintana Roo | 27 | 0.08 | 4 | 4 | 100.00 | - | - | 3,264 | 1,864 |
| San Luis Potosí | 494 | 1.45 | 55 | 37 | 67.27 | 18 | 32.73 | 2,595 | 127 |
| Sinaloa | 613 | 1.81 | 17 | 17 | 100.00 | - | - | 2,066 | 94 |
| Sonora | 671 | 1.97 | 69 | 44 | 63.77 | 25 | 36.23 | 1,637 | 275 |
| Tabasco | 284 | 0.83 | 17 | 17 | 100.00 | - | - | 2,705 | 86 |
| Tamaulipas | 954 | 2.80 | 43 | 36 | 83.72 | 7 | 16.28 | 1,527 | 83 |
| Tlaxcala | 102 | 0.30 | 44 | 24 | 54.55 | 20 | 45.45 | 4,123 | 38 |
| Veracruz | 1,800 | 5.28 | 203 | 120 | 59.11 | 83 | 40.89 | 2,119 | 40 |
| Yucatán | 496 | 1.45 | 106 | 35 | 33.02 | 71 | 66.98 | 1,528 | 79 |
| Zacatecas | 219 | 0.64 | 56 | 43 | 76.79 | 13 | 23.21 | 4,344 | 342 |
| T o t a l | 34,107 | 100.00 | 2,388 | 1,267 | 53.06 | 1,121 | 46.94 | 1,418 | 57 |

RELACION ENTRE POBLACION Y MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS

| AÑOS | HABITANTES | MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS | MEDICOS GENERALES POR 10,000 HABITANTES | HABITANTES POR MEDICOS GENERALES |
|------|------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| 1970 | 50.694,617 | 25,735 | 5.07 | 1,969.87 |
| 1971 | 52.451,048 | 27,466 | 5.23 | 1,909.70 |
| 1972 | 54.273,296 | 31,025 | 5.71 | 1,749.34 |
| 1973 | 56.161,054 | 30,005 | 5.34 | 1,871.72 |
| 1974 | 58.117,709 | 32,279 | 5.55 | 1,800.48 |

RELACION ENTRE POBLACION Y ENFERMERAS

| AÑOS | HABITANTES | ENFERMERAS | ENFERMERAS POR 10,000 | HABITANTES POR ENFERMERA |
|------|------------|------------|-----------------------|--------------------------|
| 1970 | 50.694,617 | 48,386 | 9.54 | 1,047.71 |
| 1971 | 52.451,948 | 52,171 | 9.93 | 1,005.39 |
| 1972 | 54.273,296 | 54,549 | 10.05 | 994.95 |
| 1973 | 56.161,054 | 56,670 | 10.09 | 991.02 |
| 1974 | 58.117,709 | 61,746 | 10.62 | 941.24 |

A su vez las Instituciones de salud, por lo general absorben a los egresados a un ritmo muy lento.

| | |
|------------------------------|--------|
| ISSSTE | 11,963 |
| FERROCARRILES Y PEMEX | 1,584 |
| DDF | 589 |
| SRIA. DE LA DEFENSA Y MARINA | 867 |
| SSA | 4,217 |
| | <hr/> |
| | 19,220 |
| | <hr/> |

Cosa similar ocurre con los Odontólogos

RELACION ENTRE POBLACION Y ODONTOLOGOS

| AÑOS | HABITANTES | ODONTOLOGOS | ODONTOLOGOS POR 10000 HABITANTES | HABITANTES POR ODONTOLOGOS |
|------|------------|-------------|--|----------------------------------|
| 1970 | 50.694,617 | 1,885 | 0.37 | 26,893.70 |
| 1971 | 52.451,948 | 1,740 | 0.33 | 30,144.80 |
| 1972 | 54.273,296 | 2,147 | 0.40 | 25,278.67 |
| 1973 | 56.161,054 | 2,311 | 0.41 | 24,301.62 |
| 1974 | 58.117,709 | 1,983 | 0.34 | 29,307.97 |

De los 18,000 en ejercicio en 1981, cerca del 95% se encuentran en zonas urbanas y un 50% de ellos, en el Valle de México y sus alrededores; en Tlaxcala por ejemplo había un dentista por cada 52,000 habitantes.

La organización de salud basada en el médico como responsable de las acciones ejecutadas, origina un menosprecio del papel de otros profesionales y técnicos de la salud, para tal efecto en el trabajo de equipo; agregando además una falta de planificación de la enseñanza.

Así existe un predominio de más de 90,000 estudiantes de medicina, que de enfermería y carreras técnicas relacionadas con la salud. Cada año ingresan entre 23 y 25 mil estudiantes, a lo largo de la carrera hay deserción de casi el 40%; en los últimos años han egresado de 8 a 10 mil; mientras que el número de enfermería es 3 veces más reducido; su número total sumando los niveles profesionales y técnicos de preparación, no excede de 30,000. Por lo que se refiere a Odontología, empieza a alcanzar cifras excesivas.

Se detecta en este análisis, no sólo la concentración de servicios, sino la falta de ellos y la planificación deficiente para hacerlos llegar a toda la población. En México no existe equilibrio entre los prestadores de servicio de salud, ya que la cantidad de médicos es de 3 doctores por una enfermera, cuando la relación recomendada por las Organizaciones Internacionales de Salud es la contraria.

Odontología en consecuencia se encuentra en las mismas condiciones de relación entre Odontólogos y habitantes.

La distribución desigual de recursos humanos de este servicio se establece considerando la planificación de la enseñanza y la concentración de Odontólogos en las grandes ciudades, lo cual hace difícil de alcanzar la relación de UN ODONTOLOGO por cada 5 MEDICOS que tiene Cuba.

F) GASTO PUBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

La protección de la salud en México, como se apuntaba al inicio de esta presentación, ha venido a ser función Gubernamental, la cual se encarga de satisfacer las necesidades del País. Para ello tiene una estructura organizativa que recibe como todas las dependencias del Estado, un porcentaje del Presupuesto Global de la Nación.

Este aspecto como limitante de los servicios de salud en nuestro País, es sumamente relevante, sin embargo sólo se citarán cifras representativas que manifiestan la baja proporción que ocupa este renglón, en relación con el ingreso total de la Nación.

Citaremos en primer término el Total del Gasto Público, comparado con el Total del Gasto Autorizado para los Servicios de Salubridad y Asistencia.

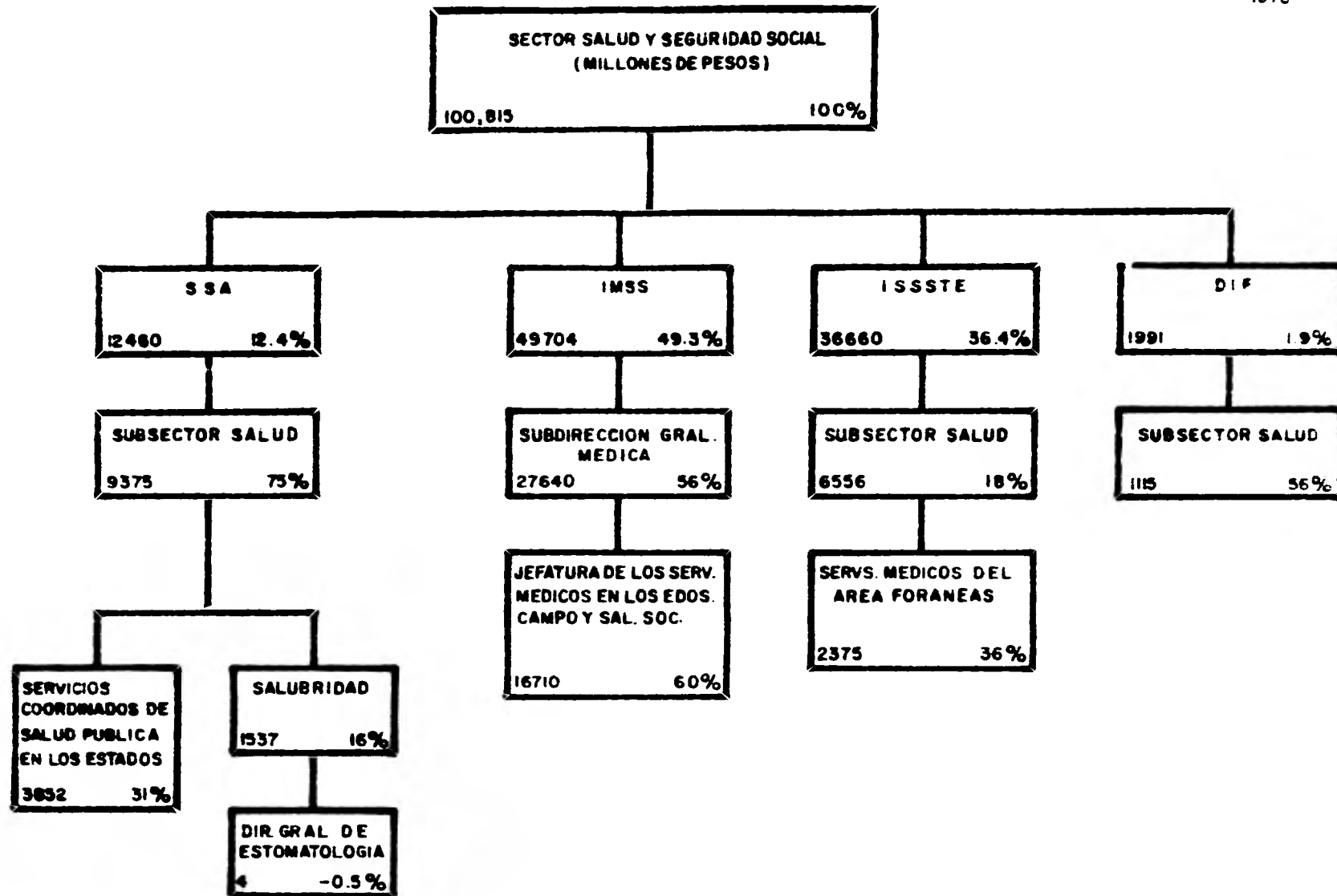
RESUMEN ADMINISTRATIVO (MILLONES DE PESOS)

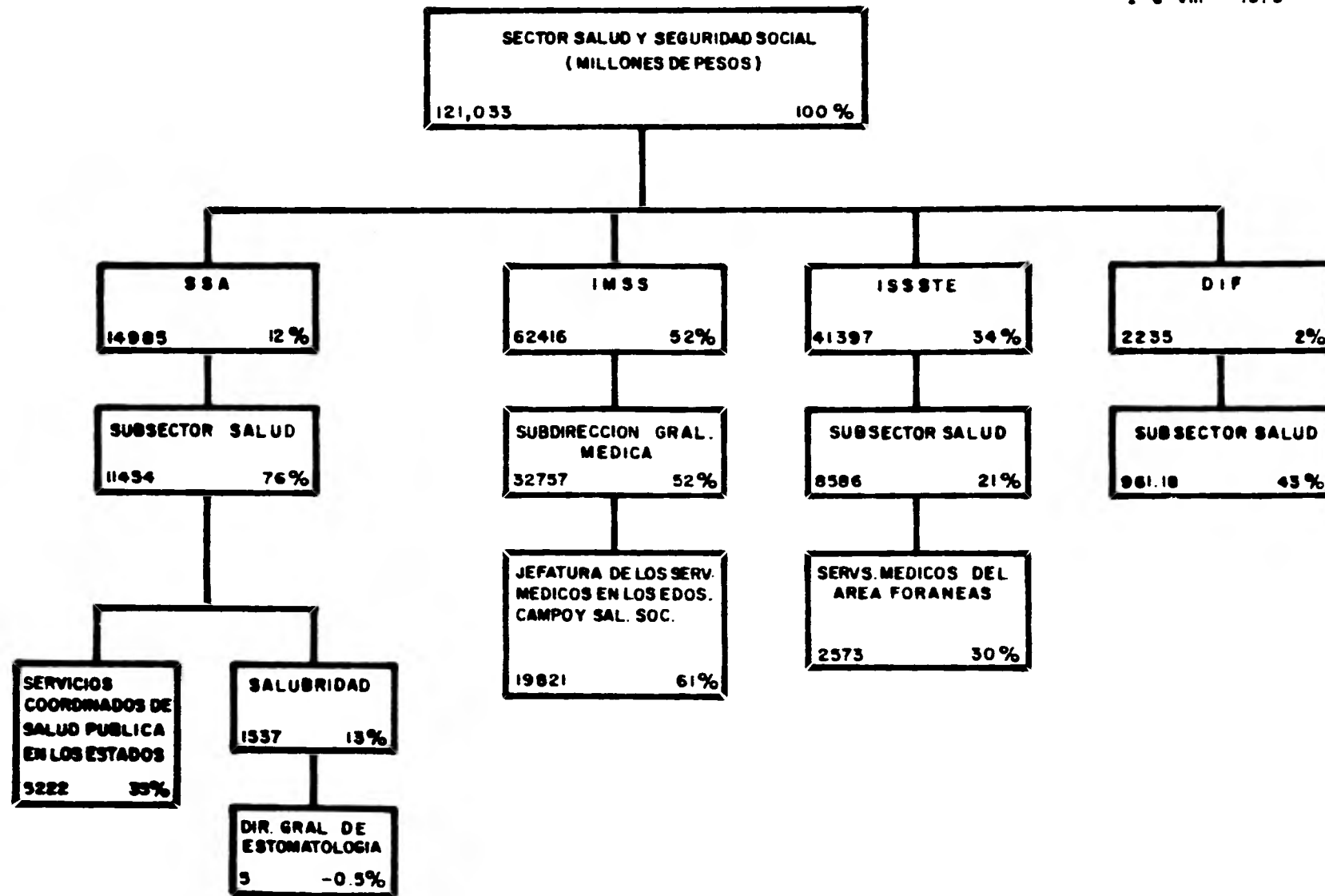
| A Ñ O | GASTO AUTORIZADO/TOTAL PRESUPUESTO | | ASIGNACION ORIGINAL/PRESUPUESTO EGRESOS | |
|-------|------------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|
| | TOTAL GASTO | SALUBRIDAD Y ASISTENCIA | TOTAL GASTO | SALUBRIDAD Y ASISTENCIA |
| 1969 | 107,972 | 1,526 | 66,096 | 1,397 |
| 1970 | 119,631 | 1,722 | 72,229 | 1,477 |
| 1971 | 130,023 | 1,805 | 79,656 | 1,605 |
| 1972 | 157,782 | 2,690 | 123,381 | 2,172 |
| 1973 | 215,074 | 3,236 | 173,879 | 3,020 |
| 1974 | 288,693 | 4,115 | 230,960 | 3,706 |
| 1975 | 416,811 | 5,458 | 346,658 | 4,762 |
| 1976 | 483,798 | 6,237 | 439,643 | 5,254 |
| 1977 | 790,152 | 9,496 | 677,407 | 7,678 |
| 1978 | 990,560 | 12,463 | 912,450 | 11,844 |
| 1979 | 1.152,056 | 15,245 | 1.124,269 | 14,985 |

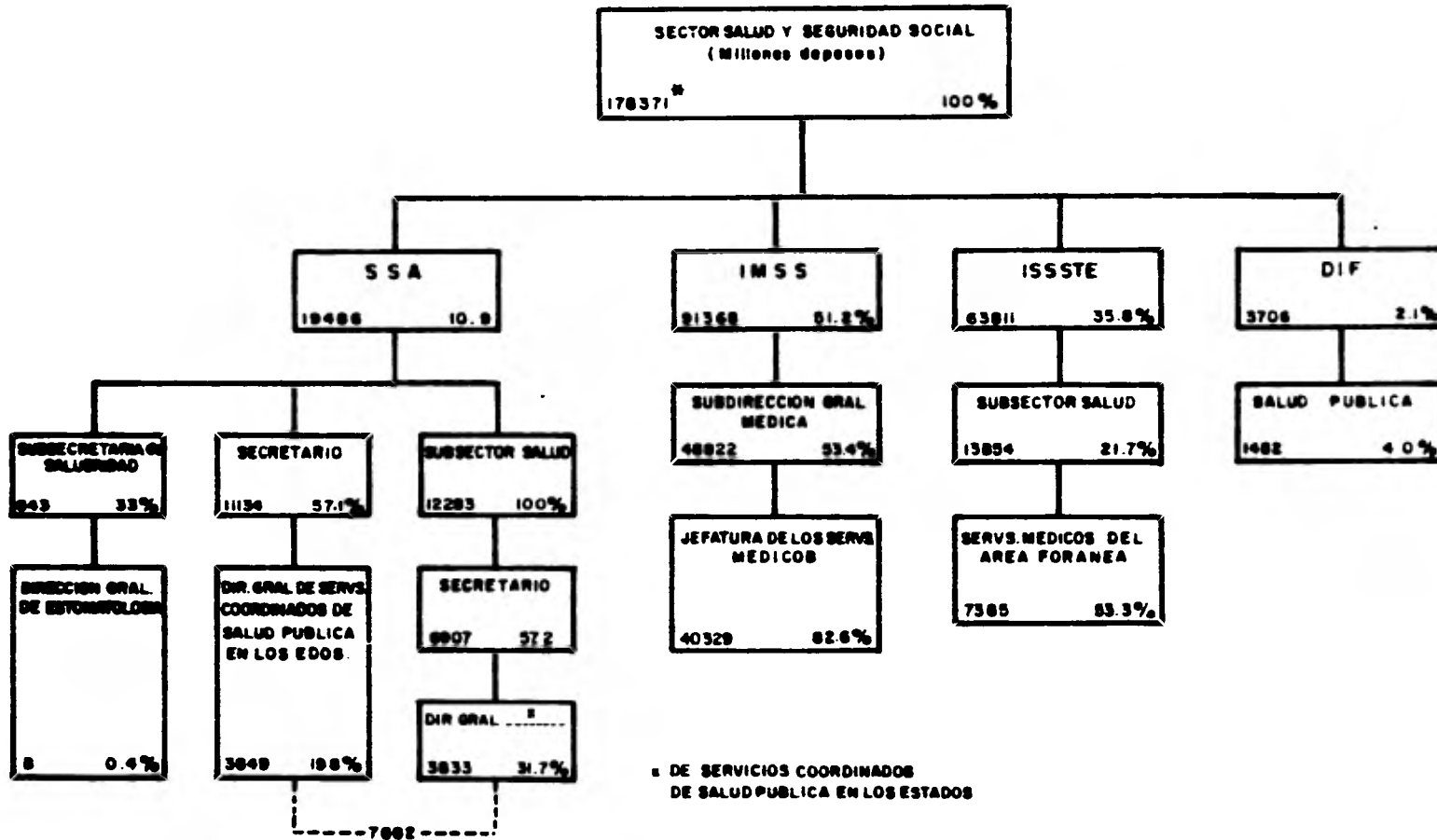
En segundo término, se desglosa el Total del Gasto de Salubridad y Asistencia, de acuerdo a la institución encargada de su manejo para la distribución de servicios, presentando un muestreo del porcentaje asignado en los últimos años, así como su estructura organizacional y la asignación de su presupuesto por Area.

| DISTRIBUCION PRESUPUESTO SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (Millones de pesos) | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|
| | 1 9 7 8 | 1 9 7 9 * | 1 9 8 1 |
| IMSS | 49,704 (49.3%) | 62,416 (52.0%) | 91,368 (51.2%) |
| SSA | 12,460 (12.4%) | 14,985 (12.0%) | 19,486 (10.9%) |
| ISSSTE | 36,660 (36.4%) | 41,397 (34.0%) | 63,811 (35.8%) |
| DIF | 1,991 (1.9%) | 2,235 (2.0%) | 3,706 (2.1%) |
| TOTAL | 100,815 (100.0%) | 121,033 (100.0%) | 178,371 (100.0%) |

* enero-agosto







REPUBLICA MEXICANA
GASTO PUBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
1981

* NO INCLUYE 2145 MILLONES DE PESOS DE CONVENIO IMSS- COPLAMAR

Siendo las Zonas Rurales nuestro principal objetivo, presentaremos en tercer plano, el porcentaje asignado al Sector Salud y Seguridad Social correspondiente a las Areas de referencia.

| INVERSION PUBLICA DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN LOS ESTADOS (Millones de pesos) | | |
|--|---------|---------|
| ESTADOS | 1 9 7 8 | 1 9 7 9 |
| Aguascalientes | 36.9 | 25.6 |
| Baja Calif. Norte | 126.9 | 102.6 |
| Baja Calif. Sur | 63.9 | 46.2 |
| Campeche | 88.8 | 89.2 |
| Coahuila | 139.3 | 111.1 |
| Colima | 19.7 | 93.8 |
| Chiapas | 51.4 | 77.6 |
| Chihuahua | 162.5 | 335.6 |
| Distrito Federal | 2,549.7 | 3,944.3 |
| Durango | 81.9 | 105.7 |
| Guanajuato | 121.4 | 131.1 |
| Guerrero | 143.7 | 123.0 |
| Hidalgo | 57.8 | 112.2 |
| Jalisco | 351.6 | 123.2 |
| México | 193.9 | 247.5 |
| Michoacán | 70.3 | 59.3 |
| Morelos | 275.5 | 48.6 |
| Nayarit | 38.5 | 37.5 |
| Nuevo León | 151.8 | 719.3 |
| Oaxaca | 78.7 | 69.8 |
| Puebla | 117.1 | 207.1 |
| Querétaro | 20.9 | 57.3 |
| Quintana Roo | 95.8 | 72.4 |
| San Luis Potosí | 61.5 | 48.3 |
| Sinaloa | 181.1 | 128.3 |
| Sonora | 164.4 | 120.7 |
| Tabasco | 90.3 | 111.5 |
| Tamaulipas | 343.1 | 254.2 |
| Tlaxcala | 16.3 | 29.1 |
| Veracruz | 178.7 | 270.0 |
| Yucatán | 78.4 | 111.0 |
| Zacatecas | 72.7 | 75.9 |
| T o t a l : | 6,224.5 | 8,089.0 |

Haciendo un análisis comparativo tenemos que el Total de Inversión en el Sector Salud y Seguridad Social en los estados representa para 1978 el 2.9% (6,224.5 millones de pesos) y para 1979 el 2.7% (8,089.0 millones de pesos), mientras que el Total de la Inversión Pública fue de 217,381.6 (100.0%) millones de pesos - para 1978 y de 297,908.7 (100.0%) millones de pesos - para 1979.

Como se puede observar, el Gasto en la Salud y Seguridad Social, también favorece a las personas con mayores ingresos relativos.

De las cifras anteriores se detecta que el panorama - de la salud en México presenta una desigualdad manifiesta, asimismo observamos que a nivel Odontológico, no existe un presupuesto específico, siendo sólo la - SSA la única institución que contaba con una Dirección General de Estomatología, para la cual se asignó:

| | | | |
|------|---|---------------------|---------|
| 1978 | - | 4 millones de pesos | (-0.5%) |
| 1979 | - | 5 " " " | (-0.5%) |
| 1981 | - | 5 " " " | (-0.4%) |

en el resto de nuestras Instituciones de Salud, se en-
globa a los servicios generales de salud.

Es obvio que la demanda de servicios del País, no co-
rresponde a la inversión que se realiza para proporci-
onarlos, de ahí que este renglón como limitante sea de
gran importancia, ya que de continuar en esta propor-
ción, siempre se contará con zonas que carecen de --
atención médica, afectándose directamente las Areas -
Rurales.

G) ORIENTACION Y DIVULGACION

Sobre esta limitante sólo mencionaremos que dadas las condiciones socio-económicas de nuestras comunidades, la población rural no cuenta con orientación sobre los servicios médicos; en Odontología la situación es más crítica, si se considera la falta de preparación a nivel preventivo en las enfermedades buco-dentales.

Asimismo encontramos que la divulgación de este servicio es insuficiente, ya que está limitada a los trabajos comunitarios que se organizan a través de Brigadas Dentales y de la información comercial que reciben de los medios de comunicación.

Su situación de salud dental es relativa, ya que el nivel de órganos dentarios extraídos supera al de órganos dentarios tratados.

En orientación y divulgación Odontológica, también las zonas urbanas cuentan con un porcentaje mayor de atención, lo cual es originado por la preparación de los habitantes y por la concentración de los servicios dentales en las grandes ciudades.

IV APLICACION DE LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA

Las estadísticas sobre la atención odontológica son escasas, sin embargo por las existentes se detecta que la aplicación de este servicio no cubre las necesidades mínimas de la población.

La SSA presenta datos de servicios prestados a nivel odontológico como sigue:

1)

| A ñ o | Servicios Prestados |
|-------|---------------------|
| 1970 | 540 |
| 1971 | 543 |
| 1972 | 679 |
| 1973 | 748 |
| 1974 | 693 |
| 1975 | N.D. |
| 1976 | N.D. |
| 1977 | N.D. |
| 1978 | 966 |
| 1979 | 1,897 |

N.D. = No hay datos

2)

| ORGANISMO | 1 9 7 8 | 1 9 7 9 |
|---|-----------|-----------|
| SSA | 694,000 | 462,328 |
| IMSS | 5.576,975 | 3.154,000 |
| ISSSTE | * | 5,548 |
| DIF | 19,652 | 16,350+ |
| CFE, PM, INI, DDF, SDN, SM, SHCP, SEP, | 33,424 | 25,817 |

+ estimada

* Durante el año 1978 el ISSSTE asignó porcentaje para educación continua para Médicos Odontólogos, a través de la Coordinación Nacional de Odontología.

En el Cuadro 1, observamos que los servicios prestados - por la SSA en los años de 1970-1979 reporta un total de 6,066 pacientes atendidos en 10 años, lo cual representa un promedio anual de 606.6 servicios de odontología a nivel de esa Institución, en el aspecto curativo.

En el Cuadro 2, se detecta un gran incremento en la población atendida a nivel Institucional en los años 1978 y 1979, sin embargo esto es aparente, ya que estas cifras corresponden en un 100% al aspecto preventivo, esto es que son cantidades de aplicaciones tópicas de flúor realizadas.

Es importante destacar, de acuerdo a la estadística del Cuadro 2, que a pesar de que los Servicios Odontológicos proporcionados no cubren a una población representativa, ya se trabaja ampliamente a nivel infantil en forma preventiva por lo que se refiere a enfermedades bucodentales, lo cual representa además que se está desper-

tando conciencia en los adultos, sobre la importancia de la salud dental.

En las zonas rurales las perspectivas de concientización de las comunidades también son favorables, si consideramos las experiencias y la respuesta obtenida de la población en el trabajo de campo realizado; sin embargo los resultados no son tan positivos como se desearía, ya que las limitantes para la aplicación de la Odontología Comunitaria son determinantes.

Asimismo en estas Areas, se trabaja en forma continua, a través de las Brigadas de Salud Dental que organiza la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. y los pasantes de Cirujanos Dentistas, en diferentes Estados de la República, cuyo objetivo principal es generar en los habitantes de las poblaciones visitadas, la inquietud sobre la importancia de la salud dental y respecto a su educación - en este aspecto, así como lo relevante del aparato masticatorio en función del resto de la economía y su relación con enfermedades del aparato digestivo y a nivel de todo el organismo.

Es evidente que este renglón no ha obtenido su mayor alcance, pero se destaca notablemente la labor que se ha

venido llevando a cabo para obtener día a día una aplicación de la Odontología, no sólo a las zonas urbanas, sino también a los lugares más apartados del País.

En síntesis, si consideramos que la salud es desigual en México, con base a lo reportado en puntos anteriores, resulta lógico que Odontología también sea una Área de la Salud cuyo parámetro está manifiesto en relación a los servicios médicos prestados.

La aplicación de la Odontología Comunitaria es un campo abierto al Cirujano Dentista de consulta privada, ya que como se reportó, a nivel Institucional, no podrá establecerse un equilibrio entre población y servicios recibidos, debido a la falta de planeación en este aspecto, así como por el bajo presupuesto con que cuentan para llevar salud y seguridad social al País, es obvio que la descentralización de este servicio sería sumamente positiva; sin embargo sólo se menciona como posible solución, ya que será conciencia de cada Odontólogo dar sus conocimientos en beneficio de los ciudadanos, elevando la aplicación de la Odontología Comunitaria en México.

V OBJETIVOS DE LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA

Estos objetivos están relacionados en forma directa con los servicios generales de salud para la población.

Se puede decir que hasta la fecha no ha habido definiciones claras ni detalladas de lo que se persigue en materia de salud. Dentro de las pocas formulaciones oficiales de Programas, están las de los Sub-secretarios - de Planeación y Salubridad de la SSA en abril de 1977:

- 1) Atención preventiva
- 2) Atención curativa
- 3) Capacitación de la población para la autoprotección de la salud.
- 4) Saneamiento y mejoramiento del medio.
- 5) Formación y desarrollo de recursos humanos.
- 6) Investigación, ciencia y tecnología.
- 7) Producción de bienes.

Sin embargo lo que está ausente es un plan general que los dirija hacia objetivos concretos que tengan relación con la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Los objetivos del programa en este sexenio son: dar vigencia al derecho a la salud y el Gobierno tiene el firme -- propósito de extender los bienes de la medicina a todos -- los mexicanos.

Así, a mediados de 1979 se establece un Convenio en el que el IMSS llevaría a cabo un programa de atención médica dirigido a 10 millones de mexicanos que vivan en zonas marginadas en combinación con la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) para lo cual se pretende construir una red de 2,000 unidades médicas rurales y urbanas y de 52 clínicas de campo -- que se ubiquen en zonas indígenas y áridas, regiones ixtle-ras y candelilleras y áreas marginadas de las ciudades, en las que se proporcionarán servicios médicos a cambio de -- jornadas de trabajo de los usuarios.

El programa estará financiado en su totalidad por fondos -- federales que tan sólo en 1979 fueron de 2,661 millones de pesos. Con este programa los marginados que queden a cubierto podrán tener derecho a la atención médica, farmacéu-tica, así como a cirugía y hospitalización, a cambio de -- trabajos personales para beneficio de las comunidades que habitan.

En septiembre de 1979 se ponían en servicio 890 unidades médicas rurales IMSS-COPLAMAR, más 52 clínicas-hospital del campo, de aproximadamente 60 camas cada una.

En septiembre de 1980 se pusieron en servicio 1,215 nuevas unidades rurales y 41 clínicas-hospital, se ha protegido con servicios de salud a 14 millones de campesinos que por residir en 20 mil localidades antes marginadas, carecían de atención médica.

Esto ha sido posible a través de un nuevo Programa denominado Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, - en la que los servicios se prestarán independientemente de que los habitantes estén en el mercado de trabajo o - fuera de él. Los desempleados podrán ser atendidos a -- cambio de trabajo comunitario y de otras actividades en beneficio de los propios pueblos.

El IMSS sumará sus 310 unidades médicas rurales y 30 clínicas-hospital; edificó 890 unidades en 1979; edificó -- 800 en 1980 más 10 clínicas-hospital; y en 1981 12 clínicas más.

Asimismo, el pasado 25 de agosto de 1981 fue constituida, por Acuerdo Presidencial, la Coordinación de los Servicios de Salud, a cuyo cargo se encuentra el Dr. Guillermo Soberón; la misión asignada a esta Dependencia de asesoría y apoyo de la Presidencia de la República, consiste en determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y financieros que permitan sentar las bases para la conformación de un Sistema Nacional de Salud que proporcione cobertura al total de la población.

El 14 de diciembre de 1981 el Dr. Soberón, Coordinador de los Servicios de Salud, presentó ante el gabinete del Sector Salud, presidido por el Lic. José López Portillo, Presidente de la República Mexicana, el Programa de acción de la coordinación de los servicios de salud, el cual se integra de:

- ..” I Introducción
- II Organización y marco de referencia para la acción de la Coordinación de los Servicios de Salud.
- III Identificación de las funciones de atención médica, asistencia social, salubridad y seguridad social
 - A) Atención médica
 - B) Asistencia social
 - C) Salubridad
 - D) Seguridad social

**IV Proceso para la integración de los servi
cios de salud**

- A) Modalidades de la integración**
- B) Estrategias de la integración**

V Acciones inmediatas

- A) Acciones de integración orgánica**
- B) Acciones de integración funcional**

VI Acciones mediatas

- A) Diagnóstico de salud del País**
- B) Recursos humanos**
- C) Recursos financieros y físicos**
- D) Investigación para la salud**
- E) Ampliación de los servicios de salud a la población rural, a través de la compatibilización de los programas - existentes.**

..."

Con este avance en la atención médica a las zonas rurales, se pretende hacer llegar servicios especializados a todo - el País, incluyendo Odontología.

Por lo anterior determinamos que los objetivos concretos - de la Odontología Comunitaria son:

- Elevar el número de población atendida
- Proporcionar educación Odontológica
- Proporcionar educación Nutricional
- Disminuir el número de órganos dentarios extraídos

- Enfocar instrucción dental a la niñez
- Crear conciencia y responsabilidad profesional en el Cirujano Dentista.
- Despertar el interés de los miembros de las comunidades sobre la importancia de la atención dental.

NECESIDADES PARA EL DESARROLLO DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA EN EL TRABAJO DE CAMPO REALIZADO.

Las necesidades Odontológicas de una comunidad, por lo expuesto anteriormente, pueden considerarse previo conocimiento real de su situación; sin embargo, debido a la gran demanda que tendría la prestación de este servicio y la falta de Cirujanos Dentistas que la cubran, se espera la solicitud de las autoridades de determinada población y se procede a cubrir los requisitos, a fin de satisfacer la petición formulada; para ello es necesario fundamentalmente el Organizador.

El trabajo de campo que se expone se realizó contando con los pasantes de la Facultad de Odontología, así como con un organizador asignado por la Facultad de Odontología de la U.N.A.M., gracias a quien es posible el análisis planteado.

A) ORGANIZACION Y PROYECCION DEL TRABAJO SOCIAL, APLICADOS A LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA.

Con base a experiencias anteriores el Organizador planteó los lineamientos de trabajo, haciendo resaltar la importancia del desarrollo de la labor

a realizar, así como creando conciencia en los participantes respecto a las necesidades de la población a visitar y de la importancia de la imagen -- que como prestadores de ese servicio debería mantenerse, recordando además que gracias al pueblo de México había sido posible nuestra preparación académica.

Se preparó material didáctico y un grupo de Teatro Guiñol, a través de lo cual se ilustraba sobre que es la caries, que la provoca y cuales son los auxiliares para la prevención de la misma. Asimismo se dieron pláticas sobre nutrición y su importancia en la salud, se informó sobre técnica de cepillado y pláticas sobre la importancia de la cavidad oral y las visitas al dentista.

B) EQUIPO E INSTRUMENTAL - MATERIAL MEDICO ODONTOLOGICO

A fin de poder desarrollar el trabajo en cuestión y lograr los objetivos marcados, se conjuntó el instrumental y material médico-odontológico necesario.

Agujas cortas y largas
Oxígeno
Zaforite
Resinas
Formocresol
Gasas estériles
Agua oxigenada
Suero fisiológico
Abatelenguas
Pasta abrasiva (lustrex)
Flúor
Anestésicos
Analgésicos
Adrenalina
Antiestamínicos
Cubre bocas
Merthiolate
Violeta de Genciana
Antibióticos
Antinflamatorios
Medicinas en general

- Equipo e instrumental

Unidad móvil de alta velocidad

Motores de baja velocidad

Instrumental de exodoncia

Instrumental de Odontoxesis

Instrumental de Profilaxis

Instrumental para unidad de alta velocidad

Instrumental para baja velocidad

Instrumental para amalgamas

Instrumental para exploración y obturación

- Material médico-odontológico

Amalgama

Mercurio

ZoE permanente

Hidróxido de calcio en polvo

Agua bidestilada

Dycal

Matriz

Algodón

Alcohol

Cloruro de Benzalconio

Vasos desechables

Toallas desechables

Jeringas desechables

C) ADMINISTRACION, CONDUCCION, APLICACION DE LAS DIFERENTES RAMAS DE LA ODONTOLOGIA, DISCIPLINA Y REPORTES DE RESULTADOS.

Con todos los elementos necesarios a nuestro alcance (proporcionados por la Facultad de Odontología unos, y otros aportados por los integrantes de la brigada), se inició el trabajo visitando las comunidades, de acuerdo al programa formulado por las autoridades de Río Verde, S.L.P.

La administración, conducción y disciplina estuvieron a cargo del Organizador, así como la supervisión sobre los trabajos odontológicos, manejo de pacientes y reportes de resultados.

Se formuló un Reporte Diario, en el cual se incluía: fecha, lugar, características geográficas y sociales, acontecimientos y generalidades; un control Diario de Labores, el que contaba con: nombre del alumno y tipo de Trabajos Realizados; una Gráfica Diaria de Labores y la Constancia de Servicio proporcionada -- por las autoridades de cada población visitada.

Se elaboró al finalizar el trabajo de campo, un Resumen de Labores por Población; Gráfica Global de Labores; Resumen Global de Labores y pacientes atendidos y Gráfica Global de Labores y pacientes atendidos por población.

ESTADO ACTUAL DE PROBLEMAS DENTALES EN ZONAS DE MUESTREO

Se visitaron las comunidades que se mencionan a continuación, las cuales son municipios de Río Verde, en el estado de San Luis Potosí:

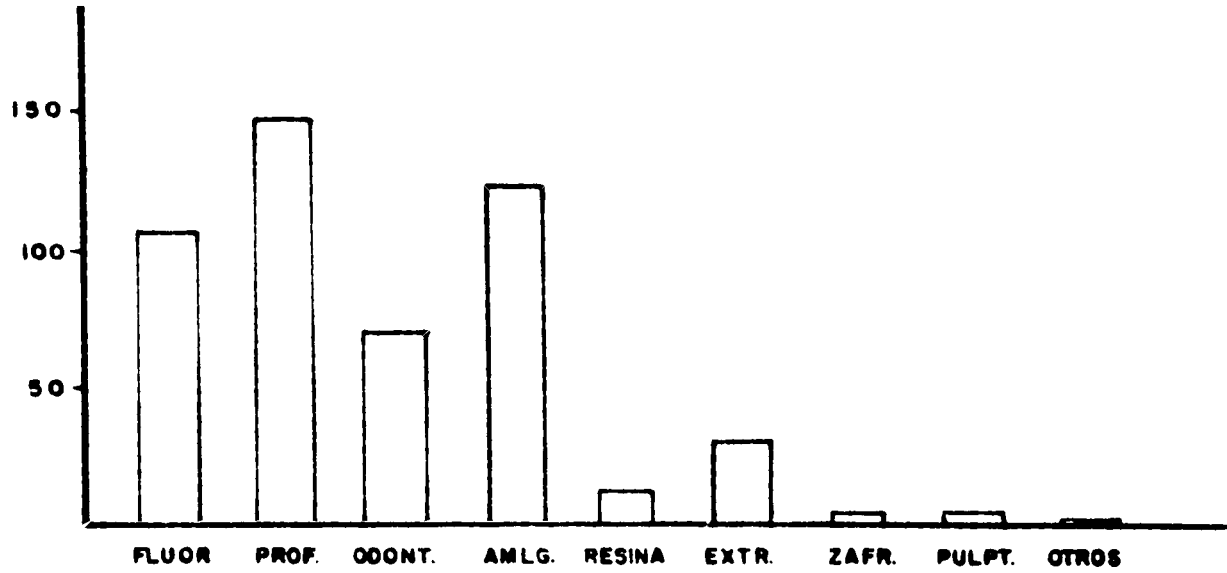
| <u>COMUNIDAD</u> | <u>TOTAL HABITANTES</u> |
|--|-------------------------|
| Puente del Carmen | 1,800 |
| El Capulín | 4,000 |
| Plazuelas | 1,600 |
| San José del Tapanco | 1,565 |
| Los Angeles-Cofradía | 660 |
| Gja. Preliberacional Miguel Hidalgo | 800 |
| Pastora | 1,500 |
| Progreso | 5,200 |
| San Diego | 3,200 |
| Adjuntas | 830 |
| | <hr/> |
| | 21,155 |
| | <hr/> |

El trabajo de campo realizado nos proporcionó los resultados que exponemos gráficamente, detallando el total de -- tratamientos realizados por población; así como un resumen de los mismos.

MUNICIPIO PUENTE DEL CARMEN

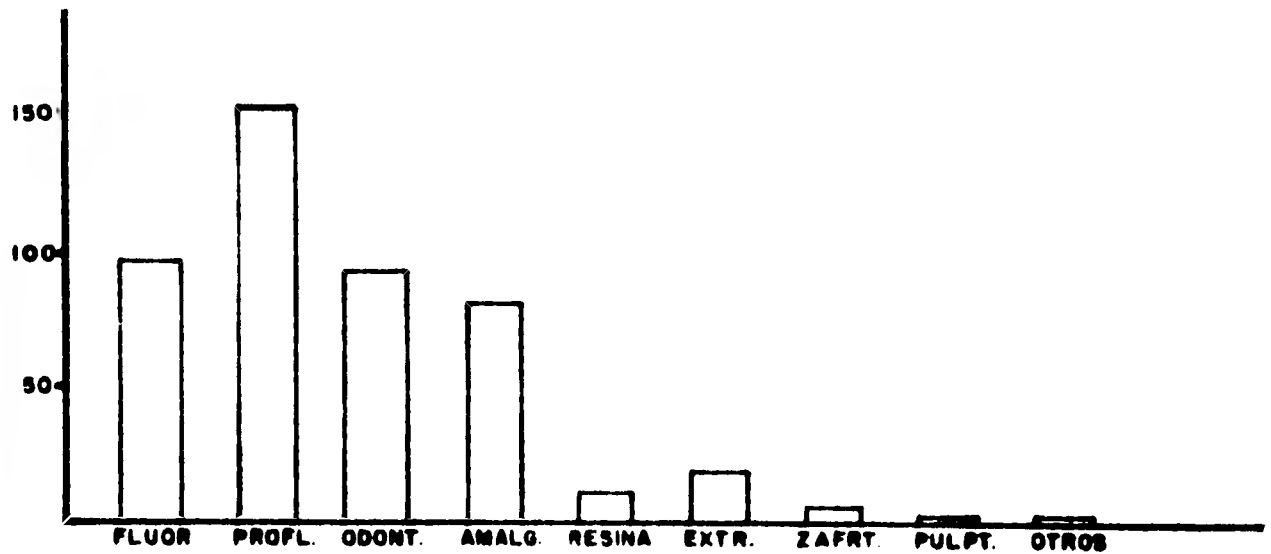
RIOVERDE S.L.P.

GRAFICA DIARIA DE LABORES



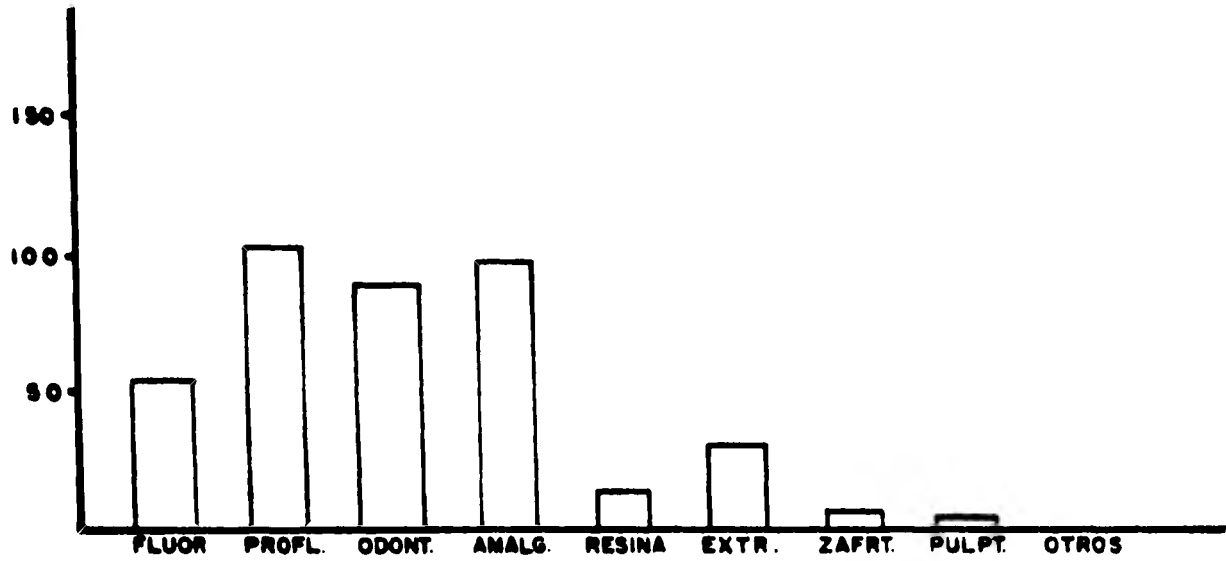
MUNICIPIO EL CAPULIN RIOVERDE S.L.P.

GRAFICA DE LABORES



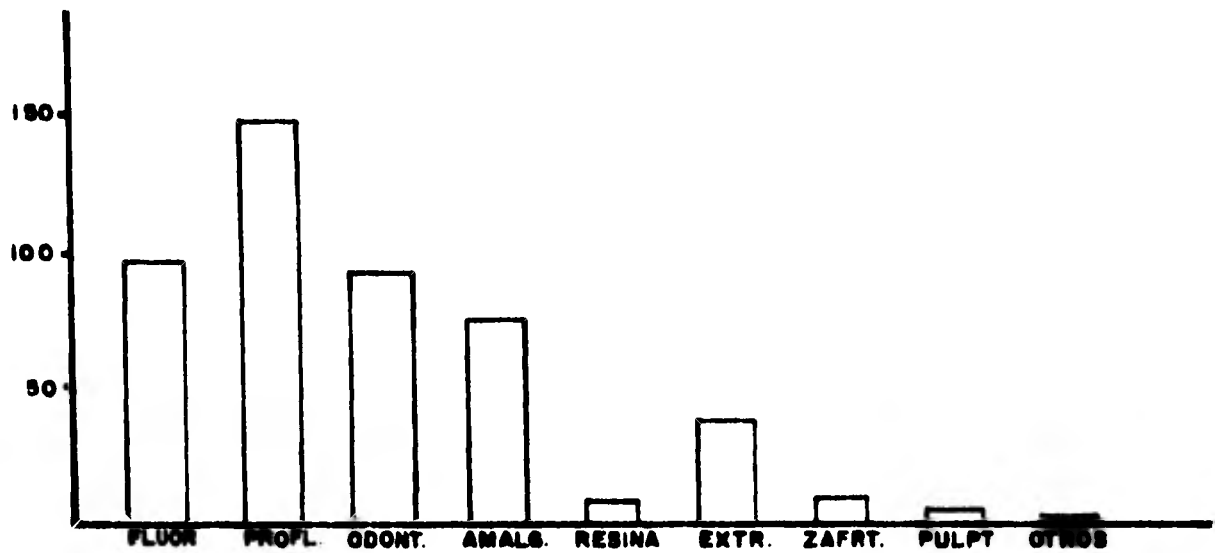
MUNICIPIO PLAZUELAS RIO VERDE S.L.P

GRAFICA DE LABORES



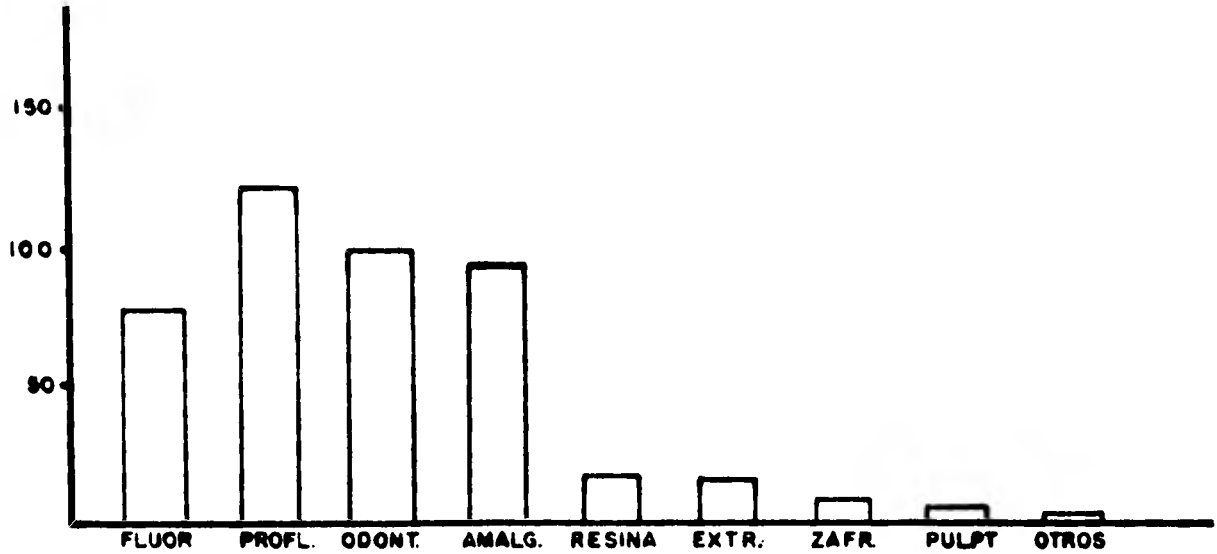
MUNICIPIO SN. JOSE DEL TAPANCO RIO VERDE S.L.P.

GRAFICA DE LABORES



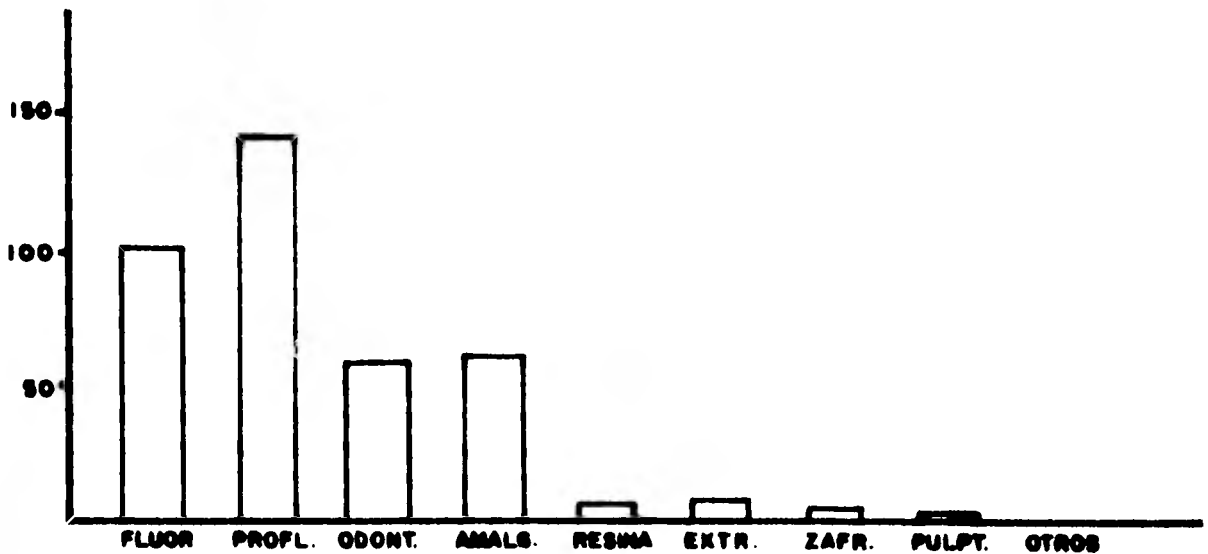
MUNICIPIO LOS ANGELES COFRADIA RIOVERDE S.L.P.

GRAFICA DE LABORES



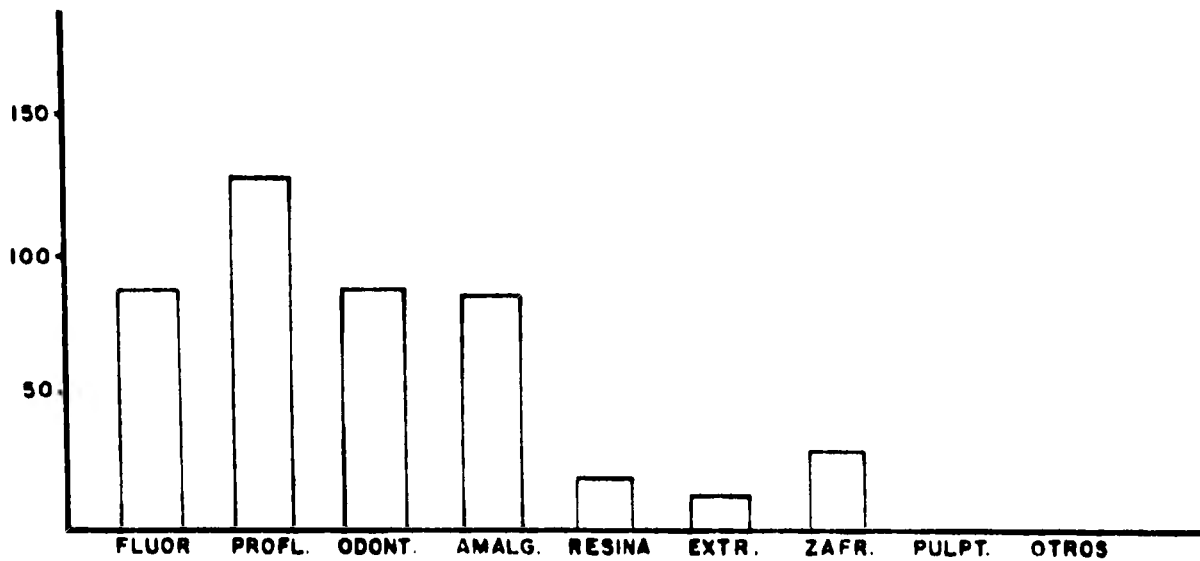
GRANJA PRELIBERACIONAL MIGUEL HIDALGO RIOVERDE S.L.P.

GRAFICA DE LABORES

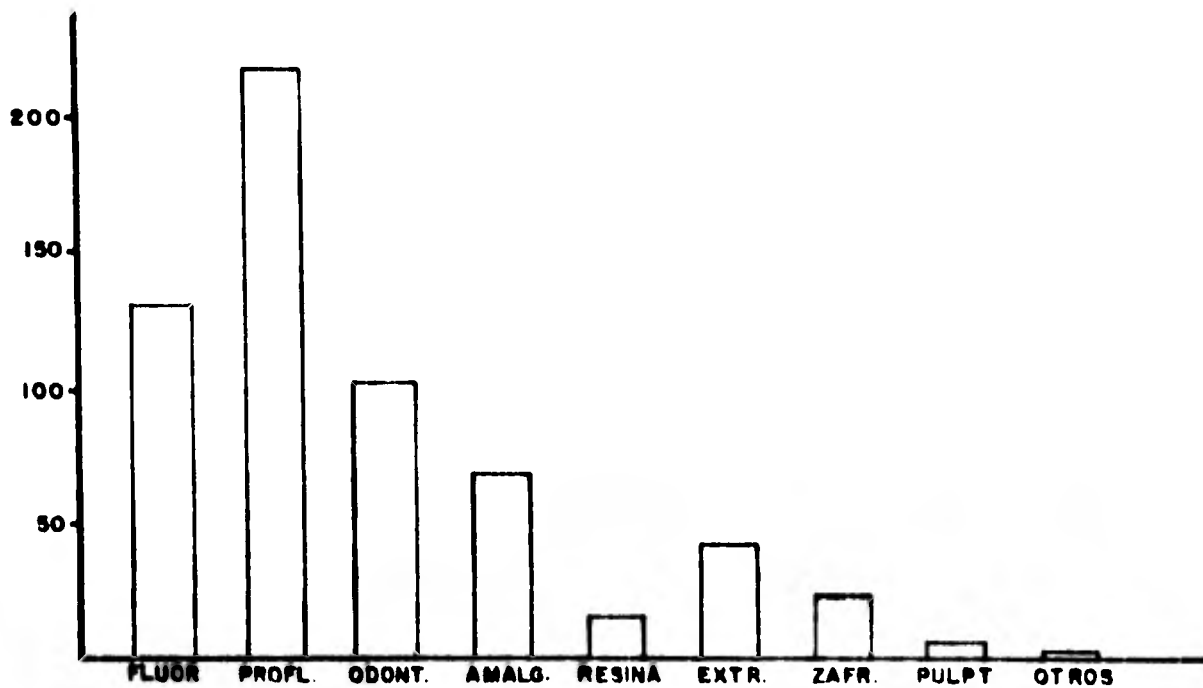


MUNICIPIO PASTORA RIO VERDE S.L.P.

GRAFICA DE LABORES

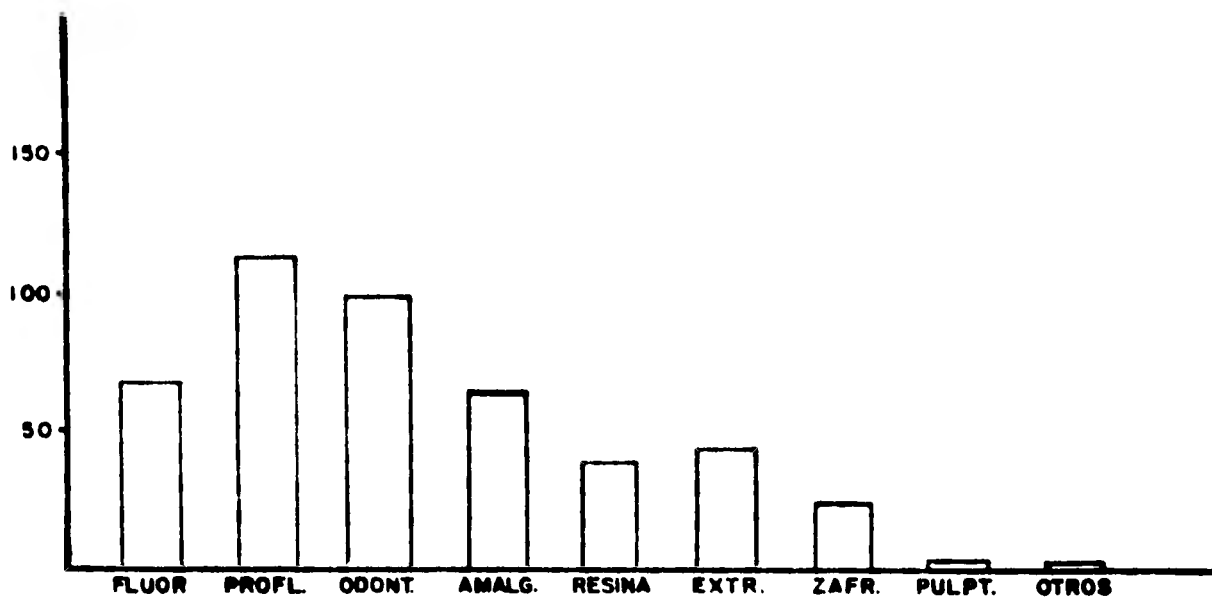


MUNICIPIO PROGRESO RIO VERDE S.L.P.



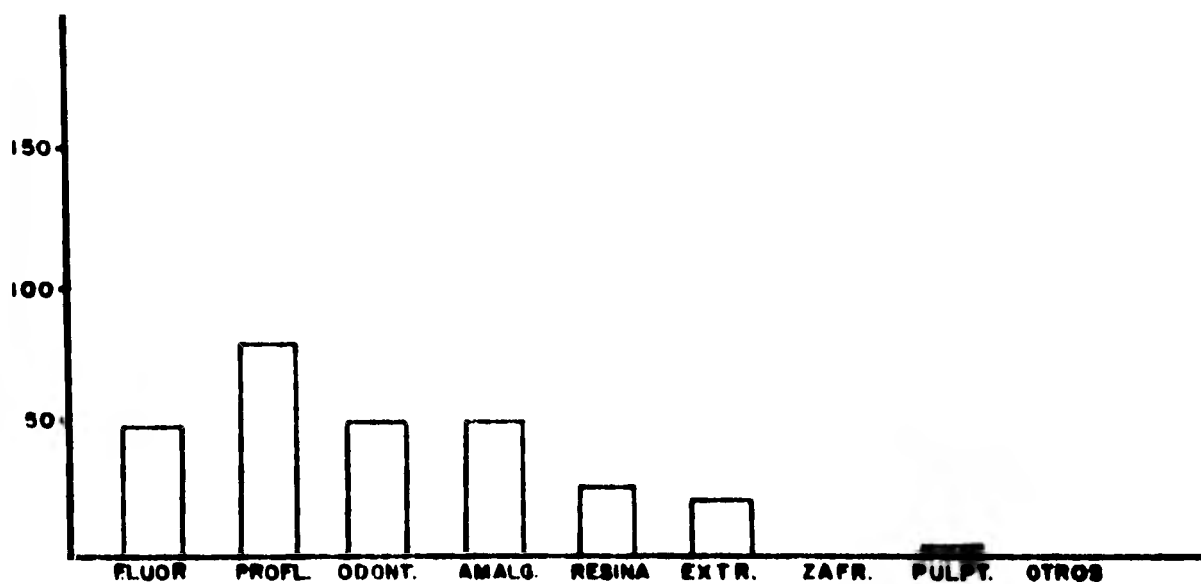
MUNICIPIO SAN DIEGO RIO VERDE S.L.P.

GRAFICA DE LABORES

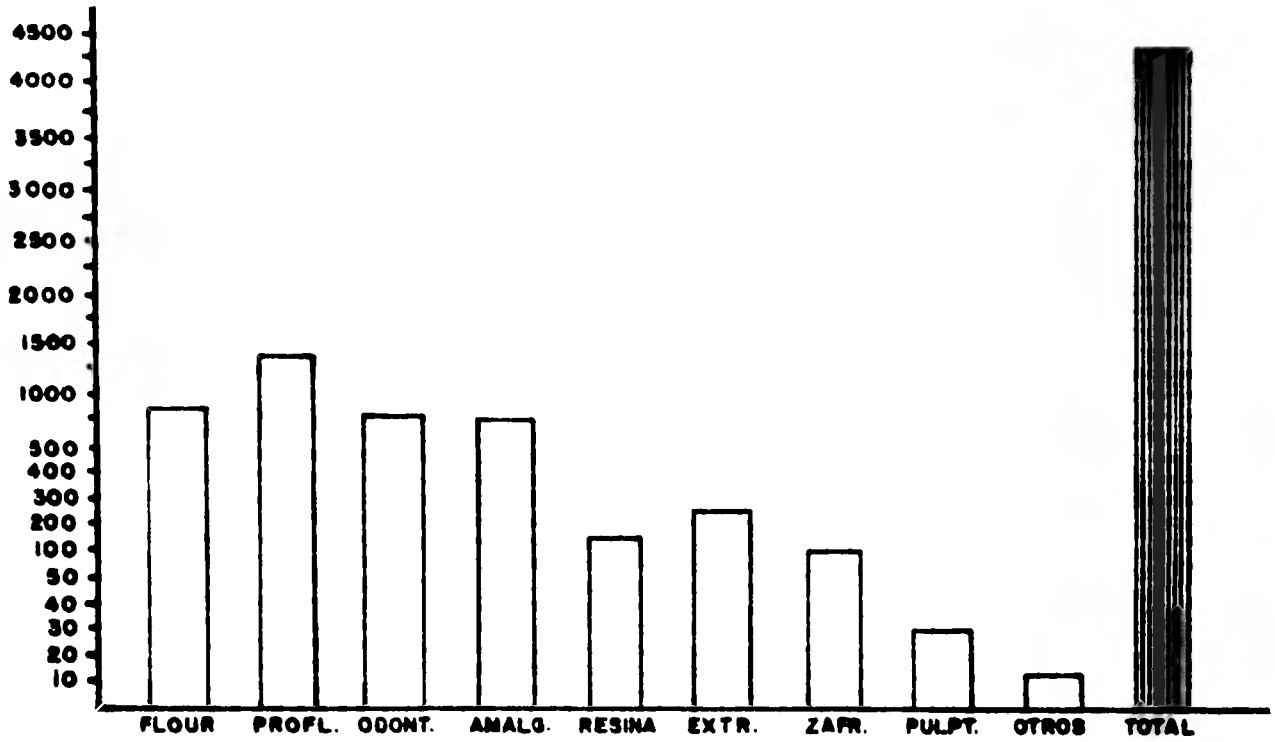


MUNICIPIO ADJUNTAS RIO VERDE S.L.P.

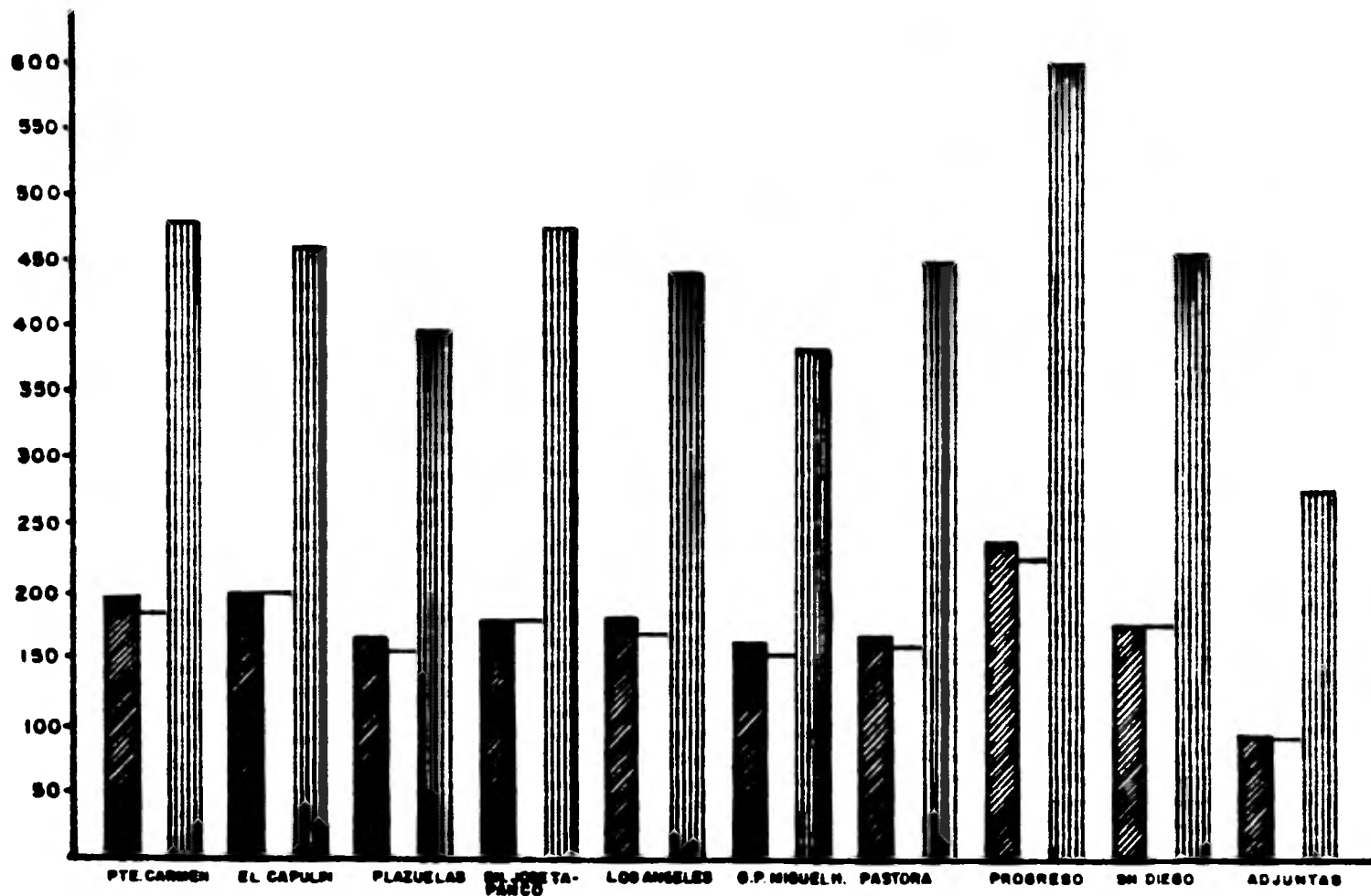
GRAFICA DE LABORES



GRAFICA GLOBAL DE LABORES



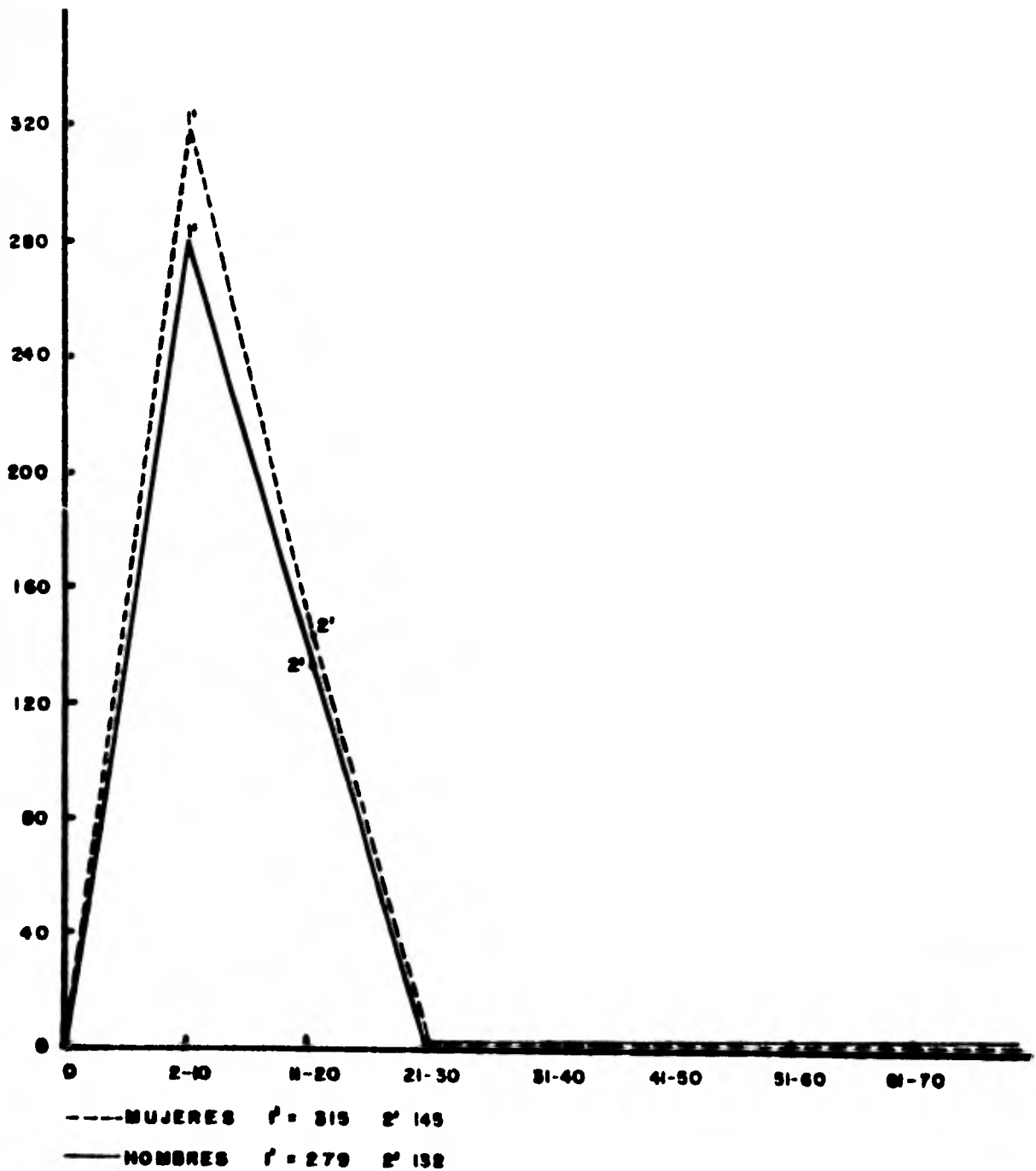
GRAFICA GLOBAL DE LABORES Y PACIENTES ATENDIDOS POR POBLACION



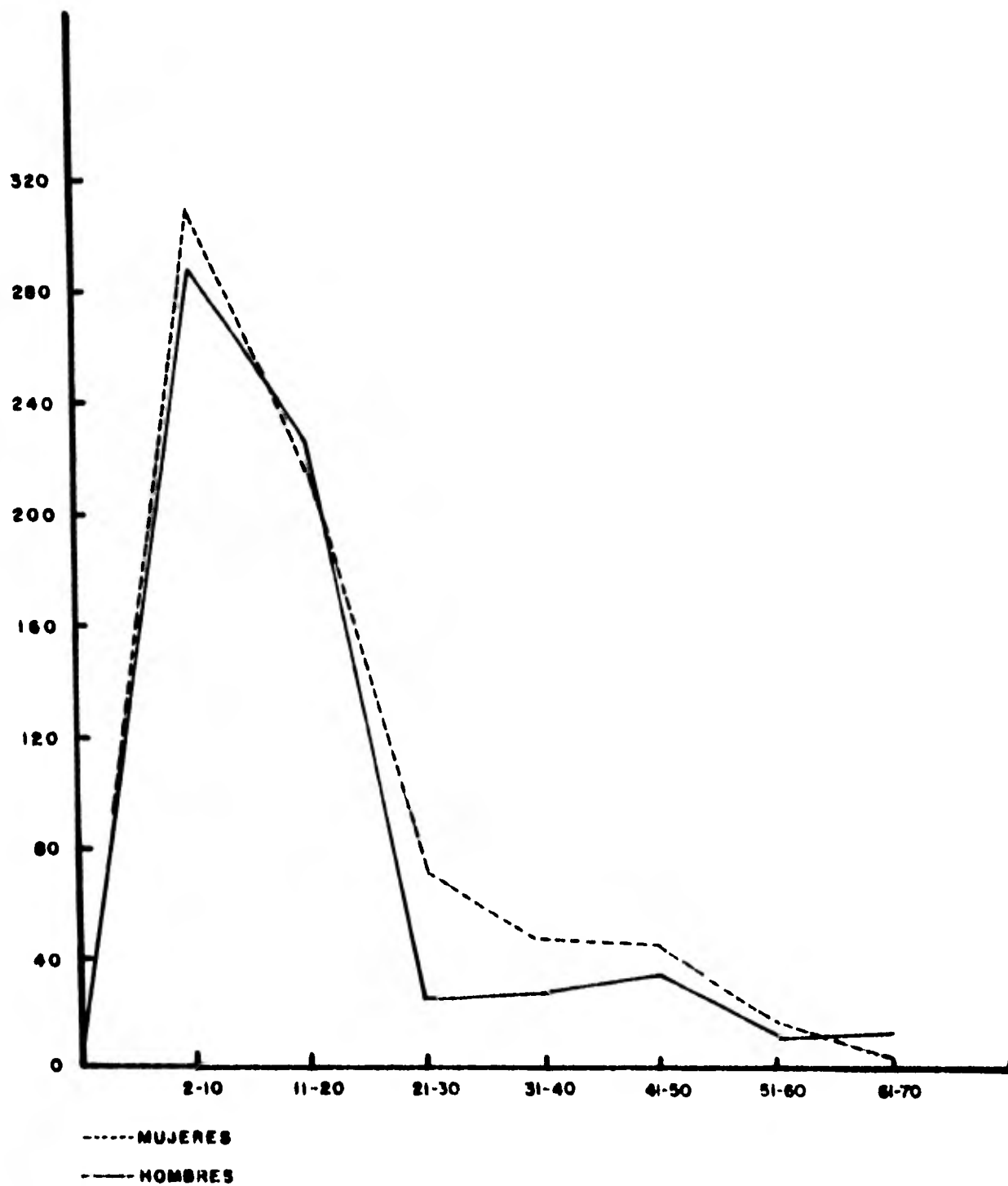
N.C.
 PACIENTES
 TRATAMIENTO

Se atendió un volumen total de 1,687 pacientes, efectuando un total de 4,388 trabajos, con este resultado se realizó un análisis comparativo de enfermedades buco-dentales en personas de 2 a 70 años, así como un desglose por lo que se refiere a hombres y mujeres, del cual se pudo detectar que existe mayor predisposición a problemas con el Aparato Masticatorio en el sexo femenino.

PACIENTES ATENDIDOS - FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD
 APLICACION TOPICA DE FLUOR

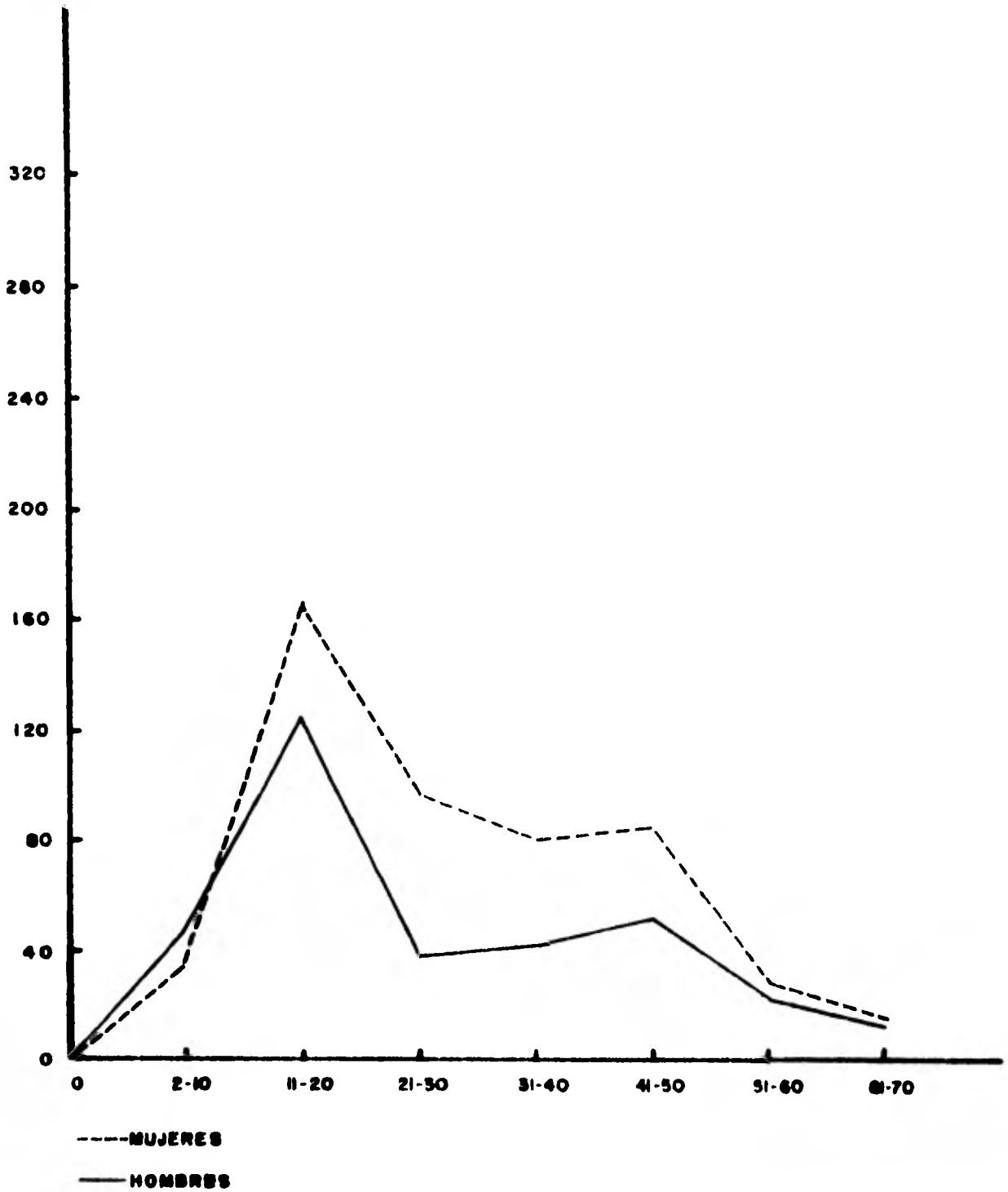


**PACIENTES ATENDIDOS - FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD
PROFILAXIS**

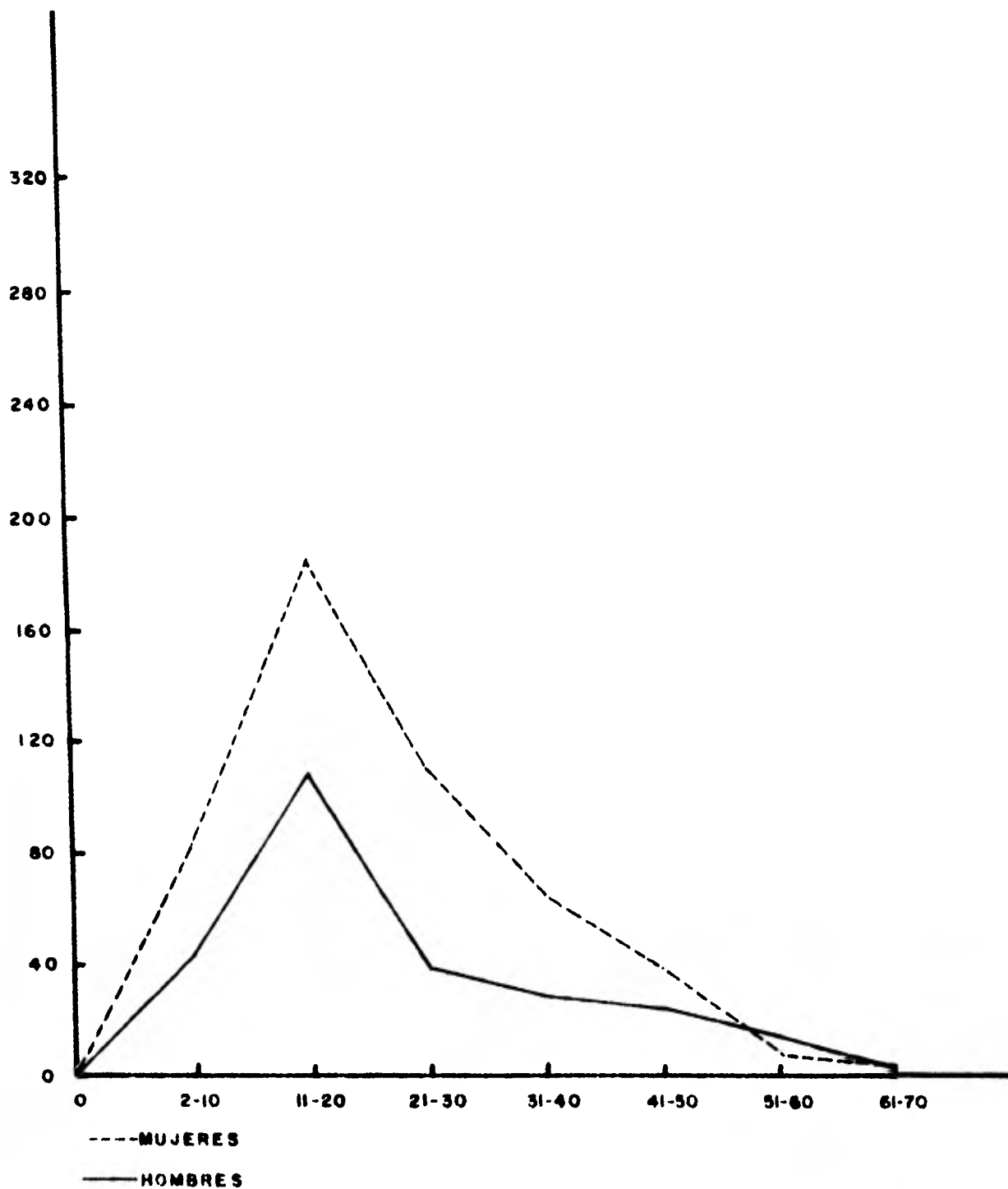


PACIENTES ATENDIDOS - FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD

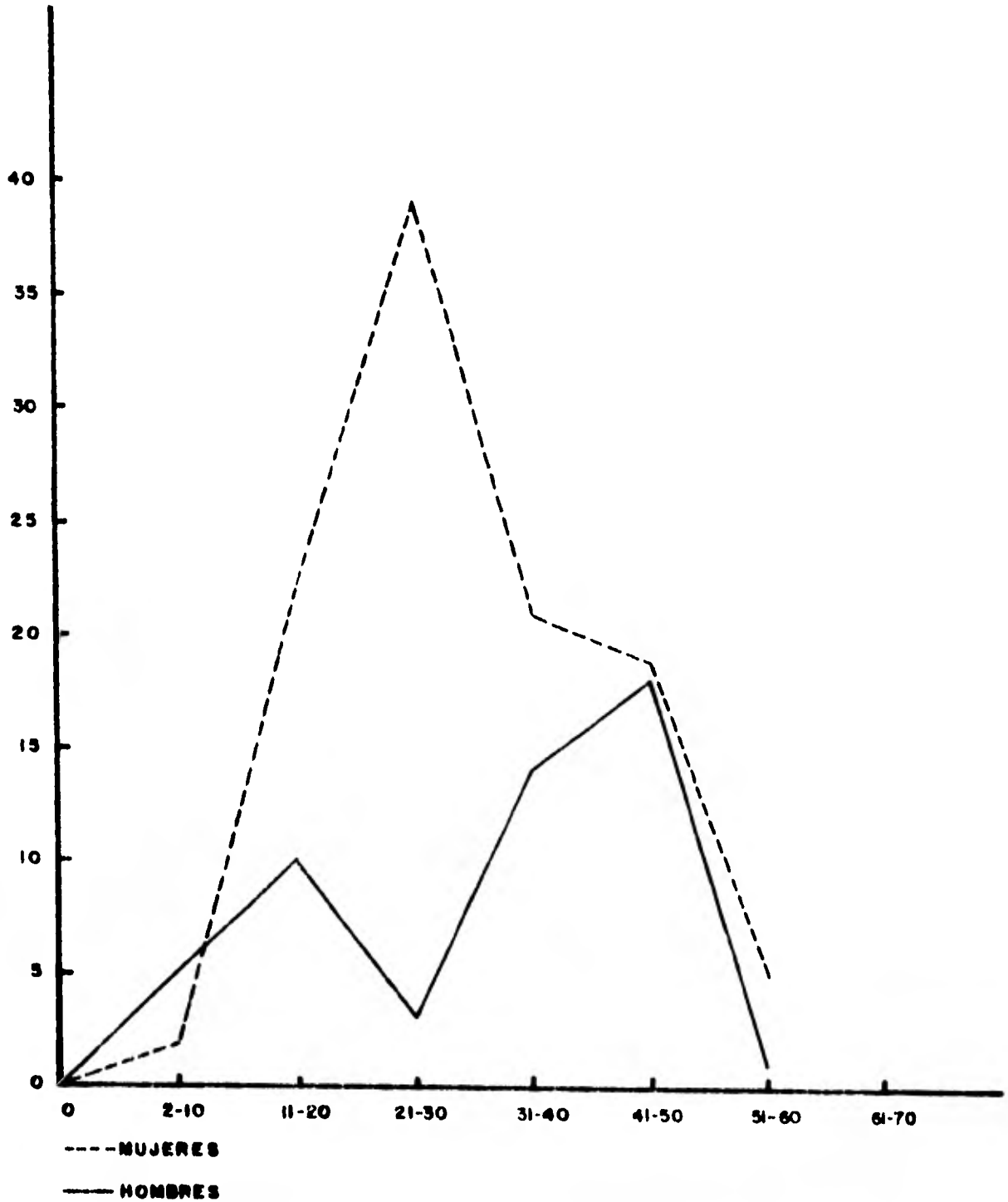
ODONTOXESIS



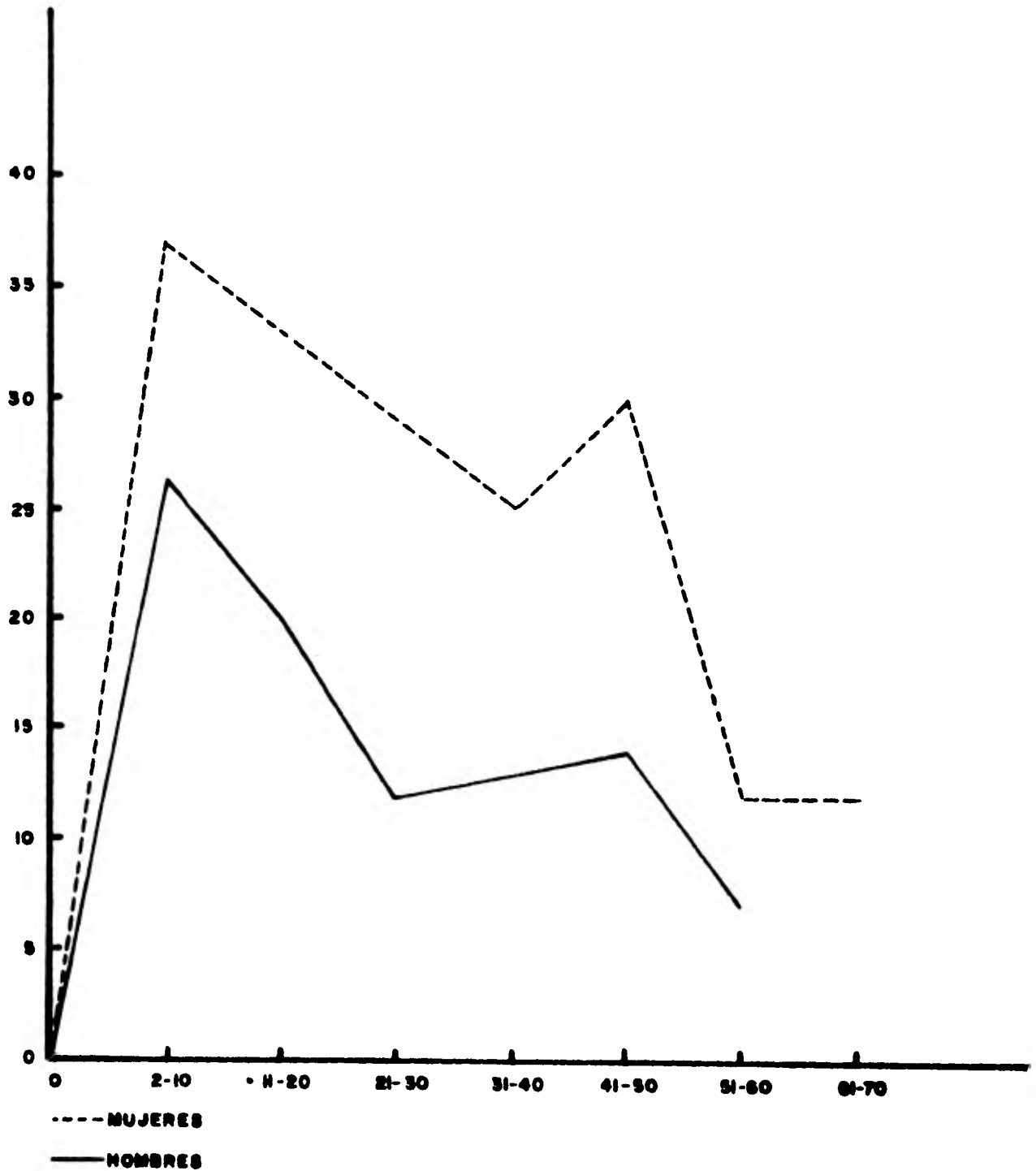
**PACIENTES ATENDIDOS - FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD
A MALGAMAS**



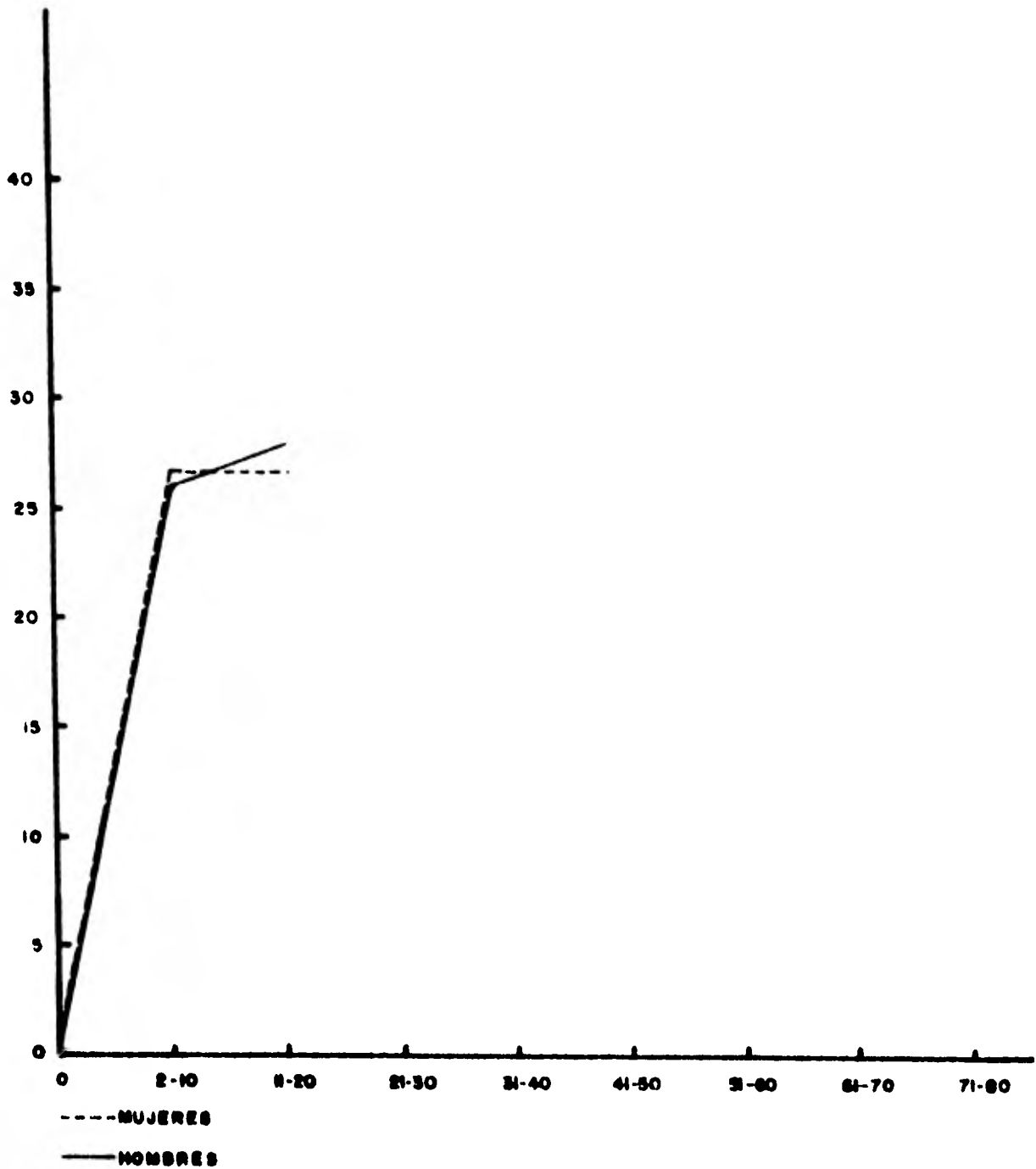
**PACIENTES ATENDIDOS - FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD
RESINAS**



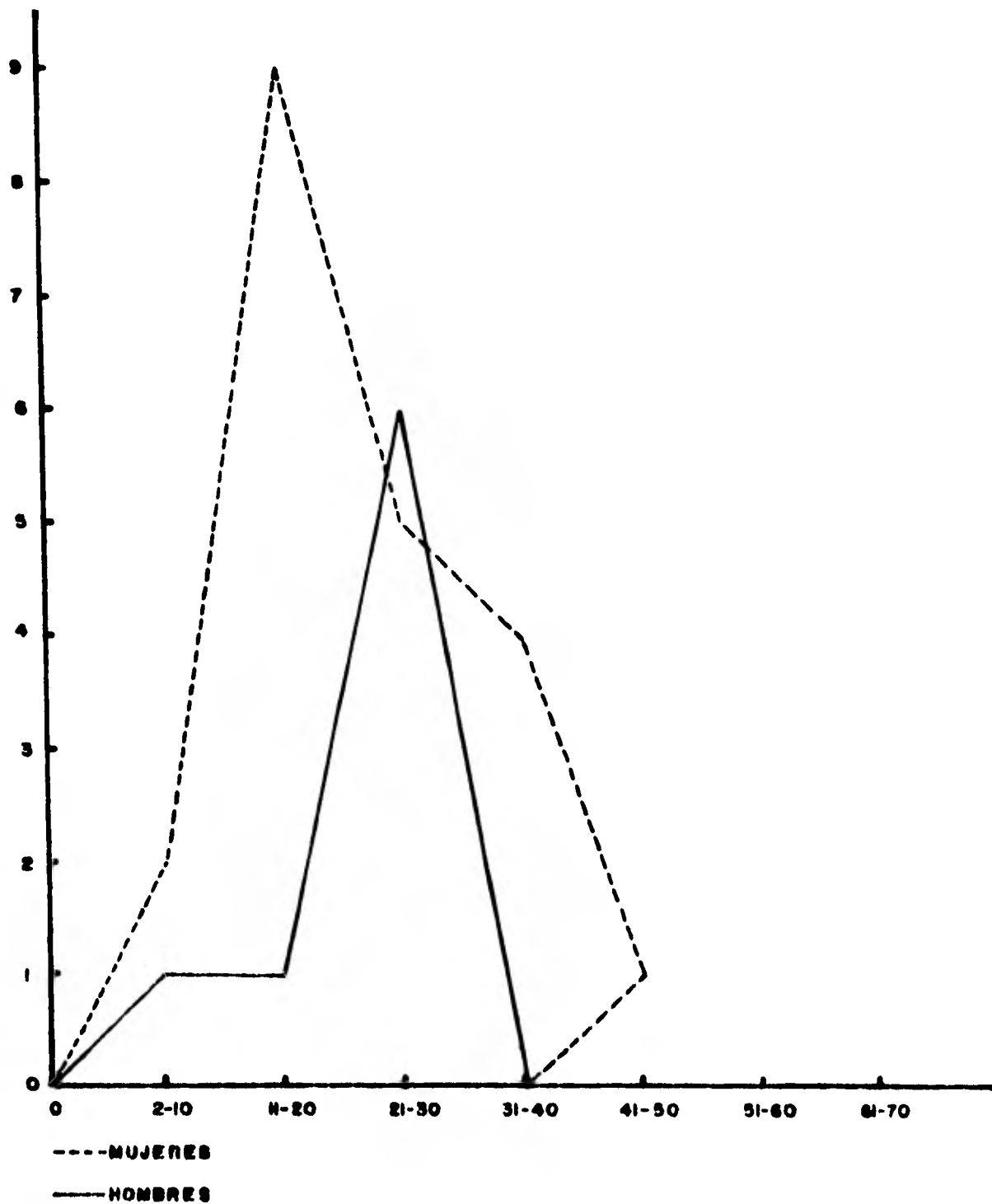
**PACIENTES ATENDIDOS - FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD
EXTRACCIONES**



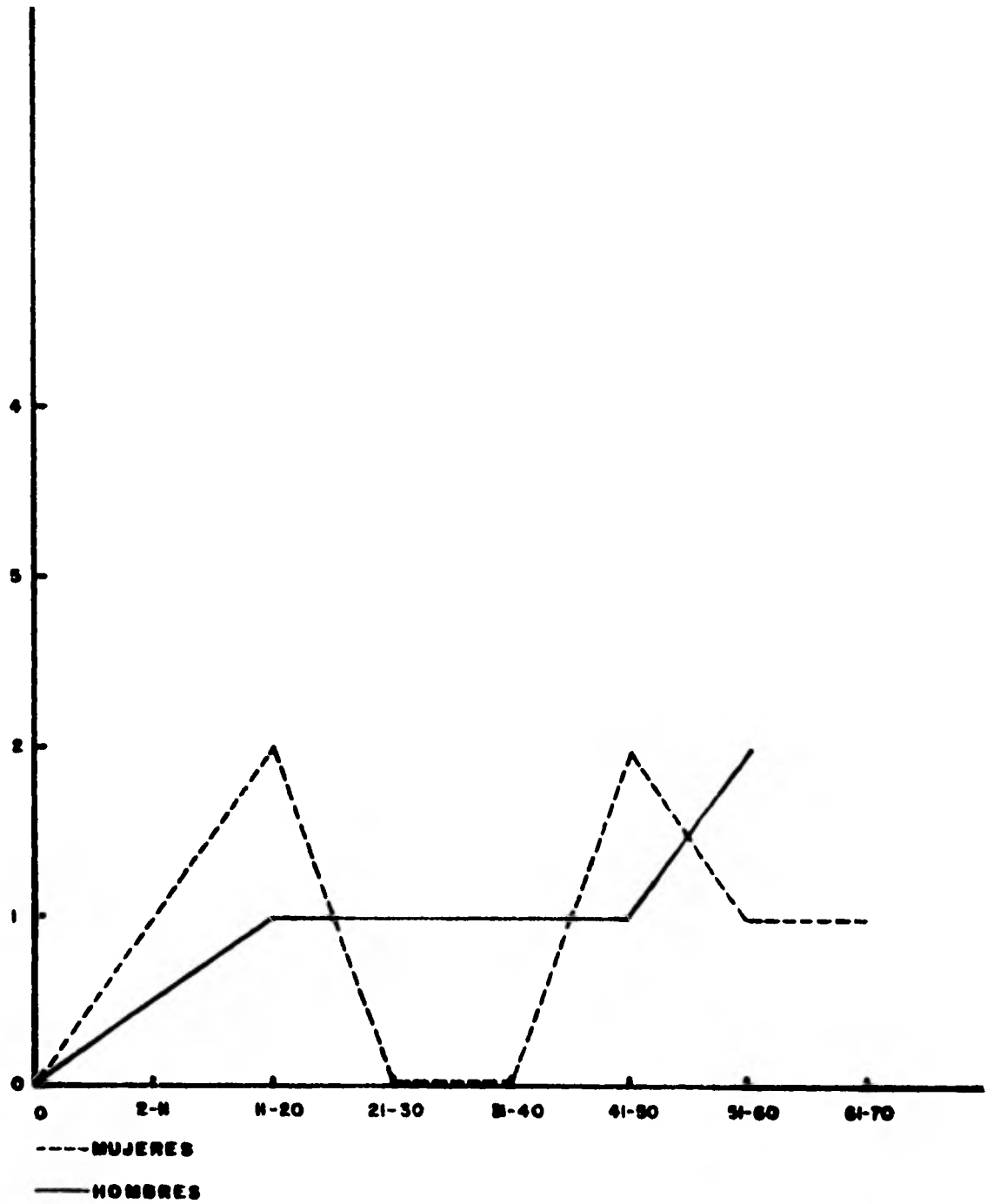
PACIENTES ATENDIDOS - FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD
APLICACION ZAFORITE



PACIENTES ATENDIDOS - FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD
PULPOTOMIAS



**PACIENTES ATENDIDOS- FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD
O T R O S**



CONCLUSIONES

El objetivo de la labor realizada era hacer una exposición fiel de la situación que guarda la salud en México, así como dar a conocer el panorama de la Odontología en el País; concretaremos el trabajo efectuado a fin de expresar claramente los resultados del mismo.

La síntesis del estudio presentado se dividirá con objeto de dar a conocer nuestras conclusiones:

TRABAJO DE CAMPO

Se realizaron 4,388 tratamientos en 1,687 pacientes atendidos, lo cual indica un promedio de 2.6 trabajos por paciente.

El total de pacientes atendidos representa un 8.0 %, lo cual manifiesta claramente sus necesidades de atención dental.

Existe mayor predisposición a las enfermedades buco-dentales en pacientes del sexo femenino.

La nutrición es determinante en la salud de las personas atendidas.

Se detectó el interés de los habitantes de las poblaciones visitadas.

- LA SALUD EN MEXICO

Se presentó un estudio sobre este punto, habiendo concluido que hasta en tanto no se implemente un programa conjunto de salud, apoyado en bases políticas, sociales y económicas, - será difícil satisfacer los requerimientos de salud del -- País.

- ODONTOLOGIA COMUNITARIA EN ZONAS RURALES

Las necesidades para la aplicación y logro de objetivos en la Odontología Comunitaria en las zonas rurales, se expusieron en base al trabajo de campo realizado, concluyendo que las necesidades en este aspecto son similares en todo el -- País. Se concluye con tres limitantes que de subsanarse podrían redituarse en beneficio de las áreas en estudio.

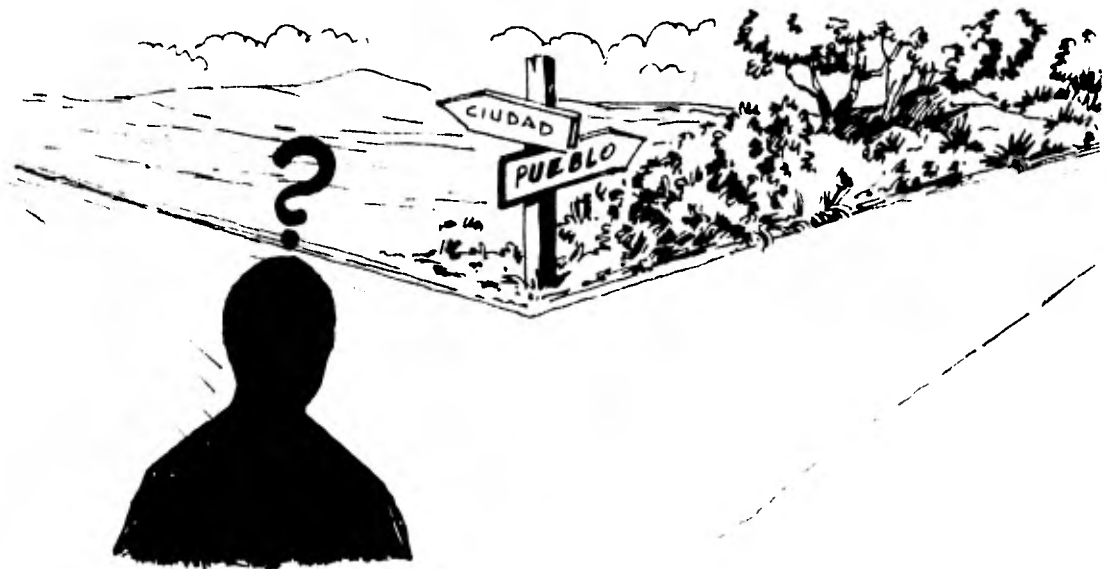
PROMOVER LA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD DENTAL



INCREMENTAR LOS SERVICIOS DENTALES EN LAS ZONAS RURALES



Y FINALMENTE, TAL VEZ LA MAS IMPORTANTE DE LAS TRES, LA DETERMINACION PERSONAL DE CADA ODONTOLOGO DE DAR SUS SERVICIOS A - SU COMUNIDAD.



De no trabajar en este aspecto, el futuro de la salud en Mé-
xico se presenta negativo, ya que el crecimiento demográfico
incrementa las necesidades de servicios de salud.

Este trabajo lo concluimos con el deseo sincero de que se -
incremente el interés de los estudiantes de Odontología en
nuestro Tema, a fin de que en un esfuerzo conjunto, sea po-
sible que la mayor parte de los habitantes de nuestro País
reciba los beneficios de salud que como Profesionistas y --
Mexicanos estamos obligados a proporcionar.

BIBLIOGRAFIA

- SANEAMIENTO URBANO Y RURAL
Victor M. Ehlers, C.E.
Ernest W. Steel, C.E.
Editorial Interamericana, S.A. - 1948
3a. y 6a. Edición

- MEDICINA SOCIAL
Manuales Gallach
D. Alfredo Opisso
CALPE
Madrid - Barcelona

- CUADERNOS DEL CES 21
Centro de Estudios Sociológicos
Cynthia Hewitt de Alcántara
ENSAYO SOBRE LA SATISFACCION DE NECESIDADES
BASICAS DEL PUEBLO MEXICANO ENTRE 1940 Y 1970
El Colegio de México
1a. Edición - 1977

- LA SALUD DESIGUAL EN MEXICO
Daniel López Acuña
Editorial Siglo XXI
2a. Edición - 1981

- LA POLITICA ECONOMICA EN MEXICO 1970-1976
Carlos Tello
Editorial Siglo XXI
4a. Edición - 1980

- MEXICO LA DISPUTA POR LA NACION PERSPECTIVAS Y
OPCIONES DEL DESARROLLO
Rolando Cordera - Carlos Tello
Editorial Siglo XXI
2a. Edición - 1981

- TERCER INFORME DE GOBIERNO
Sector Salud y Seguridad Social
José López Portillo
1 9 7 9

- QUINTO INFORME DE GOBIERNO
Sector Salud y Seguridad Social
José López Portillo
1 9 8 1

- MANUAL DE ESTADISTICAS BASICAS - I POBLACION
Socio demográficas
Secretaría de Programación y Presupuesto
Coordinación General del Sistema Nacional de Información
3) Salud y Seguridad Social
1 9 7 9

- COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Presidencia de la República
2) Cuadernos de la Coordinación de los
Servicios de salud
Dirección General de Comunicación Social
Ing. Gerardo L. Dorantes
1 9 8 1

- BOLETIN INFORMATIVO
Coordinación de los Servicios de Salud
Presidencia de la República
Enero - 1982
Febrero/Marzo - 1982

- FILOSOFIA POLITICA DE JOSE LOPEZ PORTILLO 1981
Secretaría de Programación y Presupuesto
Dirección General de Documentación y Análisis
Talleres Gráficos de la Nación, S.C. - 1981

- FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Biblioteca del Seminario de Operatoria Dental
K - 436 - 1 9 7 8
José Rafael Rodríguez

- FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Biblioteca del Seminario de Operatoria Dental
Reporte de la Brigada de Salud Dental
Río Verde, S.L.P.
Septiembre 1-12 - 1 9 8 0