

251  
905



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

LA ATENCION BUCODENTAL EN EL DISTRITO FEDERAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N :  
ALMA AMPARO DE PAZ REYES  
DELIA DE PAZ REYES  
JUAN ANTONIO SANDOVAL IBARRA

Asesor : C. D. Martha E. Castañeda Díaz



MEXICO, D. F.,

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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 está 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

LISTA DE FIGURAS .....	viii
LISTAS DE CUADROS Y FIGURAS DEL APENDICE .....	viii
RESUMEN .....	xi
I        I N T R O D U C C I O N .....	1
II       ASPECTOS GENERALES DEL DISTRITO FEDERAL .....	4
2.1.   SITUACION GEOGRAFICA .....	4
2.2.   ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS .....	4
2.3.   ASPECTOS SOCIOECONOMICOS.....	5
III      ANTECEDENTES HISTORICOS EN ATENCION	
BUCODENTAL EN EL DISTRITO FEDERAL .....	7
3.1.   MEXICO-PREHISPANICO .....	7
3.2.   MEXICO COLONIAL .....	21
3.3.   LA ODONTOLOGIA MEXICANA EN LA EPOCA	
INDEPENDIENTE .....	24
3.4.   ODONTOLOGIA CONTEMPORANEA EN MEXICO .....	26
IV       MEDICINA SOCIAL EN MEXICO .....	28
4.1.   LA ASISTENCIA SOCIAL .....	28
4.2.   LA SEGURIDAD SOCIAL .....	30
4.3.   SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	32
4.4.   LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD	
Y LA ATENCION BUCODENTAL .....	39
4.4.1   PLAN NACIONAL DE SALUD ( 1974-1983 ) .....	39
4.4.2.   PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ( 1984-1988 ) .....	43

4.4.3.	PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ( 1990-1994 ) .....	45
	INSTITUCIONES DE SALUD Y ATENCION	
	ODONTOLOGICA .....	48
5.1.	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) .....	48
5.1.1.	ORIGEN .....	48
5.1.2.	COBERTURA .....	48
5.1.3.	RECURSOS MATERIALES .....	49
5.1.4.	RECURSOS HUMANOS .....	49
5.1.5.	POLITICAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD BUCAL .....	50
5.1.6.	SERVICIOS OTORGADOS EN SALUD BUCAL .....	55
5.2.	SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (SSA) .....	57
5.2.1.	ORIGEN .....	57
5.2.2.	COBERTURA .....	58
5.2.3.	RECURSOS MATERIALES .....	58
5.2.4.	RECURSOS HUMANOS .....	59
5.2.5.	POLITICAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD BUCAL .....	60
5.2.6.	SERVICIOS OTORGADOS EN SALUD BUCAL .....	64
5.3.	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES	
	DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE) .....	64
5.3.1.	ORIGEN .....	64
5.3.2.	COBERTURA .....	64
5.3.3.	RECURSOS MATERIALES .....	65
5.3.4.	RECURSOS HUMANOS .....	65
5.3.5.	POLITICAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD BUCAL .....	73
5.3.6.	SERVICIOS OTORGADOS EN SALUD BUCAL .....	75

VI	ALTERNATIVAS NO INSTITUCIONALES EN SALUD BUCAL .....	79
6.1.	PRACTICA PRIVADA ODONTOLOGICA .....	79
6.1.1.	ORIGEN .....	79
6.1.2.	COBERTURA .....	79
6.1.3.	CARACTERISTICAS DE LA ATENCION BUCODENTAL EN LA PRACTICA PRIVADA .....	83
6.2.	ESCUELAS Y FACULTADES DE ODONTOLOGIA .....	89
6.2.1.	ANTECEDENTES .....	89
6.2.2.	CARACTERISTICAS DE LA ATENCION BUCODENTAL .....	92
VII	ANALISIS GENERAL .....	95
VIII	CONCLUSIONES .....	103
IX	BIBLIOGRAFIA .....	105
X	APENDICE .....	113

## L I S T A D E F I G U R A S

FIGURA		PAG.
1	Odontólogos por Inst. y año (México) .....	66
2	No. de Odontólogos por Inst. (MÉX. 1990) .....	68
3	Número de Odontólogos por Estado.....	69
4	Pers. Médico en contacto con paciente (D.F. 1990) .....	71
5	Número de Odontólogos por Institución (D.F. 1990) .....	72

### LISTA DE CUADROS Y FIGURAS DEL APENDICE

CUADRO		
1A	División Política y otras características de la República Mexicana.....	115
2A	Población de 12 años y más, por sexo y actividad ( D.F. 1990).....	116
3A	Distribución de la población económicamente inactiva por sexo e inactividad. ( D.F. 1990) .....	117
4A	Distribución de la población ocupada por sexo y ocupación. ( D.F. 1990 ) .....	118
5A	Población ocupada por sexo y sector de actividad. ( D.F. 1990 ) .....	119
6A	Población ocupada por sexo y grupos de ingreso ( D.F. 1990 ) .....	120
7A	Población legal y/o potencial por Institución y Estado. ( México, 1990) .....	123
9A	Población usuaria por Institución y Estado. ( México, 1990 ) .....	125

9A	Número de unidades médicas por Institución en la República Mexicana. ( Sector Salud, 1990 ) .....	127
10A	Número de unidades médicas en las Instituciones del Sector Salud. ( D.F. 1990 ) .....	128
11A	Número de odontólogos por Institución de 1986 a 1990...	129
12A	Número de habitantes por odontólogo ( México 1990 )....	130
13A	Recursos humanos en las Instituciones del Sector Salud a nivel Nacional. ( 1990 ) .....	131
14A	Recursos humanos en las Instituciones del Sector Salud. ( D.F. 1990 ) .....	132
15A	Número de consultas odontológicas por Institución y total de consultas externas en los años 1986-1990.....	133
16A	Número de consultas odontológicas por Estado y año. ( Sector Salud, México ) .....	134
17A	Número total de consultas odontológicas y externas por Institución, durante el año 1990 en el D.F.....	135
18A	Atenciones otorgadas en el servicio dental a nivel Nacional. ( IMSS, 1990 ) .....	136
19A	Número de consultorios y clínicas dentales privadas. ( Rep. Mex. 1985 ) .....	137
20A-1	Gasto corriente monetario empleado en alimentos, bebida y tabaco; comparado con el gasto en salud. ( México, 1989 ) .....	138
20A-2	Gasto corriente monetario de 7 conceptos relacionados con los cuidados médicos. ( México, 1989 ).....	139
20A-3	Gasto corriente monetario en 4 conceptos relacionados con la atención primaria. ( México, 1989 ) .....	140

21A	Presupuesto ejercido por programa e Institución a nivel Nacional. ( 1990 ) .....	141
22A	Presupuesto ejercido por programa e Institución. ( D.F. 1990 ) .....	142

FIGURA

1A	Area Metropolitana de la Ciudad de México.....	114
2A	Componentes del Sector Salud.....	121
3A	Elementos que componen el Sistema Nacional de Salud. México.....	122



## RESUMEN

En el D.F., coexisten tres modelos de atención odontológica representados por el Sector Salud Institucional, el Sector Privado y el docente-asistencial, representado por las escuelas y facultades de odontología.

El Sector Salud es la opción que más consultas odontológicas otorga, sin embargo, no son de calidad y ofrece pocos servicios en salud oral; la consulta privada presenta la desventaja de ser económicamente inaccesible a la mayoría de la población; las escuelas y facultades de odontología, ofrecen calidad, diversidad y precios bajos, pero es insuficiente su cobertura para absorber grandes masas de población.

El total de consulta dada por las tres opciones de atención bucodental no resuelve todos los problemas de salud bucal de los habitantes del D.F., y del resto del país reflejándose esto en las altas tasas de morbilidad de caries y enfermedad parodontal.

Si bien, cada año egresan una cantidad significativa de cirujanos dentista de las escuelas y facultades del D.F., y del interior del país, institucionalmente su número es muy pequeño en relación al número de derechohabientes por atender, y en comparación con el resto del personal médico; así mismo su distribución en el país es muy desigual, tanto en el Sector Salud, como en la práctica privada, notándose una mayor concentración por ambas partes en el D.F.

Por otro lado, parece existir la tendencia a disminuir el número de odontólogos en el Sector Salud, toda vez que este sector de la Salud no es de vital importancia para el Estado y para las dependencias de gobierno (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.).

## I. INTRODUCCION

La población en la ciudad de México está creciendo a un ritmo acelerado, como producto de la concentración de recursos económicos, que da como resultado, la existencia potencial de empleos y de otros satisfactores sociales de bienestar.

Esta situación, conduce a que cientos de personas emigren del interior del país en busca de mejores horizontes de vida, que esperan encontrar en el D.F.

Otro factor que influye en el crecimiento de la población en la ciudad de México y zona Metropolitana ( más de 15 millones de habitantes), es la creciente tasa de natalidad.

Como consecuencia, el Estado tiene que ofrecer distintos satisfactores para esta enorme concentración de habitantes (luz, agua, vivienda, empleos. etc.) entre ellos y el no menos importante es, la atención médica, específicamente la atención bucodental.

Partiendo del hecho de que, en México coexisten tres opciones principales de atención médica, se pretende conocer con cifras oficiales que ofrecen las instituciones estatales cuantos odontólogos existen en el país, como están distribuidos entre las diferentes instituciones del sector salud; el número de personas que se atienden y el número de consultas que se dan, así como las políticas y programas que rigen en dichas instituciones.

El mismo planteamiento se pretende realizar para la actividad privada. Esta información se analizará en relación a la población que habita en el D.F., y dará pauta para entender si cuantitativamente la población de la ciudad de México esta recibiendo o no, una adecuada atención bucodental.

Básicamente esta investigación es documental y se apoya en los indicadores estadísticos que ofrece el Sector Salud, el INEGI, y en los pocos trabajos que analizan la práctica privada odontológica del D.F.

Dada la dificultad para encontrar información, ya que ésta se encuentra dispersa, no existe o no es específica, se analizó la información hasta el año de 1970, año en el cual es más o menos uniforme la información estatal; los trabajos relacionados están dentro de la década del año de 1980 a 1990.

**OBJETIVOS :**

1.- Identificar los principales prestadores de atención en salud bucodental.

2.- Analizar los diferentes modelos de atención estomatológica que se dan en el Distrito Federal.

3.- Analizar las tendencias en salud bucal en los diferentes modelos de atención.

## II. ASPECTOS GENERALES DEL DISTRITO FEDERAL.

### 2.1. Situación Geográfica

El Distrito Federal, está dentro de una cuenca hidrográfica endorreica que se conoce con el nombre de Valle de México.

La cuenca esta situada en la porción central del país y en el extremo meridional de la provincia fisiográfica llamada Altiplanicie Mexicana (Rzedowski, 1979).

Limita al Norte, Este y Oeste con los municipios del Estado de México, al Sur se encuentra limitado por el Estado de Morelos (fig.1A del apéndice).

Tiene una superficie de 1,499 km cuadrados, con una densidad de 5494.16 habitantes por km cuadrado ( cuadro 1A del apéndice). Por su extensión, representa el 0.076% de la superficie Nacional. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1992 a).

La ciudad de México se encuentra a una altitud de 2240 metros sobre el nivel del mar, presenta un clima templado subhúmedo (Ibid).

En relación a su organización sociopolítica, el D.F., se encuentra dividido en 16 Delegaciones Políticas (INEGI, 1991 a)

### 2.2. Aspectos Sociodemográficos

Según el XI censo de población y vivienda, realizado por el INEGI en 1990, en la República Mexicana residían hasta el 12 de marzo de 1990, 81'249,645 habitantes. En el D.F., habitaban 8'235,744 el 10.13% del total nacional, de los cuales 3'939,911 son hombres y 4'295,833 son mujeres, ocupando el segundo lugar después del Estado de México (cuadro 1A del apéndice) INEGI 1991 b - 1991 d.

El mayor porcentaje de población se concentra en los grupos de edad de 15-19 y 20-24 años, aunque aumento la población de 65 años y más, esta no llega a compensar el descenso de la población de 0-4 años (INEGI, 1991 b).

Cabe agregar, que si bien, la ciudad de México esta formada por 16 delegaciones políticas, deben agregarse además los municipios conurbados del Estado de México (fig.1A del apéndice).

Esta unión es lo que se denomina Area Metropolitana de la ciudad de México; la base para definir esto, se basa en dos criterios: el de continuidad urbanística del total o parte del municipio y el de proximidad y comunicación con la mancha urbana.

Conforme al primer criterio se agrupan 20 municipios: Acolman, Atizapan, Coacalco, Cuautitlán, Chalco, Chicoloapan, Chimalhuacán, Ecatepec, Huixquilucan, Ixtapaluca, Nezahualcóyotl, Nicolas Romero, La Paz, Tecamac, Tepozotlán, Tultitlán, Cuautitlán Izcalli.

En relación al criterio de proximidad y comunicación se identifican otros siete municipios : Atenco, Jaltengo, Melchor Ocampo, Nextlalpan, Teoloyucan, Tultepec, Zumpango. (INEGI, 1991 a)

Por lo anterior, los municipios conurbados suman una población de 6'811,941 habitantes, mismos que sumados a los exclusivamente del D.F., hacen un total de 15'047,685 habitantes, 18.52% del total nacional (Ibid).

### 2.3. Aspecto Socioeconómico

El censo de 1990, registró un total de 6'217,435 personas de 12 años y más en el D.F.de las cuales el 47.6% es económicamente activa.

Del total de activos, la población ocupada constituye el 97.4% mientras, la desocupada es tan sólo el 2.6% (Cuadro 2A del apéndice).

Los hombres constituyen el 65.8% y las mujeres el 34.2% de la población activa; la población económicamente activa se encuentra principalmente en las edades de 20 a 39 años.

La población económicamente inactiva, cuyo porcentaje respecto a la población de 12 años y más es de 51%, demuestra que el 71% del total inactivo son mujeres, siendo que de los hombres inactivos el mayor porcentaje corresponde a la categoría de estudiantes (Cuadro 3A del apéndice), mientras que en las mujeres corresponde a las actividades del hogar (INEGI, 1991 b).

Entre las ocupaciones que tienen mayor porcentaje de frecuencia destacan en primer lugar los oficinistas con un 18.40%, siendo mucho más las mujeres dedicadas a esta actividad (28.78%), le siguen los artesanos y obreros con el 13.62%, y en tercer lugar quedan los comerciantes y empleados con el 11.83%.

Los datos anteriores indican, que el sector terciario o de servicios concentran más de las dos terceras partes de la población ocupada, además, arriba de las tres cuartas partes de la población ocupada femenina se encuentra en este sector (Cuadro 4A y 5A del apéndice)

La industria manufacturera y el comercio absorben los porcentajes más altos de la población masculina, en cambio la población femenina se concentra en servicios comunales y tiene una importante participación en el comercio y la industria manufacturera (INEGI, 1991 b).

Por último es interesante agregar que el 18.9% de la población (545,441 habitantes) recibe ingresos menores de un

salario mínimo; el 40.51%, (1'168,598 habitantes) recibe más de uno y hasta dos salarios mínimos; en un nivel medio se ubica el 26.4% de la población ocupada ( 760,544 habitantes), con ingresos superiores a dos y hasta cinco veces el salario mínimo.

Por contra parte el 10.1% de la población ocupada (292,270 habitantes) recibe ingresos superiores a cinco veces el salario mínimo (INEGI, 1991 b).

En 1990, el salario mínimo era de \$10,786.58 antiguos pesos (INEGI, 1992 a)

Esto quiere decir, que si se toma en cuenta que existen 2'884,807 personas ocupadas, de estas 2'188,270 personas, o sea el 75.8% de la población trabajadora, percibe salarios que apenas les permite sobrevivir o cubrir las necesidades básicas de ellas y sus respectivas familias (Cuadro 6A del apéndice).

De acuerdo a la encuesta nacional del ingreso-gasto, con menos de tres salarios mínimos de ingreso, la relación ingreso-gasto es negativa (INEGI, 1992 b).

### III. ANTECEDENTES HISTORICOS EN ATENCION BUCODENTAL EN EL DISTRITO FEDERAL.

#### 3.1. México Prehispánico

De especial interés en el estudio del acontecer histórico de México es la comprensión del desarrollo de las culturas que habitaron el espacio geográfico denominado por Kirchoff en la década de los cuarentas, como "Mesoamérica", cuyos límites aproximados serían : en el Norte una línea que uniera la región de Tamuín, San Luis Potosí, con el área de Guasave, Sinaloa; hacia el Sur, la región de Usulután, en la actual República de El Salvador; por Oriente y Occidente, las costas respectivas con el Golfo de México, Mar Caribe y Océano Pacífico.



### Regiones y Horizontes Culturales

El territorio Mesoamericano en la República Mexicana puede ser dividido en :

- 1.- Occidente de México.
- 2.- Altiplano Central.
- 3.- Costa del Golfo.
- 4.- Territorio Oaxaqueño.
- 5.- Territorio Maya.

(INAH. Sala "Mesoamérica")\*

Las civilizaciones prehispánicas de México cuyo territorio abarcó gran parte de la República Mexicana, lograron alcanzar conocimientos importantes que se han incorporado a la cultura universal, entre lo que se puede mencionar : la domesticación de vegetales como maíz, cacao, vainilla, tabaco, hule, jitomate, etc., al igual que animales como el guajolote; desarrollaron un calendario de trecientos sesenta y cinco días, una escritura y un sistema vigesimal (Zimbrón y Feingold, 1988 ).

De los distintos grupos que se establecen en el área mesoamericana las culturas más destacadas fueron : los Olmecas, que se desarrollaron a partir del siglo diez antes de Cristo, a lo largo de la región sur de la costa del Golfo de México (sur de Veracruz y norte de Tabasco), cuyos principales centros fueron : San Lorenzo, la Venta, Tres Zapotes y el Cerro de las Hasas, que influyeron notablemente no sólo en las culturas vecinas, sino también en las del Altiplano y las de la Vertiente del Pacífico. Al norte de ese territorio habitaron, en época posterior, los Totonacas y los Huastecos.

Hacia el sur, la cultura Maya ocupó una gran extensión territorial, y fue sin duda una de las más avanzadas,

perfeccionando la escritura y el concepto de las matemáticas que habían comenzando a desarrollar los Olmecas; en el sureste destacaron las culturas Zapoteca, Mixteca y Tarasca, que habitaron principalmente áreas de los actuales estados de Oaxaca y Michoacán (INAH Sala "Mesoamérica").\*

En el centro de la región Mesoamérica se desarrollaron culturas muy importantes : Teotihuacana, Tolteca y otras del grupo náhuatl una de cuyas tribus, la Azteca no tardaría en crear un vasto imperio (INAH Sala "Mesoamérica"). \*

#### Olmecas

El primer grupo de alta cultura que, como tal, aparece en Mesoamérica, es el de la civilización Olmeca, se refiere aquí a la cultura Olmeca, anterior a la era cristiana, llamada también "cultura de la Venta u Olmecas arqueológicos". No confundirla con los Olmecas históricos que de ocho a diez siglos después aparecen en Cholula y que es probablemente un grupo de origen Náhuatl-Mixteco. Se desarrollan en los estados de Veracruz y Tabasco, desapareciendo a principios de nuestra era en forma tan inexplicable como había surgido, no sin antes haber extendido su arte y su conocimiento por gran parte del territorio; cerámica y estelas pétreas con diseños y bajorrelieves Olmecas aparecen en el Valle de México, Morelos, Michoacán, Oaxaca, Chiapas y en América Central.

\* Museo Nacional de Antropología e Historia, Sala " Mesoamérica "

Desgraciadamente poco se conserva sobre esta cultura, aún su nombre es un dilema que se formó años después proveniente del vocablo azteca Olmān (país de hule), no se sabe como se nombraban originalmente a sí mismos, ni que lengua hablaban o de donde vinieron, ya que tiempo y clima destruyeron gran parte de su legado (Zimbrón y Feingold, 1988).

Como todas las culturas que poblaron posteriormente Mesoamérica, los Olmecas estaban animados por una profunda religiosidad, rendían culto principal a un dios que representaban con la forma híbrida de un hombre-jaguar; los rasgos humano-felinos están plasmados incesantemente en la arqueología Olmeca.

Es probable que relacionado con este culto, estuviera la costumbre Olmeca de la mutilación dentaria. Aunque todavía no se han encontrado restos humanos identificados como olmecas ya que la acidez del suelo ha terminado con esqueletos y dientes, en las figurillas de variadas ofrendas de las tumbas que reproducen los rasgos de habitantes de esta región, se encuentran tallados los dientes anteriores de tal manera, dejando proporcionalmente más grandes y salientes los caninos para atribuir a la boca cierto aspecto felino. Esta mutilación dentaria era realizada para identificar las clases superiores, pues las figurillas que las representan van acompañadas de otros símbolos que denotan rango superior (Zimbrón y Feingold, 1988).

#### Zapotecas

Los Zapotecas llamados a sí mismo Ben Zaa, "Gente de las nubes", son conocidos en la actualidad con el nombre que deriva de la palabra náhuatl-zapotecatli, que significa, "pueblo del zapote",

que según las diferentes leyendas provenían del norte, descendientes de pumas y ocelotes.

Es en año 200 a. C., que se forma la clásica cultura Zapoteca alrededor de Monte Albán (Zimbrón y Feingold, 1988).

Aquí se localizan, construcciones monumentales de piedra (que no aparecen en la cultura Olmeca), un sistema de irrigación y estelas con glifos calendáricos, así como tumbas con diferentes ofrendas de cerámica que revelan la presencia de diferentes clases sociales (fase Monte Albán I).

Durante la fase Monte Albán II, que se inicia más o menos a principios de nuestra era, la Plaza de Monte Albán es modificada para construir un gran recinto en el centro de ella; a este período pertenece la "máscara de jade" con ojos y dientes de concha, los incisivos cortos y los caninos más largos de tipo felinoide. La fase Monte Albán III, se caracteriza por la influencia de la cultura Teotihuacana. La cultura Zapoteca presenta su mayor desarrollo y expresión artística 200-500 años antes de Cristo.

La esfinge del dios Cocijó, deidad de la lluvia, muy reproducida en esta fase, presenta un desgaste en los ángulos disto-incisales de los dientes centrales. El dios Urejo también lo presenta.

Gracias al gran desarrollo de la cerámica de esta fase, principalmente en las urnas y esculturas de barro que ofrecen aspectos de la vida zapoteca, se encuentran reproducciones de rostros de personas que padecían labio y paladar hendido, otros, desdentados y unos más, con mutilaciones dentarias.

Hacia el período post-clásico siglo XII y XIII, los Mixtecos invaden el territorio zapoteca y finalmente, la fase V (1350

d.C.), se caracteriza por la presencia de los mexicas en Monte Albán (Zimbrón y Feingold, 1988).

#### Mayas

Aunque el origen del pueblo Maya es un misterio, sobre el que se ha dado respuestas de carácter hipotético, las características de los Mayas, no se definen desde el principio, y no es, sino a partir del período formativo o preclásico entre los 500 y 325 años d.C., cuando a pesar de acontecer influencias, especialmente Olmecas, resulta identificable la tradición Maya.

Es durante el período clásico (325-925 d.C.), cuando los Mayas libres de todo influjo, intensifican su identidad y libremente llegan a su máxima expresión y expansión cultural.

La identidad Maya, liberada de toda influencia, surge en el período clásico que se inicia con la era cristiana y termina alrededor del año 925, teniendo su edad de oro al principio del siglo VIII.

En esta época surgen ciudades como Tikal en Guatemala; Copán en Honduras; Tulum primera fase de Chichén Itzá, Palenque, Bonampak, Cobá en México.

Hacia 1200, resurgen los pueblos Mayas en Uxmal y Mayán, intentando imponer únicamente el lenguaje Maya. Guerras internas debilitan al pueblo mayense por lo que, cuando desembarcaron los españoles en el siglo XVI, la conquista de este territorio es relativamente fácil. El último reducto Maya en el Petén fue sometido en 1657.

#### Medicina Maya

Con el estudio de sus restos, se comprueba la existencia de una amplia patología, y se observa el hábito de la deformación

craneana y la práctica de la mutilación dentaria, que tanto se extendió en épocas posteriores.

Las ideas más antiguas sobre el estado nutritivo de estos pueblos afirman un estado de hiponutrición general debida a una dieta constante en carbohidratos y de bajo rendimiento calórico. La confirmación objetiva de estas ideas se basó en observaciones de los paleopatólogos, los cuales describieron en los esqueletos, signos de carencia alimenticia y vitamínica.

Las caries dentales ya eran padecidas por los mayas desde las primeras épocas; del estudio de la morbilidad de caries, en dientes de las diferentes etapas del desarrollo cultural Maya, se desprende que esta enfermedad era más frecuente en el periodo clásico Medio, lo que, aunado con la presencia de mayor cantidad de sarro dental en esos restos hace pensar en el consumo de una dieta desbalanceada, relativamente blanda, rica en carbohidratos y pobre en proteínas. La observación y estudios del tejido óseo, tanto en mandíbula, maxilares y huesos largos, refleja que la alta preponderancia de parodontitis se debía a la deficiencia de vitamina "C", ya que es frecuente encontrar huellas de hemorragia subperiostica (UNAM; INAH, 1984).

#### Mexicas

A mediados del siglo XIII llegó al Valle de México una tribu nómada: los Mexicas, tan desconocidos y extraños para los demás pobladores del Valle, que les apodaron " el pueblo cuyo rostro nadie conoce". Mucho de leyenda y mito, es lo que enmarca el origen y la migración de este grupo, desconociéndose con exactitud algunos datos importantes, más sin embargo, según el código indígena, conocido como Tira de la Peregrinación o Código

Boturini, mencionan que provenían de un lugar llamado Aztlán y que su peregrinar dura poco más de un siglo.

Bien conocida es la importancia, que llegaron a tener, la religión y los mitos, entre los pueblos que los conquistadores encontraron en México. En este sentido, fueron relevantes tanto la concepción que sobre los dientes se tenía en el mundo prehispánico, así como las actividades de orden médico y odontológico.

La práctica de las mutilaciones dentarias, efectuada por antiguos especialistas, consistía en el limado y en las incrustaciones de piedras semipreciosas en los dientes, sea cual fuere el propósito, revelan la peculiar importancia que tenían las piezas dentarias para los hombres de aquel tiempo (UNAM; INAH, 1984).

Lo más importante, es que, dentro de aquel medio tan profundamente religioso, es completamente comprensible que la práctica de la medicina y la odontología fuese una combinación de magia y religión, en la que, el médico podía desempeñar las funciones de sacerdote, mago o experto botánico. Parece ser que, quién hacía las incrustaciones, limaba los dientes o curaba las encías enfermas, era lo mismo un sacerdote que un médico yerbero, o un joyero; lo cierto es, que la maestría con la que realizaban estos trabajos revela ciertos conocimientos elementales de la anatomía dentaria.

#### Terminología Náhuatl

Diente- Tlantli.

Encías-Quetolli.

Muela del Juicio- Tlancochcuacuah.

Cara Vestibular de los dientes- Tlanixcuatl.

Incisivo- Tlanixcuatl.

Colmillo- Coatlantli.

Molar o Premolar- Tlancochtli.

Espacios Interdentales- Tlancocoyoncayotl,  
Tlanhuihuixalliuhcayotl, Tlantzanyancayotl.

Además, de los datos contenidos en las fuentes históricas, existen frescos y pinturas que manifiestan escenas arqueológicas que, aprovechadas con la debida cautela, pueden ser otra fuente de información valiosa para el conocimiento de las enfermedades que afectaron a los pueblos del pasado. Por ejemplo, en el mural de Tepantitla, Teotihuacán, está representada la escena de un curandero sosteniendo en su mano izquierda un cuchillo de pedernal, con el que probablemente está limando los dientes del otro sujeto o lleva a cabo alguna otra intervención bucal.

Existen numerosas pruebas de la existencia de caries con sus complicaciones, así como, de padecimientos parodontales que confirman que era también conocida la atrofia alveolar con la pérdida de piezas dentarias, y una gran cantidad de infecciones, tan frecuentemente observada en la población actual (UNAM; INAH, 1984).

En lo que respecta a dolores de dientes y muelas, hay que hacer notar que la caries, es una de las enfermedades de conocimiento más antiguo entre los pueblos prehispánicos de México.

La caries dentaria es el proceso químico-biológico, caracterizado por la desintegración parcial o total, que en el hombre actual se debe, en primer lugar, al abuso de carbohidratos



refinados en el régimen alimenticio, lo que favorece la fermentación en la boca y la consecutiva desmineralización del esmalte, como primer paso al establecimiento del proceso; y en segundo lugar a la ingestión de dietas demasiado blandas que disminuyen el esfuerzo masticatorio y el consiguiente estímulo fisiológico para la circulación y autolimpieza.

Muy probablemente la inclusión de miel, plantas y pulpas ricas en carbohidratos en la dieta de algunos de los antiguos mexicanos, es la causa de estas enfermedades tan expandidas. (UNAM; INAH, 1984).

#### Terapéutica de las enfermedades dentarias

Las primeras descripciones sobre el tratamiento que se les daba a los padecimientos bucales, se encuentran en el llamado Códice de la Cruz-Badiano, libro mexicana escrito en 1552 por el médico indígena Martín de la Cruz (Viesca y Sanfilippo, 1991).

El Códice Florentino, al hablar de la práctica terapéutica, llama a los médicos Tetlanocuilanque, nombre que traducido en forma directa significa "los que toman gusanos de los dientes de la gente".

Sea cual fuere su origen, es evidente que los antiguos mexicanos sufrían serias odontalgias y recibían un tratamiento encaminado a quitar dolor.

Otro padecimiento que debió haber sido frecuente en la época lo constituye las afecciones producidas por la práctica de las mutilaciones dentarias (UNAM; INAH, 1984).

Estudios realizados en las piezas dentarias mutiladas, demuestran que todas las intervenciones, tanto las que se refieren a limaduras, como las innumerables incrustaciones conocidas, fueron hechas en vida del sujeto, lo cual lo exponía a lesiones

dentales graves a causa de una mala aplicación de técnica. Los exámenes radiográficos efectuados en la colección de dientes mutilados del Museo Nacional de Antropología e Historia, revelan en algunos casos, daños a la cámara pulpar del diente interesado en la mutilación, de modo que al lesionarse el paquete vasculo-nervioso, sobrevino una necrosis pulpar y la formación de abscesos periapicales durante la vida del individuo.

En las cartas de Cortés, se localizan datos para el estudio de la odontología precortesiana sobre higiene bucal, caries dentaria, enfermedades de la boca, halitosis y úlceras. También se encuentran remedios para la curación de las úlceras de la boca, astringentes para fortalecer los dientes flojos y, cocimientos de cortezas de árbol, empleadas lo mismo con fines medicinales, para los ojos, nariz, oídos o dientes.

La "dentistería" Mexica, no sólo era practicada como arte curativo, sino también como una cuestión estética, ritual o quizás de poder, como lo demuestra la gran cantidad de piezas encontradas con incrustaciones de turquesa, jade y otras piedras semipreciosas (UNAM, INAH, 1984).

#### La enseñanza de la Medicina

La forma más directa de la enseñanza de la medicina, estaría dada por la transmisión de conocimientos, efectuada de padres a hijos y llevada a cabo desde la infancia. Esto era una regla en las áreas rurales; pero en los grandes centros de población, la definición cada vez más estricta de funciones sociales y la creación de centros de enseñanza habrían modificado la situación.

Sacerdotes educados en el Calmécac eran quienes preparaban y administraban las medicinas ofrecidas como don divino a los enfermos.

### El Médico

Los médicos náhuas eran llamados Titici, (singular: Ticitl). Este nombre era aplicable tanto al médico urbano como al médico rural y, caracterizaba fundamentalmente a un técnico en el arte de curar.

Hernán Cortés en su carta de Relación, en la que, pensando en la eficacia técnica de los médicos indígenas, tal vez específicamente en los Tlaxcaltecas, que le habían atendido y aliviado tras la derrota de "la noche triste", recomendaba al Rey Carlos V, no enviar médicos europeos a México, dado que aquí había suficiente para resolver los problemas de salud (UNAM; INAH, 1984).

### Especialidades médicas

Dentro de estas se debe mencionar a un grupo de autores de los siglos XVI y XVII, que salen de los límites de la medicina para caer en los de la magia. Es el de la extracción de objetos mágicos, que van desde los gusanos causantes de las caries, hasta fragmentos de papel o de obsidiana que materializan males diversos.

El Tlancopinaliztli, es el nombre especial que recibía la persona que cuidaba y atendía los dientes.

Dependiendo más que nada del tipo de actividad que practicaban (una o varias), se desarrollaron diversos tipos de especialistas: hueseros, cirujanos, los que curaban los ojos, los oídos, los dientes, los que hacían distintos tipos de curaciones mágicas, etc. Atlanteitagui, significa "el que ve las cosas en el agua" y, esto podía hacerse, utilizando granos de maíz, que debían irse al fondo de un recipiente de madera lleno de agua, en el que los granos eran arrojados, después que el adivino los

despuntara con sus dientes o bien, observando la reflexión del rostro del niño enfermo sobre la superficie del agua, como hacían los sacerdotes de Ixtlilton, o poniendo el recipiente en la cabecera del enfermo y notando los signos fatales, tales como el moverse circularmente el agua hasta consumirse o el que se coloreara de rojo, anuncio del que sufría por algún hechizó (UNAM; INAH, 1984).

#### Mutilaciones e Incrustaciones dentarias

Los dientes limados y las incrustaciones, no fueron comunes en el área Maya.

La incrustación que procede de Copán, Honduras, fechada entre 450 y 600 años d.C., es probablemente la incrustación dental de mayor tamaño encontrada en Mesoamérica. Una de las incrustaciones es de jade y la otra de hematita. Su forma es de hongo, de tal manera que al estar colocada en su sitio ocluye la mayor parte de la cara labial del diente. Por ejemplo, en el cráneo de un hombre adulto, se encuentra un diente con la cara labial grabada de manera singular, se aprecia un círculo, que podría ser interpretado como la preparación para realizar una incrustación; pero al tomar en cuenta otro diente del mismo sujeto, muestra idéntico tipo de grabado, se puede concluir que la decoración dental fue hecha intencionalmente en forma de símbolos grabados. Estos dientes proceden de Nohmul, Belice. Datan de 100 a 250 años d.C.

La exhumación de los restos óseos humanos de las épocas prehispánica constituye una rica fuente de conocimientos para conformar el contexto histórico de aquellos pueblos, ( muy aparte de los hallazgos espectaculares de cerámica suntuaria, orfebrería, pinturas murales y esculturas monumentales) y para conocer el

estado de salud de los individuos y algunas de las enfermedades que padecieron, y tal vez deducir con que propósito, procuraron modificar su aspecto físico.

Tal es el caso de lo que se a llamado mutilación dentaria o modificación dentaria intencional prehispánica. Los esqueletos humanos tanto de adultos como infantiles, aparecen en las exploraciones arqueológicas en la misma forma en que los deudos inhumaron los cadáveres, ya sea depositados en tumbas, o simplemente en excavaciones practicadas al efecto, colocados en posición extendida o flexionada, con cerámica o adornos como collares, anillos, al igual que sin nada de esto.

Para las horadaciones dentarias se debe haber aplicado algún taladro, no es concebible una autohoradación, ni menos la autoaplicación de los pequeños discos de piedra, tan perfectamente hechos y tan exactamente ajustados a la horadación en muchos ejemplares.

Tales trabajos dentarios no siempre tuvieron éxito. Tanto en el caso del procedimiento del limado, como en el de la incrustación, el operario a veces llevó el limado o el taladro, a dañar la parte vital del diente.

Este trabajo dentario, fue practicado desde muchos siglos antes de nuestra era hasta la llegada de los españoles; no se conoce un solo caso que pudiera atribuirse a la etapa precerámica, de milenios de duración, que después habria de persistir en zonas marginales a pesar del desarrollo de las grandes culturas de Mesoamérica.

La construcción de una tabla donde se clasificó a las mutilaciones dentarias era necesaria para entender un hecho fundamental; a pesar del gran número de detalles registrados en

los dientes aislados y en las dentaduras completas, las combinaciones de formas no parecen ser tantas como se pudiera pensar de momento. Para las dentaduras completas se han estudiado combinaciones existentes, dando lo que se ha llamado patrones de mutilación dentaria. Estos patrones se han agrupado por niveles culturales , desde el Preclásico Inferior hasta el Postclásico Tardío.

En efecto, es a partir del principio del Preclásico Inferior, dentro del primer milenio a.C. cuando comprobadamente apareció esta costumbre . procediendo los ejemplares del Valle de México, en sitios como " El Arbolillo" y "Cuiculco", D.F., en estos ejemplares sólo se observan los efectos del procedimiento del limado de los dientes superiores, quedando intactos los inferiores.

Se puede decir, por el estado actual de la investigación, que la modificación dentaria prehispánica pudo haber tenido como motivo, el adorno corporal, pero que además de satisfacer la vanidad personal, tal vez lo fundamental haya sido congraciarse de algún modo con él o los dioses y con las fuerzas de la naturaleza, ante las cuales el hombre se ha sentido incapaz de contener por sí sólo (UNAM; INAH, 1984).

### **3.2. México Colonial**

El área médica y dental, al inicio de la colonia se regía todavía por los conceptos hipocrático-galénicos de principios de la era cristiana.

Las investigaciones de la anatomía humana se basaban únicamente en los dibujos y escritos de Galeno, elaborados en el siglo II, en base a disecciones de animales.

En el año 1543 Andrés Vesalius, publica su obra en la que corrige muchos errores anatómicos.

Con estos elementos nuevos, no tan complicados, llega a la Nueva España el primer médico Diego Alvarez Chonca.

Para entonces en México, los primeros en realizar una actividad relativa a la medicina son : Juan Bartolomé, Isabel Rodríguez, Juan de Amézquita, el cirujano-barbero Juan Gómez, Cristóbal de Ojeda y Diego Pedraza.

En 1525, el ayuntamiento de la ciudad nombra barbero y cirujano a Francisco Soto. Dos años más tarde fueron nombrados, el famoso Pedro López y otro de apellido Barreda.

Al término del siglo, en la Nueva España nace la primera Universidad del nuevo mundo, fundada en 1553, como Real y Pontificia, un siglo después es nombrada como Imperial y Regia.

Hacia 1590, el Tribunal Real del Protomedicato ordena que la odontología fuese practicada por el cirujano-barbero, no por el peluquero.

Algunos autores comparan la odontología practicada en México durante esta época. con la práctica odontológica de la edad media, "más destructiva que curativa". La atención bucal en la época colonial se reducía a la limpieza de la toba "sarro", a " drenar abscesos o apostemas", "extracción del diente en un sólo movimiento", "flebotomías, sangrado con sanguijuelas", curaban también "fracturas y heridas" (Zimbrón y Feingold, 1989 a).

Para este tiempo, a falta de comunicación, se ignoraban los adelantos médico-odontológicos surgidos en Europa, por esta razón el primer texto de odontología escrito en español por Francisco Martínez de Castillo, aparece en 1557, en Valladolid, España, su segunda edición es la que llega a México en el año de 1600.

Casi al final del siglo por decreto de la Real Audiencia se funda la cathedra de medicina.

El tiempo pasa, el siglo XVII se inicia y, la Nueva España, sigue como antes, tratando de avanzar, en el área de la salud, especialmente en la parte estomatológica, todo hace suponer que las protesis dentales eran traídas de Inglaterra y Francia.

Sin embargo, a pesar de todo, en México aparece el "Florilegio", obra en tres tomos de Fray Juan de Esteynaffer. Entre los remedios se recomienda para las odontalgias el sangrado por "la vena del Brazo", pildoras y enemas, la infusión de mora con vino cocido, raíz de pelite, cocimiento de verbena con vino caliente, cocimiento de ajo y el de tabaco en orina de muchacho, o poner en el hueco de la muela enferma hígado de lagartija, para las llagas de la encía recomendaba el espíritu de vitriolo mezclado con miel rosada. En el arsenal del barbero-cirujano no podía olvidarse el diente de un ahorcado, con el que se debía punccionar y limpiar el diente cariado.

En el terreno de las curaciones religiosas se publican por primera vez, escritos por un Jesuita, las novenas a Santa Apolonia, "abogada" de los males de muelas (Zimbrón y Feingold, 1989 a)

Debido a la escaza información disponible en esta época, la práctica odontológica en el período colonial, se inicia siguiendo las tradiciones medievales y permanece alejada de los avances científicos y técnicos que se presentan en Europa. Hasta el fin de la colonia, el dentista, con pocas excepciones, se sigue confundiendo con el sacamuelas y charlatán de las plazas y las ferias que por lo general causaban más dolor que alivio; sólo en áreas urbanas se encuentran profesionales que ejercen los



conocimientos existentes del arte dental en forma adecuada y ética (Zimbrón y Feingold, 1989 a).

### 3.3. La Ontología Mexicana en la época independiente

A la llegada del siglo XIX, la superación es notoria y los vocablos como : salud, cirugía, infección, hemorragia, dolor, asepsia y antisepsia, son palabras incluidas en el vocabulario médico. La hemostasia se maneja a niveles más avanzados, con instrumental ideado por Kocher; el dolor ya es combatible con la novedad del siglo, la anestesia general, (óxido nitroso y éter), usada por primera vez por los dentistas Wells y Morton. Para el mismo fin se usa el cloroformo introducido por Young; se usa el cloral intravenoso ideado por Oré, y para cirugía menor la anestesia local con una solución de cocaína creada por Koller y Bier.

Perteneciente también a este siglo, Roëntgen, inventor de los rayos "X", los esposos Curie, y muchos otros descubridores e inventores que han aportado al mundo una base para la ciencia.

En Europa, los problemas políticos y sociales son el escalón para la organización, expansión y desarrollo de la ciencia. Todo esto facilita los hechos y fenómenos que hacen posible la extensión de los servicios sanitarios a grandes núcleos de la clase obrera y a la población en general. Se implantaron métodos de programas de saneamiento y control de infecciones; en Francia, Villerme, hace su labor social, implantando uno de estos programas; en Inglaterra Chadwick; en Alemania, Newman; y en los Estados Unidos aunque un poco tardía, la medicina social entra en vigor con ayuda de Biggs.

Más tarde la primera fundación de odontología aparece, con el nombre de College Of Dental Surgery (1840 ), hoy parte de la Universidad de Maryland, en los Estados Unidos; una segunda se establece en Inglaterra con la colaboración especial de Florence Nightingale. Y una institución llamada Cruz Roja surge en Suiza, gracias a la idea de Dunant (Zimbrón y Feingold, 1990).

Por lo que respecta a México, cabe mencionar que durante los tres años del gobierno imperial de Maximiliano, existe un avance en las ciencias médicas muy marcado. La influencia francesa definitivamente fue fundamental en la estructura, organización y avance de la medicina en México.

Para este siglo, el barbero-cirujano que deseará ejercer como dentista, tenía que cumplir ciertos requisitos y registrarse en el Protomedicato, de acuerdo con las disposiciones del Virrey Asanza. Sin embargo, muy pocos cumplían con este ordenamiento y el ejercicio de la profesión era, en general, desordenado y charlatanesco.

La mayoría se dedicaba a practicar la exodoncia, la cauterización de las caries con ácidos, álcalis o calor directo, la obturación con materiales de poca duración, el detartraje y la venta de productos supuestamente maravillosos como tinturas y bálsamos, polvos y elixires, aceites y espíritus, todos ellos para combatir los males dentales y de la encía. Entre éstos, fueron muy populares el "agua para blanquear y fortificar la dentadura", "el elixir odontológico", que se anunciaba como remedio utilísimo para el dolor de dientes y encías, contra el sarro y para preservar el escurbuto, probado con éxito según el vendedor en los reinos de Francia, Portugal, Italia e Inglaterra.

De acuerdo a la información, la primera mitad del siglo se concretó a la práctica de la exodoncia, desde luego sin previa anestesia; cauterización de caries, obturación de dientes con plomo o con hoja de oro, este último, único procedimiento realmente eficaz (Zimbrón y Feingold, 1990).

#### **3.4. Odontología Contemporanea en México**

El siglo más exitoso es sin duda, el siglo XX. Surgen las bases para los cimientos científicos y tecnológicos que son contemplados profundamente en Europa, Estados Unidos y México, afortunadamente la profesión de la salud sigue un camino ascendente y los hechos, descubrimientos e inventos, y un sin fin de eventos ocurren en Europa.

Desafortunadamente en México se carece todavía, de una institución formal de enseñanza dental, por lo que, las disposiciones sanitarias, vigentes, se limitaban a exigir para ejercer legalmente la profesión, un título de suficiencia, anteriormente dicha patente, la otorgaba el Establecimiento de Ciencias Médicas, fundado en el año de 1833.

El primer profesionista en presentar dicha prueba fue un ciudadano francés, Eugenio Crombé, el 19 de Agosto de 1841. Para 1900, existían únicamente, poco más de 170 dentistas con título oficial; algunos de ellos se organizaron para formar la Sociedad Dental Mexicana en 1898.

Siete dentistas de ese grupo, proyectaron la idea de establecer una Escuela Dental : Dr. Ricardo Crombé, Dr. Carlos Ocelli, Dr. Juan Falero, Dr. Ricardo F. Dr. Alfredo Reguera, Dr. José J. Rojo y el Dr. Teófilo Valdez.

Sin embargo, a pesar de un año de ardua gestión, el Ministro de Instrucción Pública no encuentra justificación para imponer la

erogación a la carrera de cirujano dentista, toda vez que éstos, podrían prepararse en condición de práctico, formados a lado de dentistas expertos.

El acuerdo presidencial llega gracias al apoyo oficial del director de la Facultad de Medicina, Dr. Eduardo Liceaga, el decreto es fechado el 11 de Enero de 1902. De particular interés es el decreto en sus artículos primero, octavo y trigésimo (Zimbrón y Feingold, 1989 b).

El 26 de mayo de 1910 se funda la Universidad Nacional de México, en el Paraninfo del edificio ubicado en Lic. Verdad y Guatemala, inmueble que por varios años es la rectoría de la Universidad y posteriormente alojará a Odontología, de 1935 a 1956.

El Dr. Manuel Carmona gestiona ante las autoridades de la Secretaría de Instrucción Pública, la creación del Servicio de Estomatología Escolar, que queda a cargo de los dentistas Ana María Leal, Moisés R. y Angel Zimbrón. El servicio se pierde por años, es hasta el año 1920, que se renueva con el nombre de Servicio Dental Escolar. Este servicio es uno de los primeros antecedentes de medicina social en el país.

En 1922, las autoridades de Instrucción Pública conceden al Servicio Dental Escolar, diez plazas para cirujanos dentistas inspectores, cuya función es realizar exámenes clínicos en las escuelas primarias del D.F., y canalizar a los niños al servicio dental de la Facultad (ese año son otorgadas más de 6000 consultas).

Entre los años 25 y 30 la Odontología mexicana vira, de una manera clara hacia el estomatología por su acervo intelectual y la evolución de sus técnicas. Para entonces el país cuenta con la

segunda escuela de odontología en Yucatán y una tercera en Guadalajara, ambas fundadas en 1925 (Zimbrón y Feingold, 1989 b).

#### IV. MEDICINA SOCIAL EN MEXICO

La atención médica en México se realiza por medio de dos prestadores básicos : El Estado y la Iniciativa Privada (González, 1988).

Al término de la Revolución Mexicana, se desarrollan tres instancias de atención médica : la privada, la institucional de asistencia y la de seguridad social, existiendo además otras formas de atención populares de salud que si bien, no aparecen, en los informes y estadísticas estatales, cumple un papel social de importancia. (Mora y Hersch, 1990).

##### 4.1. La Asistencia Social

Tiene su antecedente histórico en los establecimientos de beneficencia sostenidos por las autoridades en la época de la Colonia, en la Nueva España.

Entre el siglo XVI Y XIX hubo tendencia a la creación de hospitales administrados por ordenes monásticas (Sandoval, 1990).

Hacia 1857, la medicina y la salubridad de principios de siglo nacieron como consecuencia del funcionamiento del Consejo Superior de Salubridad y de la Dirección de Beneficencia Pública, así como de la aplicación del primer código sanitario mexicano (González, 1988).

En 1857, durante el gobierno del presidente Porfirio Díaz, se establece la dirección de beneficencia pública, dependiente de la Secretaría de Relaciones Exteriores y Gobernación, organismo con

el cual se ejercía cuidado y vigilancia sobre las instituciones de salud ( Sandoval, 1990).

Al iniciar el presente siglo se fundaron importantes instituciones oficiales y privadas de atención médica y de asistencia social, entre ellos, el Hospital General de la Ciudad de México, la Escuela de Sordomudos en las ciudades de México y Zacatecas; la Escuela para Ciegos, el Hospital de Beneficencia Española, el Hospital Americano, el Hospital Francés, el Hospital Colonia, el Hospital General de Puebla, el Centro Nacional de Enseñanza Dental, el Hospital de Invalidos, el Manicomio de la Castañeda y el Hospital Juárez. (González, 1988).

Además comenzó el registro permanente y oficial de información estadística, especialmente en lo relativo a enfermedades transmisibles .

En la Constitución de 1917, se reconoce oficialmente que la salud es un derecho y se acepta que ésta no depende exclusivamente de acciones médicas sino que es el resultado del mejoramiento de los factores sociales que determinan el nivel de vida (González, 1988).

Como consecuencia, en 1917, se crea el departamento de Salubridad Pública y se reestructura el Consejo de Salubridad. En 1943, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1985 se hace el cambio de nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia, por el de Secretaría de Salud.

En el momento actual, la asistencia social se considera una modalidad de servicios de salud, como un servicio público constituido por todo tipo de acciones proyectadas y aplicadas, para permitir que las personas, los grupos y las comunidades mejoren sus condiciones de vida, tanto materiales, como sociales y

psicoculturales. Son sujetos receptores de los servicios de asistencia social : los menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato, los menores infractores, los alcohólicos, los farmacodependientes o personas en condiciones de vagancia, las mujeres en período de gestación o lactancia, los ancianos en desamparo, incapacidad y marginación o expuestos al maltrato; los inválidos a causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones neuro-musculares, deficiencia mental, problemas de lenguaje y otras deficiencias estructurales y funcionales.

También los indigentes, las personas que debido a su extrema ignorancia requieran servicios asistenciales; las víctimas de la comisión de delito en estado de abandono, los familiares que dependen económicamente de quienes se encuentran detenidos por causas penales, los marginados sean rurales o urbanos, que carecen de lo indispensable para su supervivencia y, las personas afectadas por desastres ( Sandoval, 1990).

El Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF), es la institución que lleva la parte coordinadora y rectora de la asistencia social, que a su vez esta integrada por el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), y los centros de Integración Juvenil (CIJ).

Debido al exagerado número de individuos que caen dentro de algunos de los apartados mencionados anteriormente, la capacidad de atención es mínima (Sandoval,1990).

#### 4.2. La Seguridad Social

Probablemente sean las mutualidades propias de los gremios y cofradías medievales, las que por su funcionamiento, guarden parecido con los seguros sociales de la actualidad.

En ellos se atendía por cooperación de cada uno de sus miembros. al afiliado que lo necesitaba, éste fue el procedimiento que adoptaron los primeros sindicatos en los indicios del siglo XIX ( IMSS, 1983).

Fué durante el gobierno de Otto Von Bismarck, que se creó el primer sistema de seguro social. Este sistema se introdujo en tres etapas : el seguro de enfermedad en el año de 1883; el seguro de accidente del trabajo de 1884; el seguro de invalidez y vejez en el año de 1889, quedando cubiertos obligatoriamente todos los trabajadores asalariados de la industria ( Barquín y Loyo, 1990).

El seguro social fue concebido por algunos de sus iniciadores, cuando menos en sus orígenes, como un medio de conservar al trabajador en buenas condiciones y apto para seguir siendo explotados como instrumento necesario para la producción (IMSS, 1983).

A partir de las aportaciones de las dos partes que intervinieron en el proceso de producción capitalista (obrero-empresario), se implanta todo un sistema para garantizar al trabajador y a su familia, el cuidado de la salud y el sostenimiento de sus posibilidades económicas, y manteniendo a resguardo al trabajador de las diversas eventualidades de la vida, pero sobre todo de los riesgos inherentes al desempeño de sus labores (IMSS, 1983).

Oficialmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fue creado en el año de 1942; el 19 de enero de 1943 se expide el decreto que establece la obligatoriedad y observancia de la ley del seguro social (IMSS, 1983).

Esta ley tiene el objeto de amparar a la población asalariada y a sus familiares, ante los riesgos derivados de accidentes de



trabajo y enfermedades profesionales, dolencias no profesionales, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada.

Actualmente el IMSS otorga atención a la población marginada rural, suburbana y urbana, a través del sistema IMSS-Solidaridad; a los trabajadores de empresas, industriales, comerciantes y prestadores de servicio, también a los trabajadores del campo.

Otras instituciones de seguridad son el ISSSTE, fundado en 1959; PEMEX, fundado en 1938; la Secretaría de Marina y la Secretaría de la Defensa Nacional.

Todas las personas que están protegidas directamente por el régimen de seguridad social son asegurados (incluyendo algunos no asalariados como los estudiantes de nivel medio y superior) y son beneficiarios sus dependientes; a ambos se les aplica el término de derechohabientes (González, 1988).

#### 4.3. Sistema Nacional de Salud

El 20 de diciembre de 1982, el presidente de la República Mexicana, Miguel de la Madrid, propone al H. Congreso de la Unión la iniciativa de adiciones al artículo cuarto de la Constitución Política en los siguientes términos :

" Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades en materia de salud general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos". (Poder Ejecutivo Federal, 1988).

Posteriormente el 3 de febrero de 1983, se publica en el Diario Oficial de la Federación, la adición al artículo cuarto constitucional (González, 1988).

Como complemento, el Plan Nacional de desarrollo, 1983-1988, (emitido en mayo de 1983), señala que a fin de materializar la garantía institucional del derecho social a la protección de la salud, se perseguirán los siguientes propósitos que como políticas futuras de salud quedan contenidas en el mismo, y en el Programa Nacional de Salud 1984-1988 :

1.- Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país.

2.- Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados.

3.- Contribuir a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país.

4.- Promover la protección social de la población de escasos recursos.

Para el cumplimiento de esas prioridades señala cinco áreas de política :

a) Impulso a acciones preventivas.

b) Reorganización y modernización de los servicios a través de la integración del Sistema Nacional de Salud, que articula programáticamente sus actividades en una estructura de atención en tres niveles.

c) La descentralización o desconcentración de los servicios de salud a las entidades federativas.

d) La reorganización de los servicios de asistencia social.

e) El aumento de la productividad de las mismas (Soberón, Kumate y Laguna, 1988).

Como resultado de la incorporación del derecho a la protección de la salud a rango constitucional, en diciembre de 1983, el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, emitida el 7 de febrero y entra en vigor a partir del 1 de julio de 1984.

Dicha Ley sustituye el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, vigente desde 1973 y fue derogado con la aparición de la Ley General de Salud (González, 1988).

La anterior Ley establece las bases jurídicas para la creación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, así mismo, la Ley General de Salud reglamenta el artículo cuarto constitucional y tiene como objetivo :

1.- Definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud.

2.- Establecer las bases jurídicas para hacer efectivo ese derecho.

3.- Definir la participación y responsabilidad de los sectores públicos, social y privado.

4.- Establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud.

5.- Reglamentar la prestación de servicios.

6.- Actualizar y completar la normatividad en materia de salubridad general y deslindar la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias (Soberón, Kumate y Laguna, 1988).

El Sistema Nacional de Salud se define como :

"Un componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática que está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que

prestan servicios de salud" (Sandoval, Paredes, Ramírez y Vivanco, 1990).

El Sistema Nacional de Salud, pretende armonizar los programas del gobierno federal con los estatales, con el concurso de los sectores social y privado, a fin de dar cumplimiento al derecho a la salud. (Soberón Kumate y Laguna, 1988).

Los componentes del Sistema Nacional de Salud son los siguientes :

1.- Entidades del sector salud, para los cuales se aplica la vertiente de obligatoriedad, teniendo la obligación de respetar y ejecutar las normas emitidas por la Secretaría de Salud.

A partir de diciembre de 1982, se iniciaron las acciones para conformar el Sector Salud, el cual de acuerdo con el Art. 39 reformado de la ley orgánica, se integro con 16 entidades paraestatales; con el IMSS, el ISSSTE y las actividades de toda dependencia y entidad de la Administración Pública Federal (APF), que realizan acciones de salud.

Las 16 entidades paraestatales fueron :

Centro Materno Infantil "General Maximino Avila Camacho"

Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP)

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Hospital Infantil de México (HIM)

Instituto Nacional de Cancerología (INC)

Instituto Nacional de Cardiología (INC)

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran" (INN)

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN)

Patronato Para la Formación del Patrimonio de la Fundación

Permanente de Asistencia Privada "Dr. José Ma. Alvarez"

**Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia  
(DIF)**

Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ)

Instituto Nacional de Pediatría (INP)

Instituto Nacional de Perinatología (INP)

Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

Además son parte también del Sector Salud, otras instituciones que realizan acciones de salud, como : La Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), la Secretaría de Marina (SM), Petróleos Mexicanos (PEMEX). (Secretaría de Salud 1988)

En resumen, el Sector Salud cuya cabeza es la Secretaría de Salud, esta integrado por :

- a) La propia Secretaría de Salud (SSA).
- b) Los servicios coordinados de Salud Pública en los estados y las 19 entidades no descentralizadas hasta 1987.
- c) La Dirección General de Salud Pública en el D.F.
- d) El IMSS, ISSSTE, en sus funciones, programas y servicios de salud y de prestaciones económicas y sociales y las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF).
- e) El subsector constituido por los Institutos Nacionales de Salud, dependientes de la Secretaría de Salud.
- f) El subsector de asistencia social integrado por el DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia), INSEN (el Instituto Nacional de la Senectud) y el CIJ (Centros de Integración Juvenil). (Fig. 2a del apéndice).

En la segunda vertiente o coordinación se encuentran : Los gobiernos de las entidades federativas que se vinculan con el

gobierno federal ( hasta 1987 eran 12 las entidades descentralizadas que habían formado distintas modalidades de servicios de salud estatales ).

En la tercera vertiente de concentración e inclusión se ubican los sectores social y privado.

El primero se integra, por los grupos sociales que no se insertan directamente en el proceso productivo, tales como los niños, estudiantes, desempleados, amas de casa, jubilados y ancianos, que se organizan ante las emergencias en caso de accidentes, desastres y otras contingencias, las cuales se brindan servicios de salud entre sí, sin recibir a cambio pago monetario, siendo más bien una manifestación de solidaridad y cohesión social.

El sector privado se constituye por los particulares, que tiene a su cargo, hospitales, clínicas y consultorios, en forma privada y ofrecen sus servicios de salud a cambio de una remuneración.

Para apoyo de ciertas tareas del Sector Salud, existe la participación de organismos de alto nivel, como el Gabinete de Salud, que es un instancia presidencial de coordinación para el cumplimiento de las políticas y programas de salud del gobierno federal, y, el Consejo de Salubridad General con dependencia directa del presidente de la República (Soberón, Kumate y Laguna, 1988; ver fig. 3A del apéndice).

Las dos entidades anteriores tienen como función básica la coordinación intersectoral dentro del tema de la salud y relacionándolas con otras instituciones como son : la Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Comercio y Fomento Industrial,

Secretaría de Gobernación, Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

El Gabinete de Salud está integrado por el Presidente de la República, los Secretarios de Programación y Presupuesto (actualmente fusionada con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público), Secretaría de la Contraloría General de la Federación y de la Secretaría de Salud, y los Directores Generales del IMSS, ISSSTE y DIF.

El Consejo de Salubridad General esta integrado por el Secretario de Salud y los Directores Generales del DIF, y del CONACYT, así como los Directores médicos del IMSS, ISSSTE, DIF, el rector de la UNAM, el Director General del IPN, dos rectores de la Universidades de los estados, el Presidente de la Academia Nacional de Medicina y un experto de Ecología.

Estas entidades generan comisiones y consejos que a su vez han elaborado programas específicos (Sandoval, Paredes, Ramirez y Vivanco, 1990).

La Secretaría de Salud actúa como cabeza del Sector Salud, y tiene como tal, la función normativa de establecer y conducir la política nacional en materia de Asistencia Social, Servicios Médicos y Salubridad General; los servicios Estatales de Salud y las Instituciones Federales prestadores de servicios llevan a cabo las funciones operativas (Sandoval, Paredes, Ramirez y Vivanco, 1990).

Las tres funciones específicas del Sistema Nacional de Salud son : Atención Médica, Salud Pública y Asistencia Social.

La atención médica incluye actividades preventivas, tanto de prevención general como de protección específica, actividades curativas que pretenden efectuar un diagnóstico temprano y

proporcionar un tratamiento oportuno, actividades de rehabilitación, que incluye acciones para corregir problemas de invalidez física y mental, y finalmente la atención de urgencia.

Salud Pública : tiene como objeto crear, corregir y mejorar las condiciones deseables de la salud de la población y propiciar en el individuo actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en tareas que den beneficio a la salud individual y colectiva. Comprende la educación para la salud, para la nutrición, el control de los efectos nocivos del medio ambiente, la salud ocupacional, la prevención del control de enfermedades y accidentes.

Asistencia Social : comprende las acciones tendientes a superar las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo individual, así como la protección física, mental y social de las personas en estado de necesidad, desprotección o desventajas físico-mental, hasta lograr su reincorporación a una vida plena y productiva (Sandoval, *et al.*, 1990).

#### **4.4. Los Programas Nacionales de Salud y la Atención Bucodental**

##### **4.4.1. Plan Nacional de Salud (1974-1983)**

En 1973, se realiza la primera Convención Nacional de Salud, cuya finalidad era hacer la revisión de los principales problemas, recursos, políticas, metas y estrategias del Sector Salud que condujeran a la elaboración de un Plan Nacional de Salud.

De esa Convención surgió el Plan Nacional de Salud para el decenio 1974-1983 (Plan Decenal), que perseguía en esencia el funcionamiento coordinado de las instituciones del Sector Salud, uniformando los aspectos básicos, sin perder la autonomía ni las obligaciones legales (González, 1988).



El Plan estaba contemplado en dos etapas; en la primera etapa se plantearon las medidas y procedimientos para el logro de metas a mediano plazo y abarcó el período de 1974-1976.

Para el segundo período que abarcó de 1977 a 1983, se plantearon metas y proyectos a largo plazo (SSA, 1974)

Específicamente en relación a la salud bucal, el plan propone en su programa seis, "el Programa de Salud Bucal". Al efectuar su diagnóstico de salud, dicho plan reportaba que en el país existían 5101 dentistas para una población de 48'377,363 habitantes, correspondiendo una tasa de 10.5 dentistas/100,000 habitantes y 9484 habitantes por dentista, concentrándose los dentistas en las ciudades; por ejemplo en el D.F., existían en 1970, 2124 dentistas.

El objetivo general del Programa de Salud Bucal fue : Mejorar la salud bucal de los habitantes del país como parte de su salud general; que les permita una activa relación con su medio ambiente y un óptima participación en su transformación.

Se plantearon seis objetivos específicos :

1.- Procurar que las instituciones de atención odontológica del país funcione en forma coordinada en la solución del problema de salud.

2.- Promover la reestructuración de las diversas secciones de odontología en todas las instituciones de salud y la creación de ellas en donde no existen.

3.- Realizar investigaciones epidemiológicas sobre enfermedades bucales y estudios de recursos odontológicos.

4.- Establecer programas preventivos de enfermedades bucales mediante:

- a) Suplementación del agua de abastecimiento público con sales de flúor a nivel nacional que permita disminuir en un 65% la incidencia de caries dental.
- b) Método de auto-ayuda, para prevención en un 100% de parodontopatías y 30% de caries dental (en población escolar).
- c) Utilización de otros vehículos tales como sal de cocina fluorada.

5.- Ampliar y rehabilitar los servicios de atención odontológica y crear otros en zonas desprotegidas, utilizando un equipo básico, personal auxiliar con funciones delegadas y, óptimo mantenimiento especializado del equipo según estudios específicos de cada institución, hasta lograr como mínimo, duplicar la existente en los próximos 3 años.

6.- Intensificar el programa de educación para la salud bucal en todos los niveles.

Las metas de este programa para 1974-1976 fueron ocho :

1.- Investigar en cinco zonas del país las condiciones de morbilidad bucal y cuantificar los recursos privados e institucionales en formación, desarrollo y utilización.

2.- Ejecutar el programa Nacional de fluoración en II ciudades protegiendo a 13 millones de habitantes.

3.- Promover la fluoración en otras poblaciones con más de 100,000 habitantes.

4.- Establecer zonas para la distribución selectiva de sal de cocina fluorada y disminuir en un 30% el problema de caries dental y en un 100% las parodontopatías, de la población escolar en localidades de más de 10,000 habitantes, en base al método de auto-ayuda.

Para el periodo 1977-1983 se proyectaron las siguientes metas :

1.- Promover la fluoración del agua potable en poblaciones de más de 50,000 habitantes y mejorar la distribución de sal de cocina fluorada.

2.- Intensificar el programa de prevención de enfermedades bucales en base a auto-ayuda, ampliándolo a localidades de 2500 a 10,000 habitantes.

3.- Continuar la ampliación de los servicios odontológicos.

Intensificar la formación de personal auxiliar y profesional para alcanzar en 1980, las relaciones de 3 auxiliares por un odontólogo y un odontólogo por cada 5000 habitantes.

Las actividades más importantes que se proyectaron fueron coordinar a todas las instituciones para atención a la población, crear comisiones locales, estatales y nacional de odontología, analizar los servicios aplicativos existentes, los que se incrementaron, y establecer prioridades en cada institución para reestructurar las secciones de odontología o crear nuevas.

Realizar una encuesta nacional de morbilidad bucal y efectuar un censo de recursos humanos e institucionales, regionalizando al país en cinco zonas.

Obtener la aprobación a nivel estatal para la fluoración del agua potable y coordinar las actividades para la ejecución del programa, de acuerdo con las metas (dos ciudades con cobertura de 13 millones de habitantes, en la primera fase). Motivar la ampliación del programa a otras ciudades.

Establecer las zonas del país que requieren utilización de sal fluorada, facilitar la distribución de ésta a la población y hacer la evaluación permanente de sus efectos.

Coordinación interinstitucional con la SEP. Adiestramiento de personal, aprovechando recursos locales (maestros) para la ejecución del programa de prevención en base a auto-ayuda.

Unificar mensajes educativos, adiestrar personal, elaborar material educativo; llevar a cabo programas de educación a la población, especialmente a maestros y escolares.

#### 4.4.2. Programa Nacional de Salud (1984-1988)

El 7 de agosto de 1984 aparece en el Diario Oficial la aprobación del Programa Nacional de Salud 1984-1988. Para su formación se tomaron en cuenta las aportaciones del Sector Salud al Plan Nacional de Desarrollo, los de las instituciones del mismo sector social y privado, expresado en la consulta popular para la planeación democrática (Poder Ejecutivo Federal, 1984).

Las políticas de salud del sexenio del Presidente Miguel de la Madrid quedaron contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y en el Programa Nacional de Salud 1984-1988.

El Plan Nacional de Desarrollo establece como propósito en materia de Salud:

Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país.

Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados.

Contribuir a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país.

Promover la protección social de la población de escasos recursos.

Para alcanzar estos propósitos, el marco estratégico correspondiente señala cinco áreas de política : I) Impulso a las

acciones preventivas; II) La reorganización y la modernización de los servicios a través de la integración de un Sistema Nacional de Salud, que opere sobre la base de tres niveles de atención; III) La descentralización o desconcentración de los servicios de salud de asistencia social y el aumento a la productividad de los mismos (Soberón, Kumate y Laguna, 1988).

El programa Nacional de Salud está estructurado en cuatro partes : El diagnóstico general; los objetivos, metas y estrategias; los programas de acción y los proyectos estratégicos y las vertientes de instrumentación.

Para la atención médica, el objetivo general consiste en proporcionar servicios con especial énfasis en el primer nivel de atención, mejorando la calidad de los mismos para abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles así como de los accidentes.

Los objetivos de la salud pública, consisten en promover la salud de la población disminuyendo los factores de riesgo y fomentando el cuidado de la salud; mejorar las condiciones sanitarias, del medio ambiente; por otra parte contribuir a la obtención de un mayor equilibrio entre el desarrollo de la familia y de la comunidad, fomentando la educación para la integración social.

En este Plan Nacional de Salud, se contemplaron 13 programas de acción, cuatro programas de apoyo y cinco instrumentales : (Únicamente se citaran los programas de acción)

1.- Programa de atención médica; 2.- Programa de atención materno infantil; 3.- Programa de salud mental; 4.- Programa de prevención y control de enfermedades y accidentes; 5.- Programa de educación para la salud; 6.- Programa de nutrición; 7.- Programa

de salud ocupacional; 8.- Programa contra las adicciones; 9.- Programa de salud ambiental; 10.- Programa de saneamiento básico; 11.- Programa de control y vigilancia sanitaria; 12.- Programas de planificación familiar y finalmente 13.- Programa de asistencia social.

Específicamente no se incluye un programa en salud bucal (Poder Ejecutivo Federal, 1984).

#### 4.4.3. Programa Nacional de Salud (1990-1994)

La Secretaría de Salud, con la participación del Sistema Nacional de Salud y tomando en cuenta las conclusiones del foro de consulta popular de salud, asistencia y seguridad social, así como las sugerencias y recomendaciones presentadas por un grupo de expertos de diferentes instituciones del Sistema, elaboró el Programa Nacional de Salud 1990-1994, que incluye la participación de la medicina pública, social y privada.

El programa tiene como preocupación fundamental que los servicios, estén orientados a fomentar la salud, a prevenir las enfermedades, a restaurar aquella cuando se halla perdido; rehabilitar a quienes como consecuencia de enfermedad, accidente o desastre, presenten incapacidad física o muerte.

Nuevamente, en su diagnóstico de salud en México, el Plan resalta la importancia de las enfermedades bucodentales, que constituyen un problema de salud pública en casi todo el país, reportando que las caries dental afecta al 90% de los niños mayores de diez años, alcanzando una frecuencia promedio de hasta cinco órganos dentarios afectados; y en la población de más de 40 años provoca necesidades protésicas en más del 50%.

Dentro de sus programas de acción, resalta por su importancia particular en relación a la salud bucal, "Los Programas para

lograr el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad".

En éste programa se concede prioridad a las zonas marginadas y a la población materno-infantil, e implantando el modelo de atención primaria de la salud.

Es de particular interés el subprograma de atención bucodental.

El programa se orienta hacia el desarrollo de acciones encaminadas a la prevención y el tratamiento de las afecciones bucodentales.

Los objetivos de este programa son :

- 1.- Disminuir la incidencia de la morbilidad bucodental.
- 2.- Ampliar la cobertura y elevar la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios estomatológicos.

Las líneas estratégicas que se proponen son :

- a) Realizar el diagnóstico nacional de salud bucal.
- b) Mejorar la distribución y aprovechamiento de los recursos disponibles.
  - c) Intensificar la utilización de los medios de comunicación de masa, para fomentar el auto cuidado de la salud bucal.
  - d) Establecer un sistema de información sobre el avance del programa de fluoración de la sal de mesa.
  - e) Realizar estudios periódicos sobre el contenido de flúor en el agua, particularmente en aquellas regiones donde existe flúorosis dental.
  - f) Asegurar la participación de los miembros de la comunidad en la planeación, ejecución y evaluación de los programas, así como en actividades de salud bucal con apoyo de grupos organizados.

Si bien no lo manifiestan explícitamente, cabe agregar, por su relación con la salud bucal, "El Programa de Promoción y Cuidado de la Salud Escolar".

Considerando que cerca del 38% de la población mexicana son personas cuyas edades oscilan entre los 5 y 19 años de edad, y dentro de estos, son casi 5 millones de niños, los que se ubican en el nivel básico, la atención temprana y la atención oportuna de los problemas de salud que afectan a tan importante sector de la población, permiten evitar la presentación de daños y secuelas.

El objetivo del programa es : Fomentar la salud escolar a través de acciones educativas y de participación organizada, encaminada hacia la promoción de la salud, prevención de enfermedades y rehabilitación de los pacientes.

Sus líneas estratégicas proponen que, para lograr el cumplimiento del anterior objetivo , se fomente la participación de magisterio, de la asociación de padres de familia y de las autoridades locales, además de utilizar los medios de comunicación de masas para informar, sensibilizar e inducir a la comunidad y a la población en general, a fin de que participen activamente en la transformación de las condiciones sanitarias y de los hábitos y costumbres adversas a la salud.

Como complemento y apoyo no explícito abiertamente, se nota la importancia de "Los Programas para el Fomento de la Cultura de la Salud", y dentro de este "El Subprograma de Educación para la Salud y el Programa de Nutrición y Salud".

Básicamente la interacción de todos estos programas redundaría en un cambio de hábitos y actitudes que favorecerían el bienestar físico, mental y social; a su vez ayudaría a prevenir las enfermedades de la población.



## V. INSTITUCIONES DE SALUD Y ATENCION ODONTOLOGICA

### 5.1. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

#### 5.1.1 Origen

El IMSS, surge en el año de 1943, durante el gobierno del presidente Manuel Avila Camacho.

La Ley del Seguro Social se expide el 31 de diciembre de 1942, aparece publicada en el Diario Oficial el 19 de enero de 1943; en dicha ley se establece la obligatoriedad y observancia de la Ley de Seguro Social (IMSS, 1983).

#### 5.1.2. Cobertura

En su primer año de actividades, el IMSS otorgó en 1944, beneficios a 355,000 personas, el 1.6% de la población del país en aquellos años (IMSS, 1983).

Datos reportados por el Sistema Nacional de Salud (1990), informan que en ese año, el IMSS cubre legalmente a 38'575,140 derechohabientes del sistema de seguridad social (Cuadro 7A del apéndice).

Esta población corresponde al 80.3% de la población derechohabiente, eso sin contar con la población abierta que es de 10'086,228 personas. Así mismo, este número de derechohabientes corresponde al 47.47% de la población nacional.

En relación al D.F., el IMSS protege potencialmente a 7'986,239 personas derechohabientes en el sistema de seguridad social, esto es, el 9.28% de la población nacional y al 96.9% de la población de la Ciudad de México, aunque únicamente son usuarios del sistema 3'634,191 personas (Cuadro 8A del apéndice); la población usuaria es aquella que hizo uso del servicio médico al menos una vez al año.

### 5.1.3. Recursos Materiales

De acuerdo al cuadro 9A del apéndice, se puede observar que para el año de 1990, el IMSS contaba con 1604 unidades médicas (48% del sector salud) para uso de los usuarios del sistema de seguridad social que son considerados derechohabientes.

Sus unidades de consulta externa (primer nivel) suman 1345; el sistema del IMSS-Solidaridad, que opera en zonas rurales, cuenta con 3075 unidades médicas (SNS, 1990).

En el D.F., el total de unidades era de 153, sus unidades de consulta externa llamadas unidades de medicina familiar contabilizaron 116 clínicas, número menor a las registradas en el ISSSTE y SSA (Cuadro 10A del apéndice).

### 5.1.4. Recursos Humanos

Al observar el cuadro 11A del apéndice, así como las fig. 1 y 2, se nota la evolución en el número de odontólogos en diferentes años a nivel nacional y dentro de las instituciones, notándose variaciones que parecen indicar una tendencia a bajar el número de dentistas, si bien, en el IMSS los datos indican un aumento.

Por otro lado, es de resaltarse que la mayoría de los odontólogos, están concentrados en el D.F. (Cuadro 12A y fig. 3).

En general para el caso del IMSS, se tiene que existe un odontólogo por cada 15,567 derechohabientes. El D.F., cuenta con un odontólogo por cada 11,915 derechohabientes usuarios.

Tanto a nivel nacional como en el D.F., el número de odontólogos en el IMSS, y en las demás instituciones, siempre es menor en relación a los médicos generales y especialistas; en el D.F., existían laborando en el año de 1990, 305 cirujanos dentistas (Cuadro 13A, 14A, del apéndice. Ver también fig. 4 y 5).

### 5.1.5. Políticas y Estrategias en Salud Bucal

Básicamente los objetivos institucionales del IMSS, en relación a la atención odontológica son : Fomentar, proteger y restaurar la salud bucal, como parte integrante de la salud general de la población derechohabiente.

Participar en actividades de investigación epidemiológica, clínica, socioeconómica, operacional, en relación a la población; recursos técnicos administrativos de la institución o de la profesión odontológica, además vincular la práctica odontológica a la atención médica general. (IMSS, 1978).

En su manual de procedimientos de odontología (IMSS, 1978), se expone la clasificación de la atención dental en dos grandes grupos : urgencias y atención ordinaria según grupos de edad. En atención de urgencias tiene prioridad las afecciones agudas, dolorosas infecciosas, hemorrágicas y traumáticas.

La atención ordinaria según grupos de edad se divide en tres subgrupos :

a) Grupo de 0-7 años (principalmente de 3-7 años), este grupo es importante porque en esta edad se completa la erupción de los dientes primarios y aparecen los primeros órganos dentarios permanentes (primer molar), además muchas veces la conducta de los niños frecuentemente es negativa.

Para este grupo, se manejan dos opciones, si es positiva su conducta los niños serán tratados entre una y cinco consultas hasta de 45 minutos cada una.

Cuando su actitud sea negativa y su patología general le impida un manejo común, se valorará y canalizará al hospital para tratarse con anestesia general.

b) Grupo de 8-16 años. los niños son más cooperadores; además a esta edad ya se a completado la dentición permanente. En éste etapa se obturan los dientes primarios con materiales temporales y los dientes permanentes se obturan con material definitivo, como: amalgama, resina, o se extrae si así se requiere.

Se realizarán de una a cinco citas de hasta 45 minutos, en los casos que se amerite se canalizan al hospital, para atención general.

c) Grupo de 17 años a más, se da prioridad a la eliminación total de focos infecciosos, eliminación de sarro y otros irritantes, obturación de piezas dentarias que sean objeto de "necesidad sentida", para el derechohabiente tratandose como máximo en una o dos citas.

Además se les debe instruir sobre medidas de higiene bucal y detectar de manera oportuna enfermedades degenerativas.

Actividades en consulta externa (primer nivel) : Obturaciones dentarias. Se obturarán tanto en dientes primarios como en permanentes en la cual no debe estar involucrada la salud pulpar.

Dichas obturaciones se efectuarán en la consulta externa en una sola cita o dos como máximo. utilizando amalgama, resina, y como material intermedio para piezas temporales el "IRM".

Extracción dentaria. Todos los dientes con lesiones profundas, daño pulpar irreversible, y que además no sean susceptibles de rehabilitación con los recursos institucionales..

Detartraje y profilaxis. Se realizará en las regiones supra y subgingivales de las zonas afectadas, practicandose de preferencia en los adultos con alteraciones parodontales.

Detección de alteraciones degenerativas (detección oportuna de cáncer bucal). Se descubrirán oportunamente todas las zonas de

irritación de los tejidos blandos, eliminando todos los irritantes sospechosos de provocar procesos malignos, se efectuará en todas las personas adultas, especialmente en los mayores de 40 años, en caso de sospecha de lesiones tumorales, se canalizará al hospital General o de Especialidades.

Actividades en el segundo y tercer nivel de atención : Cuando el diagnóstico efectuado en la clínica familiar amerite una atención más especializada, el paciente se canalizará a los hospitales, en las mejores condiciones de salud y con diagnóstico presuntivo.

Los casos en los que se remiten los pacientes son múltiples, pero abarcan situaciones que ameritan cirugía de tejidos blandos y/o duros, traumatismos, fracturas, neoplasias y enfermedades de tratamiento combinado (IMSS, 1988).

Como resultado de la encuesta epidemiológica bucal realizada por la jefatura de servicios de medicina familiar a fines de 1984, se efectuó el modelo de atención estomatológica que se implantó a mediados de 1986 (García, et al, 1988).

Los objetivos específicos del modelo son :

- a) Disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria.
- b) Coadyuvar a elevar el nivel de salud de la población usuaria.

La estrategia a seguir es dar atención estomatológica con base en el riesgo, que realice un mayor número de acciones entre los grupos prioritarios.

Se reorientaran las actividades odontológicas de tal forma que disminuyan las medidas mutilatorias y se incrementen las preventivas.

Los siguientes factores, basados en la encuesta epidemiológica, justificaron la implantación del programa de atención estomatológica del IMSS :

a) El 97.8% de la población derechohabiente padece caries.

b) El niño al cumplir el año de edad, ya tiene cuando menos un diente afectado por caries.

c) La caries dental es un problema que va en ascenso en los pacientes hasta los 29 años, de ahí hasta los 45 se mantienen en meseta, y apartir de los 45 años empieza a descender.

d) La tasa de morbilidad dental general en la población es de 43.9%, lo que significa que de cada 4 dientes, 1.5 están enfermos.

e) La enfermedad periodontal afecta al 69.9% de la población y alcanza su mayor porcentaje entre los 45 y 49 años con un 90.9%.

f) La placa dentobacteriana está presente en todos los individuos y afecta cuando menos un tercio de la superficie de los dientes de los individuos de la población usuaria.

g) Las acciones mutilatorias todavía representan un porcentaje significativo de la atención dental (22.5%).

h) Las caries dental ocupa el segundo lugar entre los motivos de consulta de medicina familiar (García, et al, 1988).

Dos grandes estrategias que se pudieron documentar en relación a la salud bucal fueron : el modelo de atención estomatológica, y el programa de fomento a la salud dental (IMSS, 1987a y 1987b).

Dentro del modelo de atención estomatológica, se consideran como recursos humanos para la realización del modelo, los estomatólogos de base, los promotores de estomatología, y los pasantes del servicio social, como la base principal; la auxiliar de enfermería y la asistencia médica como recursos de apoyo.

Para la realización de este modelo y optimizar los recursos la población se divide en dos grupos; el llamado grupo Prioritario, al que se otorga esquema completo y el No Prioritario, al que se le resuelve solamente la "necesidad sentida" que lo lleva a solicitar la consulta.

#### Grupo Prioritario

Pacientes de 1-4 años.

Pacientes de 5-14 años.

Paciente embarazada.

Pacientes con padecimientos crónicos degenerativos.

#### Grupo No Prioritario

Formado por los mayores de 15 años y los pacientes que siendo del grupo prioritario no reciben tratamiento de esquema completo.

#### El Esquema Completo

Grupo de 1-4 años. Consultas de 15 minutos, aplicación tópica de flúor y la promoción de hábitos higiénicos bucales.

Grupo de 5-14 años. 3 consultas de 30 minutos cada una, aplicación de flúor, control de placa dentobacteriana, obturaciones y extracciones.

Grupo de embarazadas. Dos consultas de 30 minutos, cada una aplicación de flúor, control de placa dentobacteriana, detartraje, tratamiento de lesiones cariosas activas y la eliminación de focos infecciosos.

Grupo crónico degenerativo. Se completará el tratamiento en dos consultas de 30 minutos, las actividades específicas para este grupo son : detartraje, control de placa dentobacteriana y eliminación de focos infecciosos.

#### Grupo No Prioritario

Resolución de "necesidad sentida", se utilizarán dos consultas de 15 minutos cada una, las actividades para realizar serán, las requeridas para resolver la "necesidad sentida".

En todos los grupos se incluye la educación para la salud, a los pacientes incluidos en tratamientos de esquema completo se les da a control en un lapso de 6 meses; si el diagnóstico así lo requiere y el paciente tiene problemas más complejos, será remitido a otro nivel de atención.

El otro programa importante es : " El Programa Institucional de Fomento a la Salud Dental", cuyo objetivo mediano es disminuir la morbilidad por padecimientos bucales, y establecer un autocuidado de la salud bucal.

Los objetivos inmediatos son : la autorresponsabilidad a los grupos familiares o individuales, fomentando actividades para prevenir la caries dental y la enfermedad parodontal.

Lo anterior se logrará a través de actividades extramuros en los que se logre involucrar a la comunidad en técnicas de cepillado (García, et al 1988). Así como la autoaplicación de flúor (IMSS, 1987).

Los grupos prioritarios son los niños de 0-4 años (niño sano), niños de 5-14 años, y el grupo de las embarazadas; el procedimiento de acción son los enjuagues bucales con flúor (IMSS, 1978b).

#### **5.1.6. Servicios Otorgados en Salud Bucal**

Cuando el IMSS cumplió su primer año en servicio, otorgó 1'120,000 consultas (IMSS, 1983). En 1990, otorgó 78'694,607 consultas externas, de las cuales 3'570,521 fueron de consulta dental, representando el 4.53% en relación al total (IMSS, 1991a, 1991b. Cuadro 15A del apéndice).



En total el Sector Salud Institucional otorgó en el D.F., 1'621,558 consultas odontológicas, el mayor número en comparación con los demás estados. (Cuadro 16A del apéndice).

En el D.F., capto en el mismo año de 1990, 520,419 consultas dentales, por parte del IMSS, que representan el 14.5% en relación al resto nacional y, el 4.39% en relación a las demás consultas -11'841,277 consultas externas- (IMSS 1990, SNS 1990). (Ver cuadros 17A-18A del apéndice).

El mayor número de consultas dentales se registra entre personas cuyas edades van de los 25 a 44 años de edad, de estos el principal motivo de consulta es : enfermedades en los tejidos dentarios y en segundo lugar enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales.

El grupo de pacientes de 5-14 años ocupa el segundo lugar en cuanto a asistencia a consulta; al igual que el grupo anterior acuden por las mismas causas.

En tercer lugar está ubicado el grupo de 15-24 años, padeciendo enfermedades de los tejidos dentarios, enfermedad parodontal y de la encía (IMSS, 1991c).

Lugar aparte lo forman los tumores relacionados con la cavidad bucal, en el servicio de medicina familiar se presentaron 1946 casos, en 1989, representando 0.004% del total de la consulta. El primer lugar lo ocupa el tumor maligno de bucofaringe, en segundo el tumor maligno de la lengua y por último otros de diferentes partes.

Al nivel de hospital de especialidades, en el servicio de cirugía maxilo-facial, hubo 4137 egresos, con 8410 intervenciones quirúrgicas, y 15 defunciones, reportándose una tasa de 0.4 defunciones por cada 100 egresos.

Esta tasa es muy baja si se compara por ejemplo con la especialidad de infectología o de medicina interna, que reportan tasas de 13 y 10.6 defunciones por cada 1000 egresos respectivamente. (IMSS, 1991d).

## **5.2. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)**

### **5.2.1. Origen**

La reseña de los eventos más importantes que han ocurrido en la evolución histórica de los servicios de salud en nuestro país, puede resumirse en tres grandes etapas :

Primera etapa : Se incluyen los hechos ocurridos antes de la promulgación de la Constitución de 1917.

En 1846, se crea el Consejo Superior de Salubridad.

El Hospital Juárez (20 de agosto de 1947), nace como Hospital Municipal de San Pablo al fragor de la guerra americana.

Grandes hechos enmarcan la trayectoria del Hospital Juárez, como ser el fundador de la medicina legal en México, así como implantar técnicas que nunca habían sido realizadas en el mundo.

En 1894 se expide el primer código sanitario.

Segunda etapa : Comprende lo acontecido de 1917 a 1982. La Constitución de 1917, producto de la primera revolución social del siglo XIX, agrega los derechos sociales a los derechos individuales. En el artículo 123 se establecen las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.

En 1934, entro en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad.

En 1937, se creo la Secretaria de Asistencia, la cual en 1943, se fusionó con el Departamento de Salubridad.

En 1947, la Secretaria de Salubridad y Asistencia tiene facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la

prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia pública.

En 1954, se creó la Comisión Nacional de Hospitales.

En 1977, se estableció el Sector Salud.

En 1978, se constituyó la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, como instancia de apoyo a la coordinación de las acciones que en materia de mejoramiento del ambiente llevan a cabo distintas dependencias y entidades.

Tercer etapa : etapa de eventos recientes, se inicia en 1982.

El 7 de agosto de 1984, fue aprobado por el Ejecutivo Federal, el Programa Nacional de Salud.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia creada en 1943. se transforma en Secretaría de Salud el 21 de enero de 1985.

En particular, la Secretaría de Salubridad y Asistencia se separa de la operación de servicios y se transforma en la Secretaría de Salud, orientada a la planeación, normatividad y vigilancia de la salud en México.

La actual etapa de desarrollo de los servicios de salud, se caracteriza por el propósito de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud, apoyado en su cabal descentralización y sectorización, conducida por la Secretaría de Salud (SS, 1988).

#### **5.2.2. Cobertura**

Aproximadamente 1'847,355 habitantes fueron población usuaria por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (población abierta), y representan el 22.43%, de la población total del D.F. (Cuadros 7A y 8A).

#### **5.2.3. Recursos Materiales**

La SSA, cuenta en total en el país con 6612 unidades médicas, 50.1% del total del Sector Salud y 4386 unidades de consulta

externa de consulta externa, que representan el 51.3% de todas las unidades de consulta externa del Sector Salud. (Cuadro 9A del apéndice)

En el D.F., la SSA, tiene 245 unidades médicas, 33.8% del total de unidades de la capital y 1.85% del país.

De las unidades de consulta externa, la Secretaría reporta la existencia de 223 unidades 36.14% del total de unidades de consulta externa (Cuadro 10A del apéndice).

Al analizar el cuadro 10A, se observa que la Secretaría es la que concentra el mayor número de unidades de consulta externa, en comparación con las demás instituciones del Sector Salud, en relación a sus unidades de hospitalización, su número es superado por el DDF y el IMSS (Sistema Nacional de Salud, 1990).

#### 5.2.4. Recursos Humanos

De los datos estadísticos que se posee, se sabe que la SSA, para 1990, contaba con 1533 cirujanos dentistas, aproximadamente un 36% del total de odontólogos institucionales del país (Cuadro 11A del apéndice y fig. 2). Se observa que el número de odontólogos ha disminuido en el periodo 1986-1990. (fig. 1)

En el D.F., el número de odontólogos era de 434, número que representa el 35% del total de los mismos (Cuadro 14A), es la institución que absorbe el mayor número de odontólogos en el D.F., en relación a las demás instituciones y a los otros estados. (fig.5).

La relación odontólogo-habitantes para la población usuaria fue de 8948 usuarios por dentistas en el país; en el D.F., la proporción que se calculo fue de 4256 habitantes por odontólogo. (SS, 1990; SNS, 1990).

### 5.2.5 Políticas y Estrategias de Salud Bucal

#### Actividades y logros:

- 1.- Elaboración e implantación del programa nacional de prevención y control de caries dental.
- 2.- Programa nacional de prevención y control de periodontopatías.
- 3.- Anteproyecto de norma técnica para la fluoración de la sal de mesa.
- 4.- Elaboración de la norma técnica de prevención y control de enfermedades bucodentales en la atención primaria de salud.
- 5.- Cursos regionales de capacitación de programas para la salud bucodental.
- 6.- Organización del curso interinstitucional y nacional de cariología, en septiembre de 1986.
- 7.- Reunión técnica nacional de estomatología. Septiembre 1987.
- 8.- Cápsulas de educación para la salud bucodental por radiodifusión.
- 9.- Supervisión, asesoría y evaluación de los programas de cada una de las entidades federativas.
- 10.- Integración del inventario de los recursos estomatológicos, 1986.
- 11.- Ampliación de la cobertura de acciones educativo preventivas de caries dental, principalmente en escolares (autoaplicación de flúor).
- 12.- Se integraron nuevas acciones con énfasis en la prevención y control de parodontopatías, el control efectivo del la placa dentobacteriana y del sarro dentario de la población del D.F. (SS, 1988 ).

#### Programa de Atención Médica

Es uno de los programas de mayor relevancia en esta Dirección General, ya que a través, de él, se llevan a cabo acciones de restauración de la salud y rehabilitación sin dejar a un lado las correspondientes prevenciones.

Las acciones del programa de atención médica, se sustentan en las estrategias establecidas en el Sistema Nacional de Salud, que indica la estratificación de sus funciones, servicios y recursos en los tres Niveles de Atención, enfatizando las acciones de Atención Primaria.

#### Programas de Educación para la Salud

La falta de consolidación, de los mecanismos orientados a promover la participación social para preservar y mejorar la calidad de la vida y las condiciones del medio ambiente, dificultan el logro de los problemas y programas de salud; más todavía, se considera que un elevado volumen de la demanda de atención esta representado por patologías asociadas a las malas condiciones de saneamiento y de higiene personal, a hábitos, mala alimentación, etc.

La educación para la salud, se fundamenta en la creación de hábitos, costumbres y valores del individuo, promueve la formación de una conciencia en nuestros habitantes, sobre la importancia de salud y la forma de preservarla a través de su participación individual, familiar y comunitaria.

#### Programa de Información

Las acciones del programa se orientan a la capacitación, producción, procesamiento, sistematización y divulgación de la información en salud. El programa constituyó el elemento de apoyo fundamental para el Sistema Nacional de Salud, particularmente en lo relativo a los procesos de planeación, presupuestación,

evaluación y control. La información se refiere al estado y evolución de la salud pública, la atención médica y la asistencia social (SSA, 1988 b).

Los centros de salud de la SSA, se limitan a dar servicio solo en el primer nivel de atención, es decir, los tratamientos que el paciente recibe son : Extracciones, Operatoria dental, Odontología Preventiva, Aplicación de flúor, Uso de hilo dental, Platicas sobre higiene dental, Radiología. La institución otorga ayuda a personas de bajos recursos económicos; cuenta con clínicas situadas estrategicamente en diferentes puntos del D.F.

Los pasos a seguir para asistir con el dentista, consisten en: obtener una ficha, el paciente justifica su presencia e informa sus malestares, finalmente el paciente es atendido y citado cuantas veces sea necesario, pagando por el servicio una cuota minima.

Cuando el paciente requiere de una especialidad, se le informa, donde puede ser atendido, se le pide vaya y solicite el servicio; una opción es el Hospital General de México, que atiende a esta clase de pacientes. El Hospital es una institución asociada, actualmente adquirió su autonomía; sin embargo, percibe ayuda de la SSA.

El hospital General, fue fundado en febrero de 1905, apartir de entonces da servicio también en el área odontológica. Desde entonces cuenta con especialidades como : Exodoncia, Parodoncia, Odontología preventiva, Protésis; poco a poco y con la ayuda de los directivos se han incrementado las especialidades.

En el año 1954, la Dra. Ernestina Martínez, maestra de patologia bucal de la UNAM, toma el mando de este Hospital, a

partir de entonces a existido una evolución constante en esta institución, y la odontología a seguido un camino ascendente, ya que, se incrementaron algunas otras especialidades como: En 1970, cirugía bucal y parte de cirugía maxilofacial; para 1982, comenzaron a funcionar los servicios de ortodoncia, odontopediatría, así como, endodoncia y la especialidad de cirugía maxilofacial fue más estable (\*\*).

Es el primer hospital que a nivel nacional ocupa por primera vez ortodoncistas a nivel ortocnata.

Se manejan tres niveles para el servicio del paciente :

- a) Primer nivel : Se da diagnóstico y tratamiento de padecimientos incipientes (extracciones, radiología, odontología preventiva, etc.).
- b) Segundo nivel : Detección de hiperplasias y cirugías menores.
- c) tercer nivel : Cirugía mayor y especialidades.

Es realmente un Hospital de tercer nivel, ya que cuenta con las siguientes especialidades :

- 1.- Odontopediatría
- 2.- Ortodoncia
- 3.- Endodoncia
- 4.- Protésis Maxilofacial
- 5.- Exodoncia
- 6.- Ortopedia Maxilofacial
- 7.- Radiología
- 8.- Cirugía Bucal y Maxilofacial

Se cuenta con pasantes que están haciendo su servicio social y residentes en período de adiestramiento.

Se dan platicas, conferencias y existe material audiovisual para los alumnos y profesores.



Diariamente se reciben 40 pacientes de nuevo ingreso; de los cuales 30 se atienden en el segundo nivel.

Existe un servicio tipo brigada, que sale en época de vacaciones al Estado de México, Morelia y Zacatecas .

El Hospital General resuelve sus problemas económicos, con los pequeños donativos que recibe de los pacientes y con la ayuda de la Secretaría de Salud, gracias a esto subsiste, ya que en 1968, logro su autonomía. (\*\*)

#### 5.2.6. Servicios Otorgados en Salud Bucal

En total, el número de consultas odontológicas dadas en diferentes instituciones de la SSA en 1990, fue de 2'450,139 (Cuadro 15A del apéndice).

Para la consulta externa en 1990, en el D.F., sólo hubo 5'950,969 consultas; mientras que en la coordinación del departamento de odontología se registraron 450,744 consultas odontológicas. (Cuadro 17A del apéndice).

### 5.3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

#### 5.3.1. Origen

Esta institución fue fundada en el año 1959, durante el período presidencial del Lic. Adolfo López Mateos.

#### 5.3.2. Cobertura

En 1960, el ISSSTE, atendió 487,742 derechohabientes que representaban el 1.35% de la población nacional -36'046,000 millones de habitantes-, (González, 1988).

Datos más recientes, muestran el enorme incremento en su cobertura, para 1990, el Sistema Nacional de Salud, reporto que el

\*\* Comunicación Personal Dr. Javier Gil de la Puente. Hospital General de México.

ISSSTE, protegía potencialmente a 8'073,672 habitantes, a nivel nacional y, a 2'601,191 habitantes en el D.F. (Cuadro 7A del apéndice).

Sin embargo, únicamente fueron usuarios para ese año 4'489,962 derechohabientes en el país y, 1'446,262 derechohabientes en el D.F. (Cuadro 8A del apéndice).

De acuerdo al número de usuarios de ISSSTE queda en tercer lugar después del IMSS y de SSA, a nivel nacional, esa misma posición la guarda en el D.F.

### 5.3.3. Recursos Materiales

El ISSSTE, cuenta con 1163 unidades médicas en todo el país (8.82% del Sector Salud), de estas 1079 son unidades de consulta externa. (Cuadro 9A del apéndice)

Tiene bajo su jurisdicción 146 unidades médicas en el D.F., de las cuales 137 son de consulta externa (Cuadro 10A del apéndice).

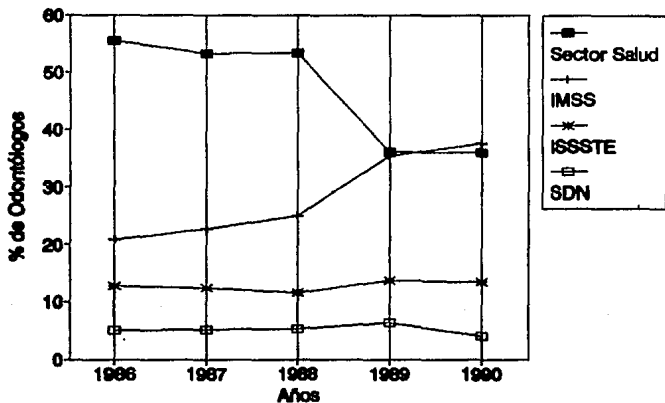
### 5.3.4. Recursos Humanos

La variación en el número de odontólogos del año de 1986 a 1990, es muy significativa pues en vez de crecer, disminuyó. En el año de 1986, el número de dentistas era de 630, para 1990, el número bajó a 577 en el país. (Cuadro 11A del apéndice, y fig. 1).

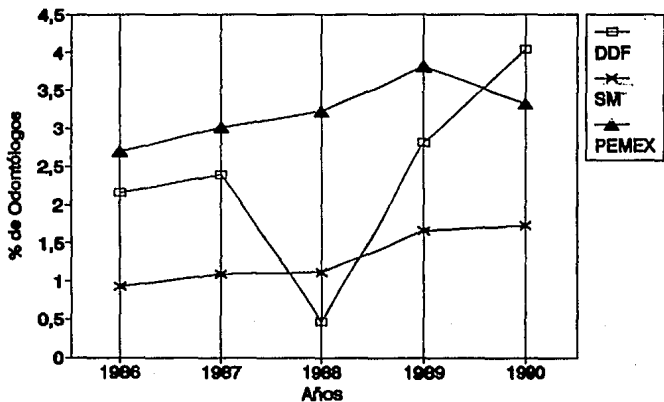
Por otro lado en el D.F., (Cuadro 14A del apéndice) la cantidad de profesionales de la Salud Bucal reportados por el ISSSTE, fue de 202, ocupando el tercer lugar después de la SSA y del IMSS (fig. 5).

Dentro de la misma institución el número de odontólogos del D.F., ocupa el primer lugar en relación al de los demás estados cubiertos por el ISSSTE.

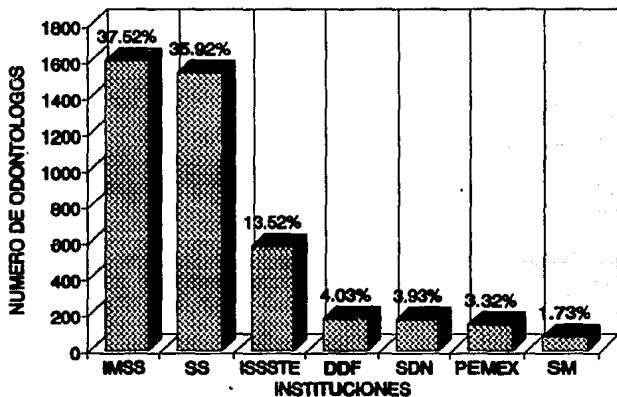
**FIGURA 1 (1a parte)**  
**ODONTOLOGOS POR INST. Y AÑO (MEXICO)**



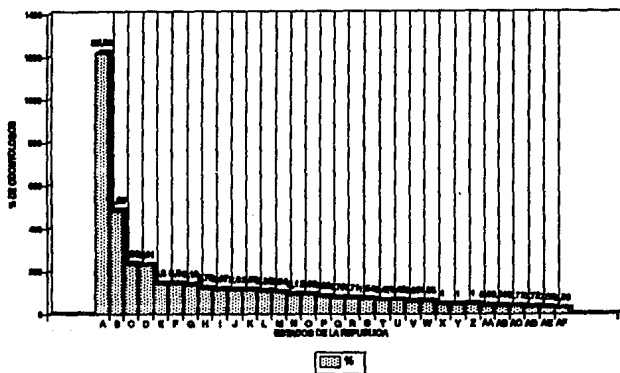
**FIGURA 1 (2a parte)**  
**ODONTÓLOGOS POR INST. Y AÑO (MEXICO)**



**FIGURA 2**  
**No. DE ODONTÓLOGOS POR INST. (MEX.1990)**



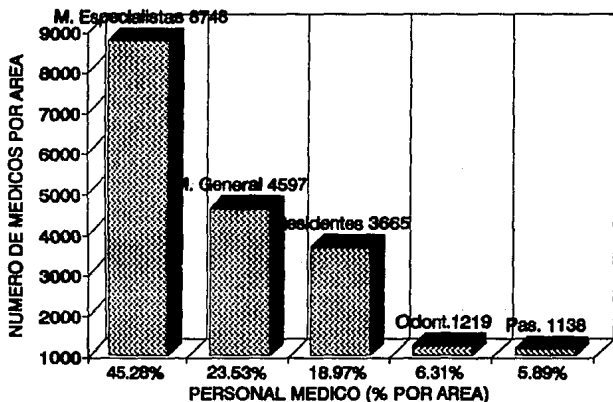
**FIGURA 3**  
**NUMERO DE ODONTOLOGOS POR ESTADO**



**Descripción de claves fig. 3**

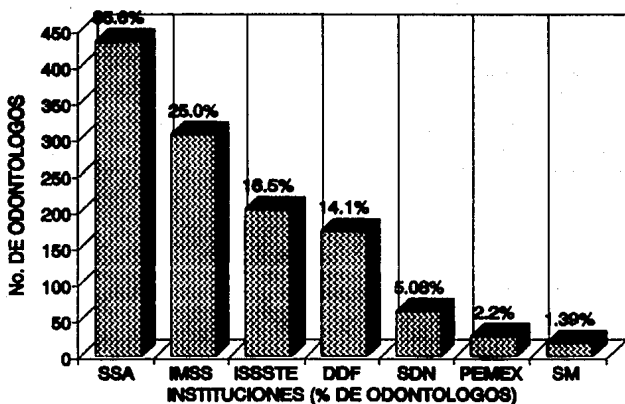
A - D.F.	L - Chihuahua	W - Hidalgo
B - México	M - Baja Calif. N	X - Querétaro
C - Veracruz	N - Guerrero	Y - Tlaxcala
D - Jalisco	O - Sinaloa	Z - Zacatecas
E - Nuevo León	P - Sonora	AA - Baja Calif. S.
F - Tamaulipas	Q - Oaxaca	AB - Quintana Roo
G - Tabasco	R - Chiapas	AC - Campeche
H - Guanajuato	S - S.L.P.	AD - Aguascalientes
I - Puebla	T - Yucatán	AE - Colima
J - Coahuila	U - Morelos	AF - Nayarit
K - Michoacán	V - Durango	

**FIGURA 4 (D. F. 1990)**  
**PERS. MEDICO EN CONTACTO CON PACIENTE**





**FIGURA 5 (D.F. 1990)**  
**NUMERO DE ODONTOLOGOS POR INSTITUCION**



La proporción odontólogo-población usuaria en México es de 7781 derechohabientes por odontólogo; por el D.F., la relación es de 7159 derechohabientes por odontólogo.

### 5.3.5. Políticas y Estrategias en Salud Bucal

El plan de trabajo en salud bucal, del Hospital de Especialidades "Dr. Honorato Villa Acosta", es el modelo a seguir, si no en todas las dependencias odontológicas del ISSSTE, si en la mayoría de ellas (\*\*\*)

Algunos hospitales cuentan con laboratorio dental, donde se hacen todos los trabajos a excepción de la porcelana ( ya que no se tiene horno para porcelana); en el hospital "Dr. Honorato Villa Acosta" por ejemplo. se tienen 10 técnicos a disposición. Se trabaja únicamente de Lunes a Viernes y se manejan dos niveles a trabajo.

En sí, la consulta especializada, esta dentro de un segundo nivel.

Las especialidades que se tienen en estas clínicas -de especialidades-, son : Cirugía maxilofacial, endodoncia, odontopediatria, prótesis fija y removible, prostodoncia total y parcial, radiología parodoncia; por último ortodoncia preventiva y correctiva. La ortodoncia correctiva se hace en el hospital "Lic. Adolfo López Mateos", al igual que cirugías mayores. En este hospital se cuenta con dos especialidades diferentes : Cirugía protésica y ortopedia.

Se trabaja con ortopedistas y protesistas en conjunto con el cirujano maxilofacial y el radiólogo, al igual que el anestesiólogo.

En otros hospitales o clínicas adscritas al ISSSTE, las especialidades dentales son las mismas que se manejan en el

Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" y la Clínica de Especialidades Dentales "Dr. Honorato Villa Acosta" sólo que el total de especialidades disminuye; pueden ser 4-5 especialidades pero, nunca las 8-9 que existen en el Hospital y Clínica mencionados anteriormente.

Cabe mencionar que la "Clínica de Especialidades Dentales" es la única en México con este programa de especialidades.

"Clínica de Especialidades Dentales "Dr. Honorato Villa Acosta"

Es la única unidad Hospitalaria de Especialidades Dentales en México y Latinoamérica, junto con el Hospital General que es fundado el 8 de enero de 1966. Al igual que las demás clínicas del ISSSTE, es normada técnica y administrativamente, por la Subdirección General Médica del ISSSTE, a través de los servicios médicos del área metropolitana. Esta clínica desde sus inicios labora con las especialidades que hoy en la actualidad aún conserva.

En ésta clínica se dan aproximadamente 50 consultas odontológicas, claro esta, se incluyen todas las especialidades.

La institución funciona como clínica, los pacientes derechohabientes son remitidos de su unidad médica de primer nivel, (donde son atendidos por un odontólogo de práctica general), a la "clínica de segundo nivel", donde sólo existen especialistas (ISSSTE, 1986).

En estas unidades sólo se atienden pacientes derechohabientes, bajo ninguna circunstancia se atiende población abierta. Los pacientes son remitidos de toda la República Mexicana y obviamente del D.F., para los pacientes foráneos se tienen citas especiales (largas en horario de atención y espaciadas para la próxima vez), se tiene cierta consideración

hacia esta clase de pacientes, siguiendo el horario marcado en la clínica (7:00 AM a 2:00 PM y de 4:00 PM a 20:00 horas PM)

El servicio de segundo nivel tiene sus ventajas y desventajas. Una de las tantas ventajas que ofrece, es que el paciente es remitido de su clínica y no tiene que pasar por todos los obstáculos que normalmente se presentan para tener servicio o atención a este nivel. Otra ventaja consiste, en que el paciente no tendrá que trasladarse de una clínica a otra para recibir las diferentes especialidades, en una sola clínica será atendido por los especialistas que requiera.

Entre las desventajas se tiene que muchos de los pacientes foráneos no tienen los suficientes recursos económicos para trasladarse al D.F., por lo que pierden la oportunidad de ser atendidos en las mejores condiciones posibles.

Las clínicas u hospitales de especialidades laboran exclusivamente con personal capacitado y de alto nivel académico (Especialistas). Los dentistas de práctica general se encuentran en las clínicas de primer nivel. (\*\*\*)

### 5.3.6. Servicios Otorgados en Salud Bucal

De acuerdo a sus estadísticas (Cuadro 15A del apéndice y fig.6), se tiene que en el país el ISSSTE, otorgó 1'097,595 consultas odontológicas; en tanto que en el D.F., se registraron 348,881 consultas. Nuevamente ocupa el tercer lugar después del IMSS y la SSA. (Cuadro 17A del apéndice). (\*\*\*)

(\*\*\*) Comunicación personal. Dra. Aguilar, M.P. "Clínica de Especialidades Dentales". (ISSSTE, 1993)

Servicios en Salud Bucal

"Clínica de Especialidades Dentales. "Dr. Honorato Villa Acosta" \*

Especialidad : Odontopediatría

Condiciones para ingresar

Sin caries: rampante, interproximal.

Sin destrucción coronaria extensa.

Síndrome de biberón.

Traumatismo.

Sin hábitos ( succión de dedos,  
lengua, labio, etc.)

Mantenedores de espacio.

Terapéutica pulpar.

Conducta rebelde.

Con radiografías.

Impedimento físico y/o psicológico.

Especialidad: Protesis Fija

Sin restos radiculares.

Sin caries.

Piezas Obturadas (amalgama, resina)

Radiografías.

Profilaxis.

Técnica de cepillado.

Especialidad : Protésis R. y Total

Sin caries en piezas pilares y remanentes.

Piezas Obturadas

Tratamientos que se realizan

Obturación con amalgama.

Coronas Acero-cromo.

Recubrimientos pulpares.

Pulpotomías.

Extracciones.

Incrustaciones.

Coronas de porcelana.

Prótesis fija metal-porcelana. (postes de premolares y anteriores)

Resinas fotocurables.

Dentaduras Completas.

Potésis Removibles combi-

Sin Restos radiculares  
Profilaxis, técnica de cepillado  
Con radiografías, procesos regulares.  
Sin movilidad de piezas pilares.  
Tratamiento terminado.

Especialidad: Cirugía Bucal

Condiciones para ingresar.

Diagnóstico bien elaborado  
Remoción de procesos cario-  
sos.

Profilaxis.

Radiografías.

Especialidad: Endodoncia

Sin caries.

Sin restos radiculares.  
Dentición Mixta, no mayores de  
10 años y no menores de 3 años.

Profilaxis.

Con ortopantomografía

Técnica de cepillado.

Especialidad : Parodencia

Profilaxis y Odontoxesis  
Operatoria dental realizada.  
Técnica de cepillado.  
Extracciones realizadas.  
Con radiografías.

nadas.

Tratamiento que se realiza

Terceros molares impactados  
Regularización de procesos  
Caninos incluidos.  
Quistes y Granulomas.  
Torus.

Mantenedores de espacio.

Ortodoncia preventiva, la  
correctiva no se hace en ésta.  
clínica.

Curetaje cerrado y abierto.  
Gingivoplastia, gingivectomia.  
Autoinjertos, Frenilectomias.  
Legrados de abscesos parodon-  
tales, sellados de perforacio-  
nes. Radilectomias, Hemisecc-

Especialidad : Radiología

Sólo se toman radiografías.  
periapicales para adulto,  
periapicales infantil y oclusales.  
Si se requiere de otro tipo de radiografía se remite al Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos", u otra unidad.  
Sólo se cuenta con aparatos simples.

ción.

Sólo se toman radiografías periapicales, oclusales, de aleta (tanto adulto e infantil).

\* Dra. Aguilar, M.P., "Comunicación Personal". Clínica de Especialidades Dentales, ISSSTE, 1993.

## VI. ALTERNATIVAS NO INSTITUCIONALES EN SALUD BUCAL

### 6.1. Práctica Privada Odontológica

#### 6.1.1. Origen

La práctica privada odontológica, existe desde que hubo personas con necesidad o molestia odontológica y otra que con previos conocimientos empíricos, podía darle solución a su necesidad, a cambio de una remuneración que cubriera dicho servicio, y que, en sus orígenes probablemente fue en especie.

De acuerdo a los antecedentes históricos, se sabe que en las culturas precolombinas existía una persona específica que curaba las afecciones dentales, llamada *Tiancopinaliztli*.

Por los mismos antecedentes se debe entender que forzosamente esta relación, entre el *Tiancopinaliztli* y las personas que lo solicitaban implicaba el pago del servicio.

Después de la Conquista, y con la llegada de algunos practicantes de la nascente odontología, el pago de servicios hubo de darse en oro, plata y cobre, pues ya existía un sistema monetario al menos formal.

Es obvio que este sistema se perduró hasta nuestros días, en la que se ofrece un servicio a cambio de un pago.

#### 6.1.2. Cobertura

Al parecer, no se tiene un registro exacto y confiable en relación al número total de cirujanos dentistas en el país, por ejemplo, del total de odontólogos que reporta el Sector Salud, no se sabe cuantos de ellos se dedican a la práctica privada, a la docencia o únicamente a la práctica institucional: o quizás a las tres actividades.



De los dentistas que se dedican a la práctica privada, muchos de ellos no tienen registrado el consultorio de manera oficial, ya sea porque son pasantes, o no trabajan de tiempo completo, y se concentran en otras actividades como trabajo principal.

Reforzando lo anterior, y citando a López y Lara (1992), es un tanto difícil saber el número y distribución real de los dentistas en el país.

Sin embargo, para tener una idea del aumento de odontólogos en el país y, concretamente en el D.F. , basta citar a Díaz (1990), la cual refiere que en el año de 1864, existían en el D.F., 11 dentistas ofreciendo sus servicios. (Publicado en diario "El viajero de México, completa guía de forasteros").

En 1885, el periódico " La Epoca", indicaba que existían 25 dentistas; para 1888, y tomando el dato de una obra de estadística, el periódico "El Partido liberal" publicaba la existencia de 29 dentistas; para el año de 1890, en el censo de profesiones, se reportaban 36 dentistas y era publicado en el periódico "El Siglo diez y nueve".

Datos más recientes y reportados en el Plan Nacional de Salud (1974), indican la existencia de 5101 dentistas en todo el país, correspondiendo al D.F., la existencia de 2124.

En el año de 1979, su número aumentó a 17,000 en todo México, al siguiente año la cifra era de 23,000 cirujanos dentistas, de los cuales aproximadamente 1865 (el 7.9%) trabajaban en el Sector Salud institucional y, alrededor de 3300 (14%) eran profesores de alguna escuela o facultad de odontología del país. (López y Lara, 1983).

Además se debe entender que tanto los odontólogos institucionales como los que se dedican a la docencia, realizan una práctica privada.

López (1991), ha estimado que desde la fundación de la primera escuela de odontología en México en 1904, se han producido en todas las escuelas de odontología del país, la cantidad de 75,000 profesionales. Agrega además, que sin base muy firme, la estimación del número de odontólogos trabajando en la profesión es de 48,000 para todo el país, de los cuales más o menos 13,500 estarían en la Cd. de México.

Nuevamente el problema que surge de manera inmediata, es que de estos datos estimados, no se puede precisar exactamente, los que se dedican a la práctica privada, a la práctica institucional y a la mixta.

Este problema deriva de que no existe un registro fidedigno de estos datos y que sean confiables, es más, si se quisiera saber el número de dentistas por especialidad el problema sería mayor.

No obstante, tratando de hacer ciertas extrapolaciones con los pocos datos confiables, de acuerdo con López y Lara (1983 y 1992), en un estudio que realizaron, en la ciudad de México con 310 y 386 odontólogos respectivamente, encontraron que de estos 8.4% eran contratados por instituciones de salud (1983), para el segundo caso fueron contratados un 10.6%, en ambos casos las muestras realizaban a la par la práctica privada.

López y Lara (1983 y 1992), la probabilidad de que cualquier egresado de las escuelas de odontología, sea contratado por alguna institución de salud es muy bajo, quedandole como alternativa la práctica privada, la docencia o contratado por odontólogos.

Por otra lado, el IX censo de servicios de 1985 revela la existencia de 14,489 consultorios o clínicas dentales privadas (unidades censadas) en todo el país. 3133 unidades censadas corresponden al D.F., se ve evidentemente que el mayor porcentaje de consultorios se concentra en la capital. (Cuadro 19A del apéndice)

El último censo de servicio (censo de servicios 1989) registro 17,301 consultorios dentales privados, se observa un incremento del 19.4%, con respecto al año de 1985; en este censo no se especifico el número de consultorios en el D.F.; puesto que el formato de censo opero de tal forma, que registro a la vez el número de consultorios veterinarios y médicos, con los datos reportados en el censo no hay modo de separar uno de otro.

De los 17,301 consultorios privados, no necesariamente corresponde una relación 1:1 con los odontólogos, sino tendríamos igual número de ellos, generalmente trabaja más de un dentista por consultorio, como no se tiene el dato de consultorios por estado para el año 1988, es útil el porcentaje de incremento de 1985 a 1988, considerando que las condiciones se han mantenido más o menos estables, y con excepción de ciertas variaciones estatales la tendencia pudiera ser la misma, aunque esto no necesariamente puede ser cierto, hasta que se compruebe lo contrario con el siguiente censo de servicios.

A falta de datos más recientes, se puede calcular que para el país en 1990, se tiene una relación de 1675 habitantes por dentista y en el D.F., la relación es de 610 habitantes por dentista.

Expresado en terminos cuantitativos esta relación odontólogo-habitante parecería estar más que satisfecho,

considerando incluso que el Plan Nacional de Salud de 1974, tenía como meta alcanzar la cifra de un odontólogo por 5000 habitantes. Sin embargo, la realidad parece ser otra, incluso sin remitirnos a los diversos autores como López y Lara 1983 y 1992; López 1991; Mandujano 1988; Farril 1977; y los estudios epidemiológicos de la SSA, y del IMSS (Escarza, 1984-1989).

En las mismas clínicas de atención odontológica de la UNAM y en las brigadas que se realizan, se evidencia la escasa cobertura de los servicios odontológicos sobre la población del país.

### **6.1.3. Características de la Atención Bucodental en la Práctica Privada**

Para poder abordar este punto, se tiene que recurrir a los pocos trabajos cualitativos que se han efectuado al respecto.

Arango (1984); López y Lara (1993, 1992); Mandujano (1988); Arroniz (1988); y López (1991); integrados de manera conjunta sus opiniones acerca de la práctica privada odontológicas se tiene lo siguiente :

Se realizan actividades dirigidas a la curación y eliminación de los dientes afectados por caries, atendiendo el diente en sus fases terminales de la enfermedad.

Las actividades preventivas casi no se realizan o son totalmente nulas, la misma situación se presenta en el caso de actividades de educación para la salud.

Los procedimientos que se realizan en mayor escala, son de tipo mutilatorio, protésicos, llevándose en menor grado los trabajos de diagnóstico y medicina bucal, así mismo, los niños reciben poca atención.

Los procedimientos de mayor complejidad como son los quirúrgicos de tejidos blandos y duros se realizan en poca escala.

La ejecución de la historia clínica, la indicación e interpretación de exámenes de laboratorio, biopsias y diagnóstico no se realizan frecuentemente.

Es una práctica que se caracteriza por ser individualista, biologista, mercantilista, elitista, parcializada y altamente tecnificada, que utiliza materiales y equipo nacional e importado, que incrementa sus costos de trabajo y por tanto sus honorarios son altos.

Tradicionalmente la imagen del odontólogo es la de un individuo que trabaja sólo y aislado en su consultorio, en donde no tiene contacto interdisciplinario, y atiende al paciente, aislando la cavidad bucal del resto del cuerpo, incluso, esta fragmentación es tal, que fija su atención en un diente en particular, separando al paciente de su entorno social.

Esta deshumanización de la práctica, refleja que los tratamientos están determinados más por la capacidad de compra del usuario, que por sus necesidades reales de salud.

Como tal existe consenso en que la atención odontológica privada no satisface las necesidades reales del grueso de la población, la desigual distribución geográfica de los odontólogos, y los costos de manejo del consultorio (material, equipo, renta, mantenimiento, etc.), y las características propias de la profesión hacen patente la crisis por la que atraviesa la población usuaria y los mismos dentistas.

Los pacientes no se pueden atender, porque no hay dentistas en su localidad, o los costos son muy altos. Así mismo los dentistas no tienen pacientes, porque estos no pueden pagar los honorarios, y el número de pacientes no es suficiente para costear un consultorio.

Tomando en cuenta que el servicio odontológico institucional únicamente ofrece ciertos servicios específicos, que no satisface el total de necesidades reales de atención bucal, la población en general, se ve obligada a recurrir, a los servicios odontológicos privados para atenderse de tratamientos especializados como : endodoncia, parodoncia, prótesis, etc.

Aquí entra en juego la relación precios-salario, para entender esto, analizaremos el contexto socio-económico del país tomando como referencia el ingreso-gasto de la población.

Se esta de acuerdo, en que la crisis económica en el país, a partir del año de 1982 hasta la fecha, ha golpeado tanto a los demandantes de servicios (población en general), como a los prestadores de los mismos, caso particular, es el sector salud, tanto privado como institucional. Herrera y González (1989); López y Lara (1983 y 1992); Zuñiga (1993); y Zarate (1993).

Tomando como referencia los datos de la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares de 1989 (un trimestre) se tienen los siguientes datos.

De acuerdo a una clasificación cualitativa, pero basada en datos cuantitativos tomados de la encuesta nacional de ingresos-gastos, (INEGI, 1992b), el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), separo en tres grupos de acuerdo a su distribución de ingreso a la población :

La población "muy pobre", los "medios pobres" y los "pobres", que constituyen el 50% de la población, obtienen el 18.76% del ingreso.

Un 30% de los habitantes entre quienes se clasifican como los "Clase media-baja, media-media y media-alta", participan del 27% del ingreso nacional.

Finalmente "los medios-ricos, los ricos y, los muy ricos", que integran el 20% de la población, se llevan el 53.55% de la riqueza nacional.

De este 20%, el 10% obtiene el 15.62% del ingreso nacional y el 10% restante obtiene el 37.93% del ingreso.

El estudio del ITAM, señaló además que, únicamente el 10% de la población más rica del país mejoro sus ingresos, en tanto el 90% restante lo redujo. (Zuñiga, 1993; INEGI, 1992b).

Para el último trimestre de 1989, la encuesta nacional de ingresos y gasto revela que, la población distribuye su gasto corriente total ( se refiere a la parte del ingreso que los hogares destinan a la adquisición de bienes y servicios de consumo final, que requieren para cubrir sus necesidades, así como a las transferencias pagadas a terceros. De la misma manera, el gasto puede darse en moneda o en especie), de la siguiente forma :

- 1.- El 39.78% de sus ingresos los gasta en alimentos, bebida y tabaco.
- 2.- Un 12.82% lo gasta en transporte y comunicación.
- 3.- 10.42% del ingreso es gastado en servicios de educación y esparcimiento.
- 4.- 9.59% se gasta en muebles, accesorios, enseres domésticos y cuidado de la casa.
- 5.- 9.24% en otros bienes y servicios.
- 6.- El 7.86% es gastado en vestido y calzado.
- 7.-El 6.74% se utiliza para el gasto de vivienda, servicios de conservación combustible y energía eléctrica.
- 8.- Finalmente se destina únicamente el 3.56% del gasto corriente total en cuidados médicos y conservación de la salud.

Estos datos revelan la diferencia tan grande entre el gasto en alimento, como prioritario y, el gasto en salud que queda en último lugar en cuanto a importancia.

Continuando con las comparaciones y tomando como referencia el Cuadro 20A-1 del apéndice, los tres grupos cualitativos (pobres, clase media y ricos) gastaron en el rubro de la salud 1'317,735 millones de pesos antiguos, (el gasto corriente monetario es parte del gasto corriente; el cual como se recordará, puede darse en moneda o en especie).

El gasto corriente monetario, se refiere a la cantidad de dinero destinado a la adquisición de bienes y servicios de consumo final, y las transferencias otorgadas a otras unidades: los bienes son los ocho conceptos de distribución del gasto corriente total, citados anteriormente.

Las transferencias son pagos a compañías aseguradoras, donativos, y regalos en moneda a personas no familiares, contribuciones a instituciones benéficas, pérdida y robos de dinero y, pagos a la administración pública (INEGI, 1992b).

De este gasto, a los pobres les correspondió el 24.92%, a la clase media, el 27.13% y a los ricos el 47.94%, esto indica que el grupo de los ricos (22.41%), gastó la mayor cantidad de dinero en salud en comparación con los otros grupos.

Al desglosar más específicamente el concepto de cuidados médicos y conservación de la salud (al que genéricamente se le esta llamando Salud) se observa lo siguiente. (Cuadro 20A-2 del apéndice)

Tomando como 100% el gasto de 1'371,735 millones de pesos antiguos; a la atención primaria le corresponde el 58.31% del gasto; a la atención hospitalaria (no incluye parto), el 17.57%;



en servicios médicos y medicamentos durante el embarazo y parto el 8.65%; medicamentos sin receta, el 4.8%; aparatos ortopédicos y terapéuticos, el 7.7% y en seguro médico se gastó el 2.95%.

Así mismo, si se desglosa el concepto "atención primaria" (Cuadro 20A-3) se tiene lo siguiente. (768,378 millones de pesos antiguos=100%) :

En consultas médicas correspondió el 40.3% del gasto; las consultas dentales captaron el 15%; medicamentos recetados, 32.7%; otras atenciones primarias 11.95%.

Es notorio, como el gasto corriente monetario en cuidados médicos indica que la atención dental es la que menos gastos recibe.

Por otro lado los mismos datos indican que en consultas dentales, (115,479 millones de pesos antiguos=100%), "los pobres" gastaron 6.7% del gasto corriente monetario, la "clase media" gastó 26.72%, y por último " los ricos" gastaron el 66.5%.

Las cifras son más que elocuentes, una familia típica de escasos recursos o medios recursos, preferirá anteponer la consulta dental hasta el final, siempre y cuando no tenga acceso al servicio institucional, en donde en caso de molestia grave, le eliminarán la caries y obturarán la pieza, y la persona perderá un diente más, de los posiblemente ya perdió o está en camino de perder.

Si el tratamiento de elección fuera endodoncia y posteriormente la rehabilitación del diente con una incrustación, el costo con el dentista privado, estaría muy lejos de las posibilidades económicas del paciente.

Tomando como referencia la encuesta nacional de ingreso-gasto, el balance entre el ingreso y el gasto corriente total, es

negativo hasta con 2 y 3 salarios mínimos; arriba de 4 salarios mínimos el balance comienza a ser positivo y permite conforme sea mayor el número de salarios mínimos ganados, obtener acumulación de excedente monetario, que permite el disfrute de necesidades.

Como los hogares lo conforman varios miembros y todos tienen necesidad de atención odontológica, esta se va relegando, anteponiendo otros intereses con mayor prioridad. Es de sobra decir que la salud dental de la población reflejada por la cifras de morbilidad bucal, evidencian la desigualdad económica y que las caries y parodontopatías más que tener una explicación biológica, se explican partir del factor económico de la población, sin embargo, no por ello, dejan de tener valor los factores culturales, ambientales, sociales, históricos y por supuesto biológicos, como causantes de las enfermedades bucodentales y generales.

## **6.2. Escuelas y Facultades de Odontología**

### **6.2.1. Antecedentes**

De acuerdo con la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (AMFEO), el número actual de Escuelas y Facultades de Odontología en la República Mexicana es de 52; 9 de ellas concentradas en la Ciudad de México (AMFEO,1992).

Durante los primeros 50 años, de 1904 a 1954, aparecieron sólo 7 escuelas en diferentes lugares del país, esto es, una cada 7.2 años en promedio. Durante los siguientes 16 años, de 1954 a 1970, el número de escuelas se duplicó a 14, es decir, apareció una por cada 27 meses en promedio. De 1970 a 1978 se incrementó el número a 34, o sea, se fundaron 20 escuelas más, con un promedio de 5.4 meses. En sólo un año, de 1978 a 1979, la cantidad de escuelas de odontología creció a 42; 8 escuelas más con un

promedio de 1.5 meses para la creación de cada una. De 1979 a 1989, se llegó al número de 52 escuelas y facultades para todo el país. De 1982 a 1992, aparecieron 2 escuelas más, sólo que el directorio de la Asociación no las marca, porque no están incorporadas a ninguna dependencia o institución (López, 1991 y AMFED, 1992).

Por lo tanto, actualmente el país cuenta con 54 escuelas de odontología.

Se estima que las diferencias encontradas en el ritmo de crecimiento de estas instituciones, se ha debido fundamentalmente a las variaciones que la economía del país impuso a los aspectos de la demanda y oferta nacional de servicios odontológicos.

Otros factores que seguramente también han influido en este proceso, han sido los políticos por los cuales un Estado abría una escuela de odontología, con el argumento de que los jóvenes que estudiaban la carrera en otros lugares, no regresaban a trabajar a su lugar de origen; por presión del gremio que deseaba contar localmente con una escuela ya fuera por prestigio o para abrir nuevas fuentes de trabajo para ellos mismos, y otras razones tal vez de menor peso.

López y Mondragón (1979), citado por López (1991), dicen que el número de estudiantes de esta carrera en el país, ha variado del siguiente modo : en 1973 había alrededor de 13,200 alumnos, en 1978, aumentó a 23,800; en 1979 a 38,700. Para 1989 esta cantidad descendió a 25,085 Sanchez y Castillo (1990) (citados por López 1991).

De los 25,085 alumnos matriculados en todas las escuelas y facultades durante 1989; 5288 se encontraron inscritos en alguna de las 9 escuelas de la Ciudad del Valle de México.

El registro total de egresados se presentó de la siguiente manera :

De 1960 a 1964.....	1,121
De 1965 a 1970.....	2,792
De 1971 a 1976.....	8,852
De 1977 a 1982.....	25,069
De 1982 a 1988.....	28,508
Total.....	66,455

El egreso total de alumnos solo para el año 1988, fue de 3449, correspondiendo 1197 (34.7%), de éstos a las 9 escuelas del D.F. y área metropolitana.

El número de profesores que en 1980, eran 2854, para todo el país aumentó en 1989 a una cantidad estimada, en alrededor de 3790; la mayoría de ellos profesores por horas sueltas.

Los profesores de tiempo completo, se encuentran distribuidos de la siguiente forma : en la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco (UAM-X), con 60 odontólogos de tiempo completo para 686 alumnos; la Facultad de Odontología (Ciudad Universitaria) de la UNAM, con 32 tiempos completos para 1886 estudiantes; la Escuela Nacional de Estudios Profesional-Zaragoza (ENEP-Z), también de la UNAM, con 12 tiempos completos para 768 estudiantes; la Universidad del Ejército y Fuerzas Armadas (UEFA) con 9 tiempos completos para 97 estudiantes, y el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (CICS) con 8 tiempos completos para 97 estudiantes; resulta interesante ver que en D.F. las escuelas particulares cuentan con el número menor de tiempos completos. La UNITEC, con 274 alumnos, tiene 3 profesores de tiempo completo, UIC, tiene solo uno para 114 estudiantes, y la ULA con 94 alumnos no cuenta con ningún profesor de carrera (López, 1991).

Las escuelas y facultades localizadas en la Ciudad de México, D.F., son las siguientes :

- Facultad de Odontología, UNAM. Fundada inicialmente como consultorio dental el 11 de enero de 1902. Primera escuela que aparece en nuestro país.
- Escuela Nacional de Estudios Profesionales. Zaragoza-UNAM.
- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, UAM-X. Fundada en 1974.
- Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. Instituto Politécnico Nacional, (IPN), fundada en 1972.
- Universidad Tecnológica de México, (UNITEC). Fundada en 1969.
- Universidad Intercontinental, (UIC). Facultad de Odontología.
- Escuela Militar de Odontología, (EMO): Universidad del Ejército y Fuerza Aérea (UDEFA).
- Universidad Latinoamericana, S.C., Escuela de Odontología. Inició el día primero de enero de 1976, como sociedad civil, incorporándose a la UNAM, el 4 de febrero de 1976.
- Escuela de Odontología. Justo Sierra, A.C., Universidad Acueducto.

Es importante mencionar que esta Escuela de odontología no esta incorporada, por este motivo no aparece en el Directorio de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, A.C.

En el Estado de México (área metropolitana), se localiza la Escuela Nacional de Estudios Profesionales IZTACALA, también perteneciente a la UNAM.

#### 6.2.2. Características de la Atención Bucodental

Para analizar las características de la atención bucodental en la escuelas y facultades del Distrito Federal, se toma como

referencia a la Facultad de Odontología, (UNAM). Entre las razones que se toman en cuenta para así considerarla son : Es la primera escuela que aparece en nuestro país, es la facultad más grande, y por lo tanto recibe un número considerable de estudiantes y pacientes, está ubicada en el área más poblada de la nación, cuenta con la Licenciatura y las Especialidades, Diplomados, Maestrías y Doctorados que en otras universidades no existen.

Otra razón de peso es que, no fue posible obtener información de las escuelas privadas y aún de las públicas.

Una de las características principales de toda escuela o facultad de odontología es el proceso docencia-servicio, en todas ellas este proceso se resume así : el alumno aprende, práctica y la población de escasos recursos económicos se beneficia de este servicio universitario.

El paciente recibe un servicio dental integral y económico, ya que sólo se le pide un pago mínimo por el servicio. En las instituciones particulares este pago se eleva, esto se justifica por el hecho de ser escuela o facultad particular. Aún así el pago es bajo en comparación a los honorarios de un dentista privado.

La Facultad de Odontología de la UNAM, cuenta con clínicas periféricas ubicadas en zonas estratégicas de la Ciudad de México, lo mismo ocurre con las demás escuelas de odontología de la UNAM, (Zaragoza e Iztacala); el objetivo es, que la población tenga acceso a estos servicios integrales y económicos lo más cercano posible a su domicilio, de ahí esa distribución que incluso abarque ciertas zonas del área metropolitana como los municipios de Cuautitlán y Naucalpan,

Las demás escuelas por su ubicación geográfica abarcan otras áreas de influencia, por ejemplo la UAM-X en el sur de la Ciudad,

maneja 4 clínicas odontológicas; de manera general, todas las escuelas de odontología cubren los 4 puntos cardinales del D.F.

Dado que no fue posible obtener información estadística de los pacientes que se atienden en las escuelas de odontología (sin incluir a la UNAM), se tomo como referencia los datos del Sistema de Control, Registro y Evaluación de Pacientes (SICOREP), de la Facultad de Odontología de la UNAM en Ciudad Universitaria; del 12 de octubre al 31 de noviembre de 1990-1991, en la Facultad de Odontología con sede en C.U. se captaron 15,905 pacientes en la clínica de admisión.

Estos pacientes fueron canalizados a las diferentes clínicas de la propia Facultad, para recibir atención específica o integral y a la División de Estudios Superiores de Posgrado de la propia Facultad.

De los pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología, predominaron más los del sexo femenino (62%), que los del sexo masculino (38%); el rango de edad, en el que tuvieron mayor predominio estos pacientes fue de 10-29 años de edad, siendo máximo el grupo de 20-24 años.

En relación al estado civil, acudieron más personas solteras que casadas, dominando los estudiantes y amas de casa; dentro de los sujetos con alguna actividad económica remunerada, acudieron en orden decreciente de importancia : los empleados del sector público, empleados del sector privado, obreros comerciantes, profesionales, trabajadora doméstica, desempleado, técnico, operador de transporte pensionados, jubilados, incapacitados y otros.

Los niveles de escolaridad encontrados en mayor proporción correspondieron al nivel básico, medio, seguido del medio superior, analfabetas y alfabetas.

Los servicios con mayor demanda por parte de la población son : los referentes a Operatoria Dental (89.7%), Protésis Fija o Removible y Odontología Preventiva, seguidos por los servicios de Exodoncia, Parodoncia, Endodoncia, Ortodoncia, División de Posgrado, Odontopediatría, Prostodoncia, Fisiología, Patología, Cirugía Maxilofacial y Protésis Maxilofacial.

Las características anteriores corresponden a la población típica que acude a la Facultad de Odontología, pudiéndose pensar que para las demás escuelas de odontología dependientes de la UNAM, se sigue la misma tendencia, sin embargo; deben existir variaciones de acuerdo a la ubicación delegacional de la clínica periférica que se trate.

También deben existir diferencias entre la población que asiste a las escuelas privadas para recibir atención, tomando en cuenta que el costo del servicio es más alto que en la UNAM.

El número de pacientes recibidos en relación a la población total del D.F., indica que es muy pobre el porcentaje de influencia sobre la salud bucodental de los habitantes (Facultad de Odontología; SICOREP, 1992).

#### VII. ANALISIS GENERAL

En el Distrito Federal y en el país se identificaron tres opciones para recibir atención dental :

La atención institucional dada por el IMSS, SSA, ISSSTE, DDF, SM, SDN, y PEMEX, que en conjunto forman lo que se denomina Sector Salud-Sistema Nacional de Salud.



El Sector Privado odontológico; las escuelas y facultades de odontología.

#### El Sector Institucional

Son ocho las instituciones estatales las que ofrecen la atención médica en el D.F., y todas ellas manejan la atención bucodental como parte de sus servicios de salud a la población.

La institución que mayor población usuaria atendió fue el IMSS, seguida por el DDF, la SSA, el ISSSTE, PEMEX, la SDN y la SM, en orden decreciente respectivamente.

La suma total de usuarios de las ocho instituciones es de 9'635,444 recuerdese que la población del D.F., para el año 1990, era de 8'235,744 habitantes, esto quiere decir, que con todas las instituciones concentradas en la Ciudad de México, se cubrió a toda la población de la misma y todavía más, aparentemente.

Sin embargo, estos números pueden mentir y ser muy tendenciosos, además de tener un matiz político que más que cubrir las necesidades reales de la población, se esta tratando de justificar determinado presupuesto o programa de acción.

Por otro lado un análisis más realista tomando en cuenta los datos numéricos, nos puede indicar que al menos una persona usuaria de una institución, también esta acudiendo a otra, para recibir atención médica y probablemente una persona recibe más de una consulta médica, por eso es que se registra más del 100% de cobertura.

En relación a las unidades médicas el D.F., no concentra en total el mayor número de unidades médicas, ocupa el cuarto lugar después del Estado de México, Veracruz y Chiapas.

Ocupa también, el cuarto lugar en cuanto al total de unidades de consulta externa (primer nivel), después de los estados de

Michoacán, Chiapas y Jalisco; por el número de hospitales generales se encuentra en segundo lugar después del estado de Veracruz. Donde sí ocupa el primer lugar es en el número de hospitales de especialidades, el segundo lugar lo ocupa el estado de Nuevo León, le sigue el estado de Jalisco. Hay estados como Zacatecas, Guerrero, Aguascalientes, que no cuentan con este tipo de servicio.

Dentro del D.F., la institución que concentra el mayor número de unidades, es la SSA, le sigue el IMSS, ISSSTE, DDF, SDN, PEMEX y la SM en último lugar.

Por el número de unidades de consulta externa la SSA ocupa el primer lugar y le siguen en orden decreciente el ISSSTE, IMSS, DDF, SDN, PEMEX y SM.

Las unidades de hospitalización tanto general como de especialidad guardan diferencias contrastantes, por ejemplo; el IMSS tiene 18 hospitales, el DDF tiene 13, la SDN 6, el ISSSTE tiene a su cargo 5 unidades, la SM un sólo hospital y PEMEX no cuenta con ninguno.

En cuanto a hospitales de especialidades, tanto el IMSS como la SSA tienen 19 unidades, el DDF maneja 16, el ISSSTE sólo 4; las demás instituciones no cuentan con ningún hospital de especialidades.

Los odontólogos como principales ejecutores de la atención dental presentan una distribución interesante tanto a nivel nacional como institucional; a lo largo de cinco años. Y en relación con otros profesionales médicos en contacto con el paciente.

A lo largo de los años 1986 a 1990 el número de cirujanos dentistas institucionales ha mostrado una tendencia a disminuir, siendo que lo más lógico debía ser que su número aumentara.

Institucionalmente a nivel nacional las variaciones más evidentes son la SSA, en el ISSSTE y en la SDN, en donde su cantidad ha descendido. Caso contrario es el de las instituciones como el IMSS, la SM, PEMEX, y el DDF, en donde el número de dentistas se ha incrementado.

Entre los Estados también se observan variaciones, que demuestran que mientras en el D.F., existen 1219 odontólogos, en el estado de Nayarit se registran 24 cirujanos dentistas, estas diferencias, pueden estar determinadas por el número de habitantes de cada Estado, por la población usuaria promedio y por el grado de penetración e influencia que tengan las instituciones a nivel estatal.

A nivel del D.F., la institución que concentra el mayor número de dentistas es la SSA, y le sigue el IMSS, el ISSSTE y el DDF, entre las instituciones más significativas.

En todas las instituciones, siempre es muy grande la diferencia entre los médicos generales y médicos especialistas en relación a la cantidad de cirujanos dentistas en una proporción de once médicos por un odontólogo.

Si analizamos ahora el número de consultas odontológicas, nos damos cuenta en primer lugar, que estas guardan un porcentaje muy bajo en relación a las demás consultas no odontológicas.

Por ejemplo en 1986, el número de consultas dadas en todo el país fue de 139'727,308 representando la consulta dental el 8.29% para el año de 1990, el total de consulta odontológica fue de 8'106,570, las consultas totales fueron de 144'225,106; para este

último año, además de que bajó el número de consultas odontológicas a nivel nacional. también bajo su porcentaje en relación a la consulta no odontológica (5.62%).

Es de notarse que siempre el IMSS y la SSA. van a la cabeza en cuanto a la cantidad de consultas dentales, siguiéndoles de cerca el ISSSTE.

Al comparar el D.F., con los demás Estados del país se nota que en la capital mexicana se concentra el mayor número de consultas dentales; donde menos consultas dentales se registran es en el estado de Campeche.

Este número tan grande de consultas odontológicas (en el D.F., 1'621,558), podría explicarse apartir de que ahí es donde se concentra el mayor número de población usuaria, a que existe el mayor porcentaje de odontólogos concentrados en la capital del País a la alta densidad de población por kilometro cuadrado, y el fácil acceso a las unidades medicas que permite que los traslados de su domicilio al lugar de consulta sea más corto, también es posible que debido a diferencias culturales y económicas, la población usuaria se preocupe más por su salud bucal.

Desde un enfoque epidemiológico, también podría pensarse que el D.F., registra un alto porcentaje de consultas dentales porque así lo requiere su población y en los Estados con menor consulta reportada, no la requieren tanto porque su índice de caries y enfermedad bucodental es menor.

A este respecto Escarza (1987) refiere que el D.F., es una de las entidades con mayor frecuencia de caries (95%), y en Querétaro sólo el 60% de los niños de 6 años de edad padecen caries. Esta diferencia al parecer se debe a que el agua potable del estado de Querétaro contiene concentraciones naturales de flúor de 1 p.p.m.

Agrega además la misma autora, que los programas de prevención aplicados por las instituciones del Sector Salud, por las facultades y escuelas de odontología no tienen un impacto significativo en la salud dental de los escolares, como tampoco los tratamientos que estos reciben.

Es importante señalar que la mayoría de las instituciones pertenecientes al Sector Salud, enfocan su práctica odontológica hacia actividades curativas y mutilatorias, restandole importancia a los programas preventivos.

Sin embargo, el Hospital General de México (institución asociada a la SSA) y las clínicas de especialidades del ISSSTE, además de contar con los programas convencionales de atención bucodental, cuentan con especialidades odontológicas.

El hecho, de que se le de más prioridad a las actividades curativas que a las preventivas, es parte de la política presupuestaria de las diferentes instituciones; a nivel nacional, tiene mayor peso las actividades curativas (61.49%), y las preventivas una menor importancia (4.89% del presupuesto total). (Cuadro 21A y 22A del apéndice).

Específicamente en salud dental, la información obtenida refleja que al Estado mexicano no le interesa mucho la salud bucal, si bien ciertos autores como : Farril (1977), Aznar y Nava (1988), y López (1990), resaltan la importancia que tienen los padecimientos bucodentales que ocasionan ausencia laboral y escolar, asociado además a los problemas estéticos, psicológicos y funcionales que estos padecimientos conllevan.

Los datos de morbilidad y mortalidad no toman como importantes los padecimientos bucodentales, aunado a que no existe un registro real de muertes ocasionadas por estos padecimientos; como tal el

Estado y las instituciones no consideran importante la salud estomatológica y destinan los presupuestos, programas, recursos humanos y materiales hacia áreas más prioritarias que pongan en peligro la vida de las personas, que afectan la actividad laboral de los trabajadores y que aparezcan como padecimientos más frecuentes en los datos de morbilidad y mortalidad.

#### La Atención Privada

Si bien es cierto que el sector privado odontológico, se distribuye a lo largo y ancho de la nación, también es cierto que este se encuentra concentrado en las ciudades más grandes, existiendo lugares que no cuentan con este servicio.

Aún suponiendo que hubiera una buena distribución de odontólogos, tanto en su número como en ubicación geográfica, al parecer el problema no es sino de índole económica. Buen porcentaje de la población tanto en la República Mexicana como en el D.F., perciben ingresos abajo de tres salarios mínimos, salario que únicamente les permite cubrir sus gastos básicos, restándole importancia a otras necesidades, entre ellas la salud bucal.

#### Las Escuelas y Facultades de Odontología

A pesar que ofrecen todas las especialidades odontológicas en sus clínicas, los precios son bastante accesibles para el total de la población, el problema que salta a la vista es en relación a su cobertura.

Tómese como ejemplo el D.F., donde existen 9 escuelas de odontología y donde una de ellas, la Facultad de Odontología, en Ciudad Universitaria, captó arriba de 15,000 pacientes en un periodo aproximado de un año, las demás escuelas con igual o menor cantidad de pacientes atendidos no son suficientes para resolver todos los problemas odontológicos de la población, es más, tampoco

es significativa su influencia al grado tal, que cambie o modifique los índices de morbilidad bucal.

Esto no significa que las escuelas están haciendo mal las cosas, o que no sean capaces de transformar la realidad epidemiológica bucodental, ocurre que estas escuelas, en términos numéricos no pueden absorber y actuar sobre poblaciones grandes como el D.F., aunado a que no esta dentro de sus objetivos académicos como escuelas y facultades de odontología atender un gran número de pacientes, pues se perdería calidad de atención e iría en detrimento de la formación de los alumnos, además no cuentan con los recursos materiales ni humanos para atender grandes masas de población.

El problema es aún mayor en provincia, considerando que existe un menor número de escuelas de odontología y estas se encuentran concentradas en la capital del estado o en ciudades grandes, dejando sin cobertura a la mayor parte del Estado en cuestión, tanto geográficamente, como desde el punto de vista humano (alumno-especialidades odontológicas).

En general, y tomando en cuenta las tres opciones para recibir los beneficios de la salud oral y considerando el grado de cobertura que estas ofrecen, la mayor parte de la población del D.F., no recibe atención dental, por su parte los que reciben el servicio, se les da de forma deficiente y fragmentada, sin llegar a satisfacer la totalidad de sus necesidades en salud dental.

## VIII. CONCLUSIONES

En base a la información obtenida se puede obtener las siguientes conclusiones :

1.- Dentro de la Ciudad de México, existen tres opciones de atención bucodental : el Institucional, el Sector Privado y las Escuelas o Facultades de Odontología, en ese mismo orden de importancia.

2.- Tomando como referencia el número de consultas odontológicas y su área de influencia, se puede identificar al Sector Salud como el principal prestador de servicios de salud bucal en terminos cuantitativos, no así desde el punto de vista cualitativo.

3.- A parecer las tendencias demostradas por el Sector Salud manifiestan que la atención estomatológica no es prioritaria en el servicio médico institucional, reflejandose esto por las prácticas curativas y mutilatorias que se realizan a gran escala, por el poco interés en actividades preventivas, la reducida proporción odontólogo-médico, y la reducida proporción consulta odontológica-consulta total.

Esto es producto de la crisis económica de el país, que destina poco presupuesto hacia el Sector Salud a las actividades preventivas y en especial hacia el área de salud bucal.

4.- La práctica privada odontológica muestra poco interés por las actividades preventivas, mayor por las restaurativas y mutilatorias; existiendo además una fuerte tendencia al aumento de los honorarios en los servicios odontológicos y un número cada vez mayor de personas que no pueden tener acceso a dichos servicios.



5.- Tanto a nivel privado como institucional y universitario, existe una alta concentración de recursos humanos y materiales en la Ciudad de México, siendo menor en los demás estados del país.

6.- Balanceando los tres modelos de servicio estomatológico, cabe esperar una tendendencia a futuro, las clínicas odontológicas de las escuelas de odontología, serán la mejor opción para atención general o de especialidad por parte de la población de todos los estratos sociales, que esperan calidad y diversidad en la salud dental, y que además la consulta sea accesible económicamente. El inconveniente de esta conclusión, es que las escuelas o facultades no tienen capacidad para adsorber un gran número de pacientes y de satisfacer realmente todas las necesidades en Salud Oral.

## IX. BIBLIOGRAFIA

Agueda, M., Rodríguez, C.O.P. Historia de las universidades hispanoamericanas. Periodo hispánico. Tomo I. Bogotá Colombia, 1973. pp 249-261.

AMFED. Directorio. México, abril, 1. 1992.

Anónimo. La estomatología según CONACYT. Práctica Odontológica. 1981; 2(5) : 50-51, 67-71.

Arango, de la C. A. El papel de la odontología innovadora en las instituciones de salud. Práctica Odontológica. 1984; 5(6) : 18-22.

Arroniz, P.S. Perfil profesional del cirujano dentista egresado de la Facultad de Odontología. UNAM, F.O. México, 1988. Tesis de maestría.

Aznar, L.G., Nava, R. Riesgos bucodentales de los trabajadores. Práctica Odontológica. 1988; 9(5): pp 10-18.

Barquín, C.M., Loyo, G.G. La seguridad social. In : Barquín, C.M. Sociomedicina. Salud pública-medicina social. Tomo II. Méndez Oter F. (Editor). F.M. UNAM, México, 1990. pp 658-678.

Betancourt, L.A. Políticas de salud y su relación con la enseñanza de la odontología. Práctica Odontológica, (Educación Odontológica) 1981 ; 2(5) : pp 2-5.

Díaz, y de O.C. Odontología y publicidad en la prensa mexicana del siglo XIX. UNAM. IIH; Serie de historia de la ciencia y tecnología. No. 5, 1991, 381 p.

Escarza, M.Ma E. La salud bucal del mexicano, en cifras. Práctica Odontológica. 1984; 5(1): 27-28.

Escarza, M. Ma E. Panorama de la caries dental en México. Práctica Odontológica. 1989; 10(2) : 42-43.

Facultad de Odontología., SICOREP. Reporte de morbilidad estomatológica. UNAM, F.O. Enero de 1992. pp 11-110.

Fajardo, O.G. Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México. Sociedad mexicana de historia y filosofía de la medicina 1979. pp 5-12.

Farril, G. M. Las enfermedades bucales como factor de pérdidas económicas en México. Rev. ADM. 1977; Vol. XXXIV (5). 346-352.

García, C.A. Programación en salud pública. UNAM, F.O. México, 1982. Tesis de maestría.

García, S.R., et al. IMSS. in : Soberón, G., Kumate, J. Laguna, J (Comp). La salud en México : Testimonios 1988. Desarrollo institucional IMSS-ISSSTE. Tomo III. Vol. I Ed. SS, INSP, C.N.F.C.E. México, 1988. pp 100-167.

González, C. E. Diagnóstico de la salud en México. Ed. Trillas, México, 1988. 113 p.

Haro, L.E. Solón, C.J., Yacamán, B.F. La importancia del flúor y su adición a la sal como medida masiva de prevención de la caries dental. Rev. ADM. 1991; Vol. XLVIII (3); 175-179.

Herrera, Z.M., González, T.R. Dilemas del financiamiento de la salud. Rev. Salud Pública 1989; 31; 800-811.

IMSS. Procedimientos de odontología. Subdirección general médica. México, 1978. 140 p.

IMSS. IMSS 1943-1983. 40 años de su historia. México, 1983. 295 p.

IMSS. modelo de atención estomatológica. Delegación del Estado de México, Jefatura delegacional de los servicios médicos. Documento interno. 1987 a.

IMSS. Programa de fomento a la salud dental. Delegación del Estado de México. Jefatura delegacional de los servicios médicos. Documento interno. 1987 b.

IMSS. Conceptos básicos sobre patología bucal para el primer nivel de atención. Subdirección general médica. México, 1988. 29 p.

IMSS. Boletín estadístico anual 1990. Subdirección general médica. Jefatura de atención primaria de la salud. México, 1991. a pp 4, 10, 14, 55, 60.

IMSS. Serie estadística de población y servicios médicos otorgados, nacional y delegacional 1990. Anuario. Subdirección técnica de información médica. México, 1991 b. pp 9, 12, 20, 34.

IMSS. Boletín estadístico sobre morbilidad según demanda de atención externa, 1989. Subdirección general médica. Jefatura de atención primaria de la salud. México, 1991 c. 141 p.

IMSS. Boletín estadísticos anual de morbilidad hospitalaria, 1989. Subdirección general médica. Jefatura de atención primaria de la salud. México, 1991 d. 84 p.

INEGI. IX censo de servicios. Datos referentes a 1985. Tomo I México, 1986. pp 180.

INEGI. X censo de servicios. Resultados definitivos. Tomo I. Datos referentes a 1988. México, 1989 pp 17.

INEGI. Area metropolitana de la Ciudad de México (AMCM); síntesis de resultados. XI censo general de población y vivienda 1990. México, 1991 a. 87 p.

INEGI. Distrito Federal. Perfil sociodemográfico. XI censo general de población y vivienda 1990. México. 1991 b. 87 p.

INEGI. Información estadística. Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 7. México, 1991 c. pp 23-123

INEGI. Tabulados básicos por entidad federativa del XI censo general de población y vivienda 1990. México, 1991 d. 328 p.

INEGI. Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. Edición 1990. México, 1992 a, 940 p.

INEGI. Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares 1989. Transacciones económicas de ingresos y gastos de los hogares. México, 1992 b. 299 p.

ISSSTE. Manual de normas y procedimientos técnicos para la prevención de las enfermedades bucodentales. Subdirección general médica. México, 1986. 88 p.

ISSSTE. Anuario estadístico 1990. Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos. México. 1990, pp 32, 53, 73, 84, 92, 97, 103, 109, 120, 129.

López, C.V., Lara F.N. Trabajo odontológico en la Ciudad de México, Análisis de la práctica dominante. UAM-X. Temas universitarios, No. 5. 1983. 93 p.

López, C.V. La formación y práctica del odontólogo en la Ciudad de México UAM-X. Cuadernos CBS, No. 27. 1991. p 20.

López, C.V., Lara, F.N. Trabajo odontológico en la Ciudad de México crisis y cambios. UAM-X. Departamento de atención a la salud. 1992. 156 p.

Mandujano, V.M.E. La odontología, el cirujano dentista y el entorno social. *Fráctica Odontológica*. 1988; 9(5) : 35-40.

Mora, C.F., Hersch, M.P. Introducción a la medicina social y salud pública. 2a ed, Ed. Trillas, México, 1970. 191 p.

Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud. 1984-1988. México, 1984 . 326 p.

Rojas, S.R. "Odontología Social". *Excelsior*; el periódico de la vida nacional (México, D.F. 2 de noviembre, 1970), pp 11.

Rzedowsky, J., de Rzedowsky, G.C. Flora Fanerogamica del Valle de México. Ed. CECSA. México, 1979. pp 14-16.

Sánchez, C.J. Los costos operacionales de la atención odontológica. *Rev. ADM*. 1991; XLVIII (5) : 281-286.

Sandoval, A.P.A. La asistencia social. In: Barquín, C.M. Sociomedicina. Salud pública-medicina social. Tomo II. Méndez Oteo. F. (Editor), UNAM, F.M., México, 1990. pp 722-729.

Sandoval, N.R.J. Paredes, R.M.P., Ramirez, LG.G., Vivanco, C.B.O. Organización de los servicios de salud en México. In: Barquín, C.M. Sociomedicina. Salud pública-medicina social. Tomo II. Méndez Oteo.F. (Editor). UNAM, F.M., México, 1990. pp 629-655.

Sanfilippo, B.J. La estomatología. *Ciencias*. 1991, 21 : 50-53.

S.S.A. Plan Nacional de Salud, 1974-1976; 1977-1983. vol II y III. México, 1974. pp 97, 98; 123-127.

S.S.A. Manual de Organización Institucional. Tomo I. México, 1988. pp 6-12.

S.S.A. Hospitalización especializada 1990. México, 1990. pp 209, 215, 221, 245, 246.

Secretaría de Salud. La Salud Pública en México. Reseña Histórica, 1982-1988. vol. I y II. México, 1988. 546 p

Secretaría de Salud. Anuario estadístico 1990. México, 1990 a. pp 34, 35; 200-207

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, 1990-1994. México 1990 b. 70 p

Sistema Nacional de Salud. Boletín de información estadística, recursos y servicios. No. 10. México, 1990. 363 p

Soberon, B., Kumate, J., Laguna, J. La salud en México : Testimonios, 1988. Fundamentos del cambio estructural. SS, INSP, FCE, México, 1988. pp 45-85.

UNAM, INAH. Historia general de la medicina en México. Tomo I. México Antiguo 1984. pp 49-53; 87-91; 163, 178; 213-218; 251-255; 286-394.



Viesca, T.C. Código de la Cruz-Badiano, primer libro médico mexicano. Ciencias. 1991. pp 21: 37-40.

Zarate, G.R. "La política de Salud en México". La Jornada (México, D.F., 27 de mayo de 1993), pp 10-11.

Zimbrón, A., Feingold, M. Algunas prácticas odontológicas en la época prehispánica. UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Aportes de investigación No. 28. México, 1988. pp 6-36.

Zimbrón, A., Feingold, M., Sanfilippo, J. Apuntes sobre la práctica de la Odontología en el México Colonial (1530-1800). UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Aportes de investigación No. 34, México, 1989 a. pp 12-31.

Zimbrón, A., Feingold, M., Odontología contemporánea en México, etapa inicial (1900-1930). UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Aportes de investigación No. 36. México, 1989 b. pp 19-34.

Zimbrón, A., Feingold, M., Breve historia de la odontología en México. F.O., UNAM. México, 1990. 249 p

Zuñiga, J.A. "La vivienda se ha convertido en factor de desigualdad social, ITAM". La Jornada (México, D.F., 27 de mayo 1993). pp 40.

X   A P E N D I C E

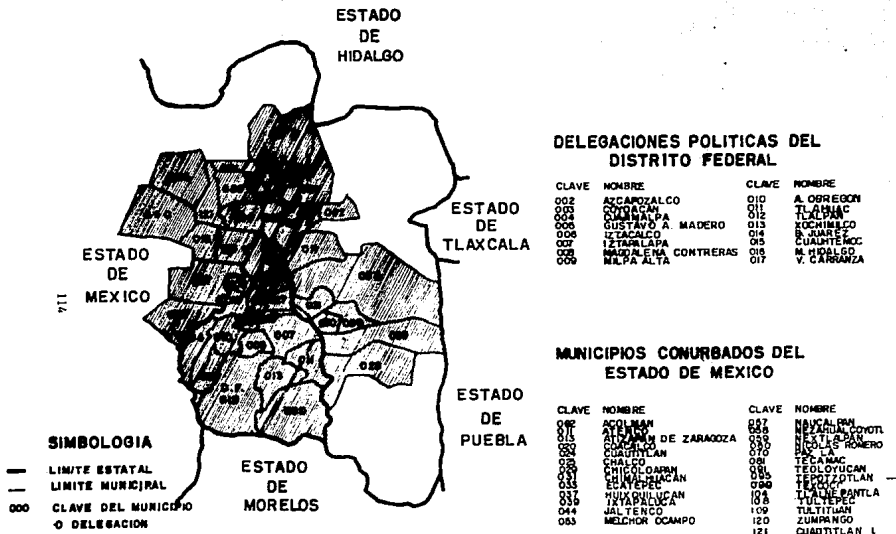


Figura 1A Area metropolitana de la Ciudad de México

Fuente INEGI. 1991 Area metropolitana de la Ciudad de México

**CUADRO 1A**

**División política y otras características de la República Mexicana.**

ESTADO	POBLACION 1990	SUPERFICIE (km2)	DENSIDAD DE POBLACION (100 %)
Rep. Mex.	81'249,645	1'967,183	41.30
Aguascalientes	719,659	5,589	128.76
Baja Calif. N.	1'660,855	70,113	23.69
Baja Calif. S.	317,764	73,677	4.31
Campeche	535,185	51,833	10.33
Coahuila	1'972,340	151,571	13.01
Colima	428,510	5,455	78.55
Chiapas	3'210,496	73,887	43.45
Chihuahua	2'441,873	247,087	9.88
D.F.	8'235,744	1,499	5'494.16
Durango	1'349,378	119,648	11.28
Guanajuato	3'982,593	30,589	130.20
Guerrero	2'620,637	63,794	41.08
Hidalgo	1'888,366	20,987	89.98
Jalisco	5'302,689	80,137	66.17
México	9'815,795	21,461	457.38
Michoacán	3'548,199	59,834	59.27
Morelos	1'195,059	4,941	241.87
Nayarit	824,643	27,621	29.86
Nuevo León	3'098,736	64,555	48.00
Oaxaca	3'019,560	95,364	31.66
Puebla	4'126,101	33,919	121.65
Querétaro	1'051,235	11,769	89.32
Quintana Roo	493,277	50,350	9.80
San Luis Potosí	2'003,187	62,848	31.87
Sinaloa	2'204,054	58,092	37.94
Sonora	1'823,606	184,934	9.86
Tabasco	1'501,744	24,661	60.90
Tamaulipas	2'249,581	79,829	28.18
Tlaxcala	761,277	3,914	194.50
Veracruz	6'228,239	72,815	85.54
Yucatán	1'362,940	39,340	34.65
Zacatecas	1'276,323	75,040	17.01

Fuente : INEGI, 1992 a.

**CUADRO 2A**

**Población de 12 años y más, por sexo y actividad (D.F.1990).**

	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
Total	6'217,435	100.00	2'918,224	100.00	3'299,211	100.00
Ocupados	2'884,807	46.40	1'894,371	64.92	990,436	30.02
Desocupados	76,463	1.23	55,326	1.90	21,137	0.64
Inactivos	3'167,318	50.94	928,077	31.80	2'239,241	67.87
No Específico	88,847	1.43	40,450	1.38	48,397	1.47

116

Fuente : INEGI, 1991 b.

### CUADRO 3A

#### Distribución de la población económicamente inactiva por sexo e inactividad. (D.F. 1990)

TIPO DE INACTIVIDAD	ABSOLUTOS			RELATIVOS (%)		
	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.
Pob. Econ. Inactiva	3'167,318	928,077	2'239,241	100.00	100.00	100.00
Estudiantes	1'256,990	636,264	620,726	39.69	68.56	27.72
Quehacer del Hogar	1'518,298	24,311	1'493,987	47.94	2.62	66.72
Jub./Pensionados	163,626	108,635	54,991	5.17	11.71	2.46
Incapacitados	32,194	20,361	11,833	1.02	2.19	0.53
Otros Inactivos	196,210	138,506	57,704	6.19	14.92	2.58

Fuente : INEGI, 1991 b.

**CUADRO 4A**

<b>Distribución de la población ocupada por sexo y ocupación. (D.F. 1990)</b>						
OCUPACION	ABSOLUTOS			RELATIVOS %		
	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.
Población Ocupada	2'884,807	1'894,371	990,436	100.00	100.00	100.00
Profesionales	155,603	110,540	45,063	5.39	5.84	4.55
Técnicos	157,961	87,236	70,725	5.48	4.61	7.14
Educación	118,408	40,191	78,217	4.10	2.12	7.90
Arte	49,421	36,056	13,365	1.71	1.90	1.35
Funcionarios	133,896	106,230	27,666	4.64	5.61	2.79
Agrícolas	17,187	16,425	762	0.60	0.87	0.08
Inspectores	61,609	51,838	9,771	2.14	2.74	0.99
Artisanos y obreros	392,830	346,044	46,786	13.62	18.27	4.72
Oper.maquinaría fija	130,805	90,526	40,276	4.53	4.78	4.07
Ayudantes y similar	121,446	96,871	24,575	4.21	5.11	2.48
Conductores/ayudante	168,551	166,827	1,724	5.84	8.81	0.17
Oficinistas	530,665	245,603	285,062	18.40	12.96	28.78
Comerciantes, empl.	341,328	228,787	112,541	11.83	12.08	11.36
Vendedores Ambu.	95,002	65,019	29,983	3.29	3.43	3.03
Serv. Públicos	189,502	115,282	74,220	6.57	6.09	7.49
Serv. Domesticos	117,845	4,401	113,444	4.09	0.23	11.45
Protección y vigil.	65,595	62,134	3,461	2.27	3.28	0.35
No especificado	37,153	24,361	12,792	1.29	1.29	1.29

811

Fuente : IIEGI, 1991 b.

**CUADRO 5A**

<b>Población ocupada por sexo y sector de actividad. (D.F. 1990)</b>						
SECTOR	ABSOLUTOS			RELATIVOS (%)		
	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.
TOTAL	2'684,807	1'894,371	990,436	100.00	100.00	100.00
Primario	19,145	17,946	1,199	0.66	0.95	0.12
Secundario	778,444	598,642	179,802	26.98	31.60	18.15
Terciario	1'971,646	1'210,651	760,995	68.35	63.91	76.83
No específico	115,572	67,132	48,440	4.01	3.54	4.90

119

Fuente : INEGI, 1991 b.

Sector Primario : Agricultura, Silvicultura y Pesca

Sector Secundario : Minería, Ind. Manufacturera, Construcción, Electricidad,  
Gas y Agua.

Sector Terciario : Comercio, Transporte, Comunicación y Servicios.



**CUADRO 6A**

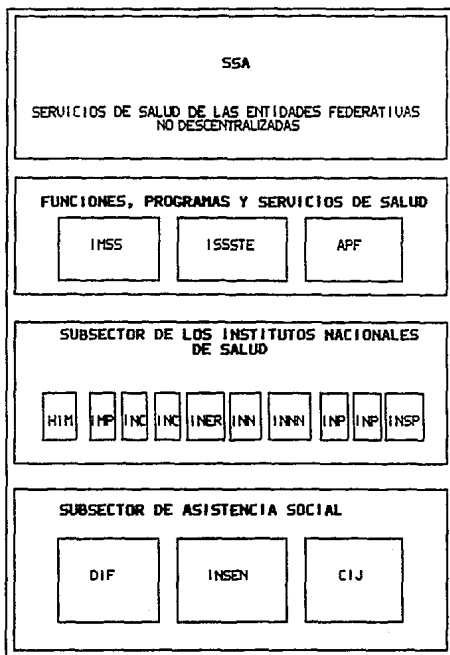
**Población ocupada por sexo y grupos de ingreso (D.F. 1990)**

GRUPOS DE INGRESO	POBLACION OCUPADA					
	ABSOLUTOS			RELATIVOS (%)		
	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.
	2'884,807	1'894,371	990,436	100.00	100.00	100.00
No recibe	30,424	17,930	12,494	1.05	0.95	1.26
Menos de 1 S.M.	545,441	316,281	229,160	18.91	16.70	23.14
De 1 a 2 S.M.	1'168,598	733,435	435,163	40.51	38.72	43.94
De 2 a 3 S.M.	443,807	313,606	130,201	15.38	16.55	13.15
De 3 a 5 S.M.	316,737	223,721	93,016	10.98	11.81	9.39
De 5 a 10 S.M.	191,714	148,315	43,399	6.65	7.83	4.38
Más de 10 S.M.	100,556	82,792	17,764	3.49	4.37	1.79
No específico	87,530	58,291	29,239	3.03	3.07	2.95

Fuente : INEGI, 1991 b.

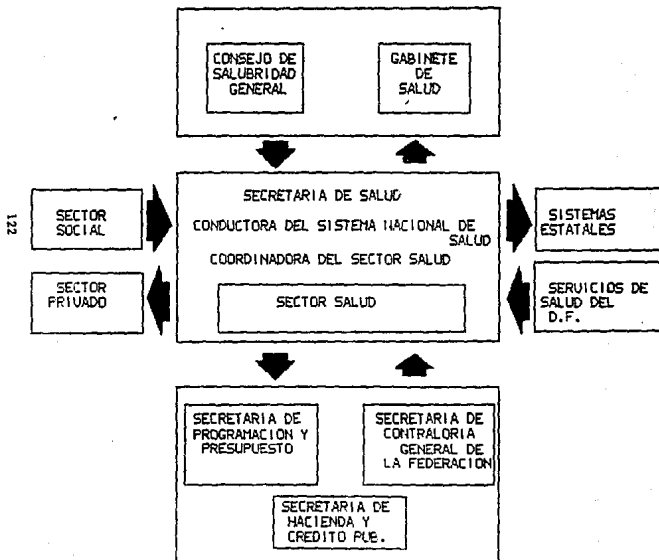
\*Nota S.M. = Salarios Mínimos

**FIGURA 2A Componentes del Sector Salud**



121

**FIGURA 3A**  
**Elementos que componen el Sistema Nacional de Salud. México**



Fuente : Secretaría de Salud, 1988.

CUADRO 7A

(CONTINUA)

Población legal y/o potencial por Institución y Estado. (México, 1990)

ESTADO	POBLACION ABIERTA			
	TOTAL	SSA	IMSS	DDF
Rep. Mexicana	37'999,228	24'759,500	10'086,228	3'153,500
Aguascalientes	333,000	333,000		
Baja Calif.N.	492,755	440,000	52,755	
Baja Calif.S.	209,500	209,500		
Campeche	272,317	153,500	118,817	
Coahuila	637,420	482,500	154,900	
Colima	269,500	269,500		
Chiapas	1'742,697	538,000	1'204,697	
Chihuahua	800,322	624,500	175,822	
D.F.	6'276,500	3'123,000		3'153,500
Durango	660,227	381,500	278,727	
Guanajuato	1'048,000	1'048,000		
Guerrero	1'376,000	1'376,000		
Hidalgo	1'331,397	554,000	777,397	
Jalisco	1'976,000	1'976,000		
México	2'912,500	2'912,500		
Michoacán	1'828,441	805,500	1'022,941	
Morelos	456,000	456,000		
Nayarit	404,386	242,500	161,886	
Nuevo León	1'339,000	1'339,000		
Oaxaca	2'006,836	558,500	1'448,336	
Puebla	2'311,680	840,000	1'471,680	
Querétaro	330,000	330,000		
Quintana Roo	238,500	238,500		
San Luis Potosí	1'203,873	425,500	778,373	
Sinaloa	848,841	521,500	327,341	
Sonora	717,000	717,000		
Tabasco	975,000	975,000		
Tamaulipas	916,205	700,000	216,205	
Tlaxcala	355,000	355,000		
Veracruz	2'536,691	1'238,000	1'298,691	
Yucatán	334,376	213,500	120,876	
Zacatecas	859,255	382,500	476,755	
En el extranjero				

123

Fuente : SNS, 1990.

CUADRO 7A

(CONTINUACION)

Población legal y/o potencial por Institución y Estado. (México, 1990)						
ESTADO	POBLACION DERECHAHABIENTE					
	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEEX	SDN	SH
Rep. Mexicana	48'028,003	38'575,140	8'073,672	897,337	317,805	164,049
Aguascalientes	621,031	538,301	75,410		7,320	
Baja Calif.N.	1'431,746	1'320,737	103,006		5,728	2,275
Baja Calif.S.	283,422	206,317	65,827		6,794	4,484
Campeche	316,068	202,086	55,430	47,080	6,205	5,267
Coahuila	1'754,253		187,998	1,127	6,381	
Colima	297,394	230,219	59,179		4,803	3,193
Chiapas	571,910	377,068	171,429	12,011	8,357	3,045
Chihuahua	1'984,886	1'803,842	170,803	2,112	8,124	
D.F.	10'854,740	7'986,239	2'601,191	115,936	103,915	47,459
Durango	719,949	573,197	213,504		5,248	
Guanaajuato	1'786,565	1'488,470	249,178	43,811	5,106	
Guerrero	825,658	477,677	327,459		8,260	12,260
Hidalgo	613,319	427,749	149,153	30,568	5,849	
Jalisco	3'486,864	3'236,343	227,247	12,804	9,795	675
México	3'696,534	3'012,326	574,644		9,564	
Michoacán	1'059,112	792,455	255,587		8,206	2,864
Morelos	610,907	492,227	109,430		9,250	
Nayarit	465,328	357,285	101,340		5,989	714
Nuevo León	3'053,692	2'763,794	261,274	20,190	8,134	
Oaxaca	645,489	391,477	193,887	48,486	6,222	5,417
Puebla	1'449,483	1'202,961	210,786	26,842	8,894	
Querétaro	683,728	601,730	76,169		5,829	
Quintana Roo	432,821	360,086	59,352		6,945	6,437
San Luis Potosí	944,858	763,329	169,458	6,041	6,030	
Sinaloa	1'485,681	1'231,302	238,420	3,135	6,117	6,707
Sonora	1'431,127	1'265,170	151,817		8,581	5,556
Tabasco	536,624	326,007	105,241	97,160	6,423	1,793
Tamaulipas	1'773,824	1'576,548	342,302	140,872	5,016	9,066
Tlaxcala	272,431	200,661	67,439		4,331	
Veracruz	2'627,708	1'979,899	308,305	288,862	6,740	43,902
Yucatán	860,305	753,410	96,902		7,080	2,913
Zacatecas	373,991	277,476	89,345		6,568	
En el extranjero	4,555		4,555			

Fuente : SNS, 1990.

**CUADRO 8A**

(CONTINUA)

**Población usuaria por Institución y Estado. (México, 1990)**

ESTADO	TOTAL	POBLACION ABIERTA *		
		TOTAL	SSA	DOF
Rep. Mexicana	45'351,030	16'172,531	13'717,130	2'455,401
Aguascalientes	407,732	109,305	109,305	
Baja Calif.N.	856,730	175,590	175,590	
Baja Calif.S.	242,192	92,291	92,291	
Campeche	237,753	25,156	25,156	
Coahuila	1'396,772	250,121	250,121	
Colima	288,335	103,100	103,100	
Chiapas	582,199	232,713	232,713	
Chihuahua	1'377,167	254,012	254,012	
D.F.	9'635,444	4'302,756	1'847,355	2'455,401
Durango	679,889	165,896	165,896	
Guanajuato	1'845,347	674,592	674,592	
Guerrero	1'366,524	874,123	874,123	
Hidalgo	846,781	464,549	464,549	
Jalisco	2'869,785	726,531	726,531	
México	4'931,781	1'468,042	1'468,042	
Michoacán	1'192,200	513,682	513,682	
Morelos	641,517	261,311	261,311	
Nayarit	425,963	148,022	148,022	
Nuevo León	2'402,105	628,743	628,743	
Oaxaca	917,680	503,495	503,495	
Puebla	1'308,701	424,611	424,611	
Querétaro	702,511	312,335	312,335	
Quintana Roo	349,088	160,990	160,990	
San Luis Potosí	867,858	283,441	283,441	
Sinaloa	1'215,284	270,650	270,650	
Sonora	1,099,180	302,913	302,913	
Tabasco	920,919	578,235	578,235	
Tamaulipas	1'564,293	520,525	520,525	
Tlaxcala	455,005	244,866	244,866	
Veracruz	2'689,883	862,739	862,739	
Yucatán	709,273	130,680	130,680	
Zacatecas	322,606	106,416	106,416	
En el extranjero	2,533			

Fuente : SNS, 1990.

\* El IMSS Solidaridad no reporta información.

**CUADRO 8A**

(CONTINUACION)

**Población usuaria por Institución y Estado. (México, 1990)**

ESTADO	TOTAL	POBLACION DERECHAHABIENTE				
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SM
Rep. Mexicana	29'178,499	23'428,375	4'488,962	872,308	224,805	164,049
Aguascalientes	298,427	254,549	41,928		1,950	
Baja Calif.H.	681,140	617,464	57,271		4,130	2,275
Baja Calif.S.	149,901	103,797	36,600		5,029	4,484
Campeche	212,597	128,002	30,819	46,609	1,900	5,267
Coahuila	1'146,651	1'035,283	104,527	1,036	5,800	
Collima	185,235	143,512	32,901		5,626	3,193
Chiapas	349,486	235,036	95,315	11,290	4,800	3,045
Chihuahua	1'123,155	1'019,996	91,969	1,690	6,500	
D.F.	5'332,688	3'634,191	1'446,262	114,776	90,000	47,459
Durango	513,993	389,785	118,708		5,500	
Guajuato	1'170,755	988,158	138,543	42,934	1,120	
Guerrero	492,401	295,852	182,067		2,220	12,262
Hidalgo	382,232	262,041	82,929	30,252	7,000	
Jalisco	2'143,154	1'995,983	126,349	12,547	7,600	675
México	3'463,739	3,080,987	375,102		1,650	
Michoacán	678,518	530,498	142,105		3,050	2,864
Morelos	380,206	316,843	60,843		2,520	
Nayarit	277,941	213,382	56,345		7,500	714
Nuevo León	1'773,362	1'604,431	145,268	18,441	5,222	
Oaxaca	414,185	247,451	107,801	47,516	6,000	5,417
Puebla	884,090	733,699	117,197	26,305	6,889	
Querétaro	390,176	345,696	42,350		2,130	
Quintana Roo	188,098	142,031	33,000		6,000	6,437
San Luis Potosí	584,417	481,460	94,219	5,618	3,120	
Sinaloa	944,634	799,393	132,562	3,072	2,900	6,707
Sonora	796,267	704,292	84,410		2,009	5,556
Tabasco	342,684	183,429	58,514	96,183	2,760	1,793
Tamaulipas	1'043,768	763,964	134,720	133,828	2,170	9,083
Tlaxcala	210,139	171,023	37,496		1,620	
Veracruz	1'827,144	1'322,728	171,418	280,196	8,900	43,902
Yucatán	578,593	519,655	53,878		2,147	2,913
Zacatecas	216,190	163,759	50,009		2,422	
En el extranjero	2,533		2,533			

Fuente : SISE, 1991.

**CUADRO 9A**

**Número de Unidades Médicas por Institución  
en la República Mexicana.(Sector Salud, 1990)**

UNID.MEDICA	TOTAL	POBLACION ABIERTA				POBLACION DERECHAHABIENTE					
		TOTAL	SSA	IMSS	DDF	TOTAL	IMES	ISSSTE	PEMEX	SDN	SM
TOTAL UNID.	13,174	9,828	6,612	3,128	88	3,346	1,604	1,163	206	227	146
Consul. Ext.	12,446	9,520	6,386	3,075	59	2,926	1,345	1,079	132	201	119
Hospitales	728	303	226	53	29	420	259	84	24	26	27
Hospitales Generales	598	230	164	53	13	368	220	73	22	26	27
Hospitales Especialidad	130	78	62	—	16	52	39	11	2	—	—

127

Fuente : SNS, 1990.



**CUADRO 10A**

**Número de unidades médicas en las instituciones del Sector Salud (D.F.1990)**

R E C U R S O	TOTAL	POBLACION ABIERTA			POBLACION DERECHOHABIENTE					
		TOTAL	SSA	DDF	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SM
Unidades médicas										
Total de unidades	723	333	245	88	390	153	146	15	67	9
Unid.consulta ext.	617	282	223	59	335	116	137	13	61	8
Unid. hospitalización	106	51	22	29	55	37	9	2	6	1
General	46	16	3	13	30	18	5		6	1
De Especialidad	60	35	19	16	25	19	4	2		

128

Fuente : S.N.S. 1990

**CUADRO 11A**

<b>Número de odontólogos por Institución de 1986 a 1990.</b>					
<b>INSTITUCION</b>	<b>1986 (* )</b>	<b>1987 (* )</b>	<b>1988 (* )</b>	<b>1989 (**)</b>	<b>1990 (***)</b>
Sec. de Salud	2,728	2,570	2,696	1,515	1,533
IMSS	1,032	1,101	1,262	1,491	1,601
ISSSTE	630	600	587	577	577
SDN	250	252	265	265	168
SH	46	53	57	70	74
PEMEX	133	146	163	160	142
DDF	106	116	24	118	172
<b>TOTAL</b>	<b>4,925</b>	<b>4,838</b>	<b>5,054</b>	<b>4,196</b>	<b>4,267</b>

129

Fuente : \* INEGI; 1991 c.  
 \*\* INEGI; 1992 a.  
 \*\*\* SNS; 1990

NOTA : Del total IMSS del año de 1990, 96 odontólogos pertenecen al sistema IMSS-Solidaridad.

CUADRO 12A

Número de habitantes por odontólogo (México 1990).			
ESTADO	No. ODONTÓLOGOS (*)	No. HABITANTES (**)	No. HAB. X ODON. (***)
Aguascalientes	31	719,659	23,214
Baja Calif. N.	102	1'660,855	16,282
Baja Calif. S.	38	317,764	8,362
Campeche	33	535,185	16,218
Coahuila	111	1'972,340	17,769
Colima	28	428,510	15,304
Chiapas	73	3'210,496	43,979
Chihuahua	100	2'441,873	24,419
D.F.	1,219	8,235,744	6,756
Durango	58	1'349,378	23,265
Guanajuato	119	3'982,593	33,467
Guererro	90	2'620,637	29,118
Hidalgo	58	1'888,366	32,558
Jalisco	227	5'302,689	23,360
México	482	9'815,795	20,365
Michoacán	108	3'548,199	32,854
Morelos	62	1'195,059	19,275
Nayarit	24	824,643	34,360
Nuevo León	142	3'098,736	21,822
Oaxaca	76	4'019,560	39,731
Puebla	114	4'126,101	36,194
Querétaro	43	1'051,235	24,447
Quintana Roo	37	493,277	13,332
San Luis Potosí	66	2,003,187	30,351
Sinaloa	89	2'204,054	24,764
Sonora	82	1'823,606	22,239
Tabasco	135	1'501,744	11,124
Tamaulipas	142	2'249,581	15,842
Tlaxcala	43	761,277	17,704
Veracruz	229	6'228,239	27,197
Yucatán	63	1'352,940	21,633
Zacatecas	43	1,276,323	29,682
TOTAL	4,267	81'249,645	19,041

Fuente : \* SNS;1990.

\*\* INEGI; 1991 d.

\*\*\* Calculado en base a los datos anteriores.

**CUADRO 13A**

<b>Recursos humanos en la Institución del Sector Salud a nivel Nacional. (1990)</b>										
RECURSO HUMANO	TOTAL	POBLACION ABIERTA				POBLACION DERECHOHABIENTE				
		TOTAL	SSA	IMSS	DDF	TOTAL	IMSS	ISSSTE	SON	SM
Pers. Médico	89,330	32,052	25,940	3,703	2,409	57,278	39,646	12,975	797	656
Con. Dir. Pac. *	75,567	28,879	23,519	3,283	2,077	46,668	29,347	12,975	767	612
Méd. Generales.	24,883	7,477	5,685	1,509	283	17,406	12,226	3,641	197	164
Méd. Especialista	26,311	6,814	5,564	136	1,114	19,479	11,227	6,415	346	237
Gineco-Obs.	3,607	689	698			2,918	2,030	683	53	24
Pediatras	3,721	643	643			3,078	2,142	583	69	27
Cirujanos	2,873	689	651	47		2,175	1,268	761	31	24
Internistas	2,071	356	356			1,715	1,129	441	27	25
Otra Especialista	14,039	4,428	3,225	89	1,114	9,611	4,658	3,947	166	137
Residentes	7,390	3,785	3,075	365	345	3,605	1,625	1,500	30	55
Pasantes	12,716	9,002	7,662	1,177	163	3,714	2,764	842	26	82
Odontólogos	4,267	1,801	1,533	96	172	2,466	1,505	577	168	74
Otra labor	13,763	3,173	2,421	420	332	10,590	10,590	—	30	44

131

Fuente : SNS, 1990.

\* En contacto directo con el paciente.

**CUADRO 14A**

<b>Recursos humanos en las Instituciones del Sector Salud. (D.F. 1990)</b>										
<b>RECURSO</b>	<b>POBLACION ABIERTA</b>				<b>POBLACION DERECHAHABIENTE</b>					
	<b>TOTAL</b>	<b>SUBTOTAL</b>	<b>SSA</b>	<b>DDF</b>	<b>SUBTOT.</b>	<b>IMSS</b>	<b>ISSSTE</b>	<b>PEMEX</b>	<b>SDN</b>	<b>SH</b>
humanos	107956	40683	31046	9637	67273	43285	17722	3410	2235	621
Pers.Médico	23194	8900	6491	2409	14249	8272	4677	774	362	209
Con.Dir.Pac.*	19317	7734	5657	2077	11583	5691	4677	706	332	177
Médicos Grales.	4547	1250	967	283	3297	2193	859	147	74	24
Médicos Especialistas Gineco-obstetra	8748	3163	2049	1114	5585	2929	2119	322	140	75
Pediatras	874	171	171	—	703	480	169	27	22	5
Cirujanos	921	135	135	—	786	542	149	59	30	6
Internistas	619	139	139	—	480	250	197	19	10	4
Internistas	485	73	73	—	412	278	99	21	8	6
Otros Especialistas Residentes	5849	2645	1531	1114	3204	1379	1505	196	70	54
Pasantes	3665	2107	1762	345	1558	—	1263	210	30	55
Pasantes	1138	608	445	163	530	264	234	—	26	6
Odontólogos	1219	606	434	172	613	305	202	27	62	17
En otras labores	3877	1166	834	332	2711	2581	—	68	30	32

132

Fuente : S.N.S. 1990.

\* En contacto directo con el paciente.

**CUADRO 15A**

**Número de consultas odontológicas por  
Institución y total de consultas  
externas en los años 1986-1990.**

INST.	A Ñ O S				CON. EXT. 1990
	1986 (*)	1987 (*)	1988 (*)	1990 (**)	
SS	7'095,575	9'403,720	2'341,864	2,450,139	34'833,496
IMSS	3'213,205	3'225,468	3'278,312	3'570,521	78'694,607
ISSSTE	1'114,921	1'227,026	1'182,235	1'097,595	16,738,718
SDN		155,772	109,013	181,380	999,160
SM			422,916	76,839	600,384
DDF	161,185		198,354	137,731	2'013,418
PEMEX				394,290	5'172,104
IMSS <sup>1</sup>				198,075	5'173,819
<b>TOTAL</b>	<b>11'584,886</b>	<b>14'011,986</b>	<b>7'592,694</b>	<b>8'106,570</b>	<b>144'225,106</b>
Consulta					
Externa					
<b>TOTAL</b>	<b>139'727,309</b>	<b>148'992,765</b>	<b>143'710,493</b>		

133

Fuente : \* INEGI; 1991 c.  
\*\* SNS; 1990

NOTA : Para el año de 1989 no se encontraron datos.  
1 : IMSS-Solidaridad

**CUADRO 16A**

**Número de Consultas odontológicas por Estado y año. (Sector Salud, México)**

191

ESTADO	1986 *	1987 *	1988*	1990 **
Aguascalientes	70,740	79,751	71,409	69,272
Baja Calif. N.	132,208	133,178	120,733	148,295
Baja Calif. S.	90,913	75,460	46,057	61,532
Campeche	83,528	51,879	48,260	60,317
Coahuila	325,541	377,209	239,900	258,677
Colima	99,908	106,951	57,783	66,844
Chiapas	277,676	215,085	156,604	143,884
Chihuahua	200,308	216,697	215,165	218,515
D.F.	2'561,644	2'801,204	1'665,393	1'621,558
Durango	114,200	115,668	91,126	97,232
Guanajuato	460,957	814,161	236,152	276,273
Guerrero	177,699	186,049	116,191	144,472
Hidalgo	137,830	186,992	143,760	158,888
Jalisco	860,740	196,204	368,248	406,708
México	1'267,883	464,733	816,228	848,375
Michoacán	285,106	296,055	541,986	273,758
Morelos	287,194	225,546	125,920	137,909
Nayarit	68,900	74,445	52,150	65,479
Nuevo León	648,447	515,854	357,522	387,188
Oaxaca	198,217	226,732	171,392	195,686
Puebla	312,439	493,251	268,849	305,201
Querétaro	83,977	103,000	82,649	97,446
Quintana Roo	59,741	57,632	48,903	62,428
San Luis Potosí	171,627	166,612	142,478	155,386
Sinaloa	241,814	258,193	212,931	228,657
Sonora	190,186	220,895	166,337	185,319
Tabasco	398,636	687,450	273,589	311,228
Tamaulipas	745,926	517,221	256,882	268,074
Tlaxcala	108,428	122,153	84,600	86,457
Veracruz	719,240	687,593	547,459	561,534
Yucatán	192,310	271,604	111,464	119,076
Zacatecas	60,923	66,549	54,574	84,702
<b>TOTAL</b>	<b>11'584,886</b>	<b>14'011,986</b>	<b>7'592,694</b>	<b>8'106,570</b>

Fuente : \* INEGI, 1991c  
 \*\* INEGI, 1990

### CUADRO 17A

**Número total de consultas odontológicas y externas por Institución, durante el año 1990 en el D.F.**

INSTITUCION	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA ODONTOLOGICA
TOTAL GERAL.	24'937,897	1'621,558
SSA *	5'950,964	450,744
DDF *	2'013,418	137,731
TOTAL *	7'964,382	588,475
IMSS **	11'841,277	520,419
ISSSTE **	3'964,625	348,881
PEMEX **	794,273	76,922
SDN **	242,400	78,000
SM **	125,935	8,861
TOTAL **	16'973,510	1'033,083

135

Fuente : Sistema Nacional de Salud 1990.

\* Población Abierta.  
 \*\* Población Derechohabiente.



### CUADRO 18A

#### Atenciones otorgadas en el Servicio Dental a nivel Nacional. (IMSS, 1990)

REP. MEXICANA	CONSULTAS				INCAPACIDADES			
	No.	PROM. H. MEDICO	X 1000 D-H	% REL. T. MED. FEM.	No.	DIAS AM- PARADOS	PROM. D. AMP.	X 1000 ASEGUR.
Distrito Federal	520,419	154	143.20	7.47	17,997	43,872	2.44	7.60
Total Nacional	3,570,521	186	152.40	6.73	113,804	272,407	2.39	9.04

9CT

Fuente: IMSS, 1991 a.

**CUADRO 19A**

**Número de consultorios y Clínicas dentales privadas. (Rep. Mex. 1985)**

ESTADOS	NUMERO DE UNIDADES CENSADAS (CONSULTORIOS)
Agascalientes	140
Baja California N.	523
Baja California S.	51
Campeche	74
Coahuila	350
Colima	92
Chiapas	297
Chihuahua	385
Distrito Federal	3,133
Durango	144
Guanajuato	598
Guerrero	268
Hidalgo	173
Jalisco	1,179
México	788
Michoacán	736
Morelos	238
Nayarit	155
Nuevo León	711
Oaxaca	242
Puebla	572
Querétaro	112
Quintana Roo	56
S.L.P.	325
Sinaloa	425
Sonora	451
Tabasco	194
Tamaulipas	579
Tlaxcala	103
Veracruz	985
Yucatán	319
Zacatecas	110
<b>TOTAL</b>	<b>14,489</b>

Fuente : INEGI 1986.

### CUADRO 20A-1

<b>Gasto corriente monetario* empleado en alimento, bebida y tabaco; comparado con el gasto en salud. (México 1989)</b>				
CONCEPTO	TOTAL	GRUPO **		
		"POBRES"	"CLASE MED."	"RICOS"
Total hogares	15'908,568	7'954,280	4'772,568	3'181,720
Total de gasto	37'061,823	8,689,393	11,318,545	17'053,885
<b>I Alimento, bebida y tabaco</b>				
Hogares	15'580,913	7'747,722	4'710,755	3'122,436
Gasto	14'751,869	4'509,747	4'984,539	5'257,603
<b>II Cuidados médicos y conservación de la salud</b>				
Hogares	10'221,103	4'729,321	3'205,377	2'286,405
Gastos	1'317,735	314,710	349,393	653,632

Fuente : INEGI, 1992 b.

Notas : \* En millones de pesos antiguos

\*\* De acuerdo a la clasificación del ITAM : Zúñiga 1993.

Los "pobres" equivalen a los deciles de hogares I, II, III, IV y V

La "clase media" equivale a los deciles VI, VII

Los "ricos" equivalen a los deciles IX y X

La encuesta Nacional de ingresos-gastos clasifica a la población en deciles de hogares (I al X) de menor a mayor ingreso corriente total.

CUADRO 20A-2

**Gasto corriente monetario\* de 7 conceptos relacionados con los cuidados médicos. (México, 1989)**

CONCEPTO	TOTAL	GRUPO		
		"POBRES"	"CLASE MEDIA"	"RICOS"
11 Cuidados médicos y conservación de la salud				
Hogares	10'221,103	4'729,321	3'205,377	2'285,405
Gasto	1'317,735	3,147,710	349,393	653,632
1.- Atención primaria				
Hogares	6'638,471	2'899,626	2'099,115	1'639,930
Gasto	768,378	222,510	218,474	337,394
2.- Atención hospitalaria (no incluye parto)				
Hogares	304,808	110,309	80,568	113,931
Gasto	231,543	44,096	40,419	147,028
3.- Servicios médicos y medicamentos durante el embarazo				
Hogares	397,351	177,485	199,038	100,848
Gasto	30,361	9,585	8,019	12,757
4.- Servicios médicos durante el parto				
Hogares	193,017	99,188	52,707	41,127
Gasto	83,674	14,948	16,054	52,672
5.- Medicamentos sin receta				
Hogares	6'784,105	3'103,763	2'125,859	1'524,483
Gasto	63,428	19,716	20,085	23,627
6.- Aparatos ortopédicos y terapéuticos				
Hogares	533,435	94,617	180,667	258,151
Gasto	101,475	10,540	34,637	56,298
7.- Seguros Médicos				
Hogares	242,850	62,329	103,264	77,257
Gasto	38,876	3,315	11,705	23,856

Fuente : INEGI, 1992 b.

Nota \* En millones de pesos antiguos.

**CUADRO 20A-3**

**Gasto corriente monetario\* en 4 conceptos relacionados con la atención primaria (México 1989)**

CONCEPTO	TOTAL	GRUPOS		
		"POBRES"	"CLASE MEDIA"	"RICOS"
1.- Atención Primaria				
Hogares	6'638,471	2'899,626	2'099,115	1'639,930
Gasto	768,378	212,510	218,474	337,394
a) Consultas Médicas				
Hogares	5'238,811	2'303,283	1'687,064	1'248,464
Gasto	309,710	103,716	86,329	119,665
b) Consultas Dentales				
Hogares	1'038,701	255,551	346,385	439,765
Gasto	115,479	7,821	30,864	76,794
c) Medicamentos Recetados				
Hogares	4'472,235	1'920,838	1'448,212	11'031,185
Gasto	251,325	79,359	76,456	95,510
d) Otras Atenciones Primarias				
Hogares	1'617,846	560,041	520,521	537,284
Gasto	91,864	21,614	24,625	45,425

140

Fuente : IIEGI 1992 b.  
 Nota → en millones de pesos antiguos.

## CUADRO 21A

Presupuesto ejercido por programa e Institución a nivel Nacional (1990)								
PROG.	TOTAL	POBLACION ABIERTA				POBLACION DERECHAHABIENTE		
		TOTAL	S S A	D D F	I M S S	TOTAL	I M S S	ISSSTE
Presup total	15391944.4	2970273.2	2445476.5	231480.7	283316.	12212876.2	10559832.5	1125267.9
Aten. prev.	762863.	326041.8	262369.3	7146.5	56226.	436821.2	287277.	149544.2
Aten. curativa	9587962.4	1460111.6	1111453.5	189287.1	160371.	8127850.8	7163805.	964045.8

141

Fuente : S.N.S. 1990.

Notas

\* Las cantidades son en antiguos pesos.

\*\* El resto del presupuesto (5'241,119) incluye programas no especificados en el recuadro.

## CUADRO 22A

Presupuesto ejercido por programa e Institución. (D.F. 1990)								
PROG.	TOTAL	POBLACION ABIERTA				POBLACION DERECHAHABIENTE		
		TOTAL	S S A	D D F	I M S S	TOTAL	I M S S	ISSSTE
Presup total	3'937,940.9	377,111.4	143,929.7	231,480.7	1,701.0	3'560,829.5	3,018,756.1	542,073.4
Aten. prev.	151,218.8	18,787.1	11,640.6	7,146.5	—	132,431.5	73,635.0	58,796.5
Aten. curativa	2'346,025.7	275,193.7	86,906.6	188,287.1	—	2'070,832.0	1'591,560.3	479,271.7

142

Fuente : S.N.S. 1990.

Notas

\* Las cantidades son en antiguos pesos.

\*\* El resto del presupuesto (1'440,696.4), incluye programas no especificados en el recuadro.