



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

IMPACTO ECONOMICO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES Y LAS VISITAS AL ODONTOLOGO EN LOS PACIENTES QUE SOLICITARON ATENCION EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNAM

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTAN:
FERNANDO FIDEL ALVAREZ GONZALEZ
RICARDO KAZUO BANDO CAMPOS

TUTOR: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNANDEZ
ASESOR: C.D. GILBERTO JOSE RIOS FERRER

MEXICO, D.F.

Handwritten signatures and date 2002



TESIS CON FALSA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GRACIAS

A Dios:

Porque gracias a Él tengo la oportunidad de vivir y llegar hasta aquí, siempre impulsado por el amor y la paciencia infinita que me da.

A mis padres (Fidel y Herminia):

Por el ejemplo tan grande de amor y fidelidad que me han dado y por el gran sacrificio que han hecho para que hoy estemos aquí. Con esto espero mostrarles lo bien que he aprendido sus enseñanzas y decirles que siempre serán para mí el más grande ejemplo de fortaleza que habrá en mi corazón.

A mi hermana (Laura):

Por tu gran amor, ternura y paciencia, porque siempre he tenido tu confianza y sabes que siempre has sido un gran ejemplo para mí.

A Kenia:

Porque te has convertido en un pilar fundamental en mi vida con ese gran amor que he recibido de ti, por el apoyo incondicional que me has dado, pues sin ti hubiera sido más difícil llegar a este día y aunque no sabemos lo que sigue adelante creo que tenemos la oportunidad de construir algo inolvidable para los dos.

A mis amigos:

A Manuel, David y Ricardo por lo mucho que hemos compartido, porque hemos sabido estar en las buenas, en las malas y en las peores; a Tatiana por lo mucho que he aprendido de ti; a Alejandra, con tu "no nos hagamos" marcaste nuestra amistad y mi vida; a Chelita y Moni aunque nos conocimos tarde nos faltan muchas por recorrer; a mis amigos del consejo porque compartimos una etapa que cambió mi vida, a Laurita y Daniel con los que compartí grandes experiencias.

A mis Profesores:

Al Mtro. Vela por sus grandes consejos, al Mtro. Javier de la fuente porque siempre está dispuesto a enseñar y por su gran sentido del humor al C.D. Gilberto Ríos por su gran aporte para la realización de este trabajo al C.D. Francisco Moreno por sus grandes enseñanzas y paciencia, al C.D. Jaime González por su gran estímulo para continuar en esta carrera.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por que gracias a su existencia puedo estar aquí, porque me ha dado la oportunidad de conocerla más afondo y poder admirar su grandeza y nobleza.

GRACIAS

A Dios:

Por darme la oportunidad de
contar siempre con Él para salir adelante
a pesar de mis defectos y limitaciones.

A mis Padres (Roberto y Cristina):

Con agradecimiento muy especial ya que su
ejemplo y cariño siempre han sido una
guía confiable y porque sus vidas las
han dedicado enteramente a nuestra
formación con abnegación y sacrificio.

A mis hermanos:

Yoshie, Roberto, Osamu y Giroshi.
Para que crezcamos en favor de la familia.

A mis amigos:

Gracias por su confianza y apoyo.
Con quienes he compartido tantas experiencias,
valores y situaciones difíciles.

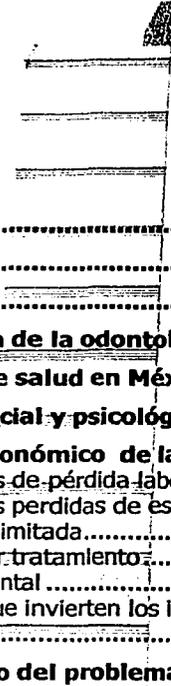
A mis profesores:

Por hacernos crecer en ciencia, cultura
y proporcionarnos metas de progreso.

A Dulce:

Por su apoyo en la realización de este trabajo.
Su ejemplo y testimonio de vida nos impulsa a
crecer, a forjarnos ideales nobles y a trabajar
en servicio de los demás.

ÍNDICE



Resumen.....	4
Introducción.....	6
Antecedentes.....	8
Perspectiva de la odontología.....	9
Servicios de salud en México.....	11
Impacto social y psicológico de las enfermedades bucales y su tratamiento.....	13
Impacto económico de las enfermedades bucales y su tratamiento.....	16
Días-horas de pérdida laboral.....	17
Días-horas perdidas de escuela.....	19
Actividad limitada.....	19
Costos por tratamiento.....	20
Seguro dental.....	21
Tiempo que invierten los individuos para trasladarse al lugar donde reciben la atención bucal.....	21
Planteamiento del problema.....	23
Justificación.....	25
Objetivos.....	27
Objetivo general.....	28
Objetivos específicos.....	28
Variables dependientes.....	30
Variables independientes.....	31
Variables operacionales.....	33
Análisis de los datos.....	35
Resultados.....	37

Descripción de la muestra	38
Resultados de la muestra "a" pacientes mayores de 15 años.....	38
Pérdida de tiempo de trabajo y escuela por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo.....	38
Pérdida de tiempo de trabajo y escuela por acompañar a algún familiar o amigo al odontólogo.....	41
Edad	43
Género	46
Estado civil	50
Ocupación	53
Nivel educativo	58
Nivel de ingreso	61
Tratamiento recibido relacionado con pérdida de tiempo de trabajo y escuela	66
Tiempos de traslado, espera y que requirió el tratamiento y su asociación con pérdida de tiempo de trabajo y escuela por visitas al odontólogo.....	70
Actividades limitadas por problemas de salud bucal.....	75
Costos de los problemas de salud bucal y sus tratamientos	77
Resultados de la muestra "b" pacientes menores de 14 años.....	78
Visitas al odontólogo.....	78
Tiempo perdido de escuela por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo	79
Pérdida de tiempo de escuela por acompañar a algún familiar o amigo al odontólogo	80
Relación de las condiciones sociodemográficas con la pérdida de tiempo escolar	80
Edad	81
Género	83
Nivel de ingreso familiar	84
Tiempo de traslado, espera y de tratamiento	87
Actividades limitadas	87
Tipo de tratamiento.....	88
Seguro de salud bucal y fuente regular de atención odontológica	89
Costos de los tratamientos bucales	90
Fuente regular de atención	90
Discusión	92
Referencias.....	99
Anexos.....	103

RESUMEN



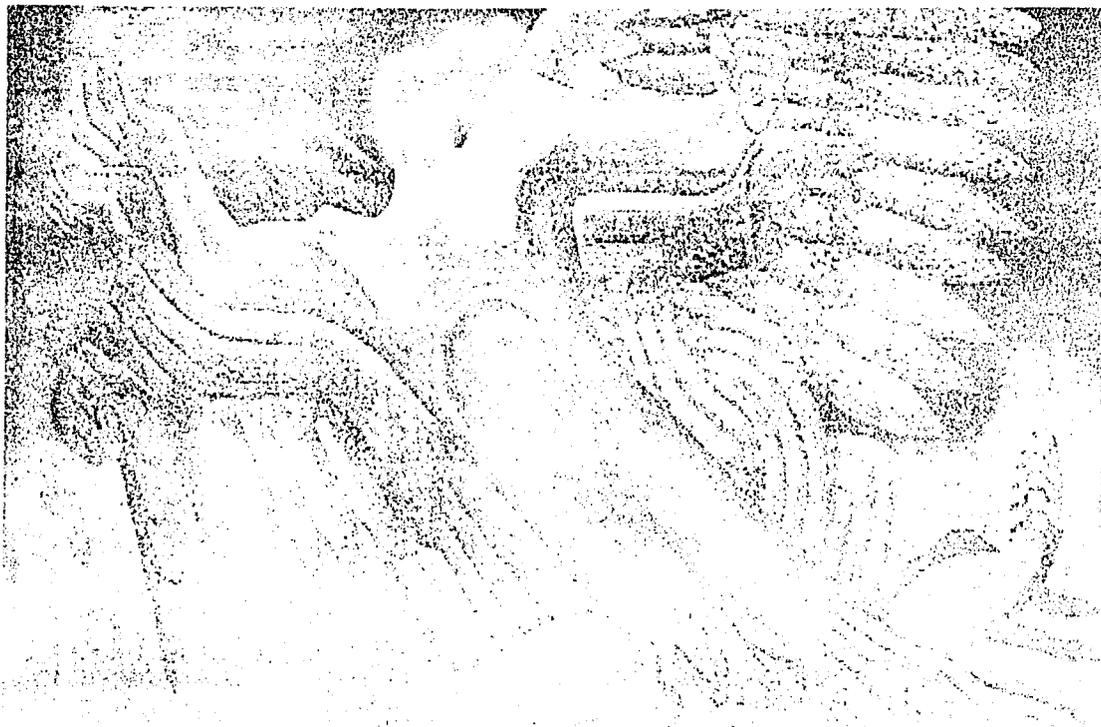
Este documento tiene como principal objetivo evaluar el impacto económico provocado por las enfermedades bucales y las visitas al odontólogo, al que se enfrentan los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), determinar si las condiciones sociodemográficas desfavorables incrementan dicho impacto, así como evaluar si la accesibilidad a los lugares donde se recibe la atención odontológica y el contar con seguros que cubran la atención bucal se relacionan con el problema mencionado.

El documento contiene una revisión de la literatura, muestra los resultados de la encuesta aplicada a los pacientes que acudieron a esta institución en marzo del 2002, obteniendo una muestra de 784 individuos de los cuales 584 fueron personas mayores de 15 años y 192 niños y adolescentes menores de 14 años.

La entrevista de personas mayores de 15 años mostró que por problemas de salud bucal y por visitas al odontólogo la mayoría de la gente pierde un día de trabajo o de escuela completo y de tres a menos de cinco horas; las mujeres, el grupo de obreros, empleados o comerciantes, con un nivel educativo menor y los casados perdieron más tiempo que los otros grupos. Asimismo, reportaron pérdida de tiempo por acompañar a un familiar o amigo al odontólogo.

Los niños y adolescentes menores de 14 años reportaron pérdida de dos días de escuela, de una a menos de tres horas y contó más para los hombres, de bajo ingreso familiar y aquellos sin seguro.

INTRODUCCIÓN



En los últimos años ha existido un creciente interés por estudiar la relación que hay entre el binomio economía y salud. La economía es una de las diversas actividades del hombre, y la salud es una condición fundamental del ser humano, ambas se relacionan de una forma muy estrecha pues un estado óptimo de salud es esencial para el bienestar social y forma uno de los principales componentes del capital humano.

El interés por estudiar los efectos que tienen los problemas de salud en la economía y productividad de los países es reciente, esta problemática relacionada con el ámbito de la salud bucal es menos explorada y lo es aún menos en los países del tercer mundo.

En ocasiones los problemas de salud bucal no son considerados como relevantes pues en la mayoría de los casos, estos no ponen en riesgo la vida de los pacientes debido a su condición aguda. Sin embargo, los problemas de salud bucal, como la caries dental y la enfermedad periodontal están presentes en la mayoría de las personas.

Las investigaciones relacionadas con el impacto social de los problemas de salud bucal comenzaron a principios de la década de los setenta, sobre todo en países como Estados Unidos y el Reino Unido, entre otros. Estas investigaciones muestran que las enfermedades bucales y las visitas al odontólogo derivadas de estos presentan para los individuos un impacto psicológico, social y económico el cual se magnifica si se considera en conjunto a una población.

Tanto las enfermedades bucales como las visitas a los profesionales encargados de devolver un estado óptimo de la salud bucal pueden traducirse en pérdidas económicas al perderse tiempo del trabajo, de escuela o la reducción de las actividades normales (comer, hablar, convivir socialmente, etc.) incluso por acompañar a algún familiar o amigo para recibir la atención, esto puede ser provocado en cierta medida por que las visitas al odontólogo se otorgan en horas y días donde la gente realiza sus principales actividades. De igual forma puede intervenir la dificultad de acceder a los servicios de salud, además de que las condiciones sociales desfavorables condicionan un mayor impacto.

Este estudio se propuso describir de qué forma se presenta el impacto económico en los pacientes que acuden a solicitar atención en las clínicas de la Facultad de Odontología de la UNAM. Con el fin de determinar esto se aplicó una encuesta en la clínica de admisión de esta institución, a los pacientes que demandaron atención durante el mes de marzo de 2002. La información permite completar la escasa información existente en nuestro país sobre este tópico.

En el primer apartado de este trabajo se incluye una perspectiva de la odontología, de los servicios de salud en México, y de las investigaciones realizadas sobre los impactos de las condiciones bucales, así como la descripción del proyecto. En un segundo apartado se analizan los resultados de la encuesta realizada en torno a la pregunta de si perdieron tiempo de su trabajo o escuela o la reducción de sus actividades normales por la problemática planteada, así como la relación de las condiciones sociodemográficas y el acceso a los diferentes servicios que proveen atención odontológica.

En un última apartado están las principales conclusiones de esta investigación así como algunas recomendaciones. Los resultados de esta investigación muestran que si se consideran en su conjunto las condiciones de salud bucal y las visitas al odontólogo pueden traducirse en un significativo impacto en la economía.

ANTECEDENTES



Generalmente se ha enfatizado el entendimiento del proceso salud-enfermedad como un fenómeno biológico; sin embargo, esta visión no toma en cuenta que también es el resultado de las condiciones, evolución social y económica de los pueblos.⁽¹⁾

La salud y la enfermedad han acompañado a la humanidad a lo largo de toda su historia, hasta hace pocos años se consideraba a la salud como la simple ausencia de enfermedad; sin embargo, esta concepción ha cambiado.⁽²⁾ A pesar de lo mucho que se ha insistido en las limitaciones del modelo médico, hegemónico por cierto, tradicionalmente la investigación epidemiológica en odontología se ha apoyado fundamentalmente en este modelo, utilizando sólo la medición clínica para determinar la presencia de enfermedad.

Autores como Reisine y Locker⁽³⁾ han planteado la necesidad de desarrollar un abordaje teórico diferente a través de la concepción denominada "modelo psicosocial", explicar la salud y la enfermedad como momentos constitutivos de una compleja red de interacción o influencias recíprocas entre los síntomas clínicos, la percepción psicológica individual y la estructura social.

Esto quiere decir que no sólo la patología subyacente influye en el curso de la enfermedad, las percepciones del individuo, la personalidad y el estrés afectan la experiencia, así como los aspectos sociales y culturales.⁽³⁾

Desde sus raíces filosóficas el modelo médico, ha hecho la separación entre el cuerpo y la mente de la persona y como resultado de ello las experiencias subjetivas del paciente sobre salud y enfermedad son ignoradas. En odontología la cavidad bucal se aísla de la persona, sin analizar los problemas de manera integral. En cambio el modelo biopsicosocial se enfoca a la prevención y a la promoción de la salud, no a la cura de enfermedades, dando énfasis al medio ambiente físico y social en que se vive como principales determinantes del estado de salud del individuo.

La salud puede ser definida como la experiencia subjetiva de un individuo sobre el bienestar funcional, social y psicológico.⁽⁴⁾

Perspectiva de la odontología

Actualmente se acepta que juntas, la caries dental y la enfermedad periodontal, son los problemas de salud más prevalentes que existen en la humanidad.⁽⁵⁾ El desequilibrio en la salud bucal tiene múltiples consecuencias tanto para la persona afectada como para la sociedad en la que vive y éstas pueden ser de orden psicológico, social y económico.

En los últimos años se han suscitado diversos cambios en la odontología, entre los más significativos encontramos: los avances en la ciencia y la tecnología, en los papeles que desempeña el odontólogo hacia la salud comunitaria, la capacidad para proveer la atención, entre otros. Se ha observado una mayor interacción entre la salud bucal y la salud sistémica. En los países industrializados se ha observado una significativa disminución en la prevalencia de caries dental⁽⁶⁾ debido a métodos de prevención efectivos tales como fluoración del agua y aplicación de selladores, a pesar de esto, la caries dental persiste en la mayoría de la población. En contraste una pobre salud bucal tal como un alto porcentaje de caries dental⁽⁷⁾ y enfermedad periodontal no tratadas afectan a las minorías y a los individuos económicamente desfavorecidos.

Un informe regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁽⁸⁾ señaló que durante 1985 y 1989 ocho países, entre ellos México dirigieron estudios para determinar la situación en salud bucal, particularmente en la población de edad escolar, con respecto a las enfermedades bucales más frecuencia, la caries dental y la enfermedad periodontal.

Los estudios epidemiológicos, en México, indicaron un alto porcentaje de la población que padece caries dental, el cual tiende a incrementarse. Con dichos estudios se comprobó que la caries dental afecta al 48% de los niños menores de 5 años de edad, y que el 93% de los adolescentes se encuentran afectados. Globalmente, se ha estimado que 99% de la población ha experimentado caries dental, y ésta es la causa más importante de pérdida de órganos dentarios antes de los 35 años.

También en México se verificó la presencia de enfermedad periodontal en 9% de los niños entre 10 y 15 años, y esta proporción se incrementó con la edad; 30% de la población entre los 10 y 35 años y el 97% de las personas mayores de 50 años de edad resultan afectadas.⁽⁸⁾

Además, la malposición dental y la maloclusión continúan siendo un problema en muchos países de la región, entre ellos México. Un estudio realizado en Argentina⁽⁸⁾ reveló que casi el 70% de la muestra tuvo maloclusiones que requerían tratamiento.

Otra área de interés la conforman las manifestaciones bucales de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El personal odontológico juega un papel importante en la detección temprana de esta enfermedad.⁽⁸⁾

Todo esto demuestra la importancia que tiene considerar a la enfermedad desde un modelo biopsicosocial, y a la salud bucal dentro de ésta. Las investigaciones en el extranjero (las cuales se han realizado en escaso número y algunos países) nos muestran la relevancia que tienen las enfermedades bucales tanto en los aspectos social y económico.

En México no se le ha dado la importancia debida, realizando solamente investigaciones clínicas de las enfermedades bucales. Surge entonces una gran cantidad de interrogantes y quizá pueda sorprender el impacto económico derivado de su consideración en el total de los individuos.⁽⁹⁾

En los últimos años, se ha determinado con mayor exactitud la relación que guardan economía y salud. La salud refleja y también magnifica los cambios que un país vive a cada momento, es un indicador confiable de los procesos sociales, económicos y políticos.⁽¹⁰⁾

Un vínculo tan grande como el ya mencionado entre economía y salud tiene dos características importantes: **simultaneidad y dualidad**; la primera se refiere a que el desarrollo económico y avance de la salud se refuerzan mutuamente y la segunda se refiere a la salud como un elemento de bienestar y como un sector de la economía.⁽¹⁰⁾

En este orden de ideas se parte de que la salud es un componente del capital humano, si la salud mejora, mejorará la productividad, por tanto los países al invertir en salud invierten en el factor de producción más importante: el capital humano. Esto lleva a lo contrario si la salud decrece la productividad también.⁽¹⁰⁾

Asimismo, desde comienzo de los ochenta Evans⁽¹¹⁾ planteaba algunas implicaciones entre economía y odontología, para lo cual partió definiendo los servicios de atención en salud como una industria en términos económicos. Éste concepto simplemente separa de la economía general a una particular clase de actividad productiva, que utiliza recursos distintivos y produce productos también distintivos. Pero a diferencia del resto de la economía, los bienes y servicios producidos por la industria de atención a la salud generalmente no tiene valor en sí mismas. La odontología es un buen ejemplo de ello. Lo que los usuarios valoran es la mejoría en su estado de salud que resultan de la utilización de estos servicios.⁽¹¹⁾

Evans⁽¹¹⁾ hace la distinción entre dos conceptos relacionados con los costos de las enfermedades bucales. Uno, el costo de oportunidad que se genera al producir servicios odontológicos como resultado de los recursos gastados en su producción. El segundo, es que el costo negativo de inversión de las enfermedades bucales es debido al valor que el paciente o consumidor vincula a los recursos destinados para la obtención de un estado óptimo de salud bucal relacionado con: la eliminación del dolor, la habilidad para masticar, los riesgos

para la salud general y la estética. Ambos constituyen los costos de las enfermedades bucales, y deben ser sumados.

En términos económicos un balance siempre es necesario, ya que los costos de las enfermedades bucales tiene dos componentes, no se deberá privilegiar ninguno. En un intento por alcanzar el estado óptimo de salud bucal, en un sentido ideal, se debe optar por reducir los costos directos de las enfermedades bucales y optimizar los costos del tratamiento.

Servicios de salud en México

El análisis financiero del sistema de salud es escaso por no decir nulo, a pesar de que la mayor parte de las instituciones, tanto públicas como privadas, registran y evalúan sistemáticamente los servicios de salud producidos. La información procede de tres fuentes⁽⁹⁾:

- La Dirección General de Estadística e Informática, de la Secretaría de Salud (SSa).
- El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
- El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

El gasto en salud, que se define como todo aquél cuyo fin directo e inmediato es promover o restaurar la salud, este gasto se realiza en el consumo o la producción de bienes y servicios que tienen un impacto en la salud. La mayor parte se dirige a través de los servicios de salud personales que brinda cualquier institución pública o privada; los servicios personales de salud tienen el propósito de beneficiar la condición de salud de quien los recibe, a través de la prevención, la curación y la rehabilitación.⁽⁹⁾

El gasto en salud representa una cifra acumulativa anual de las erogaciones públicas y privadas para el cuidado y la restauración de la salud. La estimación del sector salud corresponde al gasto de las instituciones públicas. La información privada se integra con el gasto de hogares y las ventas de bienes (como los medicamentos) y servicios (como la atención médica).

Se dispone actualmente de mayor información sobre el gasto público en salud que sobre el privado. La magnitud del gasto en salud no es constante. Las estimaciones de FUNSALUD muestran en la figura 1, que su monto se eleva permanentemente en precios corrientes hasta 1994. El gasto total del Sistema Nacional de Salud (servicios públicos y privados) alcanzó en 1994 el orden de \$92,569 millones de pesos, el gasto en 1996 fue de \$96,729. En comparación con la magnitud de la riqueza generada en el país, el gasto en salud equivale a 5.1, 5.6 y 6.1 % del Producto Interno Bruto (PIB) para 1992, 1993 y 1994, respectivamente. En 1993 las remuneraciones del sector privado en los servicios de salud alcanzaron un monto de 0.1% del PIB.

En relación con la población del país, en 1994, el gasto en salud alcanzó una cifra per cápita total de entre \$747 y \$1028. Esta cifra se compone de diversas participaciones: 43% de gasto de la seguridad social, otro tanto del gasto privado y el resto, 13%, es de los servicios para población no asegurada. En 1994 el gasto público en salud por persona fue de \$415 y el privado entre \$333 y \$614. Las estimaciones del gasto en salud muestran consistentemente que los hogares son los que más aportan, con un monto de 49%.

En segundo lugar están las empresas, con una contribución de 29% y el menor monto es del gobierno federal, con 22%. El gasto federal suele incluir los recursos externos, que en 1994 representaron una proporción del total de gasto inferior a 1%.

Los recursos se concentran en los fondos de la seguridad social (43%) y los privados (42%). El fondo para los servicios destinados a la población no asegurada dispone apenas de 13% del total del financiamiento. El seguro médico privado representa un fondo creciente de 2% del total. ⁽⁹⁾

La presencia del seguro médico privado es limitada, con un mercado incipiente. El potencial de expansión de estos servicios es sólo entre la población con ingresos más altos en el país (10%), que correspondía a poco menos de 10 millones de ciudadanos en 1995. Hasta ahora 5.4% de los hogares urbanos y 0.7% de los rurales tienen algún miembro cubierto por el seguro médico privado. ⁽⁹⁾

La información disponible sobre el gasto privado muestra el predominio de la atención curativa y la relativa homogeneidad en los conceptos de honorarios, medicamentos y hospitalizaciones. Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento consumen menos de 10% del gasto privado.

En México, el gasto de bolsillo en salud realizado por los hogares de menor ingreso es proporcionalmente superior (5.8%), que entre los de ingresos superiores (2.8%), tanto en los hogares rurales como urbanos. Los valores absolutos del gasto difieren 10 veces entre los hogares urbanos de menor y mayor ingreso (\$75 vs. \$705 por trimestre, respectivamente). En las zonas rurales esta diferencia se duplica, pues llega a ser 20 veces superior (\$65 vs. \$1 294). ⁽⁹⁾

Aquellos gastos que se elevan conforme el ingreso se incrementa son: la atención obstétrica, la hospitalaria y la **odontológica**. La mayoría de hogares dedicó parte de sus recursos a los conceptos de atención externa y hospitalización. El monto mínimo corresponde a los hogares de bajo ingreso y los hogares con mayor capacidad de pago elevan su gasto en cifras absolutas. En la compra de los aparatos ortopédicos y la **atención odontológica**, el gasto beneficia únicamente a quien puede realizarlo, más allá de la necesidad en los hogares.

Además del gasto al recibir la atención de su salud, los hogares realizan gastos indirectos para acceder a los servicios, expresados en **tiempos de traslado y espera**, cuyo monto asciende al menos a 574.4 millones de pesos de 1994, cifra equiparable a las aportaciones estatales a la atención hacia población no asegurada en 1993. Se realizan también en los hogares, gastos por concepto de **transporte**, entre otros, que incluso llegan a duplicarse cuando los pacientes asisten al servicio médico acompañados. ⁽⁹⁾

Los gastos asociados a la atención de la salud se dividen en gastos directos o de atención a la enfermedad, y gastos indirectos o de oportunidad, derivados de la disminución del tiempo productivo de los usuarios de los servicios de salud por la atención de la enfermedad.

Los gastos indirectos que afectan al sector productivo refieren el costo de las horas dejadas de trabajar por el usuario de los servicios de salud. La medición de este gasto se realizó considerando el tiempo promedio de viaje, espera, el salario promedio por hora y el número de consultas que otorga la institución. ⁽⁹⁾

Otro apartado de interés se refiere a las incapacidades; aquí se incluyen las prestaciones en dinero que el IMSS otorga a las correspondientes a empresas privadas. Esta división surge porque la empresa paga los primeros tres días de incapacidad, después de ese tiempo la institución de seguridad social paga las incapacidades.

Impacto social y psicológico de las enfermedades bucales y su tratamiento

Las enfermedades bucales requieren tanta atención como las condiciones en otras partes del cuerpo, la consideración de los trastornos bucales no sólo incluyen la caries dental y la enfermedad periodontal, sino también disfunciones de la articulación temporomandibular (ATM), labio y/o paladar fisurado, cáncer bucal, maloclusión, manifestaciones bucales de VIH/SIDA, entre otras.⁽³⁾

Como es sabido existen una gran cantidad de indicadores clínicos como el índice de higiene oral (IHO), el índice periodontal (IP) y el de dientes con caries dental, perdidos y obturados (CPO); entre otros. Un ejemplo que ayuda a comprender como estos indicadores dejan de lado los efectos sociales que puede presentar un individuo sería el del CPO que da el mismo valor a cuatro superficies obturadas de un diente posterior que a la pérdida de un diente anterior, sin tomar en cuenta las implicaciones psicológicas que puede traer para el individuo la ausencia de este.

Como podemos observar la ausencia de salud bucal tiene una gran relevancia, a pesar de que en muy pocas ocasiones las enfermedades bucales comprometen la vida de los pacientes sí afectan de manera significativa su calidad de vida y con esto su capacidad de desempeñar satisfactoriamente sus roles sociales.

Se ha definido el impacto social de los problemas de salud bucal como el resultado relacionado con las limitaciones en el desempeño y las capacidades funcionales del individuo dentro de la sociedad.⁽¹²⁾

Al impacto tanto en el orden social, como psicológico incluye dolor; estética bucal y facial pobre; dificultad para hablar, comer y masticar; disminución en el deseo de interactuar socialmente; así como una pobre sensación de bienestar. Por ejemplo, la alimentación y la masticación además de afectar la salud sistémica representan una importante actividad social. Un estudio⁽⁵⁾ demostró que el estado bucal pobre puede estar asociado a sentimientos de rechazo para comer con otros. Sentimientos similares pueden expresar los pacientes después de haber cursado por cirugía de cáncer o con disfunciones de la ATM, también se asocian a los síntomas sentimientos de ansiedad y preocupación. Otras consecuencias pueden ser dificultad para dormir, problemas para hablar y comunicarse, dificultad para masticar e interferencia con las actividades de trabajo y esparcimiento. Una estética pobre puede afectar las posibilidades de empleo.

Los pacientes se sienten más afectados por los problemas mencionados anteriormente que por las dimensiones clínicas de la enfermedad.⁽⁵⁾ La literatura económica sobre indicadores de salud, está en favor de las dimensiones no clínicas más que las clínicas.

El desarrollo de los indicadores sociobucles comenzó en la segunda década de los años setenta por John Jago, Louis K. Cohen y Jack Elinson.⁽¹³⁾ El *Social Impacts of Dental Disease (SIDD)* fue uno de los primeros indicadores sociobucles, surgió por el desacuerdo de las medidas convencionales de salud. Se tomaron tres perspectivas para la construcción del *SIDD*, el modelo médico, la perspectiva social y la psicológica.⁽¹⁴⁾

El *Sickness Impact Profile (SIP)* es uno de los instrumentos que se desarrollaron como una medida multidimensional, pensado en medir los cambios de la enfermedad en las habilidades funcionales percibidas y reportadas por los pacientes, se ha usado también para la salud bucal aunque tiene sus limitantes.⁽¹⁵⁾

Dolan y Gooch⁽¹⁶⁾ en 1980, incluyeron tres preguntas en el Health Insurance Study (*HIS*) con el fin de obtener información sobre las consecuencias de las condiciones bucales como dolor, cuidado y preocupación, y reducción de las actividades normales.⁽¹⁶⁾

Otros indicadores sociobucales desarrollados en los últimos años son: el *Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)*, *Dental Impact Profile (DIP)* el cual investiga como las condiciones bucales influyen en la vida diaria, la calidad de vida, el *Oral Health Impact Profile (OHIP)* desarrollado para el estudio del deterioro en tres dimensiones de la salud bucal: social psicológico y físico; el *Subjective Oral Health Status Indicators (SOIS)* desarrollado en Canadá para describir los efectos de los desórdenes bucales desde el punto de vista fisiológico, psicológico y social; el *Oral Health Related Quality Of Life Measure (OHQOL)* desarrollado en 1991 con el fin de obtener información sobre tres efectos en la calidad de vida de las enfermedades bucales; estos son: afectando sus actividades diarias como el trabajo o sus aficiones, afectando sus actividades sociales con la familia, amigos y compañeros de trabajo, y evitar conversaciones con personas. El *Dental Impact on Daily Living (DIDL)* es un indicador sociobucal desarrollado enfocado a cinco dimensiones que afectan la calidad de vida, estas son: confort, apariencia, dolor, capacidad de realizar sus actividades diarias, comer y masticar.

El *Oral Health Quality of Life Inventory (OH-QoL)* es un instrumento específico desarrollado para evaluar la satisfacción de una persona con relación a su estado de salud bucal y su estado funcional así como la importancia que le atribuye a esto. Por último, el *Oral Impacts on Daily Performance (OIDP)* desarrollado como un indicador en la planificación de necesidad de tratamiento odontológico de las poblaciones.⁽¹⁶⁻²³⁾

Reisine y Locker⁽³⁾ realizaron investigaciones que mostraron que sólo episodios dentales agudos, maloclusión, y anomalías bucofaciales habían recibido alguna atención con respecto a su impacto en el individuo.

En realidad las investigaciones sobre el impacto económico de las enfermedades bucales son muy escasas, las primeras investigaciones comenzaron a inicios de la década de los setenta, sobre todo en los Estados Unidos, en nuestro país la información es casi nula, tal vez porque no se ha dado la suficiente importancia a las enfermedades bucales.

A continuación se presentan los diferentes tipos de estudios de impacto social y psicológico referidos en la literatura consultada.⁽³⁾

- La pérdida dental, de la función bucal y el bienestar.
- La prevalencia del dolor bucal, facial y otros síntomas.
- El efecto del dolor bucal y facial, agudo, crónico y otros síntomas bucales en la calidad de vida.
- Los adultos de la tercera edad.
- Las maloclusiones, anomalías del complejo orofacial y sus efectos sociales y psicológicos.

Estudios sobre pérdida dental, de la función bucal y el bienestar

El interés en el impacto de los desórdenes bucales se relaciona con la pérdida del diente y sus consecuencias funcionales en la alteración de la masticación. Las investigaciones también exploran la relación entre el estado bucal, la habilidad para masticar, absorción nutritiva, y cambios de la masticación relacionadas al envejecimiento.⁽³⁾

Los estudios sobre el funcionamiento bucal evalúan la función masticatoria o su eficacia y la habilidad masticatoria.⁽²⁴⁾ Un ejemplo son los individuos con prótesis total en la mandíbula y dientes naturales en el maxilar que experimentan reducciones en la habilidad para masticar, similar a los portadores de prótesis totales bimaxilares.⁽²⁵⁾

Los individuos edéntulos cuya adaptación funcional y emocional para soportar las prótesis dentales es pobre, presentan efectos psicológicos y sociales.⁽²⁶⁾ El tratamiento con injertos óseointegrados ha mostrado mejoras significativas en la función bucal, incluyendo el mejoramiento de la fuerza al morder, y la eficiencia al masticar.

El tratamiento con los injertos también ha mostrado resultados sociales y psicológicos mejorados,^(27,28) como el confort, confianza, imagen del cuerpo, y las actividades sociales.

Estudios sobre la prevalencia del dolor bucal, facial y otros síntomas

El dolor es una consecuencia común de las condiciones bucales. El dolor agudo consiste en episodios breves que pueden ser intensos, pero su resolución es bastante rápida con o sin el recurso de tratamientos eficaces y agentes farmacológicos.

Generalmente, el dolor agudo tiene una causa discernible y ninguna consecuencia psicológica a largo plazo. El dolor crónico es el que ha estado presente durante 6 meses o más, a menudo no tiene ninguna causa clara, y no responde bien a tratamientos u otras intervenciones. Puede involucrar un componente psicológico por lo que se refiere a su ataque y consecuencias y puede crear diversos problemas psicosociales para los pacientes y las familia como choque en las relaciones matrimoniales entre otros.

Investigaciones sobre la prevalencia de dolor bucal en el Reino Unido sugieren que, a mediados de los años setenta, había 200 millones de días de dolor bucal al año.

En los Estados Unidos reportaron proporciones altas de dolor bucal,⁽²⁹⁾ con un 29% de individuos afectados. Estudios canadienses ofrecen evidencia extensa de la naturaleza penetrante de dolor bucal. Muestran que el 40 % de 628 adultos experimentaron uno o más (de nueve) de los síntomas de dolor en las 4 semanas anteriores.⁽³⁰⁾

Los desórdenes temporomandibulares (DTM) son responsables de la mayoría del dolor bucal y facial crónico.

Los DTM se ven ahora como un grupo de desórdenes que afectan los músculos de masticación y la articulación temporomandibular. Es probable que muchos de los síntomas sean leves, de una naturaleza transitoria con pocas consecuencias funcionales o psicosociales.⁽³¹⁾

Una comparación entre pacientes cardiacos mostró que, antes del tratamiento, los pacientes con DTM presentaban una mayor incapacidad que los pacientes cardíacos en las áreas de sueño y descanso, interacción social, función intelectual, o habla y comunicación.

Estudios sobre el efecto del dolor bucal y facial, agudo, crónico y otros síntomas bucales en la calidad de vida

La prevalencia de dolor bucal es alta. Dependiendo de su severidad y carácter, puede tener a menudo un efecto significativo en la calidad de vida de un individuo. Esto lo motiva a buscar la atención odontológica. Se ha demostrado, en adultos y niños, que el dolor perturbó el sueño, se perdió tiempo de trabajo o escuela, o pérdida de pago como resultado de este dolor.

Existen estudios que comparan la frecuencia del impacto del dolor facial y bucal con el dolor de otras partes del cuerpo. Aquellos que experimentaron dolor ocasional (es decir, dolor en seis o más días en el año anterior) la interrupción de sus actividades diarias fue común. Aquellos con dolor bucal más ocasional perdieron el sueño por lo menos una noche; 2/5 partes fueron incapaces de trabajar o emprender las actividades normales un día como mínimo; y 1/3 quedaron incapacitados durante un solo día (incapaces de dormir, trabajar, o realizar actividades rutinarias). En las personas que presentaron algunos de estos impactos el porcentaje fue más alto para aquellos con dolor bucal que para aquellos con cualquier otro tipo de dolor, como dolores de cabeza, espalda, musculares y articulares.

Locker y Grushka⁽³⁰⁾ encontraron que el impacto más común del dolor bucal o facial es psicológico. Locker mostró que la prevalencia de problemas psicosociales, fue del doble en los adultos ancianos con xerostomía que no la presentaban, como evitar comer con otros y vergüenza por la apariencia de la boca.

Las consecuencias que el dolor bucal tiene en la calidad de vida, depende de su duración y severidad. Un examen canadiense mostró que el dolor agudo o crónico puede ocasionar ansiedad o preocupación por el estado de salud o respuestas específicas de conducta. Los individuos tuvieron que tomar medicamentos, consultar al profesional en atención de la salud, **perder tiempo en su trabajo**, quedarse en casa o en cama más tiempo del usual, evitar contacto social o experimentar dificultad para dormir.

Estudios en adultos de la tercera edad

Los individuos de mayor edad y aquellos con el estado socioeconómico más bajo^(32,33) tienen peor salud bucal. Aquellos que viven en pobreza relativa tienen mayores impactos sociales y psicológicos, limitaron sus actividades debido al dolor bucal y a la falta de confort, tenían problemas al dormir, evitaron reírse o sonreír, y evitaron conversar.

Estudios sobre maloclusión, anomalías del complejo orofacial y sus efectos sociales y psicológicos

Los efectos sociales y psicológicos de maloclusión y las deformidades faciales, como el labio y paladar fisurados, se basan en la importancia tanto de la cara como de la cavidad bucal para la propia imagen y autoestima, la interacción social, y las relaciones sociales. La investigación en psicología social ha demostrado los beneficios penetrantes de atractivo facial y físico, que es asociado con la atribución de otras características socialmente deseables.

Por ejemplo, los maestros valoran las capacidades intelectuales de los niños con notable desfiguración facial con menor severidad que con los niños normales, ellos tienen expectativas académicas menos favorables para los niños poco atractivos, y valoran la conducta y personalidades de estos niños negativamente. Ya que la boca es un rasgo sobresaliente en el atractivo facial, las características sociales más favorables se atribuyen a las personas con los dientes bien alineados.^(34,35) La evidencia también sugiere que se relacionen juicios sobre el atractivo al éxito educativo y profesional.

Estudios^(34,35) demuestran que los individuos con labio y/o paladar fisurado tienen menor probabilidad de casarse, o lo hacen a una edad mayor, con menor probabilidad de tener hijos que sus hermanos o el grupo control. Los niños con fisura suelen tener baja autoestima y perciben ser tratados negativamente. Niños con apariencia orofacial pobre resultan más perjudicados socialmente.

La estética bucal pobre puede ser causada por maloclusión, caries dental, dientes faltantes, dientes pigmentados o fracturados, cirugía de cáncer bucal, labio y/o paladar fisurado o prótesis de aspecto poco natural. El individuo afectado no sólo debe tratar con las deformidades personales que pueden afectar la interacción social o los sentimientos de bienestar, sino que la estética pobre puede también avocar respuestas negativas de los otros. Una estética pobre puede afectar las **posibilidades de empleo** para una persona.

Impacto económico de las enfermedades bucales y su tratamiento

Se ha señalado, y con justa razón, que las enfermedades bucales tienen consecuencias sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad. En un nivel personal, las enfermedades bucales pueden afectar el empleo, las posibilidades de ascenso, o contribuir a un menor desempeño o aspiraciones académicas.

Aquellos individuos que son empleados puede que experimenten sentimientos de insuficiencia, así como privaciones financieras debido a las enfermedades bucales. Las familias pueden estar afectadas cuando un miembro es incapaz de desempeñar las funciones de mantenimiento del hogar o es requerido para darle cuidado a otro. Ciertas comunidades pueden sentir más la tensión económica debido a que ciertos grupos pierden más tiempo de trabajo por enfermedades bucales que otros. La sociedad tiene que cargar con la pérdida de productividad debido a las enfermedades bucales.⁽³⁶⁾

El análisis económico del impacto de los problemas de salud bucal y su tratamiento se ha centrado en examinar los costos directos de la atención y los costos indirectos asociados con la pérdida de productividad en el trabajo asalariado y no asalariado, como en las labores domésticas.⁽³⁾

De acuerdo con el *National Health Interview Survey (NHIS)* de 1991, hubo 3447 mil condiciones bucales agudas reportadas. Aunque este número es pequeño comparado todas las condiciones agudas, es similar al número de muchas condiciones crónicas reportadas, de los cuales 1646 fueron enfisema, 1791 enfermedades de próstata, 2217 de colitis, 2857 de enfermedad cerebro vascular, 3146 de problemas renales y 3770 desórdenes de vesícula.⁽²⁾

Debido a que las condiciones bucales, usualmente ocurren en grupos de edad más jóvenes comparadas con otras condiciones crónicas, la cantidad de tiempo perdido de escuela o trabajo debido a las condiciones bucales puede ser relativamente grande.⁽³⁶⁾

Diversas investigaciones^(2,3,5,12,36-38) han mencionado los factores que conforman el impacto económico de las enfermedades bucales y visitas al odontólogo, estos son:

Días-horas de pérdida laboral

El impacto de las condiciones agudas, es medido por el número de días que los individuos reducen sus actividades normales (en términos de días de actividad reducida), el número de días perdidos de trabajo (incluye sólo a personas empleadas) y el número de días que una persona se queda en cama todo el día o parte de este.

La información comparativa internacional sobre los indicadores de impactos de salud bucal son difíciles de obtener, pero algunos datos están disponibles sobre los días perdidos de trabajo y días perdidos de escuela en los países industrializados. Por ejemplo, un estudio de salud australiano mostró que, en 1983, hubieron 1.1 millones de días perdidos de trabajo debido a los problemas bucales, concluyendo que los días perdidos de trabajo sugieren que los problemas bucales y las visitas al odontólogo tienen un impacto grande en la sociedad.

El tiempo perdido anualmente por empleado puede parecer trivial, pero el efecto es multiplicado sobre millones de personas. Un estudio basado en la población durante 1985 en los Estados Unidos estimó la pérdida de trabajo ocasionada por diferentes tipos de dolor. La proporción de tiempo perdido para trabajadores de tiempo completo por dolor bucal, fue aproximadamente del 3% de los días perdidos por cualquier tipo de dolor. Basado en una media de ingreso de \$23,000 por año, el dolor bucal representó \$1.5 billones en pérdidas de productividad para 1985.⁽³⁶⁾

En uno de sus estudios, Reisine⁽³⁷⁾ señaló que el 26.4% de la muestra final reportó ausentarse del trabajo debido a las consultas bucales o síntomas asociados con las visitas. Un total de 2,520 horas fueron perdidas de trabajo con una media de 1.26 horas por persona, sobre la muestra total y 4.8 horas por persona de la submuestra que reportó ausencia laboral. La mayoría de los respondientes (70.2% de la submuestra de pérdida de trabajo) reportó la mitad de un día o menos de ausencia laboral. Sin embargo, 13% reportó más de un día de trabajo perdido asociado a los problemas bucales. Los estudios sobre días de trabajo perdidos en la población empleada estiman que la proporción de pérdida laboral varía del 15% al 35% de la población estudiada.

Sin embargo, las características de las enfermedades bucales tienen significación adicional. La prevalencia de estas alta, ya que el promedio de trabajo perdido es pequeño, el impacto total de las enfermedades bucales es substancial en la base nacional cuando es considerado el estado de salud bucal de la población.

Según Reisine este estudio provee apoyo a la teoría de tendencia-enfermedad ya que la previa pérdida de trabajo es un fuerte predictor de futura pérdida de trabajo.⁽³⁷⁾

Gift y cols.⁽¹²⁾ reportaron 164 millones de horas perdidas de trabajo debido a los problemas bucales en 1989. El número promedio horas por persona perdido del trabajo sobre del número total de personas empleado en los Estados Unidos en 1989 era 1.48 horas por persona, afectando al uno por ciento de la población aproximadamente. Los individuos más jóvenes, y aquellos con menos educación, menor ingreso, y sin cobertura de seguro dental reportaron más horas de trabajo perdidas en relación a los hombres, las personas más viejas, y aquellos con mayor educación, mayores ingresos y seguro dental.

Sin embargo, los ejecutivos, parecieron perder menos horas de trabajo los trabajadores de servicio parecieron tener la mayor pérdida de tiempo.⁽³⁶⁾

El *NHIS* midió la cantidad de tiempo perdido de trabajo o escuela y el número de días en cama (incluyendo días en hospital) atribuibles a las condiciones bucales y otras condiciones agudas.

El número de días de trabajo perdidos asociados a todas las condiciones agudas fue 315.3 por 100 personas al año empleadas. Aunque las condiciones bucales eran responsables para una pequeña parte de esta proporción, en tres días por 100 personas al año empleadas, esta proporción fue similar o mayor que la proporción de condiciones oftálmicas, infecciones óticas agudas, indigestión y dolor de cabeza (excluyendo migraña). Esta proporción no estaba igualmente distribuida en toda la población.

Los "días" pueden no ser una apropiada medida para la pérdida de trabajo debido a enfermedades bucales. La mayoría de los episodios de atención duran tan solo unas horas, mucho de este tiempo perdido de trabajo puede quedar sin ser reportado. El *NHIS* de 1989 indicó que en Estados Unidos los adultos empleados perdían 164 millones de horas de trabajo anualmente debido a enfermedades bucales o por visitas preventivas o de tratamiento. El número total de horas perdidas esta fuertemente asociada al ingreso, edad, severidad de la enfermedad, raza y previa pérdida de trabajo. En el estudio de 1989, los trabajadores en sus años de más juventud estaban en el mayor riesgo de pérdida de trabajo, que los trabajadores más viejos, aunque el tiempo fue medido en días u horas. Esta tendencia no fue consistente cuando el ingreso era simultáneamente considerado; los mayores de 45 años dentro de la categoría de menor ingreso tuvieron la mayor proporción de pérdida de trabajo. Aquellos en clases sociales más altas como los ejecutivos, pierden menos tiempo ocasionado por visitas odontológicas que los empleados, aquellos en un status socioeconómico menor o aquellos sin sistema social. Los trabajadores sin cobertura de seguro dental tienen una mayor penalidad, así incurren en pérdidas salariales y altos gastos bucales.

La pérdida de trabajo ocasionada por enfermedades bucales puede deberse a prevención o tratamiento. Un individuo, también puede perder tiempo del trabajo por la atención odontológica personal o para acompañar a un amigo o miembro de la familia en búsqueda de esta. Existen diferentes implicaciones dependiendo si la visita es para una emergencia, prevención, tratamiento, por acompañar a otros, o debido a otras razones relacionadas.

La utilización de los servicios odontológicos es una poderosa variable en la explicación de pérdida de trabajo. Aquellos con más visitas preventivas son menos propensos a ausentarse del trabajo y tienen el menor número de horas perdidas. Estos resultados, demuestran la eficacia de la atención profesional minimizando los efectos de la enfermedad.

Los menos ricos tienen mayor tiempo de trabajo perdido lo que es probablemente la causa de que tengan peor salud bucal y limitado acceso a la atención.⁽³⁷⁾

Los tratamientos odontológicos que requieren múltiples consultas imponen más restricciones a las actividades normales, incluyendo trabajo y escuela.⁽¹²⁾

Los profesionales, parecen tener menor pérdida de trabajo debido a que tienen mayor autonomía en el contexto de su trabajo para tomarse un tiempo libre del trabajo, por ejemplo disponen de más tiempo a la hora de la comida. Por otro lado existen individuos que retrasan las consultas hasta que el tratamiento requerido es agudo, y la salud bucal está deteriorada, probablemente pertenecen a otro grupo ocupacional, en el cual tienen menos autonomía en sus trabajos. Esta misma gente puede tener limitadas opciones de transporte y por lo tanto requieren más tiempo en llegar al consultorio odontológico. Tienen más tensiones sobre su tiempo fuera del trabajo debido a segundos empleos, limitaciones en el cuidado de los niños o se encuentran en el estado de padres solteros. Los individuos de nivel socioeconómico más bajo frecuentemente utilizan remedios caseros y automedicación para evitar la atención profesional, mientras que los individuos de mayor nivel socioeconómico se comprometen con la atención y el cuidado profesional.⁽¹²⁾

Días-horas perdidas de escuela

Gift y Reisine⁽¹²⁾ mostraron el impacto de los problemas bucales en niños en términos de días de escuela perdidos. En 1989, 51 millones de horas de escuela se perdieron por los niños de edad escolar en los Estados Unidos debido a problemas orales o visitas al odontólogo. Aproximadamente el uno por ciento de la muestra incluida en el estudio experimentó tiempo perdido de la escuela.

Similarmente aquellos en tratamiento ortodóntico u otros programas de tratamiento requieren visitas múltiples y están más predispuestos a tomar algún tiempo de la escuela.⁽¹²⁾

De acuerdo al *NHIS* de 1991, el número de días de reposo en cama que requirieron para condiciones agudas bucales, todos los menores de 18 años, fue más alto en los preescolares y niños en edad escolar de familias con ingresos entre \$10,000 a \$ 19,999 dólares por año en una proporción de 7.2 días por 100 niños al año comparado a otros grupos de ingreso.

Desde un punto de vista económico, el tiempo productivo de trabajo y escuela es perdido a causa de las visitas al odontólogo. Es necesaria una clarificación para determinar si este tiempo podría ser reducido mediante un mayor énfasis en la prevención de las enfermedades o mejorando el acceso a la atención durante las horas no tradicionales de trabajo y escuela.⁽³⁶⁾

Actividad limitada

El marco para la medición de las actividades limitadas debido al impacto de las condiciones bucales, puede identificarse en cinco áreas del funcionamiento social que incluyen principalmente a la familia, el trabajo, el tiempo de esparcimiento, la comunidad y la sociedad.⁽³⁹⁾ Dentro del funcionamiento social y familiar, el efecto de los problemas bucales puede medirse por el reporte de las condiciones que afectan el desempeño del individuo, por ejemplo, la extracción de un tercer molar puede afectar la habilidad para desempeñar las obligaciones del hogar, o en el ámbito laboral, puede resultar en varios días de ausencia al trabajo. Las medidas mediante ejemplos de los indicadores específicos son:

Cuadro 1 Áreas de impacto representativas e indicadores potenciales

Medidas de impacto		
Áreas de impacto	Función social	Discriminación social
Familia	Tareas del hogar	Patrones de cortejo
Trabajo	Días laborales perdidos	Promoción de puesto o ascenso
Esparcimiento	Participación en actividades atléticas	Participación en equipos o deportes
Comunidad	Actividad voluntaria	Participación política
Sociedad	Obligaciones militares	Promoción de rango

Fuente Reisine S. The economic, social and psychological impact of oral health conditions, diseases and treatments. In: Cohen LK, Bryant PS, editors. Social sciences and dentistry. US: Quintessence. 1986. p. 405.

En 1989, un suplemento especial para la salud bucal en el *NHIS* de Estados Unidos incorporó las preguntas específicas sobre las reducciones en las actividades de normales relacionado a las enfermedades bucales y visitas al odontólogo.⁽¹²⁾ Más de 41 millones de días de actividad limitada, más allá del tiempo perdido de escuela y trabajo fueron estimados para todas las edades a nivel nacional durante 1989 este tiempo fue estimado en 17,000 días por cada 100,000 individuos. Las mujeres tuvieron aproximadamente el doble de días de actividad limitada que los hombres (23,000 vs. 11,000 por cada 100,000). Los días de actividad limitada eran también más comunes entre los adultos que entre los niños. Los grupos con mayor desventaja socioeconómica (aquellos cuyo ingreso familiar está por debajo de los 20 mil dólares, aquellos sin seguro dental y los que tienen menos de 12 años de educación) tuvieron significativamente mayor número de días de actividad limitada que aquellos con ingresos más altos con mayor educación y con seguro dental.

Costos por tratamiento

El análisis económico de los impactos por problemas de salud bucal y su tratamiento consiste en examinar los **costos directos** de la atención asociados con el tratamiento de la enfermedad y los **costos indirectos** de problemas con la salud y tratamientos asociados con la productividad, pérdida en el trabajo pagado y el trabajo de la casa que no es retribuido.

El análisis es profundamente complicado, porque el costo de tratamiento y la pérdida de productividad deben ser discriminados para permitir el análisis de la pérdida de oportunidades al invertir estos gastos en otras áreas de la economía.⁽³⁹⁾

En los Estados Unidos durante 1991⁽⁴⁰⁾ los servicios odontológicos costaron 537.1 billones, siendo el 4.9 por ciento para los gastos del cuidado en salud totales para ese año y menos de uno por ciento del PIB.⁽³⁾

En Canadá, en 1986 los desórdenes bucales costaron \$2.4 millones de dólares canadienses, ocupando el tercer lugar entre todas las enfermedades y sólo excedió por costos relacionados a las enfermedades cardiovasculares y los desórdenes mentales⁽³⁾ Para la población no asegurada el costo de los servicios odontológicos se incrementó con la edad hasta alcanzar una meseta en el grupo de 55 a 64 años.⁽⁴¹⁾

Otro costo de la atención dental a los pacientes es el miedo, ansiedad y posible dolor del tratamiento sometido. Puede ser un factor extremadamente importante comparando los costos y beneficios del tratamiento preventivo contra el restaurativo.⁽⁵⁾

Seguro dental

Una de las principales barreras para la atención bucal es el costo. Más de 150 millones de estadounidenses no tienen cobertura de seguro dental y solo el 2% del los gastos personales de salud para servicios odontológicos son financiados a través de fuentes de fondos públicos. Para los grupos de bajo ingreso, el financiamiento público es inadecuado y no incrementa el acceso a la atención necesitada significativamente.

La porción de la cuenta odontológica que deben de pagar de su bolsillo es una parte significativa de su ingreso anual total.

La condición de seguro dental afecta la salud bucal y los patrones de utilización odontológica, particularmente para los grupos de bajo ingreso y las minorías. En 1989 solo 95.4 millones de estadounidenses tenían seguro odontológico privado. El nivel de ingreso, el estatus racial y étnico son asociados a tener o no seguro dental. Las personas con seguro vistan más al odontólogo (2.7 visitas al odontólogo por año en 1989) que aquellos que no tenían seguro dental (1.7 visitas).

El costo, los seguros dentales, los proveedores dentales y los programas públicos son factores que contribuyen a diferenciar el acceso a los servicios odontológicos para los grupos de bajo ingreso y las minorías.

La evaluación económica es de gran ayuda en la toma de decisiones, no un reemplazo de ella. Sus principales méritos son hacer explícitos todos los costos y beneficios relevantes, junto con la valoración de juicios involucrada, así contribuyen a una elección más informada.⁽⁵⁾ Por ejemplo, se ha observado que en la promoción de programas de salud bucal en el lugar de trabajo contribuye al ahorro de costos asociados a la atención odontológica.⁽⁴²⁾

Tiempo que invierten los individuos para trasladarse al lugar donde reciben la atención bucal

El costo de transportación es en cualquier caso, solamente una parte de los posibles costos a que los pacientes se ven sometidos para la atención. El costo de oportunidad de la atención también incluye el costo del tiempo de los pacientes. El tiempo usado para trasladarse hasta el odontólogo, el de espera y en el que es tratado puede involucrar una pérdida en el rendimiento de producción de los pacientes (o posiblemente sus padres en el caso de servicio a niños). Si este es el caso, el impacto es al mercado salarial, si se trata del tiempo libre perdido (o tiempo de escuela en el caso de los niños), entonces esto también involucrará actividades perdidas.

En nuestro país la apreciación sobre los tiempos de espera para conseguir una cita médica o una ficha, así como en las salas de espera, varía mucho entre los adultos mexicanos, aunque 70% de los usuarios consideraron la espera fácil y corta.⁽⁹⁾ En el consultorio, más de la mitad de los adultos esperaron menos de 30 minutos antes de ser atendidos por los médicos familiares (61%) o especialistas (67%); sin embargo, uno de cada cinco esperó más de una hora para ver al médico y entre 8 y 10% esperaron de 2 a 8 horas.

Casi 30% reporta esperar mucho en la sala de espera; los usuarios de la seguridad social esperan más por la consulta, en promedio cuarenta minutos más que en los servicios privados; los usuarios de las instituciones privadas esperan media hora menos que los de las instituciones para población abierta. La duración de la consulta es más uniforme en las distintas instituciones, en promedio 25 minutos. Al sumar la espera con la consulta, en promedio un usuario gasta una hora en una institución privada, en comparación con la hora y media del que acude a una institución de la seguridad social.⁽⁹⁾

En México, la información relacionada a las enfermedades bucales como factor de pérdidas económicas es casi inexistente, Farill⁽⁴³⁾ realizó una breve hipótesis a finales de los setenta acerca de la situación en nuestro país.

Planteamiento del problema



El impacto económico provocado por los síntomas y tratamientos de las enfermedades bucales, así como por las visitas al odontólogo afecta a la población que requiere atención ocasionando importantes pérdidas en horas o días de trabajo o escuela, y la consecuente pérdida monetaria. Esta pérdida puede traducirse en un significativo detrimento de la productividad si se analiza en la población en general y no en forma aislada en los individuos e particular. Asimismo, el tiempo de traslado y espera en las diferentes clínicas para obtener la atención odontológica, puede repercutir de igual forma en el ámbito laboral y escolar.

Un considerable número de pacientes con enfermedades bucales tales como caries dental y enfermedad periodontal, entre otras, diariamente buscan atención en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Estos servicios generalmente son proporcionados en horarios en los cuales los pacientes trabajan o estudian.

Sin embargo, la falta de estudios dedicados a medir el impacto económico por la pérdida laboral o escolar debido a las enfermedades bucales y las visitas al odontólogo, ha provocado que se le considere de menor importancia. Por lo tanto a través de esta investigación, lo que se pretendió conocer con este estudio es el impacto económico de las enfermedades bucales y visitas al odontólogo en la población que acude a las clínicas.

Asimismo, hay que tomar en cuenta que esta población presenta condiciones sociodemográficas desfavorables, tales como: menor nivel educativo, ingreso, ocupación y edad, entre otras, que están relacionadas a un mayor impacto económico.

Entonces, resulta relevante conocer el impacto económico en la población de estas características, así como quienes asumen los costos, es decir: los individuos, la familia, las empresas, los seguros de atención o el Estado.

JUSTIFICACIÓN



Es relevante determinar qué sectores dentro de nuestra sociedad cargan con los costos; de este modo, las empresas, el sistema educativo, la familia, el individuo, podrían darse cuenta de los beneficios al dar mayor atención a los grupos que resultan principalmente afectados, y se podrían implementar medidas o programas para prevenir esta situación.

La utilización y la obtención de los servicios de salud bucal en esta población podrían verse mejoradas al subrayar las posibles fallas que pudieran ser detectadas como resultado de este estudio.

La medición sobre pérdida laboral y escolar incluyendo los efectos de largo alcance de las enfermedades bucales sobre el funcionamiento social y la calidad de vida, podría mostrarse mucho mayor que el pensamiento común.

La información permitirá el analizar, contrastar y cotejar los resultados obtenidos con otros países y regiones en las que se han realizado investigaciones similares.

Uno de los factores que han hecho que las autoridades sanitarias no incluyan a las enfermedades bucales entre aquellas con prioridad absoluta, es que pueden esperar ante otras debido a que la mortalidad que causan no ha sido estudiada consistentemente: Por esta razón, con la siguiente investigación se podrá encontrar una motivación fuerte y diferente en nuestro país para aumentar los recursos que se destinan a la odontología al tratar de cuantificar los daños que el ausentismo laboral produce en nuestra economía aunque sea de manera aproximada.

Esta investigación ampliará la perspectiva social que se tiene acerca del impacto económico de las enfermedades bucales y las visitas al odontólogo al considerarlas no sólo desde un punto de vista clínico como tradicionalmente se ha hecho.

OBJETIVOS



Objetivo general

- Determinar el impacto económico de las enfermedades bucales y visitas al odontólogo en pacientes que demandan atención en la Facultad de Odontología de la UNAM.

Objetivos específicos

- Determinar la pérdida laboral basándose en horas perdidas de trabajo y escuela y días de actividad limitada asociados con enfermedades bucales o por visitas al odontólogo.
- Determinar los sectores de la sociedad en los cuales impactan más los costos.
- Determinar la relación entre el nivel de ingreso y las horas y días perdidos de trabajo y escuela causados por las enfermedades bucales y visitas al odontólogo.
- Determinar la relación del género como indicador de horas y días perdidos de trabajo y escuela causados por las enfermedades bucales y visitas al odontólogo.
- Determinar los grupos de edad que pierden más horas y días laborales o de escuela por las enfermedades bucales y visitas al odontólogo.
- Determinar la relación entre el nivel de educación con las horas o días perdidos de trabajo y escuela causados por las enfermedades bucales y visitas al odontólogo.
- Determinar la relación entre la ocupación y las horas o días perdidos de trabajo y escuela causados por las enfermedades bucales y visitas al odontólogo.
- Determinar la relación entre el estado civil y las horas o días perdidos de trabajo y escuela causados por las enfermedades bucales y visitas al odontólogo.
- Determinar si las personas que no tuvieron visitas al odontólogo en más de un año perdieron tiempo de trabajo y escuela causados por acompañar a un familiar o amigo a visitas al odontólogo.
- Determinar la cantidad de dinero que se destinó al pago de los tratamientos bucales en los últimos 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS



Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que permitió la medición del impacto económico de las enfermedades bucales y las visitas al odontólogo con base en la pérdida de tiempo en el trabajo, escuela y días de actividad limitada en los últimos 12 meses.

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de una encuesta (anexo 1), aplicada personalmente por ambos tesisistas a pacientes que acudieron a la clínica de la Facultad de Odontología durante el mes de marzo de 2002 y que voluntariamente accedieron a ser entrevistados, a los sujetos mayores de 15 años se les realizó la entrevista directa, en los individuos menores de 15 años la entrevista se aplicó a la persona que lo acompañaba en el momento de la consulta que fuera mayor de 15 años. La encuesta se aplicó en una encuesta piloto previa (mes de febrero) a 20 personas que ayudaron a los tesisistas a probar y ajustar el cuestionario. Esta encuesta se basó en el *National Health Interview Survey (NHIS)* (anexo 2) de 1989 en Estados Unidos. El *NHIS*⁽¹²⁾ es un cuestionario demográfico de salud básica, el cual se aplica cada año y en 1989 incluyó un suplemento de salud bucal para todas las personas mayores de 2 años, el cual proveyó información en un rango de la conducta durante las consultas odontológicas y cuestionó sobre el tiempo perdido de trabajo o escuela y sobre días de actividad perdidos y cómo estos efectos estaban relacionados específicamente a los problemas de salud bucal y consultas al odontólogo.

Variables dependientes

La pérdida laboral categorizó a los individuos si tuvieron o no un episodio de pérdida laboral, basándose en lo siguiente:

Definiciones de las medidas de impacto social del *NHIS*⁽¹²⁾

- **Tiempo perdido del trabajo-escuela:** Horas perdidas en los últimos 12 meses debido a problemas bucales, consultas odontológicas o por acompañar a un familiar o amigo.
- **Tiempo total perdido:** Horas perdidas en los pasados 12 meses como se describió anteriormente por un propio problema dental, consulta y/o el de un amigo conocido o pariente.
- **Actividad limitada:** Número de días en los últimos 12 meses donde las actividades normales fueron limitadas por más de un día y medio debido a una consulta o problema odontológico, sin contar la pérdida de la escuela o el trabajo.
- **Visitas regulares al odontólogo:** Se define como cualquier visita a un consultorio odontológico para tratamiento o consejo, incluso los servicios de un técnico o higienista que actúa bajo la vigilancia de un odontólogo. No incluye los servicios odontológicos prestados a un grupo de niños en edad escolar.
- **Intervalo desde última visita odontológica:** Es el periodo de tiempo anterior a la semana de la entrevista desde que se visitó al odontólogo por última vez para tratamiento o consejo de cualquier tipo.
- **Tipo de servicio en la última cita bucal:** Representados en tres niveles de atención:
 - Cuidado de mantenimiento o servicios preventivos, sólo incluyendo examen, rayos X y/o profilaxis;
 - Servicios restaurativos, tales como simples obturaciones o coronas en adición a los servicios preventivos;
 - Los servicios más complejos o nivel terciario como endodoncia, cirugía periodontal, prótesis fija y removible y cirugía bucal.
- **Tiempo de espera en ser atendido:** Tiempo invertido por los pacientes en la sala de espera para recibir la atención en su última cita.

- **Tiempo requerido para trasladarse al lugar de atención:** Tiempo invertido por los pacientes en trasladarse desde el sitio origen hasta el lugar de donde recibieron la atención en su última cita.
- **Fuente regular de atención odontológica:** Tipo de institución en la se atienden los pacientes frecuentemente.
- **Razones por las que el paciente no había visitado al odontólogo:** Causa referida por el paciente, por la cual no había visitado al odontólogo en los últimos 12 meses.
- **Seguro dental:** Cualquier plan de seguro diseñado específicamente para pagar todos o parte de los gastos odontológicos del individuo asegurado, excepto la cirugía bucal. El seguro puede ser para un grupo o póliza individual, y la prima es pagada por el individuo, el patrón, una tercera persona, o una combinación de éstos. Los beneficios pueden recibirse bajo el plan del formulario de pago al individuo o al odontólogo. Sin embargo, el plan debe ser formal, con el número de beneficios y miembros definido, en lugar de uno informal. Por ejemplo, un patrón que simplemente está pagando una cuenta odontológica para un empleado no necesariamente constituye un plan de seguro de salud .
- **Presencia de enfermedades bucales:** Reporte del paciente si presentó alguna enfermedad bucal como dolor, infecciones, inflamación o sangrado de las encías, pérdida de dientes por caries o accidentes, cáncer bucal, trastornos de la articulación temporomandibular, maloclusión en los últimos 12 meses.
- **Cantidad de dinero destinada para el pago de los tratamientos bucales:** Dinero que el paciente reportó haber gastado en los últimos 12 meses por sus tratamientos de enfermedades bucales propios o de las personas que económicamente dependen de él.
- **Responsable del pago de los tratamientos bucales:** Persona que asume los costos de los tratamientos por enfermedades bucales.

Variables independientes

Se incluyeron las siguientes variables con el fin de observar si éstas tienen relación a la pérdida de horas de trabajo:

- **Edad:** La edad registrada para cada persona es la edad de su último cumpleaños, se registra sólo en años y se agrupa en una variedad de distribuciones, para determinar qué grupos tienen mayor pérdida de tiempo.
- **Ingreso familiar o del individuo:** Cada miembro de la familia es clasificado según el total del ingreso familiar. Dentro de la casa, todas las personas relacionadas por sangre, matrimonio o adopción constituyen una familia. Los individuos no relacionados son clasificados según sus propios ingresos. El ingreso registrado es el total de todo el ingreso percibido por los miembros de la familia (o por un individuo no relacionado) en el periodo del 12 meses que precede a la semana de la entrevista. Se incluye el ingreso de todas las fuentes, por ejemplo, los honorarios, los sueldos, las rentas de la propiedad, las pensiones, pagos del Gobierno y ayuda de los parientes para relacionarlos con la pérdida de tiempo.
- **Educación:** Las categorías del estado de educación muestran los años de escuela terminados para relacionarlos con la pérdida de tiempo. Sólo se incluyen los años terminados en escuelas regulares donde se les da a las personas una educación formal. Una escuela regular es aquella que lleva a la persona a obtener un diploma escolar de primaria, preparatoria, universidad, o grado de escuela profesional. La educación profesional, comercial o de escuelas de negocios fuera del sistema escolar regular no se considera para determinar el nivel más alto de escuela terminada.

- **Género:** Se define como masculino o femenino para determinar su relación con la pérdida de tiempo.
- **Ocupación:** Se define como la actividad productiva que desempeña el individuo en los últimos 12 meses para relacionarlo con la pérdida de tiempo.
- **Estado civil:** Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad si ésta tiene relación con la prevalencia de pérdida de trabajo. Sólo se tomaron las interrogantes del cuestionario del *NHIS* que tenían relación con este estudio.

Variables operacionales

Edad

- a) 0 a menos de 3 años
- b) de 3 a menos de 6 años
- c) de 6 a menos de 9 años
- d) de 9 a menos de 12 años
- e) de 12 a menos de 15 años
- f) 15 a 30 años
- g) 31 a 40 años
- h) 41 a 50 años
- i) 51 a 60 años
- j) 60 años o más

Género

Masculino – Femenino

Estado Civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Divorciado
- e) Unión libre

Ocupación

- a) Hogar
- b) Estudiante
- c) Obrero, empleado o comerciante
- d) Profesionista
- e) Desempleado

Nivel Educativo

- a) Ninguno
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Licenciatura o mayor

Nivel De Ingreso

*salarios mínimos vigentes al mes según el área geográfica A

- a) Menos de 2 (menos de \$2,529)
- b) De 2 a menos de 4 (de \$2,529 a menos de \$5,058)
- c) De 4 a menos de 6 (\$5,058 a menos de \$7,587)
- d) De 6 a menos de 10 (\$7,587 a menos de \$12,645)
- e) 10 o más (\$12,645 o más)

Enfermedad bucal Se refiere a la presencia de dolor, infecciones, inflamación o sangrado de las encías, pérdida de dientes por caries dental o accidentes, cáncer bucal, trastornos de la articulación temporomandibular, maloclusión en los últimos 12 meses

a) Si b) No

Visitas realizadas al odontólogo en los últimos 12 meses

- a) 1-3
- b) 4-6
- c) 7-10
- d) 11-13
- e) 13 o más

Última visita al odontólogo

- a) Un año o menos de dos años
- b) Dos años o menos de tres años
- c) Tres años o menos de cuatro años
- d) Cuatro años o más
- e) Nunca

Razones por las que no había visitado al odontólogo o nunca se había atendido

- a) Miedo
- b) No necesitaba atención
- c) Costo
- d) No conocía ningún Odontólogo
- e) El odontólogo estaba muy lejos
- f) No me podía trasladar hasta ahí
- g) Edéntulo (No tengo dientes)
- h) No me es importante, no pensé en ello
- i) No quería perder tiempo de escuela
- j) No quería perder tiempo del trabajo

Tiempo perdido debido al problema bucal

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

Tiempo perdido del trabajo debido a Visitas Al Odontólogo

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más
- a) 1 día
- b) 2 días

c) 3 días
d) 4 días
e) 5 días o más
Tiempo perdido por acompañar a un familiar o amigo a las visitas al odontólogo

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

Tiempo perdido de escuela debido al problema bucal

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

Tiempo perdido de escuela debido a las visitas al odontólogo

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

Tiempo perdido por acompañar a un familiar o amigo a las visitas al odontólogo

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

Tiempo utilizado en trasladarse para recibir la atención del odontólogo en su última cita

- a) Menos de 30 minutos

b) Más de 30 minutos a menos de 1 hora

- c) 1 hora a menos de 2 horas
- d) Más de 2 horas

Tiempo que esperó en ser atendido por el odontólogo en su última cita

- a) Menos de 30 minutos
- b) Más de 30 minutos a menos de 1 hora
- c) 1 hora a menos de 2 horas
- d) Más de 2 horas

Tiempo que requirió su tratamiento en la última cita

- a) Menos de 30 minutos
- b) Más de 30 minutos a menos de 1 hora
- c) 1 hora a menos de 2 horas
- d) Más de 2 horas

Actividades normales limitadas en los últimos 12 meses

- a) Hablar
- b) Comer
- c) Dormir
- d) Convivencia social
- e) Jugar o hacer deporte

Tipo de tratamiento que recibió en su última cita

a) Primario (Cuidado de mantenimiento o servicios preventivos, sólo incluyendo examen, rayos X y/o profilaxis).

b) Secundario (servicios restaurativos, tales como simples obturaciones o coronas en adición a los servicios preventivos).

c) Terciario (Servicios como endodoncia, cirugía periodontal, prótesis fija y removible y cirugía bucal en adición a los servicios secundarios).

Seguro de salud bucal privado o del estado

a) Seguro del estado (IMSS, ISSSTE, PEMEX)

b) Seguro Privado pagado por la empresa donde labora

c) Seguro Privado pagado por su cuenta

Fuente regular de atención odontológica

- a) Odontólogo privado
- b) Servicio público
- c) Escuelas de odontología (UNAM, UAM, UNITEC)
- d) Seguro privado

Responsable del pago de sus tratamientos bucales

- a) Usted mismo pero NO cuenta con seguro privado
- b) Usted mismo pero cuenta con seguro privado

- c) Su familia (ir a la 46)
- d) La empresa donde labora
- e) El estado

Cantidad aproximada de dinero destinado para el pago de sus tratamientos bucales en los últimos 12 meses

- a) \$ 100 a \$ 500
- b) \$ 501 a \$1,000
- c) \$1,001 a \$2,000
- d) \$2,001 a \$4000
- e) \$4,001 o más

Análisis de los datos

Se analizaron los datos con el programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versión 10.0, realizando cruce de las variables: edad, género, estado civil, ocupación, nivel educativo y nivel de ingreso con la presencia de enfermedades bucales, visitas al odontólogo, pérdida de tiempo de trabajo, pérdida de tiempo de escuela, pérdida de tiempo por acompañar a un familiar o amigo, actividades limitadas, tipo de tratamiento recibido, cobertura de seguro así como la frecuencia de cada una. (cuadro 2-4)

Cuadro 2. Variables que se relacionaron del cuestionario de personas mayores de 15 años

A Relacionar	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	
1	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32														
2	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32														
3	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32														
4	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	
5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32														
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	
11	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	

Fuente directa

Cuadro 3. Variables que se relacionaron del Cuestionario de niños y adolescentes de 14 años o menores

A Relacionar	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34										
1	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																						
2	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																						
3	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																						
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																						
9	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																						

Fuente directa

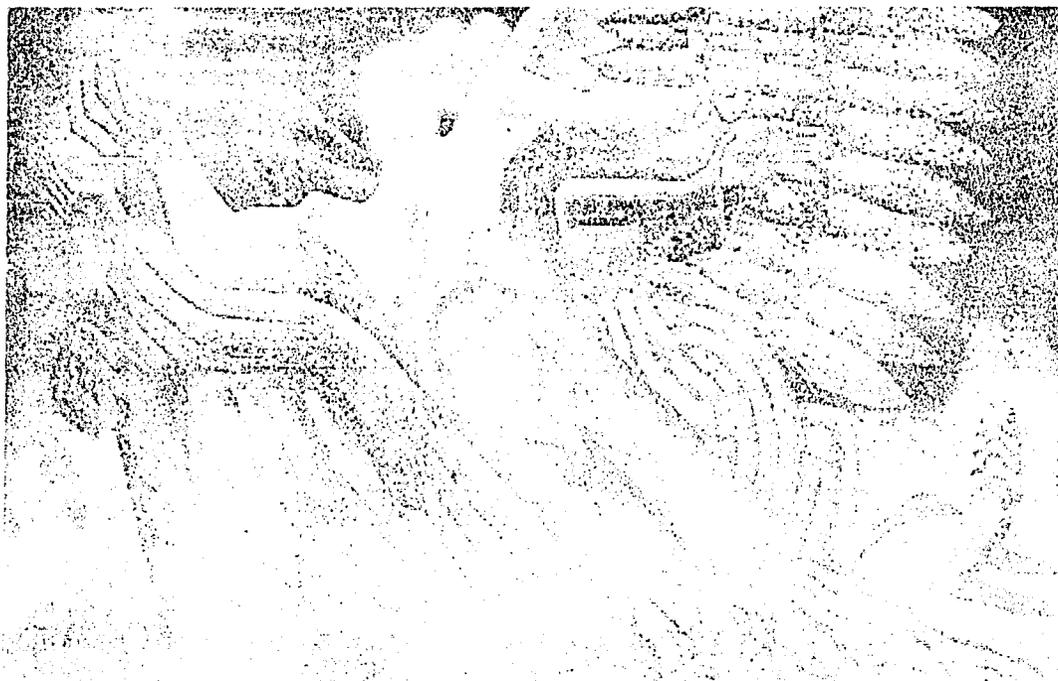
Cuadro 4. Tipo de variables

Variables Independientes-Sociodemográficas

Presencia de enfermedades bucales
Última visita al odontólogo
Razones de porqué no visitó al odontólogo
Tiempo perdido de escuela por enfermedad bucal o visitas al odontólogo
Tiempo perdido por traslado y espera
Actividades normales limitadas
Tratamiento recibido en la última cita
Responde la siguiente pregunta

Fuente directa

RESULTADOS



Descripción de la muestra

A continuación se presentan los resultados del estudio en dos grandes bloques correspondientes a las dos muestras en que fueron divididos los individuos que participaron: La muestra "a" que correspondió a los individuos mayores de 15 años y la muestra "b" constituida por individuos menores de 14 años. El total de personas encuestadas fueron 776, de los cuales 584 individuos constituyeron la muestra "a" de mayores de 15 años (75.3%) y 192 la muestra "b" de menores de 14 años de edad (24.7%).

De la muestra "a" de pacientes mayores de 15 años, el porcentaje mayor fue de mujeres (58.6%), menores de 30 años de edad (32.9%), casados (50.5%), con escolaridad hasta el nivel licenciatura (30.8%), de ingreso familiar entre los \$2,529 y menos de \$ 5,058 (36.1%), obreros, empleados o comerciantes (34.8%).

En la muestra "b" de pacientes menores de 14 años la mayoría de ellos fueron del género masculino (50.5%), de 3 a menos de 6 años edad (29.2%), estudiantes (82.3%) y con un nivel de ingreso familiar menor a \$2,529 (47.4%).

Resultados de la muestra "a" pacientes mayores de 15 años

Pérdida de tiempo de trabajo y escuela por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo

De esta muestra "a" el 64.7% (n=378) reportaron haber presentado algún tipo de enfermedad bucal en los últimos 12 meses, el 76.4% (n=446) mencionaron haber visitado al odontólogo en los últimos 12 meses contando tanto para los individuos que presentaron algún problema de salud bucal como para los que no. El número de visitas realizadas en el año por estos individuos se presenta en el cuadro 5.

Cuadro 5. Visitas realizadas al odontólogo en los últimos 12 meses por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Número de visitas	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
1 a 3	203	34.8	45.5
4 a 6	133	22.8	29.8
7 a 10	45	7.7	10.1
11 a 13	20	3.4	4.5
13 ó más	45	7.7	10.1
Total	446	76.4	100

Fuente directa

Los días de pérdida laboral asociados con problemas de salud bucal se muestran en el cuadro 6.

Cuadro 6. Pérdida laboral por problemas de salud bucal reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Pérdida de tiempo de trabajo por problemas de salud bucal			
Sí	70	12	19.9
No	282	48.3	80.1
Total	352	60.3	100
Días perdidos de trabajo por problemas de salud bucal			
1 (días)	31	5.3	44.3
2	17	2.9	24.3
3	10	1.7	14.3
4	1	0.2	1.4
5 ó más	11	1.9	15.7
Total	70	12	100

Fuente directa

La pérdida laboral reportada asociada a visitas al odontólogo fue mayor 32.4% (n=189) que la asociada a problemas de salud bucal 12% (n=70), siendo el rango de 3 a menos de 5 horas perdidas del trabajo el que más se presentó 5.8% (n=34) y la pérdida de un día de trabajo 9.2% (n=54) se muestra en el cuadro 7.

Cuadro 7. Pérdida laboral por visitas al odontólogo reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Pérdida de tiempo de trabajo por visitas al odontólogo			
Sí	189	32.4	53.1
No	167	28.6	46.9
Total	356	61	100
Horas perdidas de trabajo por visitas al odontólogo			
Menos de 1 (hora)	31	5.3	16.4
1 ó menos de 3	70	12	37
3 ó menos de 5	34	5.8	18
5 ó menos de 7	31	5.3	16.4
7 ó más	23	3.9	12.2
Total	189	32.4	100
Días perdidos de trabajo por visitas al odontólogo			
1 (días)	54	9.2	28.6
2	46	7.9	24.3
3	21	3.6	11.1
4	20	3.4	10.6
5 ó más	48	8.2	25.4
Total	189	32.4	100

Fuente directa

En la muestra "a" de personas mayores de 15 años la pérdida de tiempo de escuela asociada con problemas de salud bucal se presenta en el cuadro 8.

Cuadro 8. Pérdida escolar por problemas de salud bucal reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Pérdida de tiempo de escuela por problemas de salud bucal			
Sí	13	2.2	9.6
No	123	21.1	90.4
Total	136	23.3	100
Días perdidos de escuela por problemas de salud bucal			
1 (días)	8	1.4	61.5
2	2	0.3	15.4
3	1	0.2	7.7
5 ó más	2	0.3	15.4
Total	13	2.2	100

Fuente directa

De la misma forma que en la pérdida laboral, la pérdida de escuela es más significativa por visitas al odontólogo que por problemas de salud bucal, se presenta en el cuadro 9.

Cuadro 9. Pérdida escolar por visitas al odontólogo reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Pérdida de tiempo de escuela por visitas al odontólogo			
Sí	37	6.3	27.4
No	98	16.8	72.6
Total	135	23.1	100
Horas perdidas de escuela por visitas al odontólogo			
Menos de 1	7	1.2	18.9
1 ó menos de 3	14	2.4	37.8
3 ó menos de 5	9	1.5	24.3
5 ó menos de 7	6	1	16.2
7 ó más	1	0.2	2.7
Total	37	6.3	100
Días perdidos de escuela por visitas al odontólogo			
1 (días)	19	3.3	51.4
2	9	1.5	24.3
3	2	0.3	5.4
4	3	0.5	8.1
5 ó más	4	0.7	10.8
Total	37	6.3	100

Fuente directa

Pérdida de tiempo de trabajo y escuela por acompañar a algún familiar o amigo al odontólogo

Del total de la muestra "a" el 24.3 % (n=142) perdió tiempo de trabajo por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo en los últimos 12 meses, solamente el 1.9% (n=11) manifestó haber perdido tiempo de escuela se describe en el cuadro 10.

Cuadro 10. Pérdida de tiempo del trabajo y escuela por acompañar a algún familiar o amigo al odontólogo en los últimos 12 meses reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Pérdida de tiempo de trabajo por acompañar a algún familiar o amigo a las visitas al odontólogo			
Sí	142	24.3	35.9
No	253	43.3	64.1
Total	395	67.6	100
Pérdida de tiempo de escuela por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo			
Sí	11	1.9	8.1
No	124	21.2	91.9
Total	135	23.1	100

Fuente directa

De los individuos que perdieron tiempo de su trabajo por acompañar a alguien al odontólogo, el 48.6% (n=69) perdió de 1 a menos de 3 horas y el 28.2% (n=40) mencionó haber perdido un día laboral. En relación a la pérdida escolar el 54.5% (n=6) perdió menos de 1 horas y el 36.4% (n=4) perdió un día de sus actividades escolares como se muestra en el cuadro 11.

Cuadro 11. Pérdida en horas y días de trabajo y escuela por acompañar a algún familiar o amigo al odontólogo reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Horas perdidas de trabajo por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo			
Menos de 1 (horas)	17	2.9	12
1 ó menos de 3	69	11.8	48.6
3 ó menos de 5	24	4.1	16.9
5 ó menos de 7	18	3.1	12.7
7 ó más	14	2.4	9.9
Total	142	24.3	100
Días perdidos de trabajo por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo			
1 (días)	40	6.8	28.2
2	27	4.6	19
3	29	5	20.4
4	9	1.5	6.3
5 ó más	37	6.3	26.1
Total	142	24.3	100
Horas perdidas de escuela por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo			
Menos de 1 (horas)	1	0.2	9.1
1 ó menos de 3	6	1	54.5
3 ó menos de 5	3	0.5	27.3
5 ó menos de 7	1	0.2	9.1
Total	11	1.9	100
Días perdidos de escuela por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo			
1 (días)	4	0.7	36.4
2	2	0.3	18.2
3	3	0.5	27.3
4	1	0.2	9.1
5 ó más	1	0.2	9.1
Total	11	1.9	100

Fuente directa

Relación de las condiciones sociodemográficas con la pérdida de tiempo escolar y laboral

Las condiciones sociodemográficas como edad, género, estado civil, ocupación, nivel educativo y nivel de ingreso se relacionaron con la pérdida de tiempo laboral y escolar de la siguiente manera:

Edad

Los pacientes comprendidos en edades entre 15 y 30 años presentaron mayor tiempo perdido por problemas de salud bucal 30.3% (n=23). Sólo por visitas al odontólogo el grupo comprendido entre 41 y 50 años de edad fue el que resultó más afectado 15.1% (n=54). El grupo de edad comprendido entre los 15 y 30 años fue el que reportó más tiempo de escuela perdido tanto por problemas de salud bucal 8% (n=11) como por visitas al odontólogo 23.7% (n=32), como se muestra en el cuadro 12.

Cuadro 12. Edad relacionada con la pérdida de tiempo laboral y escolar reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

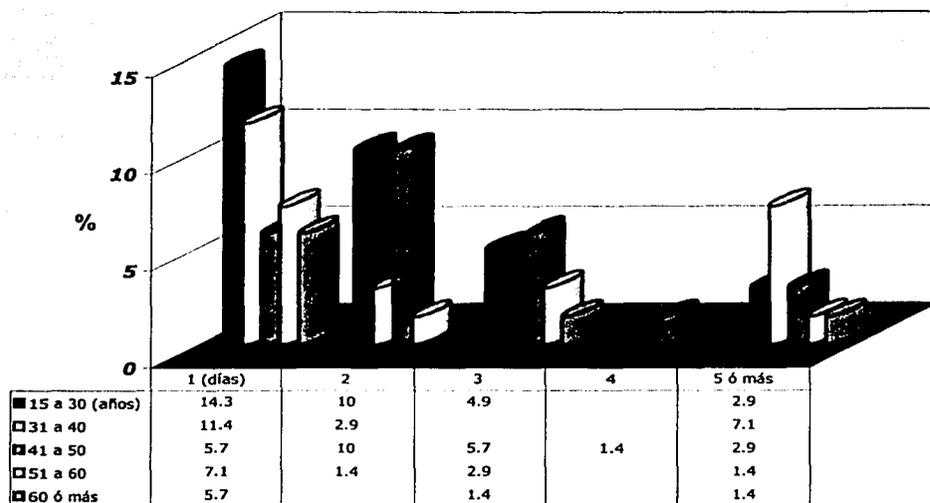
Edad (años)	Sí		No	Ajuste de tasa %
	Frecuencia	Porcentaje		
Pérdida de tiempo de trabajo por problemas de salud bucal				
15 a 30	23	6.5	53	30.3
31 a 40	15	4.2	60	20
41 a 50	17	4.8	63	21.2
51 a 60	9	2.6	60	13.04
60 ó más	6	1.7	46	3.8
Total	70		282	
Pérdida de tiempo de trabajo por visitas al odontólogo				
15 a 30	32	9	38	45.7
31 a 40	36	10.1	40	47.3
41 a 50	54	15.1	29	65
51 a 60	38	10.6	33	53.5
60 ó más	29	8.1	27	51.7
Total	189		167	
Pérdida de tiempo de escuela por problemas de salud bucal				
15 a 30	11	8	107	9.3
31 a 40	1	0.7	11	8.3
41 a 50	1	0.7	4	20
51 a 60			1	
Total	13		123	
Pérdida de tiempo de escuela por visitas al odontólogo				
15 a 30	32	23.7	86	27.1
31 a 40	4	3	7	36.4
41 a 50	1	0.74	4	20
51 a 60			1	
Total	37		98	

Fuente directa

En relación a las horas y días perdidos de trabajo y escuela por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo la distribución se muestra en las siguientes figuras:

Por problemas de salud bucal el grupo comprendido entre los 15 y 30 años perdió 1 día de trabajo 14.3% (n=10), el porcentaje mayor en el grupo entre los 31 y 40 años fue de 5 ó más días 7.1% (n=5), los individuos entre los 41 y 50 años tuvieron el mayor porcentaje entre de las 5 categorías como se observa en la figura 1.

TESIS C: N
FALLA DE ORIGEN

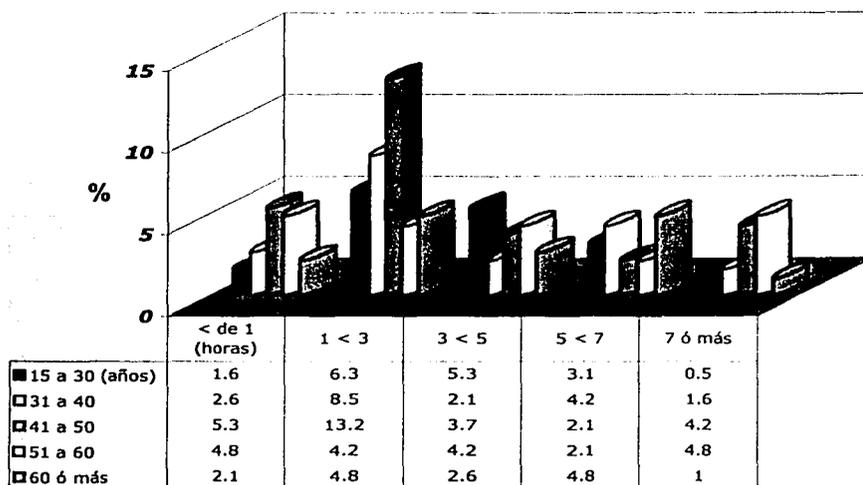


Fuente directa

Figura 1. Días perdidos de trabajo por problemas de salud bucal

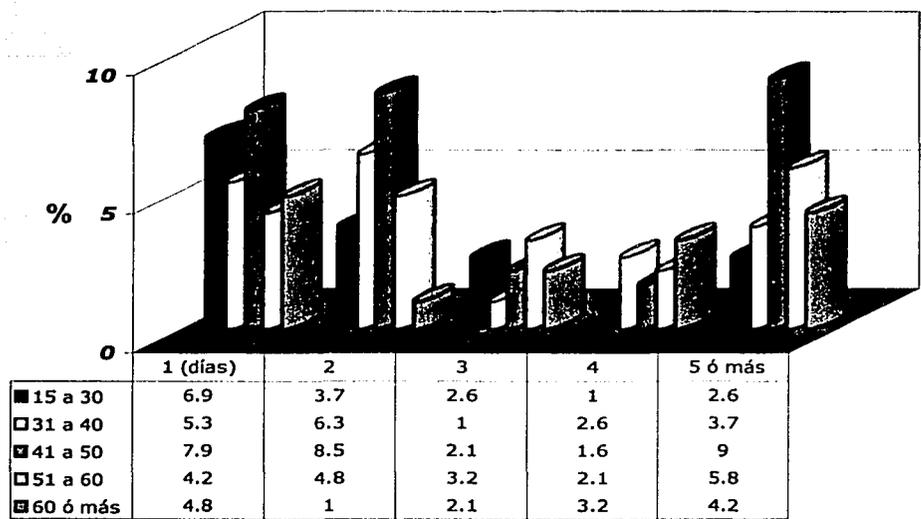
Como se observa en la figura 2 las personas entre 41 y 50 años reportaron más horas perdidas en 2 de las 5 categorías, el grupo de 51 y 60 años fue el que presentó el porcentaje más alto de horas perdidas 4.8 (n=9).

En la figura 3 se observa que los individuos de 41 y 50 años ocuparon el porcentaje más alto en tres categorías incluyendo la de más días perdidos.



Fuente directa

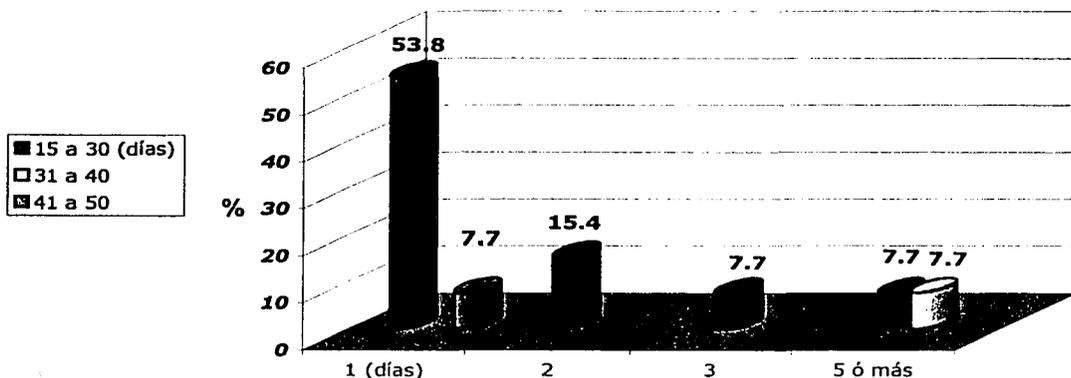
Figura 2. Horas perdidas de trabajo por visitas al odontólogo



Fuente directa

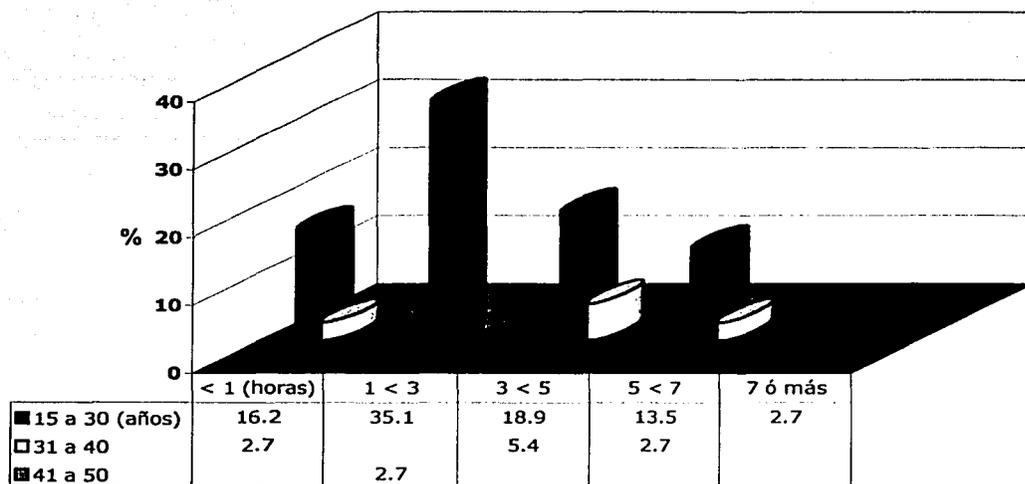
Figura 3. Días perdidos de trabajo por visitas al odontólogo

En las figuras 4, 5 y 6 se encontró que por problemas de salud bucal el grupo que perdió más días de escuela fue el comprendido entre 15 y 30 años de edad así como de horas y días por visitas al odontólogo.



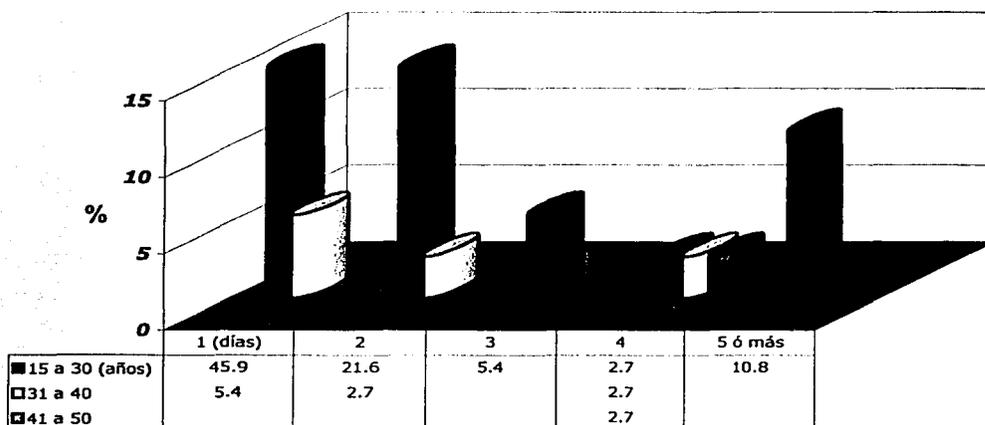
Fuente directa

Figura 4. Días perdidos de escuela por problemas de salud bucal



Fuente directa

Figura 5. Horas perdidas de escuela por visitas al odontólogo



Fuente directa

Figura 6. Días perdidos de escuela por visitas al odontólogo

Género

Los mujeres reportaron más tiempo de trabajo perdido por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo que los hombres, al considerar el tiempo de escuela se conservó la misma tendencia como se observa en el cuadro 13.

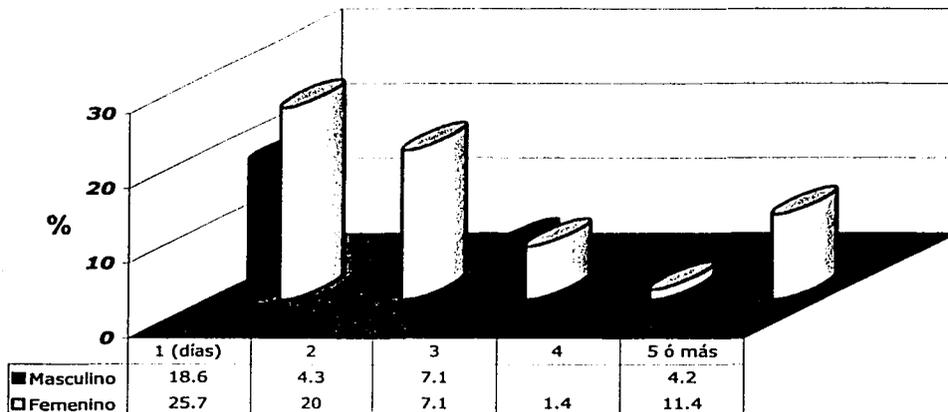
Cuadro 13. Género relacionado con la pérdida de tiempo laboral y escolar reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Género	Sí		No	Ajuste de tasa %
	Frecuencia	Porcentaje		
Pérdida de tiempo de trabajo por problemas de salud bucal				
Masculino	25	7.1	125	16.7
Femenino	45	12.7	157	22.3
Total	70		282	
Pérdida de tiempo de trabajo por visitas al odontólogo				
Masculino	76	21.34	82	48.1
Femenino	113	31.74	85	57
Total	189		167	
Pérdida de tiempo de escuela por problemas de salud bucal				
Masculino	6	4.4	40	13
Femenino	7	5.1	83	7.8
Total	13		123	
Pérdida de tiempo de escuela por visitas al odontólogo				
Masculino	17	12.6	29	37
Femenino	20	14.85	69	22.4
Total	37		98	

Fuente directa

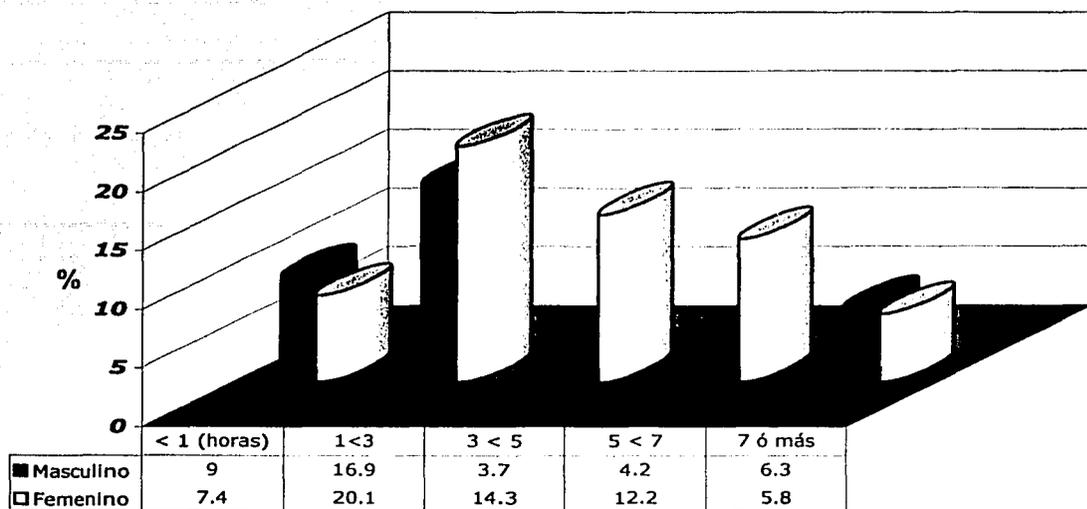
La relación de horas y días perdidas de trabajo y escuela por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo resultó de la siguiente manera:

En las figuras 7, 8 y 9 se observa que en horas y días perdidas de trabajo las mujeres tanto por problemas de salud bucal como por visitas al odontólogo registraron los mayores porcentajes.



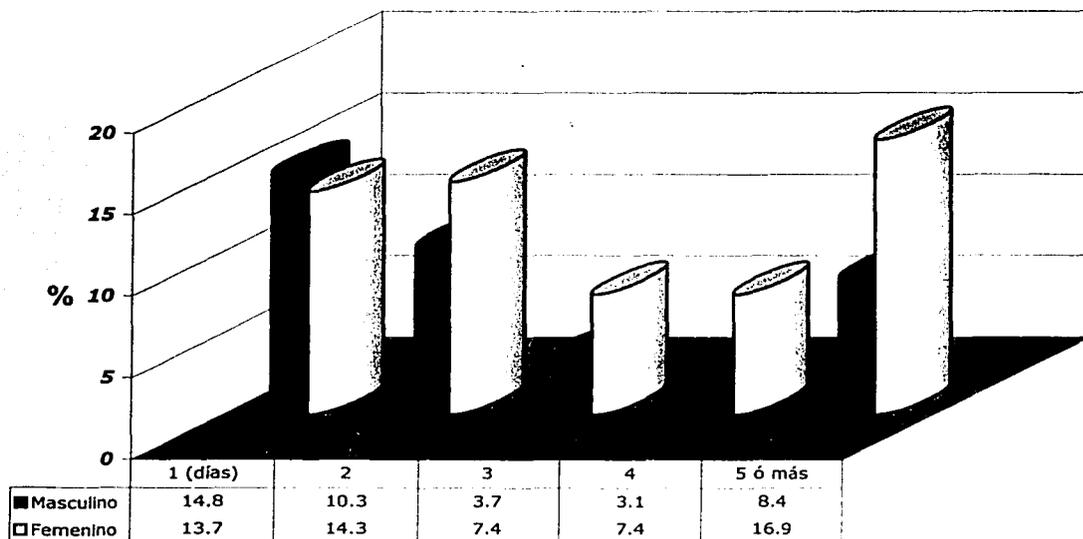
Fuente directa.

Figura 7. Días perdidos de trabajo por problemas de salud bucal



Fuente directa

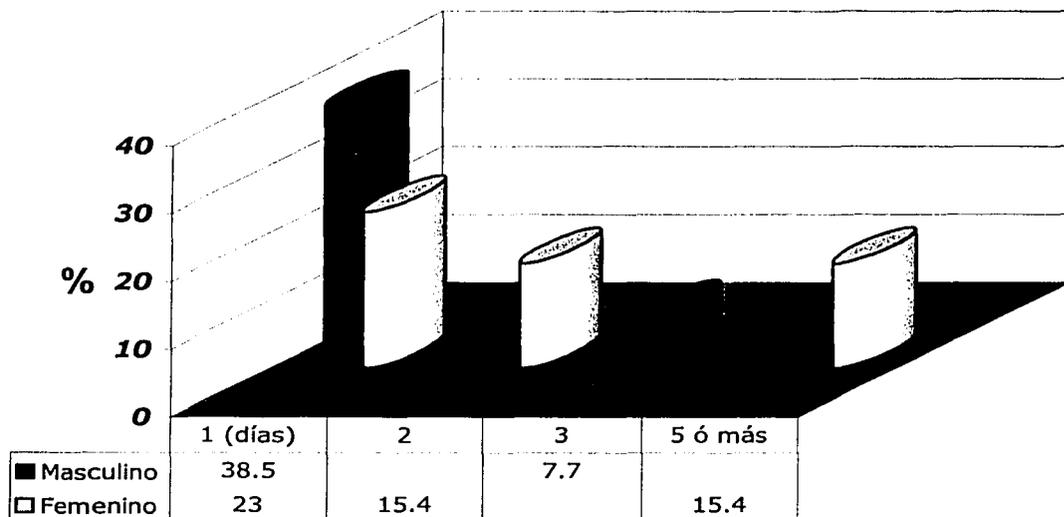
Figura 8. Horas perdidas de trabajo por visitas al odontólogo



Fuente directa

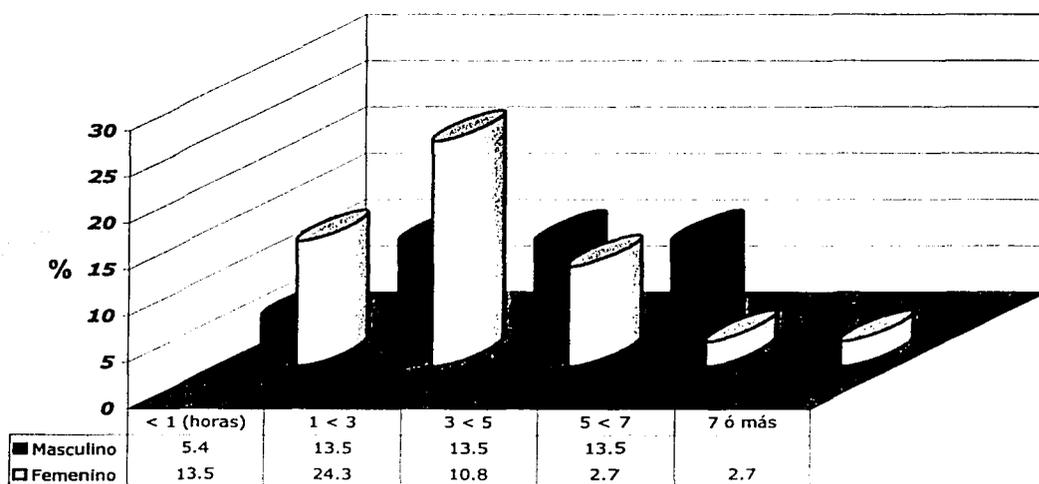
Figura 9. Días perdidos de trabajo por visitas al odontólogo

Por problemas de salud bucal, las mujeres perdieron más días de escuela que los hombres, en cambio al considerar la visitas al odontólogo los hombres perdieron más tiempo tanto en horas como en días como se muestra en las figuras 10, 11 y 12.



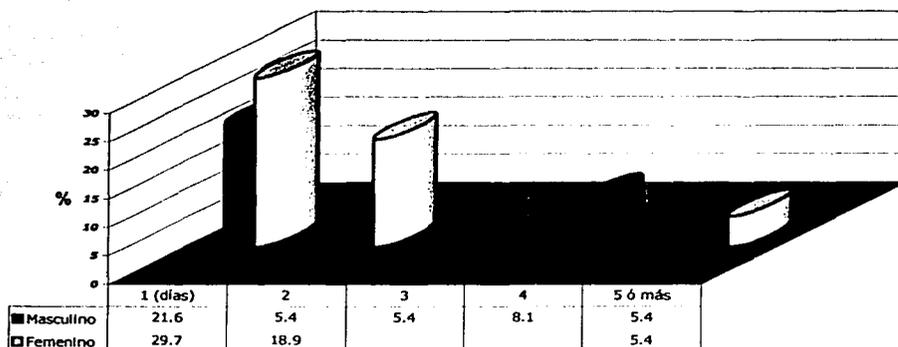
Fuente directa

Figura 10. Días perdidos de escuela por problemas de salud bucal



Fuente directa

Figura 11. Horas perdidas de escuela por visitas al odontólogo



Fuente directa

Figura 12. Días perdidos de escuela por visitas al odontólogo

Estado civil

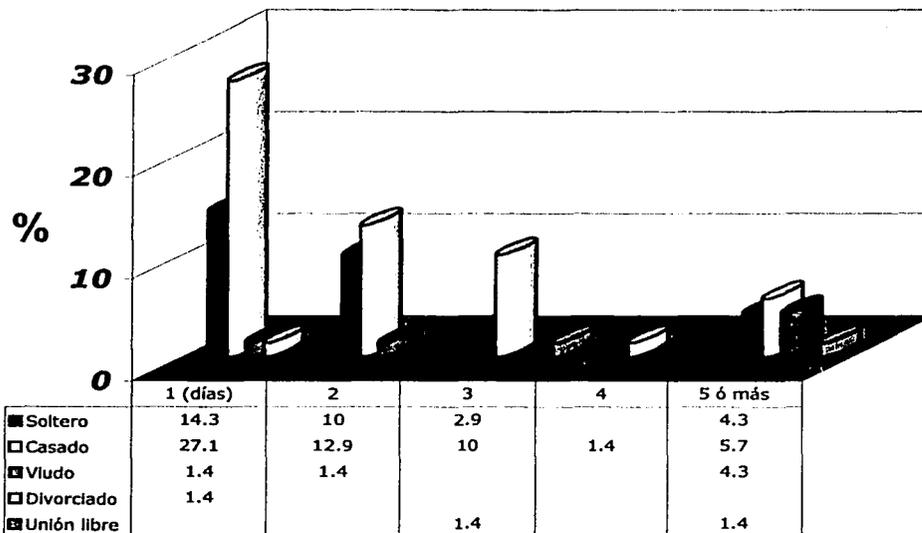
En el cuadro 14 se presenta que el más alto porcentaje de pérdida de trabajo por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo fue para los casados, reportaron 11.4% (n=40) y 34% (n=121) respectivamente.

Cuadro 14. Estado civil relacionado con la pérdida de tiempo laboral y escolar reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Estado civil	Sí		No	Ajuste de tasa %
	Frecuencia	Porcentaje		
Pérdida de tiempo de trabajo por problemas de salud bucal				
Soltero	22	6.25	69	24.2
Casado	40	11.4	173	18.8
Viudo	5	1.4	11	31.25
Divorciado	1	0.3	15	6.25
Unión libre	2	0.6	14	12.5
Total	70		282	
Pérdida de tiempo de trabajo por visitas al odontólogo				
Soltero	41	11.5	51	44.6
Casado	121	34	94	56.3
Viudo	15	4.21	6	71.4
Divorciado	6	1.6	8	42.8
Unión libre	6	1.6	8	42.8
Total	189		167	
Pérdida de tiempo de escuela por problemas de salud bucal				
Soltero	11	8	110	9.1
Casado	2	1.5	13	13.3
Total	13		123	
Pérdida de tiempo de escuela por visitas al odontólogo				
Soltero	32	23.7	88	26.6
Casado	5	3.7	10	33.3
Total	37		98	

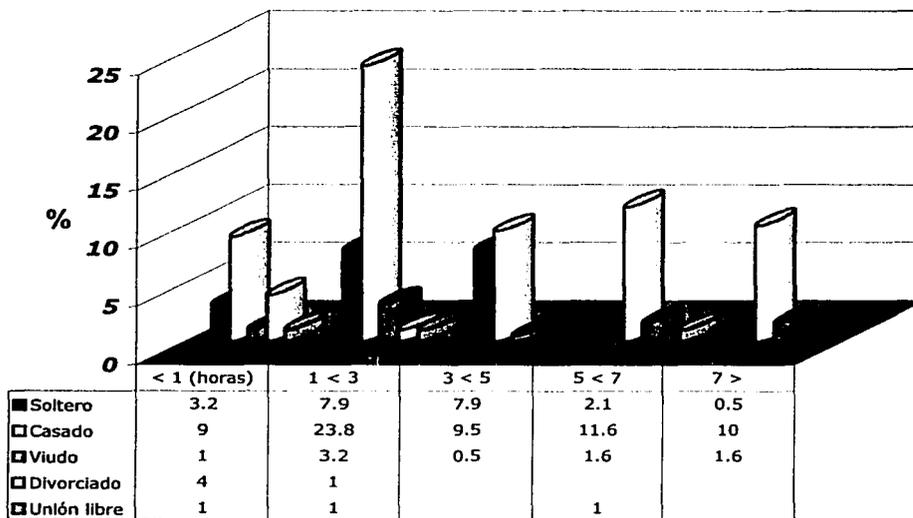
Fuente directa

Por problemas de salud bucal las figuras 13, 14 y 15 muestran que los casados presentaron un mayor porcentaje en la totalidad de las categorías. Lo mismo sucedió para las visitas al odontólogo tanto en horas como en días.



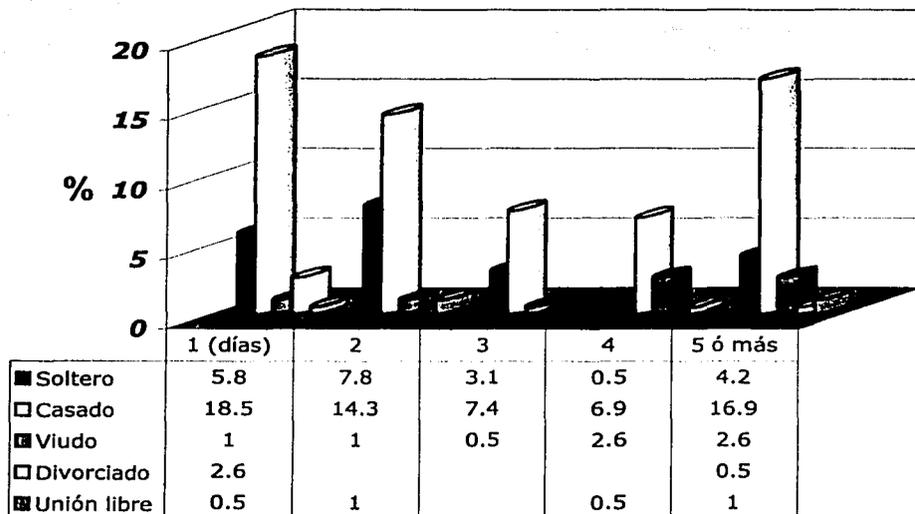
Fuente directa

Figura 13. Días perdidos de trabajo por problemas de salud bucal



Fuente directa

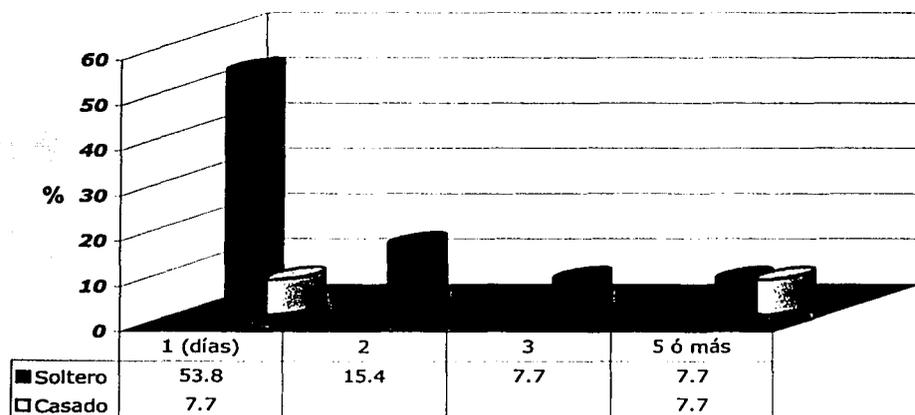
Figura 14. Horas perdidas de trabajo por visitas al odontólogo



Fuente directa

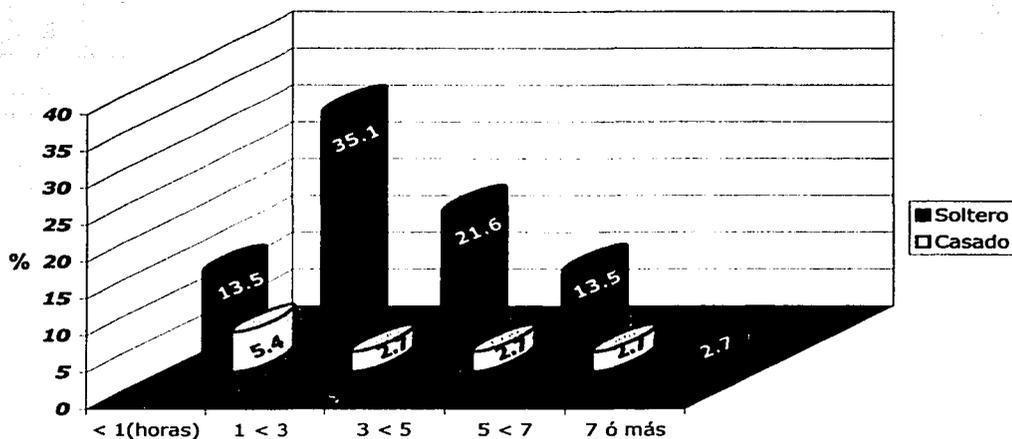
Figura 15. Días perdidos de trabajo por visitas al odontólogo

Las figuras 16, 17 y 18 muestran que por problemas de salud bucal los solteros perdieron más días de escuela, también por visitas al odontólogo en horas y días.



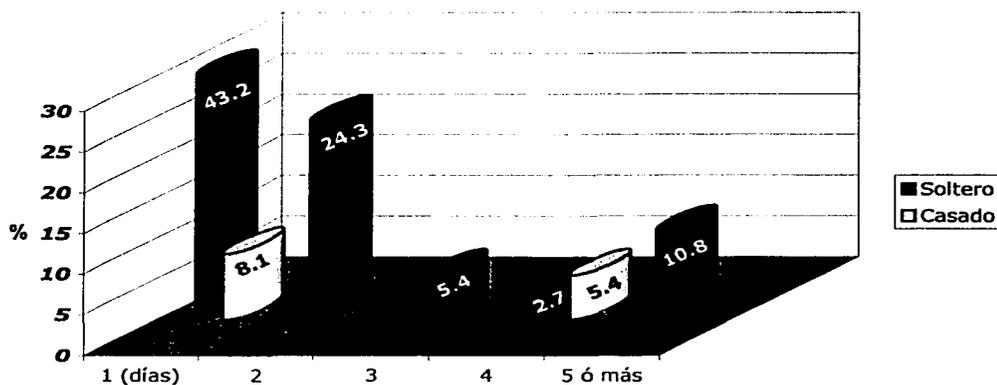
Fuente directa

Figura 16. Días de escuela perdidos por problemas de salud bucal



Fuente directa

Figura 17. Horas perdidas de escuela por visitas al odontólogo



Fuente directa

Figura 18. Días de escuela perdidos por visitas al odontólogo

Ocupación

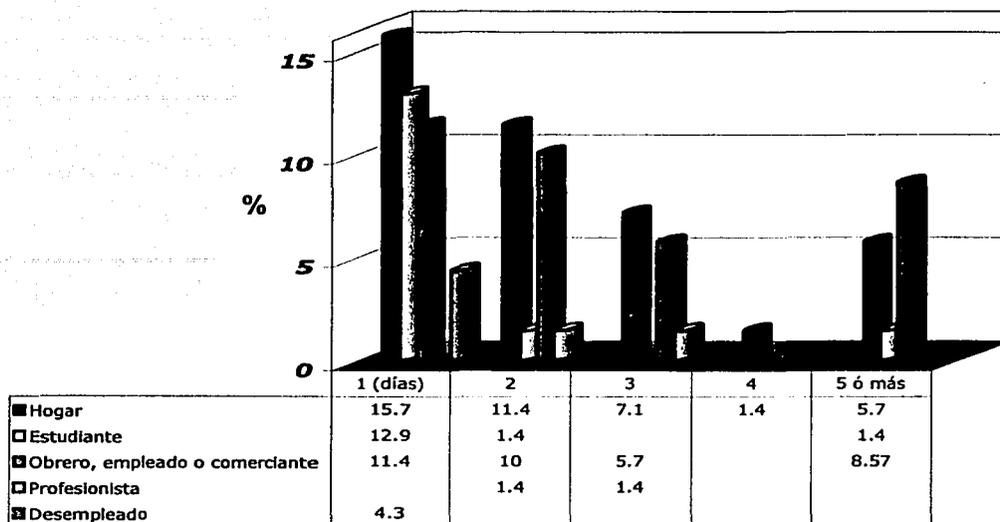
El cuadro 15 muestra que las personas dedicadas al hogar manifestaron en mayor medida pérdida de tiempo laboral por problemas de salud bucal 8.2% (n=29) y por visitas al odontólogo fueron los obreros comerciantes o empleados 22.7% (n=81). El grupo que más reportó haber perdido tiempo de escuela por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo en los últimos 12 meses fueron los estudiantes.

Cuadro 15. Ocupación relacionada con la pérdida de tiempo laboral y escolar reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Ocupación	Sí		No	Ajuste de tasa %
	Frecuencia	Porcentaje		
Pérdida de tiempo de trabajo por problemas de salud bucal				
Hogar	29	8.2	88	24.8
Estudiante	11	3.1	19	36.7
Obrero, empleado o comerciante	25	7.1	126	16.5
Profesionista	2	0.6	30	6.25
Desempleado	3	0.9	19	13.6
Total	70		282	
Perdió tiempo de trabajo por visitas al odontólogo				
Hogar	68	19.1	47	59.1
Estudiante	13	3.7	15	46.4
Obrero, empleado o comerciante	81	22.7	78	51
Profesionista	17	4.8	15	53.1
Desempleado	10	2.8	12	45.4
Total	189		167	
Pérdida de tiempo de escuela por problemas de salud bucal				
Hogar	1	0.7	3	25
Estudiante	10	7.3	115	8
Obrero, empleado o comerciante	1	0.7	4	20
Profesionista	1	0.7		100
Desempleado			1	
Total	13		123	
Pérdida de tiempo de escuela por visitas al odontólogo				
Hogar	2	1.5	1	0.6
Estudiante	33	24.4	92	26.4
Obrero, empleado o comerciante	1	0.7	4	20
Profesionista	1	0.7		100
Desempleado			1	
Total	37		98	

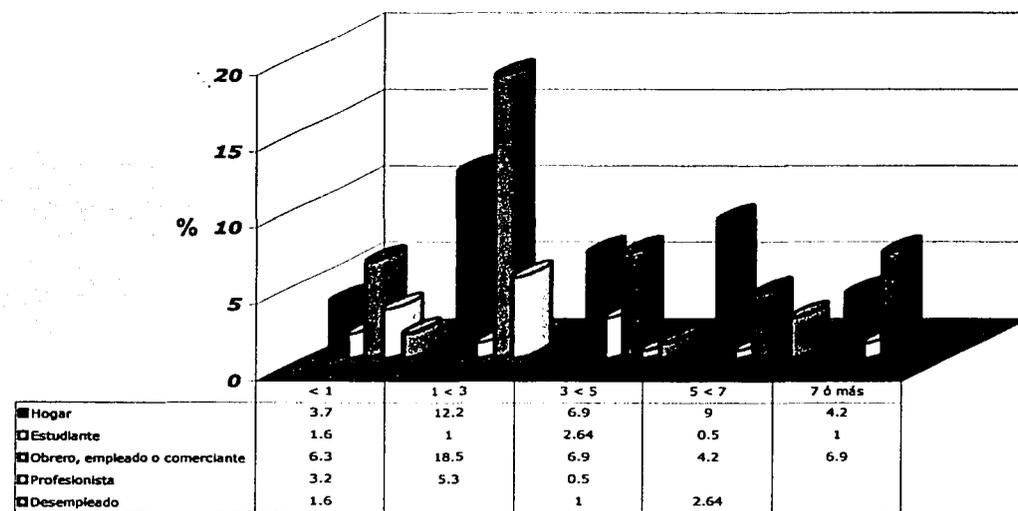
Fuente directa

En la figura 19 y 20 se muestra que por problemas de salud bucal los obreros, comerciantes y empleados perdieron más días y también en horas por visitas al odontólogo. En relación a los días las personas dedicadas al hogar tuvieron un porcentaje superior, como se muestra en la figura 21.



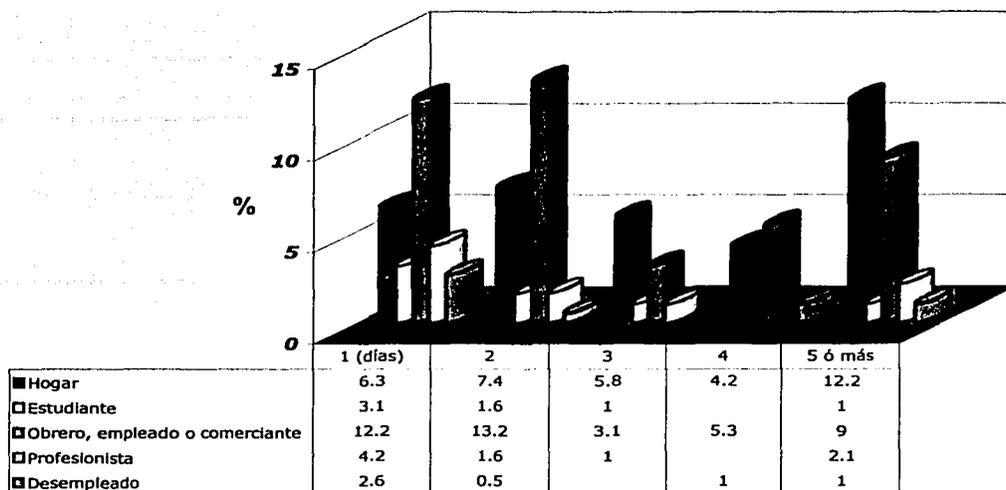
Fuente directa

Figura 19. Días perdidos de trabajo por problemas de salud bucal



Fuente directa

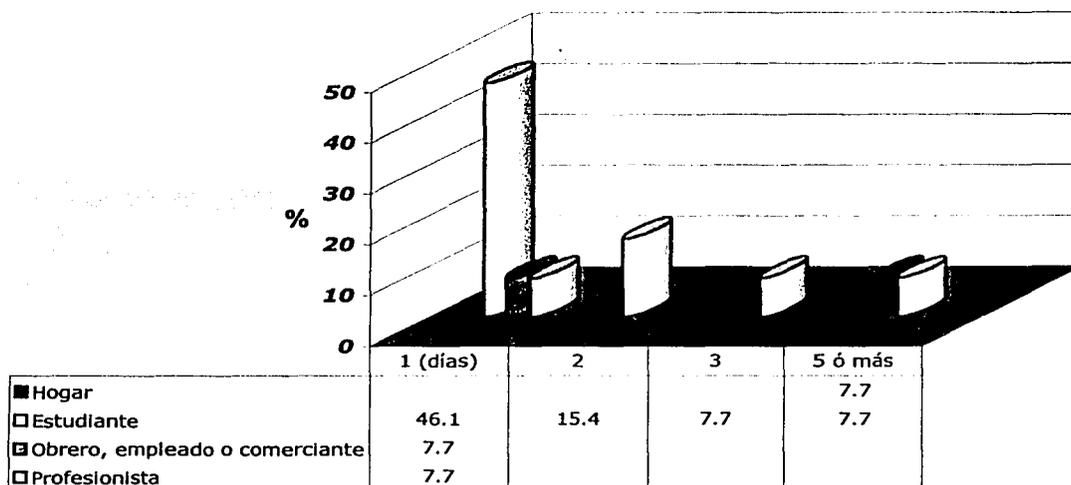
Figura 20. Horas perdidas de trabajo por visitas al odontólogo



Fuente directa

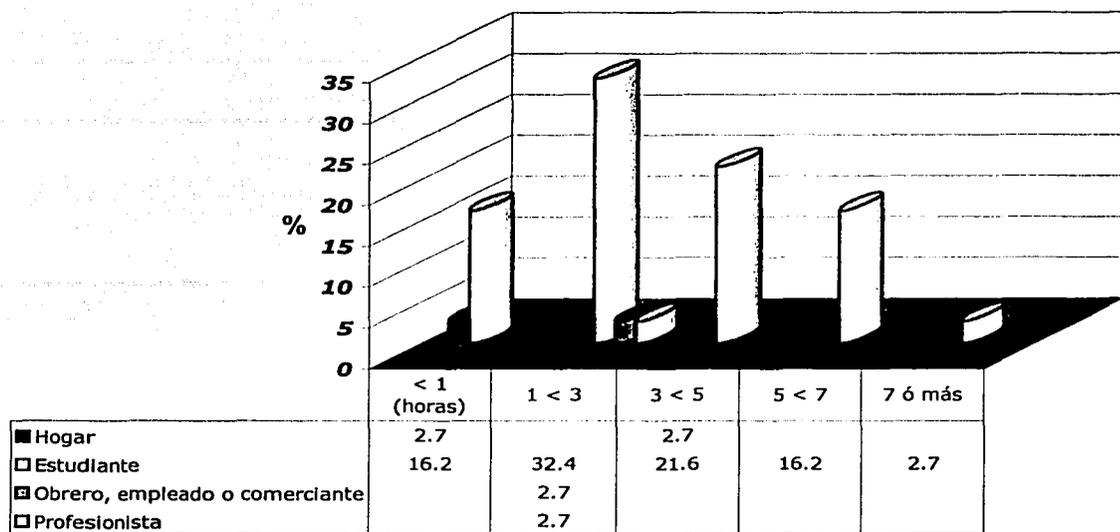
Figura 21. Días perdidos de trabajo por visitas al odontólogo

En las figuras 22, 23 y 24 se muestra que por problemas de salud bucal y por visitas al odontólogo los estudiantes fueron el grupo que más perdió tiempo de escuela.



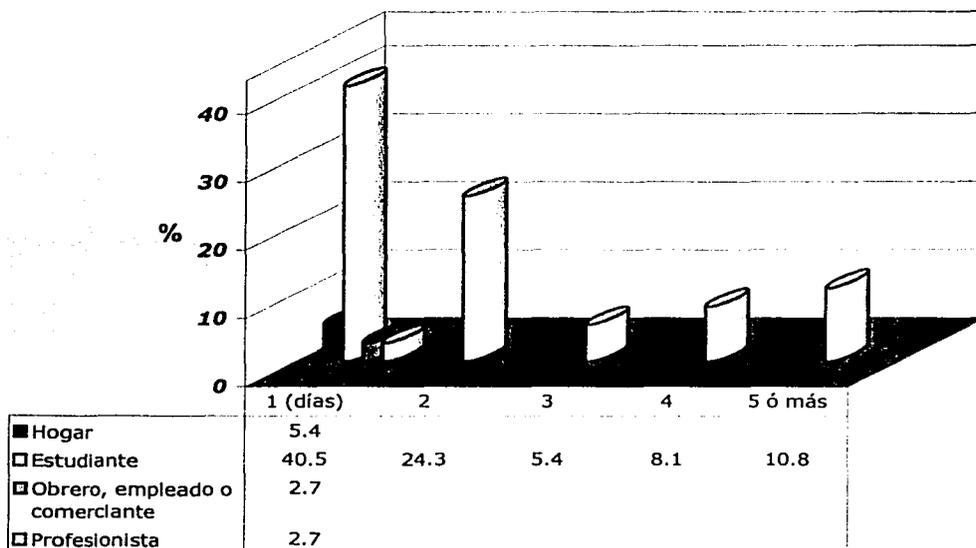
Fuente directa

Figura 22. Días perdidos de escuela por problemas de salud bucal



Fuente directa

Figura 23. Horas perdidas de escuela por visitas al odontólogo



Fuente directa

Figura 24. Días perdidos de escuela por visitas al odontólogo

Nivel educativo

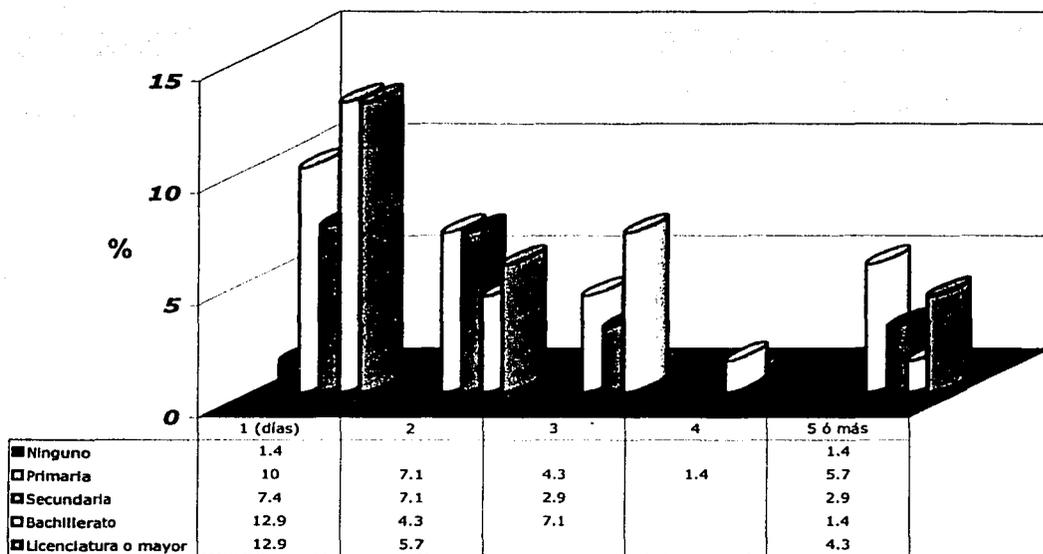
Los individuos con instrucción primaria (n=19) y con bachillerato (n=19) perdieron más tiempo por problemas de salud bucal (5.4% respectivamente), sin embargo los primeros perdieron más por visitas al odontólogo 45.1% (n=55). Los de licenciatura perdieron más tiempo de escuela tanto por problemas de salud bucal como por la visitas al odontólogo (5.1 y 19.2% respectivamente) como se observa en el cuadro 16.

Cuadro 16. Nivel educativo relacionado con la pérdida de tiempo laboral y escolar reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Nivel educativo	Sí		No	Ajuste de tasa %
	Frecuencia	Porcentaje		
Pérdida de tiempo de trabajo por problemas de salud bucal				
Ninguno	2	0.6	9	18.1
Primaria	19	5.4	72	26.3
Secundaria	14	4	72	13.3
Bachillerato	19	5.4	64	22.9
Licenciatura o mayor	16	4.5	65	19.8
Total	70		282	
Pérdida de tiempo de trabajo por visitas al odontólogo				
Ninguno	7	29.1	6	53.8
Primaria	56	45.1	37	60.2
Secundaria	48	38.4	42	53.3
Bachillerato	43	32.8	39	48.3
Licenciatura o mayor	35	19.4	43	44.9
Total	189		167	
Pérdida de tiempo de la escuela por problemas de salud bucal				
Primaria	1	0.7	2	50
Secundaria	1	0.7	6	14.3
Bachillerato	4	2.9	23	14.81
Licenciatura o mayor	7	5.1	92	7
Total	13		123	
Pérdida tiempo de escuela por visitas al odontólogo				
Primaria	1	0.7	2	50
Secundaria	2	1.5	5	28.5
Bachillerato	8	5.9	19	29.6
Licenciatura o mayor	26	19.25	72	26.5
Total	37		98	

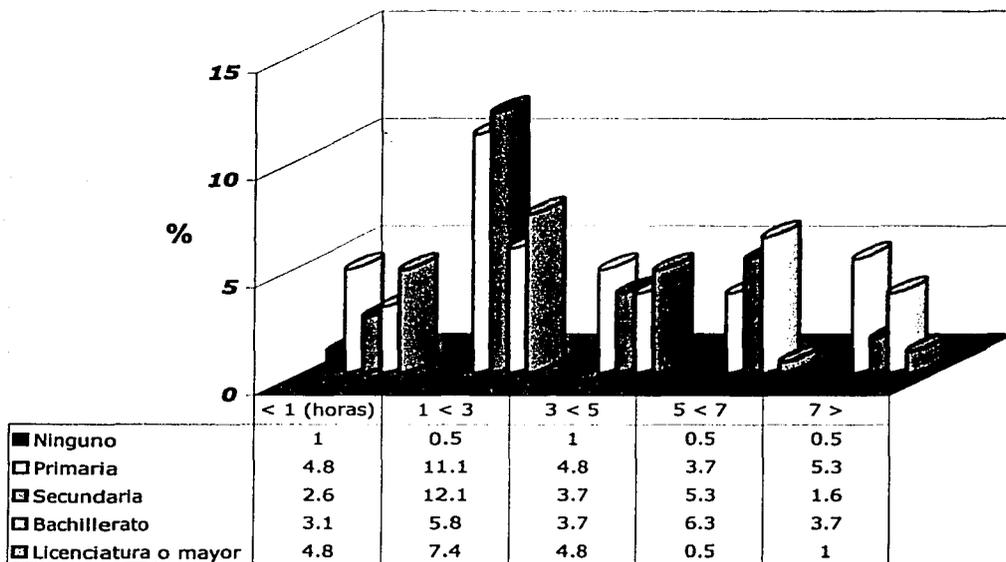
Fuente directa

Las figuras 25, 26 y 27 muestran que el grupo con instrucción primaria perdió más tiempo de trabajo por problemas de salud bucal, y más horas y días laborales por visitas al odontólogo.



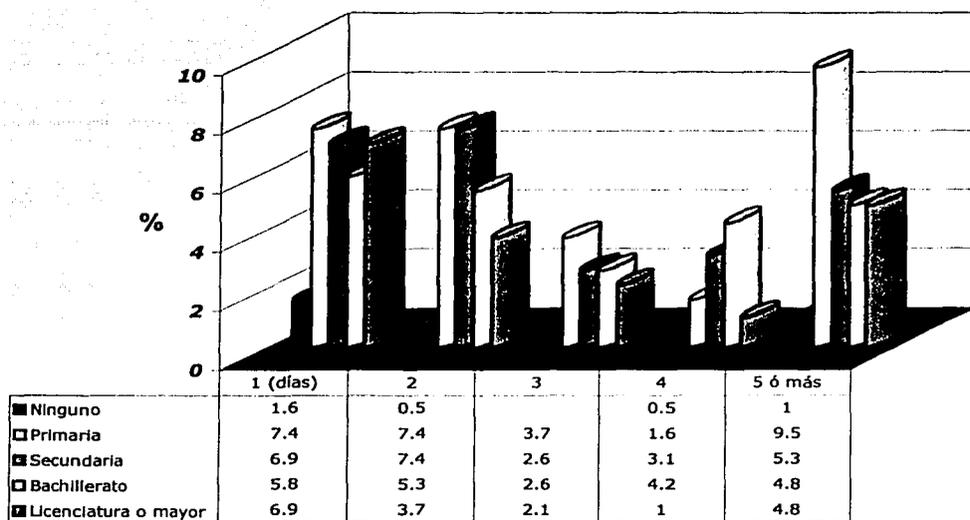
Fuente directa

Figura 25. Días perdidos de trabajo por problemas de salud bucal



Fuente directa

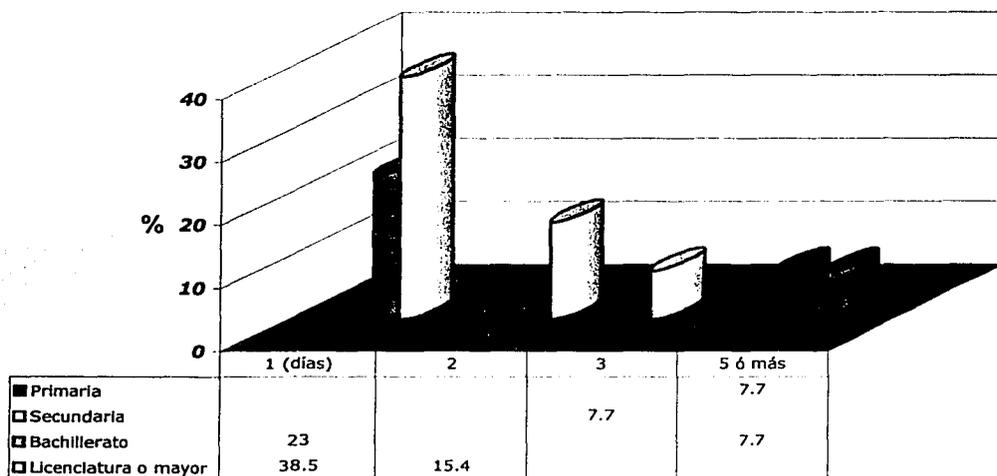
Figura 26. Horas perdidas de trabajo por visitas al odontólogo



Fuente directa

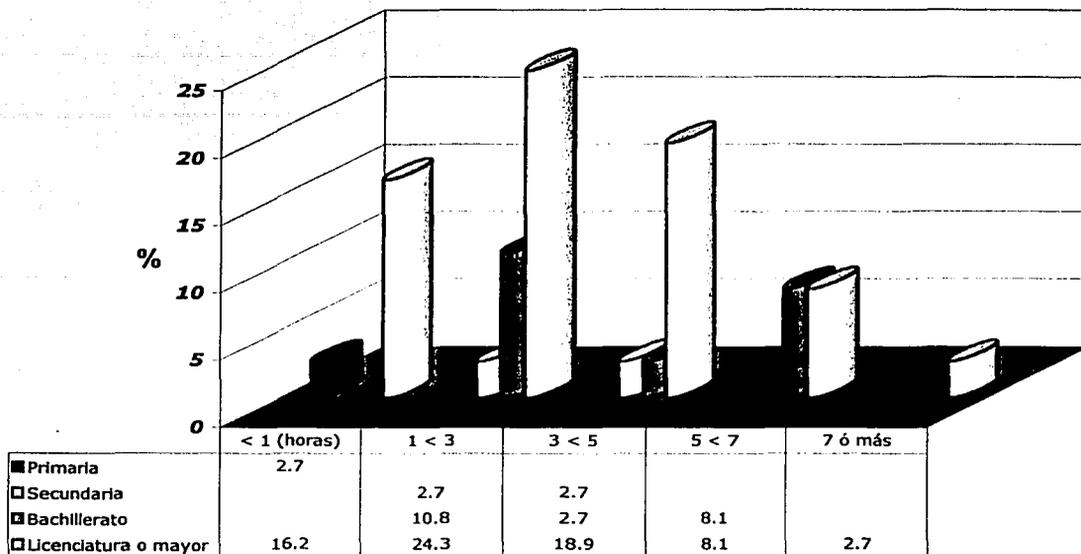
Figura 27. Días perdidos de trabajo por visitas al odontólogo

La pérdida de horas y días de escuela tanto por problemas de salud bucal como por visitas al odontólogo fue mayor en los individuos con nivel de educación superior como se muestra en las figuras 28, 29 y 30.



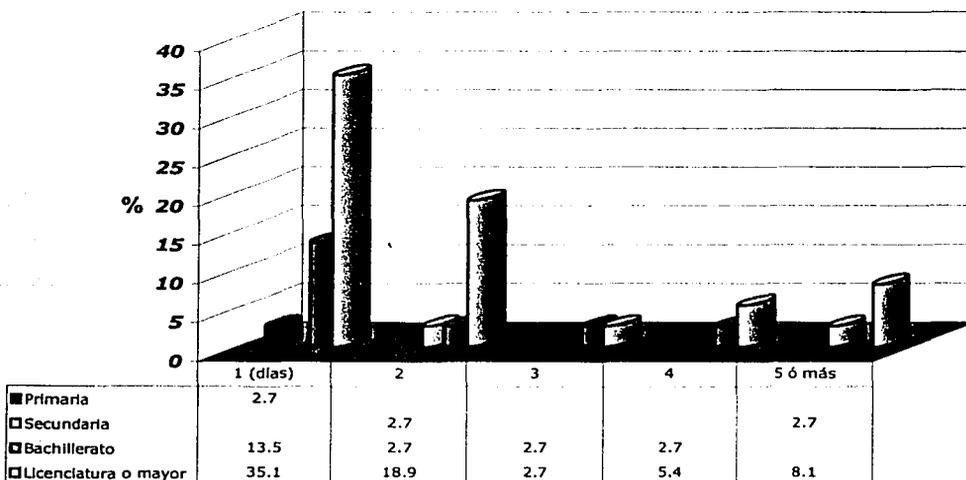
Fuente directa

Figura 28. Días perdidos de escuela por problemas de salud bucal



Fuente directa

Figura 29. Horas perdidos de escuela por visitas al odontólogo



Fuente directa

Figura 30. Días perdidos de escuela por visitas al odontólogo

Nivel de ingreso

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

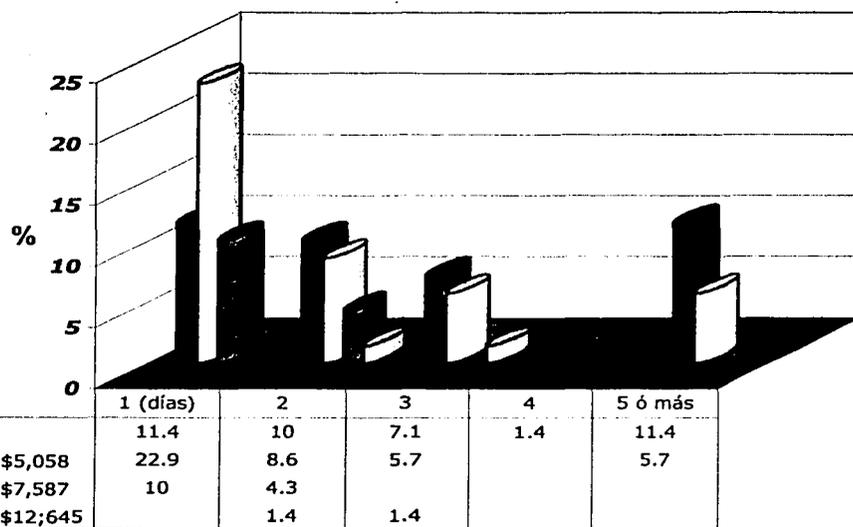
Las personas con ingresos menores a \$5,058 fueron las que más reportaron haber perdido tiempo de trabajo por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo. El grupo con ingresos de \$2,529 a \$5,058 reportó tener mayor pérdida de escuela por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo como se muestra en el cuadro 14.

Cuadro 14. Nivel de ingreso relacionado con pérdida de tiempo laboral y escolar reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Nivel de Ingreso	Sí		No
	Frecuencia	Porcentaje	
Menos de \$2,529	28	8	95
\$2,529 a menos de \$5,058	29	8.2	100
\$5,058 a menos de \$7,587	10	2.84	40
\$7,587 a menos de \$12;645	3	0.9	33
\$12,545 ó más			14
Total	70		282
Menos de \$2,529	74	20.8	50
\$2,529 a menos de \$5,058	75	21	61
\$5,058 a menos de \$7,587	23	6.5	29
\$7,587 a menos de \$12;645	13	3.6	22
\$12,545 ó más	4	1.1	5
Total	189		167
Menos de \$2,529	2	1.4	24
\$2,529 a menos de \$5,058	4	3	52
\$5,058 a menos de \$7,587	3	2.2	26
\$7,587 a menos de \$12;645	2	1.4	17
\$12,545 ó más	2	1.4	4
Total	13		123
Menos de \$2,529	8	5.9	18
\$2,529 a menos de \$5,058	17	12.6	38
\$5,058 a menos de \$7,587	5	3.7	24
\$7,587 a menos de \$12;645	5	3.7	14
\$12,545 ó más	2	1.5	4
Total	37		98

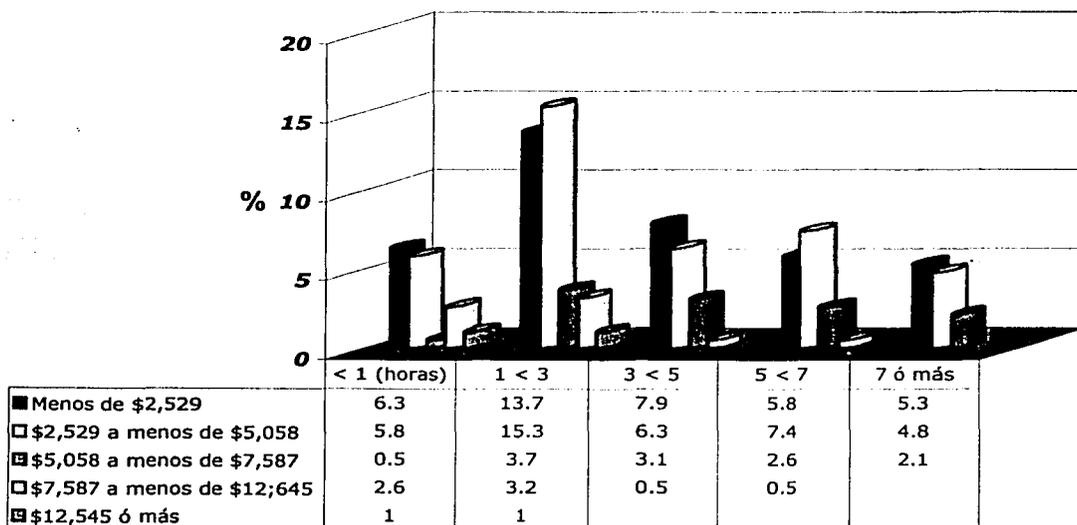
Fuente directa

Por problemas de salud bucal las personas que ganaban menos de \$2,529 mensuales perdieron más días de trabajo, las personas con ingresos entre \$2,529 y \$5,058 perdieron más horas y días de trabajo por visitas al odontólogo como se muestra en las figuras 31, 32 y 33.



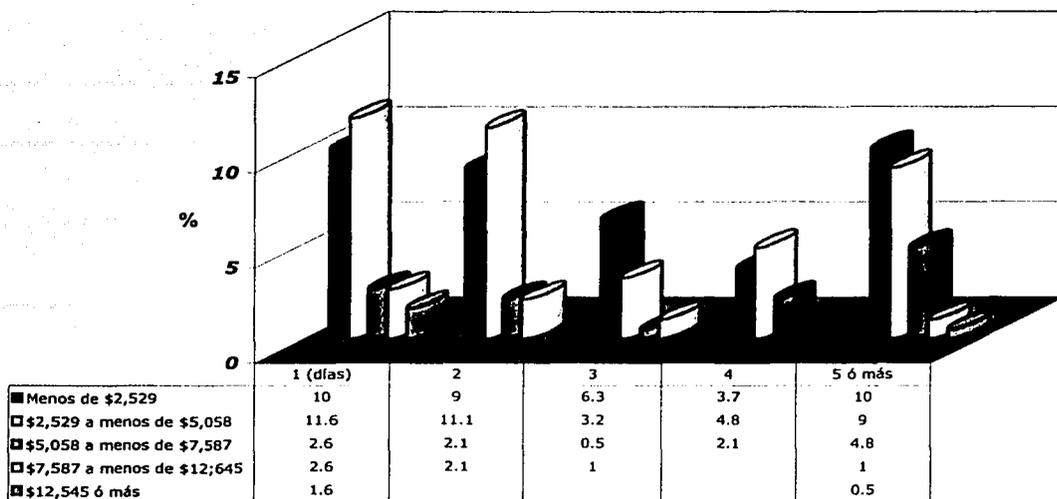
Fuente directa

Figura 31. Días perdidos de trabajo por problemas de salud bucal



Fuente directa

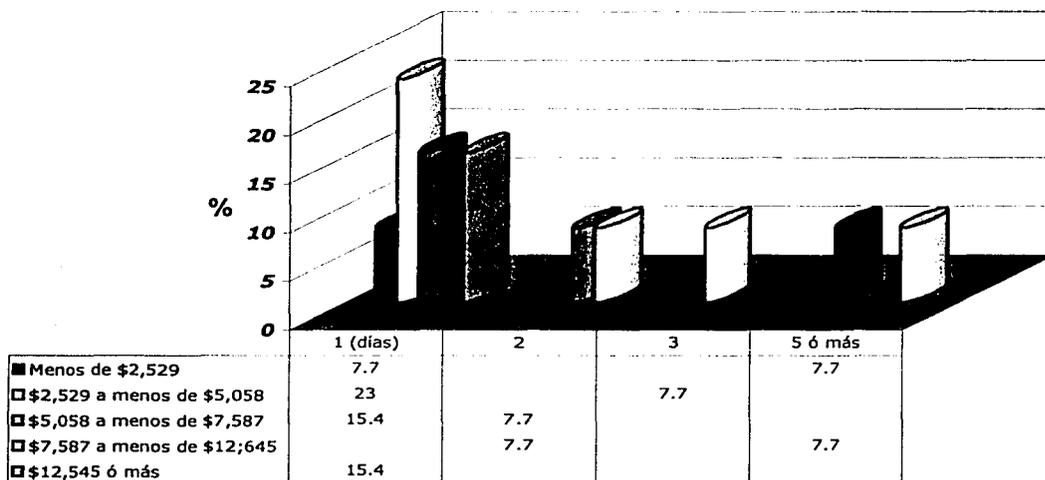
Figura 32. Horas perdidas de trabajo por visitas al odontólogo



Fuente directa

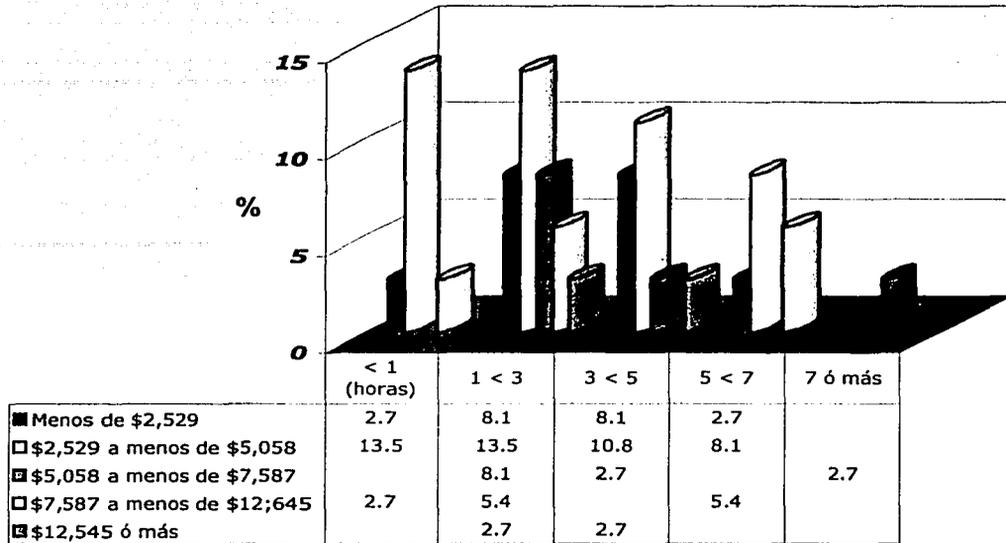
Figura 33. Días perdidos de trabajo por visitas al odontólogo

En las figuras 34, 35 y 36 se observa que el grupo con ingresos entre \$2,529 y \$5,058 tuvo un porcentaje superior en 2 categorías por problemas de salud bucal. Este mismo grupo perdió más horas y días de escuela por visitas al odontólogo.



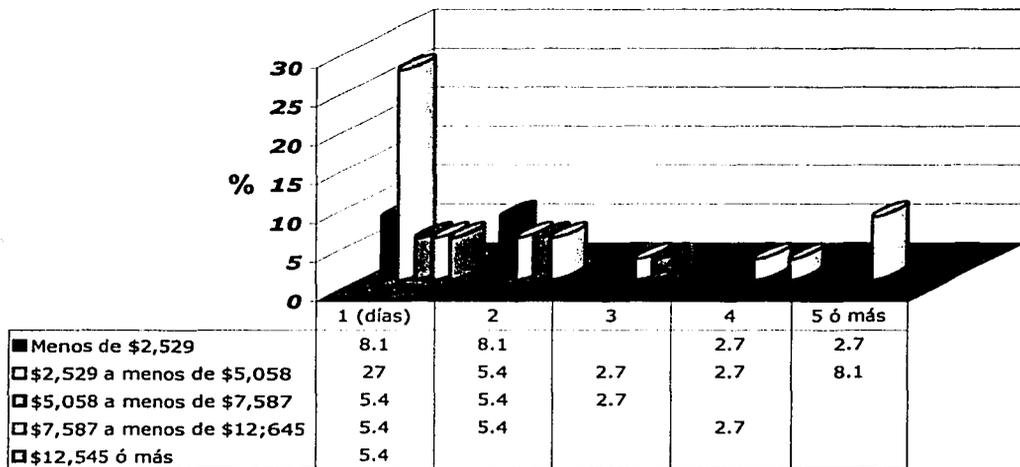
Fuente directa

Figura 34. Días perdidos de escuela por problemas de salud bucal



Fuente directa

Figura 35. Horas perdidas de escuela por visitas al odontólogo



Fuente directa

Figura 36. Días perdidos de escuela por visitas al odontólogo

Tratamiento recibido relacionado con pérdida de tiempo de trabajo y escuela

La mayoría reportó haber recibido tratamiento de tipo terciario 40.4% (n=236) y el tratamiento que menos mencionaron fue el primario 26% (n=152), como se observa en el cuadro 15.

Cuadro 15. Tratamiento recibido en su última cita reportado por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Tipo de tratamiento	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Primario	152	26	26.3
Secundario	191	32.7	33
Terciario	236	40.4	40.8
Total	579	99.1	100

Fuente directa

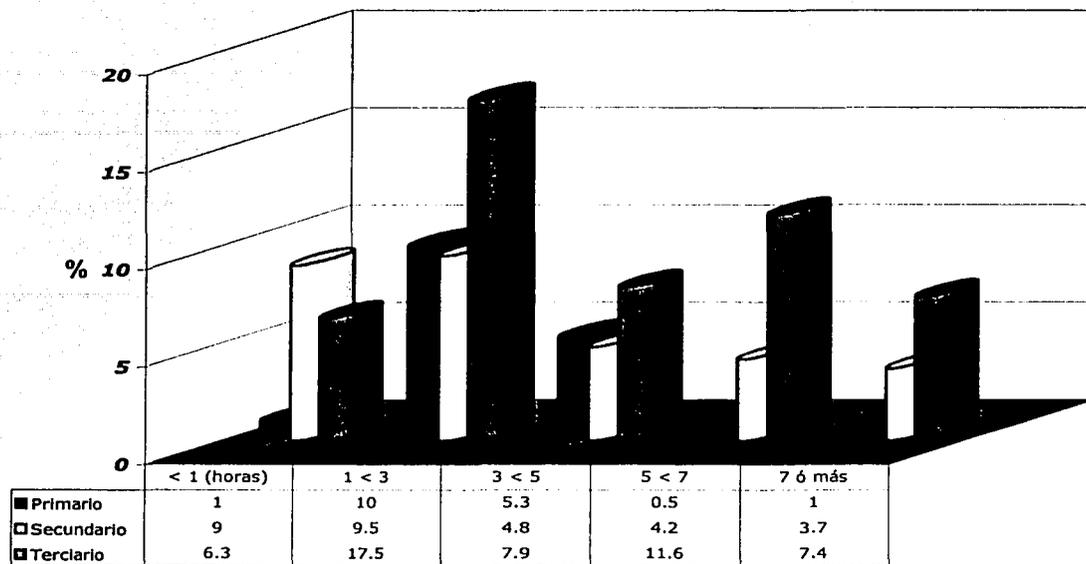
La encuesta mostró que las personas que recibieron tratamiento de tipo terciario reportaron mayor pérdida de tiempo de trabajo 27% (n=96) igualmente se vieron más afectados en tiempo de escuela 4.2% (n=15), como se presenta en el cuadro 16.

Cuadro 16. Pérdida de tiempo laboral y escolar asociado al tipo de tratamiento recibido en la última cita reportado por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Tipo de tratamiento	Sí		No
	Frecuencia	Porcentaje	
Pérdida de tiempo del trabajo por visitas al odontólogo			
Primario	34	9.6	40
Secundario	59	16.6	56
Terciario	96	27	71
Total	189		167
Pérdida de tiempo de escuela por visitas al odontólogo			
Primario	9	2.5	23
Secundario	13	3.7	45
Terciario	15	4.2	30
Total	37		98

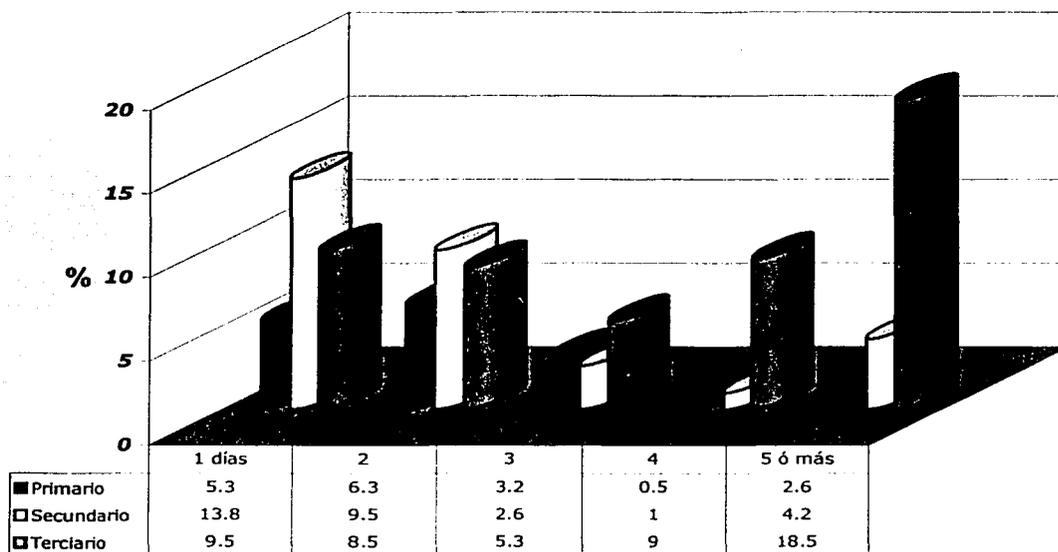
Fuente directa

En las figuras 37 y 38 se observa que los encuestados que recibieron tratamiento de tipo terciario tuvieron más pérdida en horas y días de trabajo.



Fuente directa

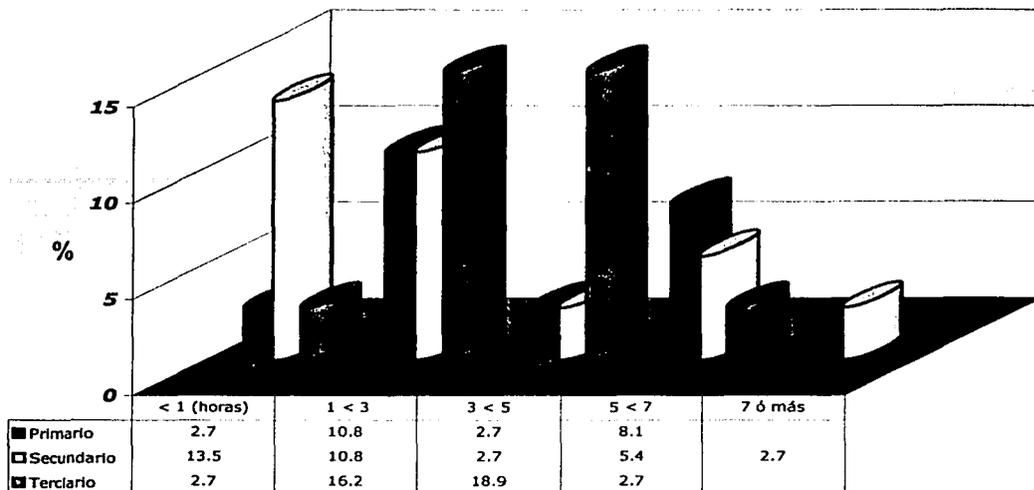
Figura 37. Horas perdidas de trabajo relacionadas al tipo de tratamiento recibido



Fuente directa

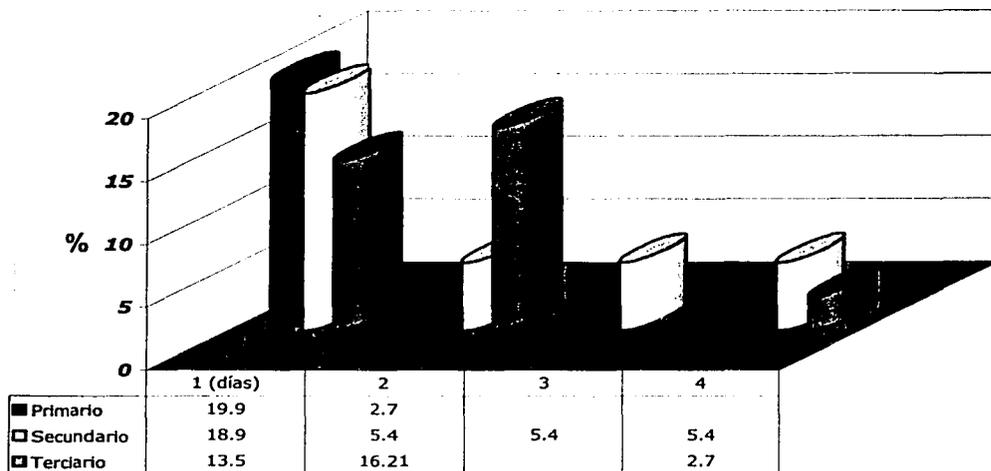
Figura 38. Días perdidos de trabajo relacionados al tratamiento recibido

La pérdida de horas y días de escuela fue mayor para los que recibieron tratamiento de tipo secundario como lo muestra la tabla 39 y 40.



Fuente directa

Figura 39. Horas perdidas de escuela relacionadas con el tipo de tratamiento recibido



Fuente directa

Figura 40. Días perdidos de escuela relacionados con el tratamiento recibido

Personas que no visitaron al odontólogo en los últimos 12 meses y su asociación con pérdida de tiempo de trabajo y escuela por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo

El 22.7% (n=133) no visitó al odontólogo en los últimos 12 meses y una menor proporción 0.9% (n=5) nunca lo habían visitado. Las principales razones manifestadas fueron que consideraban no necesitar atención 13.5% (n=79) y el no querer perder tiempo de trabajo o de escuela contó para el 1.2% (n=7) respectivamente, como se observa en el cuadro 17.

Cuadro 17. Pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002 que no habían visitado al odontólogo en los últimos 12 meses o que nunca lo habían hecho y sus razones

Tiempo de su última cita (años)	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Tiempo de su última visita al odontólogo			
1 ó menos de 2	48	8.2	34.8
2 ó menos de 3	43	7.4	31.2
3 ó menos de 4	15	2.6	10.9
4 ó más	27	4.6	19.6
Nunca	5	0.9	3.6
Total	138	23.6	100
Razones por las que no había visitado al odontólogo o nunca se había atendido			
Miedo	17	2.9	12.3
No necesitaba atención	79	13.5	57.3
Costo	14	2.4	10.1
No conocía a ningún odontólogo	6	1	4.3
El odontólogo estaba muy lejos	1	0.2	0.8
No me podía trasladar hasta el lugar de la atención	3	0.5	2.2
Edéntulo (No tengo dientes)	1	0.2	0.8
No me es importante- No había pensado en ello	3	0.5	2.2
No quería perder tiempo de escuela	7	1.2	5
No quería perder tiempo de trabajo	7	1.2	5
Total	138	23.6	100

Fuente directa

El cuadro 18 muestra que las personas que no asistieron al odontólogo en los últimos 12 meses o que nunca lo habían hecho reportaron haber perdido tiempo de escuela o trabajo por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo. El 44.6% (n=42) reportó haber perdido tiempo de trabajo por acompañar a alguien al odontólogo y sólo el 11% (n=2) reportó pérdida escolar por la misma causa.

Cuadro 18. Pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002 que no habían visitado al odontólogo en los últimos 12 meses o que nunca lo habían hecho relacionados con pérdida de tiempo laboral y escolar por visitar a un familiar o amigo al odontólogo

Tiempo de su última visita (años)	Sí		No
	Frecuencia	Porcentaje	
Pérdida de tiempo de trabajo por acompañar a un familiar o amigo al odontólogo			
1 ó menos de 2	14	14.9	20
2 ó menos de 3	11	11.7	19
3 ó menos de 4	3	3.2	4
4 ó más	12	12.8	9
Nunca	2	2	
Total	42	44.6	52
Pérdida de tiempo de escuela por acompañar a algún familiar o amigo al odontólogo			
1 ó menos de 2	1	5.5	6
2 ó menos de 3			7
3 ó menos de 4			1
4 ó más	1	5.5	2
Total	2	11	16

Fuente directa

Tiempos de traslado, espera y que requirió el tratamiento y su asociación con pérdida de tiempo de trabajo y escuela por visitas al odontólogo

La mayoría de los pacientes que reportaron pérdida de trabajo por visitas al odontólogo utilizaron más de 30 minutos o menos de 1 hora en trasladarse hasta el lugar de la atención, esperaron en ser atendidos menos de 30 minutos y por el tiempo que requirió su tratamiento más de 30 minutos o menos de 1 hora, como se muestra en el cuadro 19.

Cuadro 19. Pérdida de tiempo de trabajo asociado con el tiempo utilizado para trasladarse, tiempo de espera y tiempo que requirió el tratamiento reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Sí		No
	Frecuencia	Porcentaje	
Pérdida de trabajo por visitas al odontólogo			
Tiempo de traslado			
Menos de 30 minutos	49	13.8	70
Más de 30 minutos y menos de 1 horas	66	18.5	51
Más de 1 horas a menos de 2 horas	56	15.7	36
Más de 2 horas	18	5.1	10
Tiempo de espera			
Menos de 30 minutos	77	21.6	95
Más de 30 minutos y menos de 1 horas	44	12.4	28
Más de 1 horas a menos de 2 horas	45	12.6	34
Más de 2 horas	23	6.5	10
Tiempo que requirió el tratamiento			
Menos de 30 minutos	53	14.9	63
Más de 30 minutos y menos de 1 horas	60	16.9	55
Más de 1 horas a menos de 2 horas	57	16	36
Más de 2 horas	19	5.3	13

Fuente directa

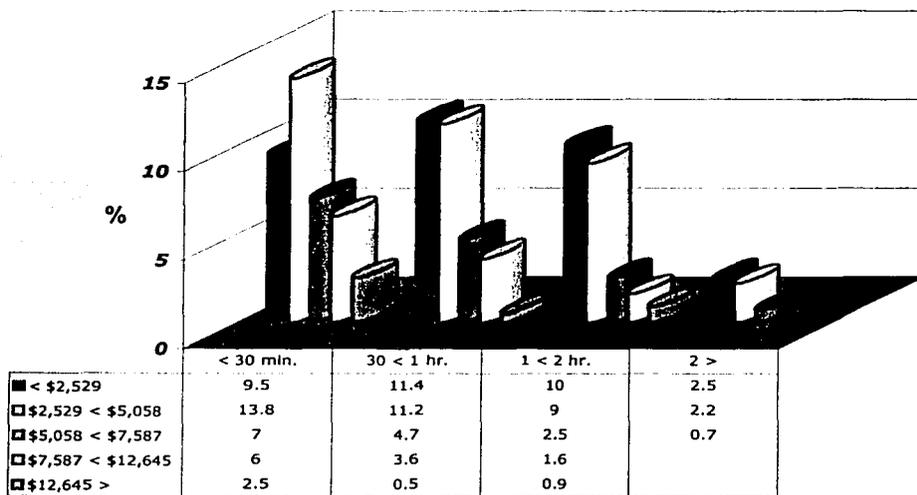
La mayoría de los encuestados que reportaron pérdida de escuela por visitas al odontólogo utilizaron más de 30 minutos y menos de 1 horas en trasladarse hasta el lugar de la atención. Esperaron para ser atendidos menos de 30 minutos y el tiempo que requirió su tratamiento fue el mismo, como se observa en el cuadro 20.

Cuadro 20. Pérdida de tiempo de escuela asociado con el tiempo utilizado para trasladarse, tiempo de espera y tiempo que requirió el tratamiento reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Sí		No
	Frecuencia	Porcentaje	
Pérdida de escuela por visitas al odontólogo			
Tiempo de traslado			
Menos de 30 minutos	10	7.4	59
Más de 30 minutos y menos de 1 horas	17	12.6	19
Más de 1 horas a menos de 2 horas	10	7.4	19
Más de 2 horas			1
Tiempo de espera			
Menos de 30 minutos	15	11.1	59
Más de 30 minutos y menos de 1 horas	10	7.4	19
Más de 1 horas a menos de 2 horas	5	3.7	14
Más de 2 horas	7	5.2	6
Tiempo que requirió el tratamiento			
Menos de 30 minutos	15	11.1	40
Más de 30 minutos y menos de 1 horas	14	10.4	37
Más de 1 horas a menos de 2 horas	6	4.4	19
Más de 2 horas	2	1.5	2

Fuente directa

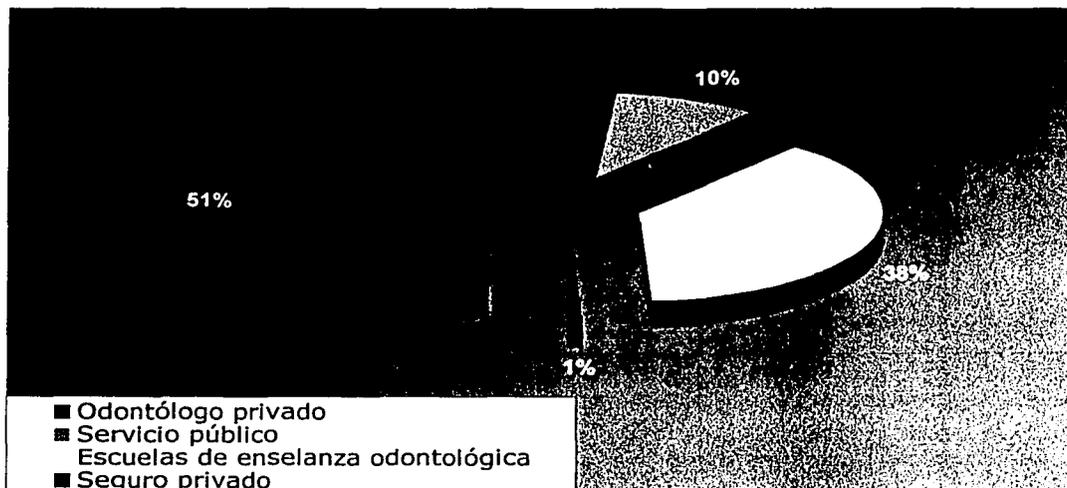
La figura 41 muestra que los pacientes que emplearon mayor tiempo en trasladarse fueron los que tuvieron un menor ingreso mensual.



Fuente directa

Figura 41. Relación nivel de ingreso tiempo de traslado

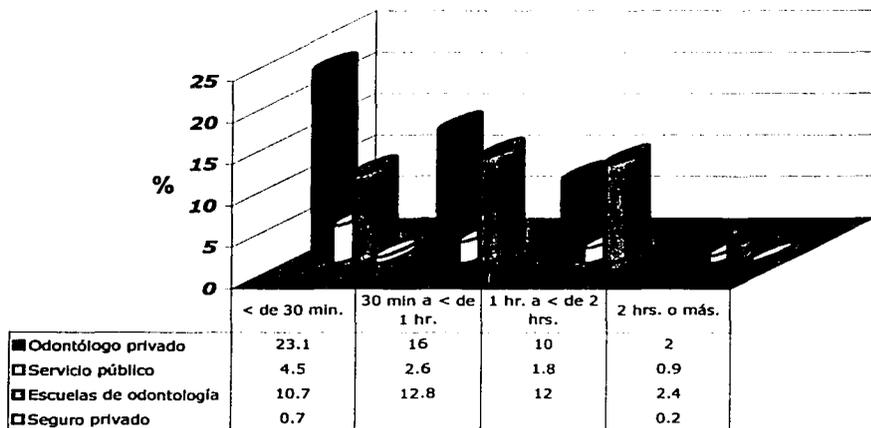
Poco más de la mitad de la muestra "a" utilizó al odontólogo privado como fuente regular de atención, sólo una mínima proporción de la muestra (1%) recurrió al seguro privado como se observa en la figura 42.



Fuente directa

Figura 42. Fuente regular de atención

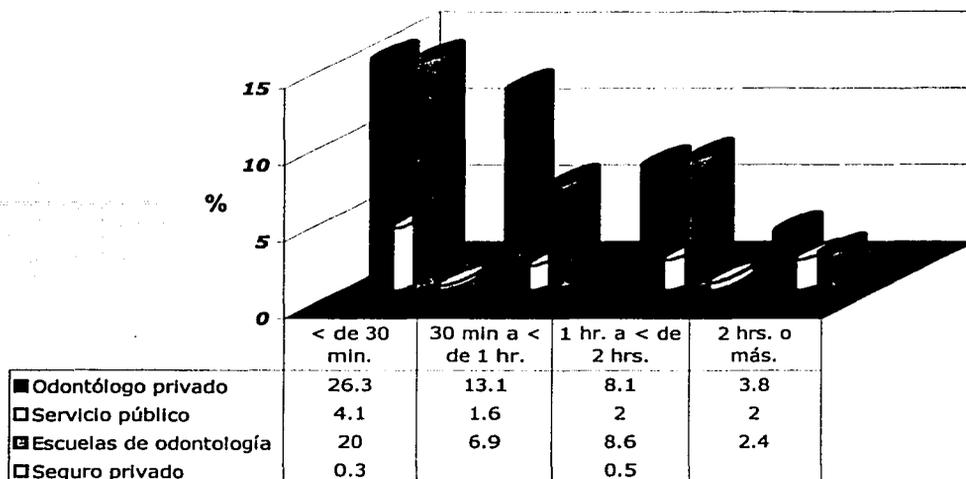
Los pacientes que asistieron a las escuelas de odontología para recibir su atención odontológica invirtieron un mayor tiempo de traslado, como se observa en la figura 43.



Fuente directa

Figura 43. Fuente regular de atención y su relación con el tiempo de traslado

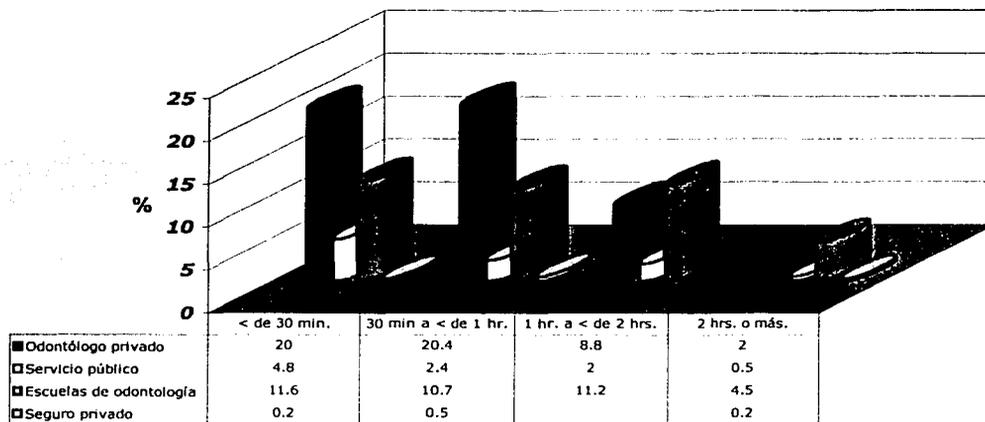
Por otro lado, la figura 44 muestra que las personas que utilizaron más tiempo al esperar en ser atendidas en su última consulta fueron las que asistieron al odontólogo privado y escuelas de odontología.



Fuente directa

Figura 44. Fuente regular de atención y su relación con el tiempo de espera

Los individuos que destinaron un mayor tiempo para recibir el tratamiento en su última cita fueron los que asistieron a las escuelas de odontología, como se observa en la figura 45.



Fuente directa

Figura 45. Fuente regular de atención y su relación con el tiempo que requirió el tratamiento

El cuadro 21 muestra que los pacientes que asistieron al odontólogo privado fueron los que más reportaron pérdida de trabajo y de escuela.

Cuadro 21. Personas de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002 que reportaron pérdida de tiempo de trabajo y escuela asociado a fuente regular de atención

Fuente regular de atención	Sí		No
	Frecuencia	Porcentaje	
Perdió tiempo de trabajo			
Odontólogo privado	83	23.3	75
Servicio público	24	6.7	16
Escuelas de odontología	82	23	76
Perdió tiempo de escuela			
Odontólogo privado	18	13.36	69
Servicio público	4	3	7
Escuelas de odontología	15	11.1	19
Seguro privado			3

Fuente directa

Actividades limitadas por problemas de salud bucal

Los problemas de salud bucal limitaron las actividades normales de los pacientes en un 32.5% (n=190), siendo el comer la actividad que manifestaron ver más afectada en un 59.5% (n=113), según el cuadro 22.

Cuadro 22. Actividades limitadas por problemas de salud bucal reportadas por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Actividades limitadas por problemas de salud bucal			
Sí	190	32.5	32.5
No	394	67.5	67.5
Total	584	100	100
Actividad que resultó más afectada			
Hablar	40	6.8	21.1
Comer	113	19.3	59.5
Dormir	27	4.6	14.2
Convivencia social	9	1.5	4.7
Jugar o hacer deporte	1	0.2	0.5
Total	190	32.5	100

Fuente directa

El grupo de edad que se vio más afectado en sus actividades normales fueron los individuos de 15 y 30 años, las mujeres tuvieron mayor limitación de sus actividades, los casados, los dedicados al comercio, obreros y empleados, los de bachillerato y los que tenían ingresos menores a dos salarios mínimos mensuales de igual forma fueron los que vieron sus actividades limitadas como se observa en el cuadro 23.

Cuadro 23. Variables sociodemográficas asociadas con actividades limitadas por problemas de salud bucal reportadas por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Variable sociodemográfica	Sí		No
	Frecuencia	Porcentaje	
Edad	Actividad limitada por problemas de salud bucal		
15-30 años	53	9	139
31-40 años	35	6	70
41-50 años	31	5.3	85
51-60 años	36	6.1	60
60 ó más años	35	6	40
Total	190		394
Género			
Masculino	68	11.6	174
Femenino	122	20.9	220
Total	190		394
Estado civil			
Soltero	63	10.8	163
Casado	103	17.6	192
Viudo	13	2.2	11
Divorciado	4	0.7	15
Unión libre	7	1.1	13
Total	190		394
Ocupación			
Hogar	65	11.1	93
Estudiante	25	4.2	123
Obrero, empleado o comerciante	68	11.6	135
Profesionista	15	2.5	24
Desempleado	17	2.9	19
Total	190		394
Nivel educativo			
Ninguno	9	1.5	15
Primaria	45	7.7	79
Secundaria	45	7.7	80
Bachillerato	48	8.2	83
Licenciatura	43	7.3	137
Total	190		394
Nivel de ingreso			
Menos de \$2,529	78	13.4	120
\$2,529 a menos de \$5,058	63	10.8	148
\$5,058 a menos de \$7,587	27	4.6	60
\$7,587 a menos de \$12,645	16	2.7	49
\$12,645 ó más	6	1	17
Total	190		394

Fuente directa

Costos de los problemas de salud bucal y sus tratamientos

Dentro de la muestra "a" el gasto que se realizó fue pagado en su mayoría por el bolsillo del propio paciente o por su familia 96.1% (n=461) y solo una muy pequeña parte es cubierta por el Estado, las empresas o por los seguros privados, como se muestra en el cuadro 24.

Cuadro 24. Persona que asume los costos de sus tratamientos bucales reportado por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Usted mismo	335	57.4	57.9
Usted mismo pero cuenta con seguro privado	7	1.2	1.2
Su familia	226	38.7	39
La empresa donde labora	3	0.5	0.5
El Estado	8	1.4	1.4
Total	579	99.1	100

Fuente directa

Asimismo el 31% de los individuos contribuyeron con para el gasto de su familia. El dinero destinado a tratamientos bucales en los últimos 12 meses es para la mayoría, el 54.8% (n=320) menor a \$500 pesos, como se observa en el cuadro 25.

Cuadro 25. Dinero que destina al pago de tratamientos bucales reportado por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
\$100 a \$500	320	54.8	55.3
\$501 a \$1,000	117	20	20.2
\$1,001 a \$2,000	85	14.6	14.7
\$2,001 a \$4,000	27	4.6	4.7
\$4,001 ó más	30	5.1	5.2
Total	579	99.1	100

Fuente directa

A pesar de que poco más de la mitad de la muestra "a" 51.7% (n=302) contaba con seguro para su atención bucal, sólo una pequeña parte lo utilizó 8.4% (n=49) poco más de la mitad 50.9% (n=297) acudió al odontólogo privado y tan sólo el 0.9% (n=5) de la muestra asistió al seguro privado.

Cuadro 26. Cobertura de seguro de salud bucal reportada por los pacientes de la muestra "a" mayores de 15 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "a"	% de la submuestra
Cuenta con seguro de salud bucal			
Sí	302	51.7	51.7
No	282	48.3	48.3
Total	584	100	100
Tipo de seguro			
Seguro del Estado	289	49.5	95.7
Seguro privado pagado por la empresa donde labora	7	1.2	2.3
Seguro privado pagado por su cuenta	6	1	2
Total	302	51.7	100
Lo utiliza para su atención bucal			
Sí	49	8.4	16.2
No	253	43.3	83.8
Total	302	51.7	100
Fuente regular de atención odontológica			
Odontólogo privado	297	50.9	51.3
Servicio público	57	9.8	9.8
Escuelas de odontología	220	37.7	38
Seguro privado	5	0.9	0.9
Total	579	99.1	100

Fuente directa

Resultados de la muestra "b" pacientes menores de 14 años

Visitas al odontólogo

El 76.6% (n =147) de la muestra "b" reportó haber presentado algún problema bucal en los últimos 12 meses, de los cuales el 72.9% (n =140) asistió al odontólogo por esa razón. A pesar de no haber presentado ningún tipo de problema de salud bucal 13% (n =25) de los menores de 14 años asistieron al odontólogo. El número de visitas que realizaron los pacientes para recibir atención bucal fue de 1 a 3 en promedio (63%) durante el año anterior según el cuadro 27.

Cuadro 27. Número de visitas realizadas reportadas por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
Visitas al odontólogo			
1 a 3	104	54.2	63
4 a 6	35	18.2	21.2
7 a 10	15	7.8	9.1
11 a 13	2	1	1.2
13 ó más	9	4.7	5.5
Total	165	85.9	100

Fuente directa

El cuadro 28 muestra que el 7.3% (n = 14) de los menores de 14 años entrevistados nunca habían asistido al odontólogo, el 2.6 % lo habían hecho hace 4 años o más y el 2.1% reportó más de un año a menos de dos años de haber asistido a su última cita. Las principales razones por las que no habían visitado al odontólogo o nunca se habían atendido fueron no necesitar atención 9.4% (n = 18), el costo (1.6%) y el miedo (1.6%).

Cuadro 28. Tiempo de la última visita al odontólogo reportadas por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
Última visita			
1 (años) o menos de 2	4	2.1	14.8
2 a menos de 3	3	1.6	11.1
3 a menos de 4	1	0.5	3.7
4 a más	5	2.6	18.5
Nunca	14	7.3	51.9
Total	27	14.1	100

Fuente directa

Tiempo perdido de escuela por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo

El 10.4% (n=20) reportó haber perdido tiempo de escuela sólo por problemas bucales, de estos la mayor parte perdió 2 días 30% (n = 6), como muestra el cuadro 29.

Cuadro 29. Pérdida de tiempo escolar por problemas de salud bucal reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
Pérdida de tiempo			
Sí	20	10.4	12.7
No	138	71.9	87.3
Total	158	82.3	100
Días perdidos			
1 (días)	5	2.6	25
2	6	3.1	30
3	4	2.1	20
5 o más	5	2.6	25
Total	20	10.4	100

Fuente directa

El cuadro 30 muestra que el 47.4% de la muestra "b" reportó pérdida de tiempo sólo por visitas al odontólogo, que significó 3 días para el 12.5% y al reportarlo en horas representó de 1 a menos de 3 en el 13%.

ESTE TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Cuadro 30. Pérdida de tiempo de escuela por visitas al odontólogo reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
Pérdida de tiempo			
Sí	91	47.4	64.1
No	67	26.6	35.9
Total	158	74	100
Horas perdidas			
Menos de 1	23	12	25.3
1 o menos de 3	25	13	27.5
3 o menos de 5	18	9.4	19.8
5 o menos de 7	9	4.7	9.9
7 o más	16	8.3	17.6
Total	91	47.4	100
Días perdidos			
1	22	11.5	24.2
2	22	11.5	24.2
3	24	12.5	26.4
4	12	6.3	13.2
5 o más	11	5.7	12.1
Total	91	47.4	100

Fuente directa

Pérdida de tiempo de escuela por acompañar a algún familiar o amigo al odontólogo

Según el cuadro 31 el 37.5% (n =72) mencionó que al menos uno de sus familiares había visitado al odontólogo en los últimos 12 meses. Asimismo, 14.1% (n =27) de los pacientes perdieron tiempo de escuela por acompañar a un familiar o amigo a sus consultas, lo que representó en horas para este grupo de una a menos de tres en el 48.1% (n =13) y al menos un día entero de actividades escolares en el 33.3% (n = 9).

Cuadro 31. Pérdida de tiempo por acompañar a un familiar o amigo reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
Pérdida de tiempo			
Sí	27	14.1	43.5
No	35	18.2	56.5
Total	62	32.3	100

Fuente directa

Relación de las condiciones sociodemográficas con la pérdida de tiempo escolar

Las condiciones sociodemográficas como edad, género, y nivel de ingreso familiar se relacionaron con la pérdida de tiempo escolar, como se muestra:

Edad

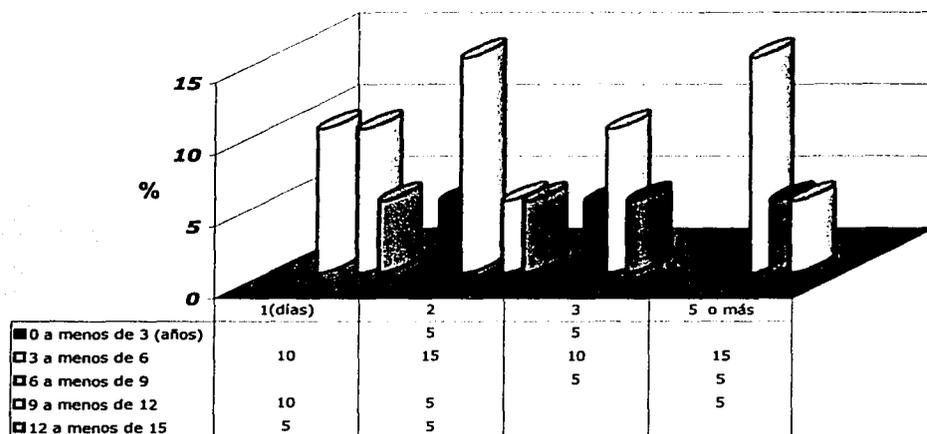
Los niños de tres a seis años reportaron mayor pérdida escolar por problemas bucales así como por visitas al odontólogo, como se muestra en el cuadro 32.

Cuadro 32. Edad relacionada con la pérdida de tiempo de escuela reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Edad	Sí		No	Ajuste de tasa %
	Frecuencia	Porcentaje		
Pérdida de escuela por problemas bucales				
0 a menos de 3 (años)	2	1.26	12	14.3
3 a menos de 6	10	6.3	36	21.7
6 a menos de 9	2	1.2	36	5.2
9 a menos de 12	4	2.5	32	11.1
12 a menos de 15	2	1.2	22	8.3
Pérdida de tiempo de escuela debido a visitas al odontólogo				
0 a menos de 3 (años)	7	4.43	7	50
3 a menos de 6	32	20.3	14	69.5
6 a menos de 9	22	14	16	57.8
9 a menos de 12	19	12	17	52.8
12 a menos de 15	11	7	13	45.8

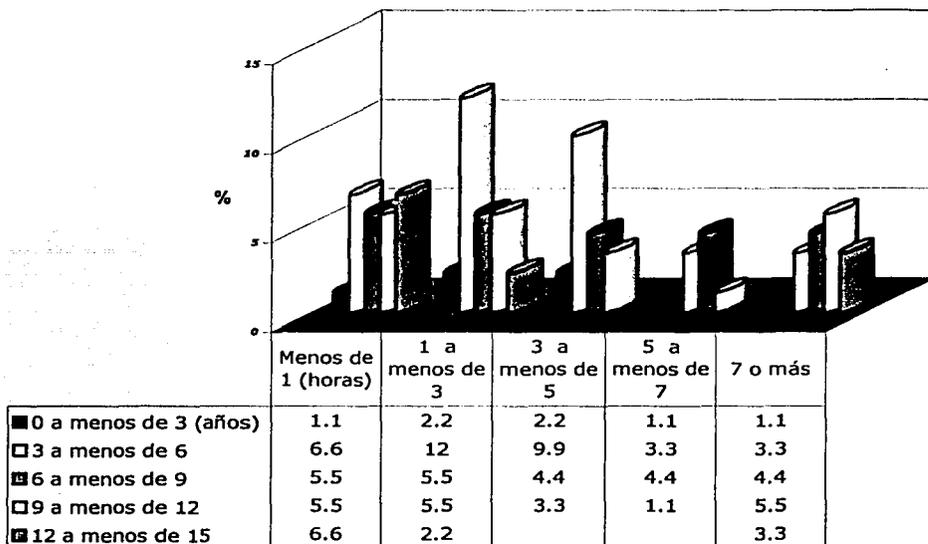
Fuente directa

En la figura 46 se observa que los pacientes del grupo de edad entre los tres y seis años perdieron más días por problemas bucales. Por visitas al odontólogo, el grupo entre los nueve y 12 años reportó perder siete o más horas en promedio, los entre tres y seis años perdieron de una a menos de tres horas principalmente, este mismo grupo fue el que perdió más días en promedio según la figura 47 y 48.



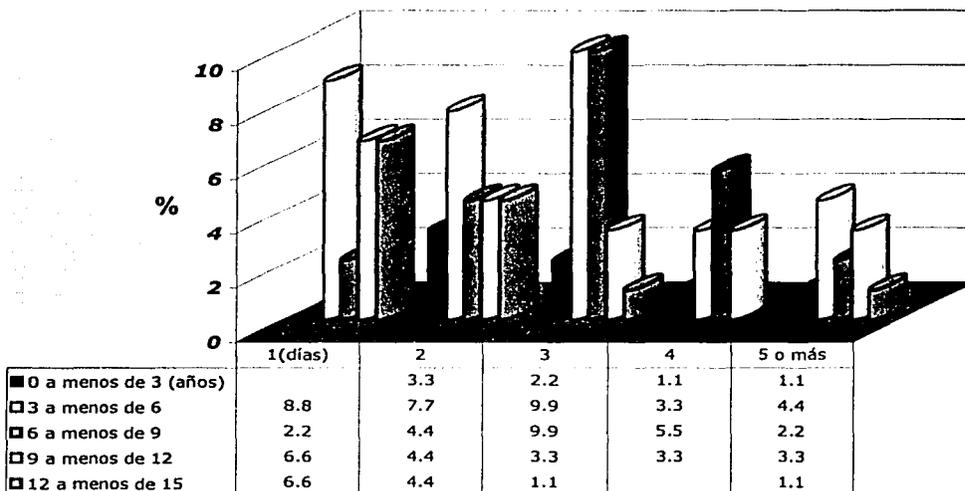
Fuente directa

Figura 46. Días perdidos de escuela por problemas de salud bucal



Fuente directa

Figura 47. Horas perdidas de escuela por visitas al odontólogo



Fuente directa

Figura 48 Días perdidos de escuela por visitas al odontólogo

Género

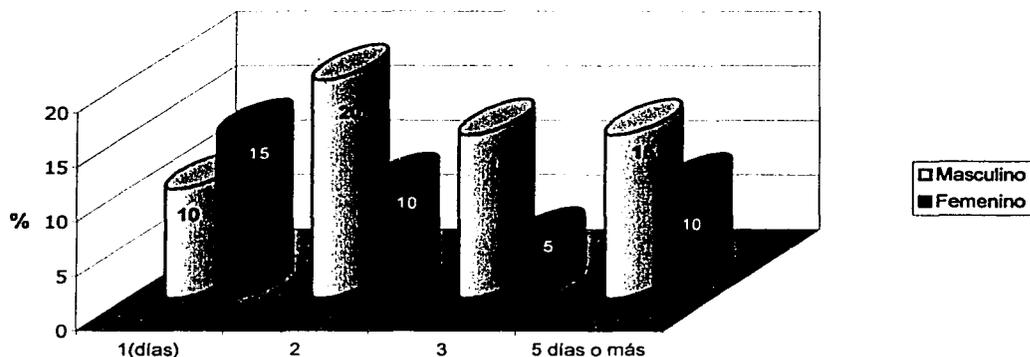
En el cuadro 33 se muestra que el reporte de pérdida de escolar por problemas bucales y consultas odontológicas fue mayor en los niños que en las niñas.

Cuadro 33 Género relacionado con la pérdida de tiempo de escuela reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Género	Sí		No	Ajuste de Tasa
	Frecuencia	Porcentaje		
Pérdida de tiempo de escuela por problemas bucales				
Masculino	12	7.6	67	15.1
Femenino	8	5	71	10.1
Total	20		138	
Pérdida de tiempo de escuela por visitas al odontólogo				
Masculino	46	29.1	33	58.2
Femenino	45	28.5	34	56.9
Total	91		67	

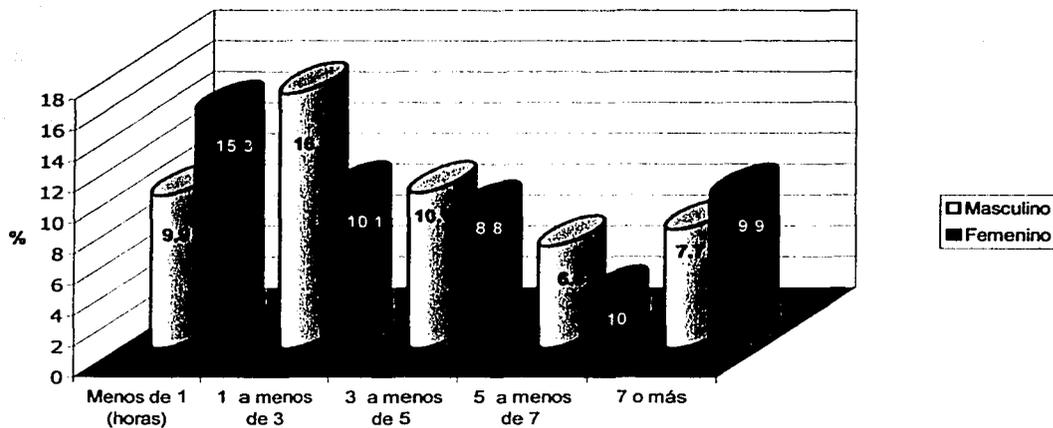
Fuente directa

Asimismo, los hombres promediaron más días perdidos por problemas bucales. Por visitas al odontólogo, en horas las que registraron mayor número fueron las niñas con 7 o más, pero en días los hombre fueron los que más perdieron, como se observa en las figuras 49, 50 y 51.



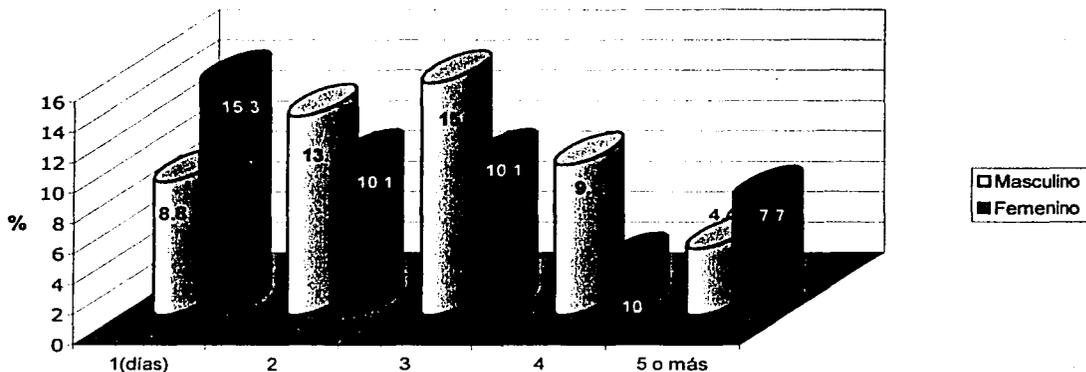
Fuente directa

Figura 49. Días perdidos de escuela por problemas de salud bucal



Fuente directa

Figura 50. Horas perdidas de escuela por visitas al odontólogo



Fuente directa

Figura 51. Días perdidos de escuela por visitas al odontólogo

Nivel de ingreso familiar

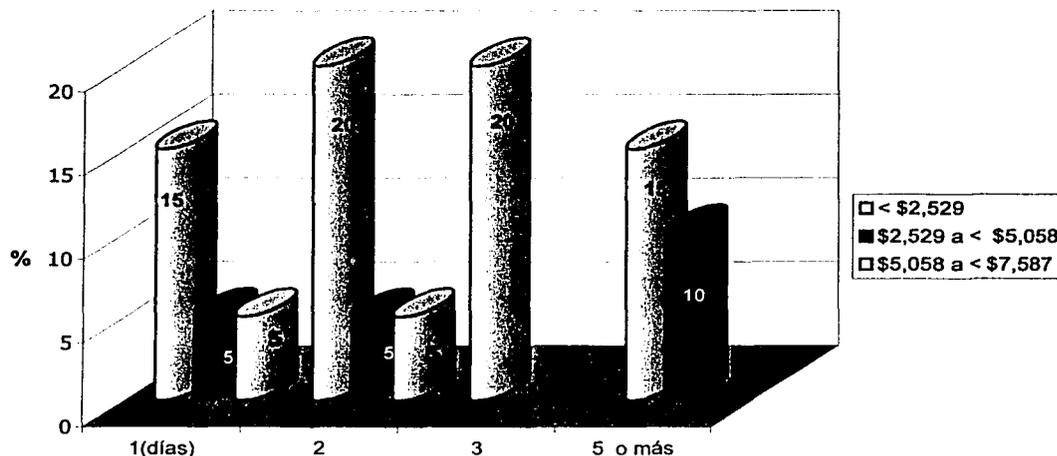
Como se observa en el cuadro 34, las personas más desfavorecidas con ingresos familiares menores a \$2,529 mencionaron perder más tiempo de escuela por problemas bucales y citas odontológicas que otros grupos de ingreso.

Cuadro 34. Nivel de ingreso familiar relacionado con la pérdida de tiempo de escuela reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Nivel de ingreso familiar	Sí		No		Ajuste de Tasa
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Pérdida de escuela por problemas bucales					
Menos de \$2,529	14	8.9	59	19.2	
\$2,529 a menos de \$5,058	4	2.5	55	6.7	
\$5,058 a menos de \$7,587	2	1.2	19	9.5	
\$7,587 a menos de \$12,645			3		
\$12,545 ó más			2		
Total	20		138		
Pérdida de escuela por visitas al odontólogo					
Menos de \$2,529	42	26.5	31	57.5	
\$2,529 a menos de \$5,058	35	22.1	24	59.3	
\$5,058 a menos de \$7,587	12	7.6	9	57.1	
\$7,587 a menos de \$12,645	1	0.6	2	33.3	
\$12,545 ó más	1	0.6	1	50	
Total	91		67		

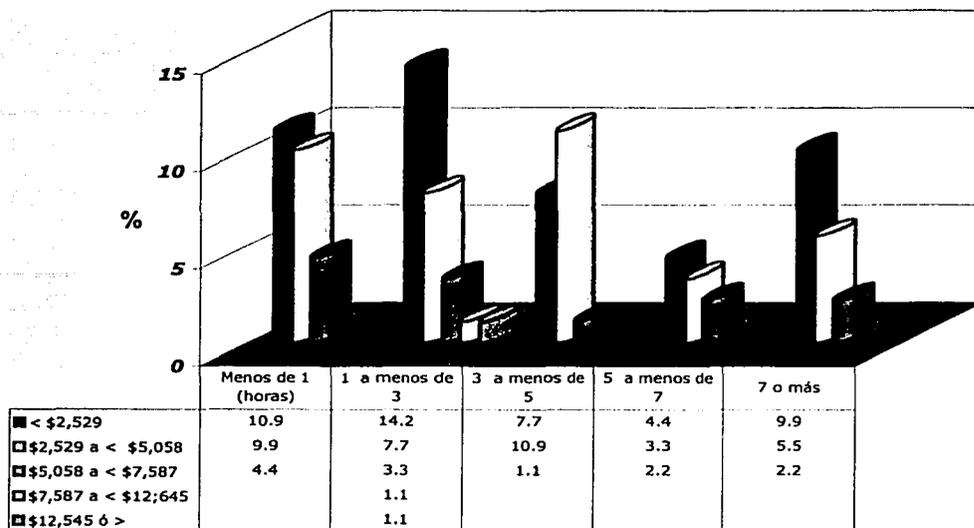
Fuente directa

Por problemas bucales el grupo con un ingreso familiar menor a \$2529 mensuales fue el que perdió 5 o más días, también por visitas al odontólogo este grupo registró 7 o más horas y 5 o más días perdidos de escuela en promedio, como se presenta en las figuras 52, 53 y 54.



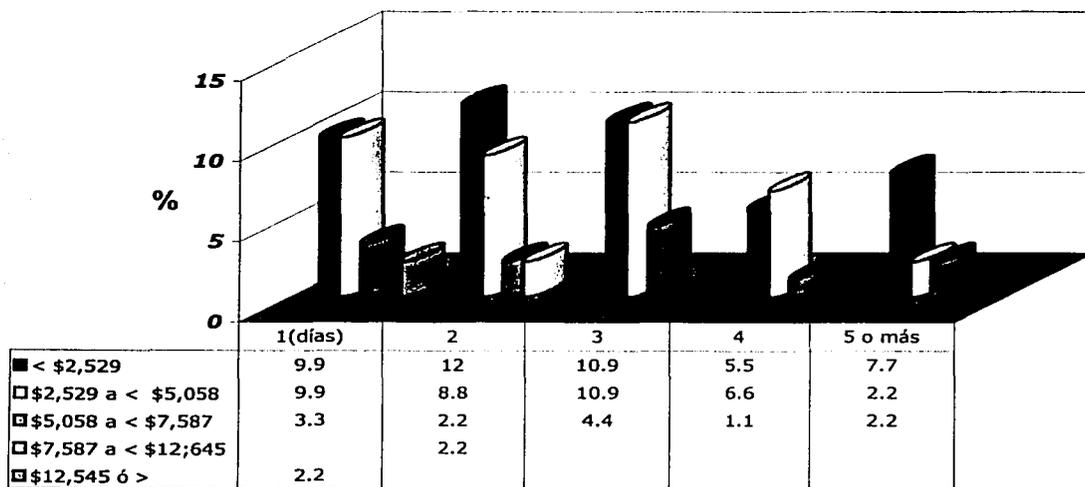
Fuente directa

Figura 52. Días perdidos de escuela por problemas de salud bucal



Fuente directa

Figura 53. Horas perdidas de escuela por visitas al odontólogo



Fuente directa

Figura 54. Días perdidos de escuela por visitas al odontólogo

El cuadro 35 muestra que la pérdida de tiempo escolar por acompañar a un familiar o amigo a sus consultas, las familias con menos recursos económicos fueron las más afectadas con el 19.3%.

Cuadro 35. Tiempo perdido por acompañar a un familiar o amigo al odontólogo relacionada con el nivel de ingreso familiar reportado por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Nivel de ingreso familiar	Si		No
	Frecuencia	Porcentaje	
Tiempo perdido por acompañar a un familiar o amigo			
< \$2,529	12	19.3	19
\$2,529 a < \$5,058	9	14.5	11
\$5,058 a < \$7,587	6	9.7	4
\$12,545 ó >			1
Total	27		35

Fuente directa

Tiempo de traslado, espera y de tratamiento

El tiempo que emplearon los pacientes en trasladarse para recibir la atención odontológica en su última cita fue de una a menos de 2 horas para la mayor parte de ellos 30.7% (n= 59) y menos de 30 minutos en el 27.6% (n=53). El tiempo que esperaron en ser atendidos considerando la última consulta fue menos de 30 minutos en el 49.5% (n=95). Una vez que eran atendidos el tiempo aproximado que requirió su tratamiento también fue menor a 30 minutos para el 40.1 % (n= 77). Las personas que perciben un ingreso mensual menor a \$2,529 son las que deben emplear más tiempo en trasladarse desde sus hogares o escuelas hasta el lugar de la atención bucal, como se muestra en el cuadro 36.

Cuadro 36. Tiempo utilizado en trasladarse relacionado con el nivel de ingreso familiar reportado por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Nivel de ingreso familiar	Tiempo de traslado % muestra "b"			
	Menos de ½ (horas)	Más de ½ menos de 1	1 a menos de 2	Más de 2
< \$2,529	10.7	11.2	18.5	5
\$2,529 a < \$5,058	14	12.3	10.1	3.3
\$5,058 a < \$7,587	4.5	3.3	3.4	0.6
\$7,587 a < \$12,645	0.6	0.6	0.6	
\$12,545 ó >		0.6	0.6	

Fuente directa

Actividades limitadas

El cuadro 37 muestra que menos de la mitad de los pacientes reportaron alguna limitación en sus actividades normales por problemas bucales 43.3% (n=74), de estos la actividad que resultó más afectada fue poder comer 54.1% y para el 23% fue poder hablar con normalidad.

Cuadro 37. Actividades limitadas reportadas por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
Actividades limitadas por problemas de salud bucal			
Sí	74	38.5	43.3
No	97	50.5	56.7
Total	171	89.1	100
Actividad que resultó más afectada			
Hablar	17	8.9	23
Comer	40	20.8	54.1
Dormir	16	8.3	21.6
Convivencia social	1	0.5	1.4
Total	74	38.5	100

Fuente directa

En el cuadro 38 se muestra que el nivel de ingreso familiar también fue un importante indicador sobre la incidencia de actividades normales limitadas, ya que las familias con menos recursos económicos fueron las más afectadas (22%).

Cuadro 38. Actividad normal limitada relacionada con el nivel de ingreso familiar reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Nivel de ingreso familiar	Sí	No
	Frecuencia	Porcentaje
Actividades limitadas		
< \$2,529	39	22
\$2,529 a < \$5,058	28	16.3
\$5,058 a < \$7,587	6	3.5
\$7,587 a < \$12,645	1	0.6
\$12,545 ó >		1
Total	74	97

Fuente directa

Tipo de tratamiento

El tipo de tratamiento que predominó durante la última cita fue de nivel terciario en el 31.8% de los entrevistados, como se muestra en el cuadro 39.

Cuadro 39 Tipo de tratamiento reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
Tipo de tratamiento recibido en la última cita			
Primario	57	29.7	32
Secundario	60	31.3	33.7
Terciario	61	31.8	34.3
Total	178	92.7	100

Fuente directa

De los pacientes que reportaron pérdida de tiempo (n=91), los que recibieron tratamiento de tipo terciario reportaron más horas 36.3% y días 35.1% de escuela perdidos, los que recibieron tratamiento a nivel primario fueron los menos afectados, como se observa en el cuadro 40.

Cuadro 40. Tiempo perdido de escuela relacionado con el tipo de tratamiento reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Tiempo perdido (horas)	Tratamiento %		
	Primario	secundario	terciario
Menos de 1	13.1	6.6	5.5
1 o menos de 3	7.7	12	7.7
3 o menos de 5	2.2	6.6	11
5 o menos de 7	2.2	3.3	4.4
7 o más	3.3	6.6	7.7
Tiempo perdido (días)			
1	11	8.8	4.4
2	7.7	13.1	3.3
3	6.6	6.6	13.1
4	3.3	3.3	6.6
5 o más		4.4	7.7

Fuente directa

Seguro de salud bucal y fuente regular de atención odontológica

El 60.4% de los participantes no contaba con seguro de salud bucal, de los que sí tenían alguna cobertura para el 88.2% se trató de seguro otorgado por el Estado y sólo el 11.8% poseía seguro privado pagado directamente por los padres o las empresas en las que laboraban los responsables de sus gastos. Los pacientes no suelen emplear los servicios prestados por los seguros (68.4%) y utilizaron principalmente el servicio brindado por escuelas de odontología (49.5%) y en segundo lugar por el odontólogo privado (29.7%), como se observa en el cuadro 41.

Cuadro 41. Cobertura de seguro de salud bucal reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
Cuenta con seguro de salud bucal			
Sí	76	39.6	39.6
No	116	60.4	60.4
Total	192	100	100
Tipo de seguro			
Seguro del Estado	67	34.9	88.2
Seguro privado pagado por la empresa donde labora	6	3.1	7.9
Seguro privado pagado por su cuenta	3	1.6	3.9
Total	76	39.6	100
Utilización del seguro para la atención bucal			
Sí	24	12.5	31.6
No	52	27.1	68.4
Total	76	39.6	100
Fuente regular de atención odontológica			
Odontólogo privado	57	29.7	29.7
Servicio público	31	16.1	16.1
Escuelas de odontología	95	49.5	49.5
Seguro privado	9	4.7	4.7
Total	192	100	100

Fuente directa

Costos de los tratamientos bucales

En el cuadro 42 y 43 se muestra que el costo de los tratamientos bucales fue asumido por el bolsillo de la familia en el 91.1%, el 4.2% fue asumido por el Estado y sólo el 4.7% fue pagado entre los seguros privados y la empresa donde laboraban los padres. La cantidad de dinero destinada para el pago de los tratamientos bucales en los 12 meses anteriores fue menor a \$500 en el 74.2%.

Cuadro 42. Persona que asume los costos de los tratamientos bucales reportada por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
Persona que asume los costos de sus tratamientos bucales			
Seguro privado	3	1.6	1.6
Su familia	175	91.1	91.1
La empresa donde labora	6	3.1	3.1
El Estado	8	4.2	4.2
Total	192	100	100

Fuente directa

Cuadro 43. Dinero destinado al pago de tratamientos bucales reportado por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

	Frecuencia	% total de la muestra "b"	% de la submuestra
\$100 a \$500	132	68.8	74.2
\$501 a \$1,000	29	15.1	16.3
\$1,001 a \$2,000	10	5.2	5.6
\$2,001 a \$4,000	6	3.1	3.4
\$4,001 ó más	1	0.5	0.6
Total	178	92.7	100

Fuente directa

Fuente regular de atención

La encuesta mostró que las personas de la muestra "b" que regularmente reciben atención odontológica en escuelas de enseñanza y en el odontólogo privado tuvieron que esperar más tiempo en ser atendidos, asimismo los que acudieron a las primeras perdieron más días de escuela debido a las consultas de atención bucal como se muestra en el cuadro 44.

Cuadro 44. Fuente regular de atención odontológica relacionada con el tiempo de espera y los días perdidos por asistir al odontólogo reportados por los pacientes de la muestra "b" menores de 14 años que demandaron atención en la FO Marzo de 2002

Fuente regular de atención %				
	Odontólogo privado	Servicio público	Escuelas de enseñanza	Seguro privado
Tiempo de espera				
Menos de 30 minutos	14	6.7	32	0.6
Más de 30 minutos a menos de 1 horas	4.5	1.7	9.5	1.7
1 horas a menos de 2 horas	5	2.8	6.2	2.2
Más de 2 horas	4.5	4	4	0.6
Días perdidos por asistir al odontólogo				
1	12	3.3	8.8	
2	7.7	3.3	12	1.1
3	4.4	4.4	16.4	1.1
4	1.1	2.2	9.9	
5 o más	1.1		11	
Fuente directa				

DISCUSIÓN



El objetivo principal de la investigación era determinar el impacto económico de las enfermedades bucales y visitas al odontólogo en pacientes que demandan atención en la Facultad de Odontología de la UNAM los principales hallazgos y resultados nos indican:

La mayoría de los individuos reportaron al momento de la entrevista haber presentado algún problema de salud bucal en los últimos 12 meses, casi la totalidad de estos pacientes asistieron al odontólogo por esta causa, sin embargo no significó que sólo asistieran por algún problema de salud bucal, ya que independientemente de presentar o no algún episodio de enfermedad más de $\frac{3}{4}$ partes de los entrevistados muestra visitaron al odontólogo. El número de visitas reportadas fue en su mayoría de 1 a 6 en el año anterior al día de la entrevista.

De la pérdida de tiempo laboral reportada, la tendencia fue mayor para visitas al odontólogo que por problemas de salud bucal. Se encontró que la mayoría perdió un día de trabajo o de escuela completo por problemas de salud bucal así como por visitas al odontólogo. En la entrevista de personas mayores de 15 años, un estudio en 1985⁽²⁾ encontró que se perdían 1.5 días, de igual forma otro estudio⁽¹²⁾ mencionó 1.7 días perdidos de trabajo por visitas al odontólogo.

Es importante hacer notar que esta pérdida también se puede traducir en horas, sólo por visitas al odontólogo, ya que a pesar de haber reportado tiempo perdido en días de trabajo y escuela sólo emplearon cierto número de horas. El número de horas perdidas de trabajo para la mayor parte fue de tres a menos de cinco, para aquellos cuya actividad principal era estudiar representó de una a menos de tres horas perdidas. Esto coincidió con estudio⁽³⁷⁾ el cual reportó 4.8 horas perdidas por persona.

Los investigaciones^(3,12) estimaron que en la población empleada la proporción de pérdida de días de trabajo varía del 15 a 35%, esta muestra experimento el 32.4% de pérdida por visitas al odontólogo. Asimismo, Reisine⁽³⁷⁾ demostró en su estudio que el 24.4% de la muestra final se ausentó del trabajo.

Es importante identificar los grupos que tienen mayor tendencia a tales pérdidas (edad, género), por problemas de salud bucal, los de menor edad presentaron una mayor tendencia, siendo 30 de cada 100 personas las afectadas. Por visitas al odontólogo el reporte de pérdida se incrementó con la edad, hasta alcanzar los 51 años donde comienza a disminuir. Existe una pequeña coincidencia con el estudio de Gift⁽¹²⁾ en el que las personas mayores de 65 años son las que menos perdieron tiempo. Es obvio que la mayor pérdida de días escolares ocurrió en la población más joven, es notable que las personas comprendidas en otros grupos de edad también perdieron tiempo de escuela por ambas causas.

Esto tiene una importante relación con las condiciones socioeconómicas, las mujeres perdieron significativamente más tiempo durante el año anterior que los hombres en todas las categorías, las personas con nivel educativo menor tuvieron una mayor pérdida de tiempo de trabajo, tanto por problemas bucales como por visitas al odontólogo, siendo 26 y 60 de cada 100 las personas afectadas respectivamente.

En lo que respecta al tiempo perdido de escuela se observa una mayor proporción a nivel de licenciatura debido a que la mayor parte de encuestados cuya actividad principal era estudiar tenían edades que correspondían al nivel superior. Los más desfavorecidos económicamente con ingresos menores a cuatro salarios mínimos resultaron más afectados tanto laboral como escolarmente. Las personas casadas experimentaron más tiempo perdido de trabajo que otro estado civil por las causas mencionadas. Al observar el comportamiento en una población de 100 personas los viudos estarían más predispuestos a perder tiempo. Sin embargo en la población es mayor el número de individuos casados que de viudos.

Por problemas de salud bucal las personas dedicadas al hogar tuvieron un mayor impacto en la pérdida de sus actividades. El grupo de obreros, empleados o comerciantes perdió más tiempo por visitas al odontólogo. La observación de los grupos ocupacionales exhiben que las políticas de las empresas pueden ser variadas en cuanto al otorgamiento de días de incapacidad laboral por enfermedades. Los profesionistas posiblemente tengan una mayor autonomía en sus trabajos al decidir en que momento acudir al odontólogo.

No se encontró una significativa diferencia con lo mencionado en otras investigaciones. ^(3,12,37) En lo que respecta a las condiciones sociodemográficas desfavorables las mujeres, los más jóvenes, los de menor ingreso, con menor nivel educativo, los obreros y sin cobertura por seguros de salud bucal perdieron más tiempo de trabajo por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo. Posiblemente, las barreras financieras y las necesidades percibidas influyen en la extensión y la magnitud del impacto económico que tienen estas pérdidas para la sociedad.

No sólo se encontró pérdida de tiempo por las visitas al odontólogo del encuestado, sino que también se advirtió una significativa pérdida de tiempo por acompañar a algún familiar o amigo. Es notable que hubo una mayor pérdida de trabajo por acompañar a alguna persona que el que se perdió de escuela por problemas de salud bucal y visitas al odontólogo en la encuesta de personas mayores de 15 años. Esto se tradujo en la pérdida de un día laboral o la utilización de una a menos de tres horas. Para el caso de los estudiantes la pérdida fue de un día o menos de una hora. Se observó que se pierde un poco más de tiempo de trabajo, presumiblemente porque de ellos dependen otras personas.

Asimismo, se encontraron individuos que no visitaron al odontólogo en el último año o que nunca lo habían hecho (23.6% del total n=138), Las 2 principales razones que mencionaron fue el no necesitar atención y el miedo. El costo de los tratamientos es también un motivo importante por el cual los pacientes no asisten al odontólogo con regularidad. Sólo una mínima proporción de los pacientes reportó no asistir a sus consultas por no querer perder tiempo de trabajo o escuela, sin embargo estas personas sí experimentaron pérdida de tiempo por acompañar a otra persona al odontólogo (tiempo de trabajo 46.6 % n=42 y tiempo de escuela 11% n=2).

Una explicación de la pérdida de tiempo de trabajo puede deberse al tiempo que los pacientes esperaron en ser atendidos, pues fue mayor al compararlo con el tiempo de traslado y el tiempo que requirió el tratamiento; caso contrario ocurrió con el tiempo perdido de escuela, donde el tiempo de traslado fue mayor que los otros dos.

A pesar de que la encuesta fue aplicada en la clínica de admisión de la Facultad, un poco más de la mitad de los pacientes mencionaron haber asistido al odontólogo privado como forma regular de atención, sólo el 1% utilizó los servicios del seguro privado. La proporción de pérdida de tiempo de trabajo fue la más alta tanto para las personas que asistieron al odontólogo privado como las para las que lo hicieron en las escuelas de enseñanza, no ocurrió lo mismo para el tiempo de escuela, puesto que la mayor pérdida de tiempo se presentó para los que asistieron al odontólogo privado únicamente.

Las personas que utilizaron más tiempo de espera en ser atendidas en su última cita fueron las que acudieron al odontólogo privado y a las escuelas de enseñanza. Los que asisten a esta última invirtieron un mayor tiempo de traslado y para recibir su atención odontológica. Los pacientes con condiciones económicas más desfavorables pueden tener limitadas las opciones de transporte y por tanto requieren de más tiempo en llegar al consultorio.

Otra forma de valorar el impacto de los problemas de salud bucal es la limitación en las actividades normales de los pacientes. Este estudio reveló que el 32.5% (n=190) tuvo algún tipo de limitación, la que manifestaron ver más afectada fue poder comer, seguida por la capacidad de hablar y dormir; la convivencia social y el practicar alguna actividad deportiva fueron las menos mencionadas posiblemente porque los problemas de salud bucal al ser condiciones generalmente agudas no comprometen tanto estas actividades como las funciones propias de la cavidad bucal.

Las condiciones sociodemográficas tienen de igual forma relación con la limitación de las actividades, la gente más joven, de género femenino, casados, cuya actividad principal fue ser obrero, empleado o comerciante, con un nivel de estudios hasta el bachillerato y con un ingreso menor a dos salarios mínimos al mes reportaron ver más afectadas sus actividades diarias.

La encuesta mostró que las personas que recibieron tratamientos de tipo terciario en su última cita, manifestaron una mayor pérdida laboral y escolar, al contrario de lo ocurrido con los tratamientos de tipo preventivo (primario). Esto hace resaltar que los pacientes que tienen una disposición a la prevención y al cuidado bucal están menos predispuestos a presentar problemas bucales y la necesidad de tratamientos que involucran múltiples y/o tediosas citas.

Poco más de la mitad de los individuos al momento de la entrevista contaban con algún tipo de seguro que cubría los costos de atención bucal. Casi la totalidad de los seguros eran provistos por el Estado. Es notable que apenas el 8.4% lo utilizó para recibir atención odontológica. Los costos por tratamientos bucales fueron cubiertos en la mayoría de los casos por el bolsillo del paciente o por su familia (96.1%) y el Estado sólo contribuyó 1.4% de los gastos.

El 74.8% reportó haber gastado menos de \$1000 por sus tratamientos en el año anterior y sólo el 5.1% reportó haber gastado más de \$4000 pesos. El costo del tratamiento bucal fue una de las principales razones por las cuales los padres de familia no habían llevado a sus hijos a visitas al odontólogo o nunca lo habían hecho.

La pérdida en días por problemas bucales agudos para los menores de 14 años con menores ingresos fue relativamente cercana a la encontrada en el *NHIS* de 1989⁽¹²⁾ que reportó 1.3 días en promedio comparados con los dos días de labores escolares mostradas en este estudio. En horas perdidas el porcentaje fue de 1.9 en el *NHIS*, que se ubica dentro del rango presentado en esta investigación con una a menos de tres horas en la mayoría de los encuestados. Ese mismo estudio mostró que los menores de 14 años con mayores ingresos perdieron más tiempo de escuela por problemas de salud bucal pero los hallazgos en la Facultad de Odontología mostraron el caso contrario. Se podría especular que esos niños no tienen opciones de trasporte durante el día y que su situación económica provoca que demanden atención en instituciones públicas donde el tiempo requerido es mayor. Similarmente, aquellos en tratamiento terciario u otros tratamientos que requieren múltiples visitas (ortodóntico), están más predispuestos a tomar algún tiempo de la escuela.

Cuando se considera a los menores de 14 años con tiempo perdido la carga fue mayor, en términos de promedio de horas, para los hombres, de bajo ingreso familiar y aquellos sin seguro (probablemente aquellos cuyas necesidades de tratamiento se habían acumulado).

La información epidemiológica indica que la necesidad de tratamiento es mucho mayor entre las minorías y los niños de menor nivel socioeconómico, particularmente adolescentes⁽¹²⁾, esto último no coincidió con los resultados de la presente investigación, ya que los niños entre los tres y seis años fueron los más afectados.

El porcentaje de niños que reportó pérdida de tiempo por acompañar a algún familiar o amigo al odontólogo 14.1%(n=27) significó de una a menos de tres horas y por lo menos la pérdida de un día entero de sus actividades, es notable que esta proporción fue mayor que para los problemas de salud bucal.

Los grupos de bajo ingreso padecen de una distribución desproporcionada de enfermedades bucales que requieren tratamiento y como se observó, la menor pérdida de tiempo se dio en los que utilizaban los tratamientos de tipo primario.

La mayoría de los pacientes pagaron menos de \$500 por sus tratamientos, asimismo los resultados sugieren que los costos relativamente reducidos por los servicios odontológicos brindados en las escuelas de enseñanza pueden mejorar la condiciones de salud bucal, especialmente para la población menor de 30 años que fue la que se presentó en mayor proporción y sobre todo para aquellos grupos con salud bucal más pobre y vulnerable económicamente.

Los niños emplearon más tiempo (de una a menos de 2 horas) en trasladarse hasta el lugar de la atención que los adultos (más de 30 minutos a menos de 1 horas), posiblemente porque estos últimos no dependen de nadie para transportarse a otro lugar, pero en contraste perdieron más tiempo en esperar y en recibir el tratamiento.

El reporte sobre la incapacidad para comer, dormir o hablar, muestra que las condiciones bucales afectan la calidad de vida de los pacientes, y en algunos casos se asoció a cambios en el comportamiento normal, como el deseo disminuido de convivir e interactuar con otros socialmente, conversar (ó reírse) y otras respuestas negativas de interacción como es el caso del deporte o el juego en los niños, lo que coincidió con el reporte de otras investigaciones⁽¹²⁾ lo cual, clarifica que los problemas de salud bucal y el dolor asociado alteran la perspectiva funcional y social del individuo.

Los hombres perdieron significativamente más tiempo de la escuela durante el año anterior que las mujeres por consultas odontológicas y problemas bucales en el año anterior, caso contrario al registrado en otros estudios^(3,12) en los cuales, las mujeres se vieron significativamente más afectadas. Los días de actividad perdida fueron más comunes en los niños que entre los mayores de 15 años con reporte de pérdida escolar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



Es necesaria una observación más detallada desde el punto de vista económico sobre el tiempo productivo perdido por las consultas odontológicas para determinar si este pudiera reducirse mediante la prestación del servicio en horas en las que tradicionalmente no se trabaja ni estudia.

Si la comunidad se basa en la prevención mediante el tipo de tratamiento primario, podría mejorar la falta de equidad en los sectores vulnerables. Es necesario el desarrollo de iniciativas que mejoren el estado y el acceso de salud bucal de esta población. La odontología primaria debe dirigirse a los servicios de salud comunitarios, fluoración del agua, a las áreas con mayor escasez de servicios y al fortalecimiento de las campañas de higiene oral, entre otras.

Puede esperarse una mejora significativa en la salud bucal si la cobertura de los seguros de atención pudiera extenderse a los miles de niños, jóvenes y adultos que no lo poseen o que no lo utilizan por las deficiencias en la prestación del servicio. Los datos presentados coinciden con los estudios en los que se demostró que las personas sin seguro padecen de más horas perdidas.

Los adultos y padres de familia de clase socioeconómica más baja probablemente tienen una orientación o planeación menor, comparada con los individuos de grupos económicos medios o superiores. La evidencia sugiere que las percepciones de necesidad varían según la clase socioeconómica tanto para atención como utilización. Los individuos de nivel socioeconómico menor frecuentemente recurren a la automedicación y remedios caseros para evitar la atención profesional, mientras que los individuos de mayor nivel socioeconómico se comprometen con la atención y cuidado profesional. Son necesarias investigaciones más profundas para examinar estas hipótesis.

Estos análisis han producido evidencia exploratoria sobre el impacto social de los problemas bucales y las consultas odontológicas en grupos socioeconómicos seleccionados. Los resultados proveen las bases para análisis posteriores sobre el conjunto y los efectos relativos de las variables sociodemográficas en las medidas de impacto social. Comparaciones adicionales de esta información respecto a las incapacidades a corto plazo asociadas con las condiciones odontológicas agudas, proveerán información valiosa sobre la estimación introducida a través de la redacción del cuestionario utilizado en esta investigación. Temas metodológicos adicionales provenientes de estos análisis sugieren la necesidad de estudiar el impacto social de las enfermedades bucales dentro de un diferente diseño de investigación. El entendimiento creciente del impacto social puede requerir alguna otra estrategia de investigación, tal y como un examen más profundo en la escuela, el trabajo o reportes de seguros. Alternativamente el mejoramiento en el entendimiento del impacto social puede ser mucho mejor alcanzado dirigiendo la investigación a otros grupos socioeconómicos seleccionados.

La integración de medidas clínicas bucales y médicas con medidas psicológicas, demográficas, socioeconómicas y de impacto social podrían iluminar los mecanismos que subyacen en las diferencias de salud bucal encontrados en los exámenes de población.

Un aspecto fundamental es promover la utilización de medidas de salud tanto sociales como clínicas, un ejemplo claro de la limitación que puede provocar el uso aislado de indicadores clínicos como el CPO que le da el mismo valor a una superficie cariada, perdida u obturada pues la pérdida de un diente anterior tiene el mismo valor dentro de este índice que cuatro superficies obturadas en un diente posterior sin tomar en cuenta las repercusiones sociales que trae para el individuo. ¿Podemos decir realmente, en esta instancia, que la pérdida de un diente es equiparable a un diente obturado? Por tanto la evaluación económica requiere una consideración cardinal al evaluar qué tan bien o mal está clínica y socialmente y no en una escala ordinal que nos indica, por ejemplo, si un diente está obturado o perdido.

REFERENCIAS



1. Nava R, Martínez M, Orozco E, Pérez L, Rangel A. Salud del adulto en el trabajo. En: Barquín M. y cols. Sociomedicina. Salud Pública-Medicina Social. 4ª ed. México, D.F.: Méndez Editores; 1994. p. 531-65.
2. Reisine S. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *Am J Public Health* 1985; 75:27-30.
3. Reisine S, Locker D. Socio, psychological and economic impacts of oral conditions and treatments. In: Cohen L, Gift H, editors. Disease prevention and oral health promotions. Socio-dental sciences in action. Copenhagen: Munksgaard-FDI; 1995. p. 32-71.
4. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD. editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 11-23.
5. Yule B, Van Amerongen B, Van Schaik M. The economics and evaluation of dental care and treatment. *Soc Sci Med* 1986; 22(11):1131-9.
6. Fermain A. Clinical practice of the future: the future of dentistry; *NY State Dent J* 2001; 67:30-7.
7. Diehnelt D, Kiyak H. Socioeconomic factors that affect international caries levels. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:226-33.
8. Health Conditions in the Americas. 1990 Edition. vol I. Washington, D.C.: PAHO Scientific Publication No 524; 1990.
9. Hernández P, Zurita B, Ramírez R, Álvarez F, Cruz C. Las cuentas nacionales de salud. En: Frenk J. Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1997. p. 119-37.
10. Lozano R, González-Block M y cols. En : Frenk J. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México Informe final. México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1994.
11. Evans R. Implications of dental disease an economist's perspective. *J Canad Dent Assn.* 1980; 46: 56-8.
12. Gift H, Reisine S, Larach D. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 1992; 82:1663-8.
13. Cohen L. The emerging field of oral health related quality of life outcomes research. In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Department of Dental ecology school of dentistry. University of North Carolina; 1997. p. 1-10.
14. Sheiham A, Cushing A, Maizels J. The social impacts of dental disease. In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: Dental ecology. University of North Carolina; 1997. p. 47-56.

15. Reisine S. Oral health and the sickness impact profile. In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 57-64.
16. Dolan T, Gooch B. Dental health questions from the Rand health insurance study. In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 65-70
17. Atchison K. The general oral health assessment index. In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 71-80.
18. Strauss R. The dental impact profile. In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 81-92.
19. Slade G. The oral health impact profile. In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 93-104.
20. Locker D. Subjective oral health status indicators. In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 105-112.
21. Kressin N. The oral health related quality of life measure (OHQOL). In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 113-120.
22. Leao A, Sheiham A. The dental impact on daily living. In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 121-134.
23. Coronell J, Saunders M, Paunovich E. Oral health quality of life inventory (OJ-QoL). In: Slade GD. editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 135-150.
24. Feldman R, Alman J, Muench M, Chauncey H. Longitudinal ability and masticatory function of human dentition. *Gerontology* 1984; 3:107-13.
25. Carlsson G. Masticatory efficiency: the effect of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation. *Int Dent J.* 1984; 34: 93-7.
26. Hogenius S, Berggren U. Demographical odontological and psychological variables in individuals referred for osseo-integrated dental implants. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 224-8.
27. Gregory M, Murphy W, Watson C, Reeve P. A clinical study of the branemark dental implant system. *Br Dent J* 1990; 168: 18-23.
28. Kent G, Johns R. A controlled longitudinal study on the psychological effects of osseo integrated dental implants. *D Int J Oral Maxillofac Implants* 1991; 6: 470-4.

29. Lipton J, Ship J, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of report of facial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993; 124:115-21.
30. Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a male survey. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15:169-72.
31. Rugh J, Solberg W. Oral health status in the United States. Temporomandibular disorders. *J Dent Educ* 1985; 49: 398-405.
32. Atchison K, Dolan T. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ* 1990; 54:680-7.
33. Slade G, Spencer A. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Comm Dent Health* 1994; 11:3-11.
34. Shaw W. The influence of childrens dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. *Am J Orthod* 1981; 79: 399-415.
35. Shaw W, Rees G, Dawe M, Charles C. The influence of dentofacial appearance of the social attractiveness of young adults. *Am J Orthod* 1985; 87: 21-6.
36. Hollister M, Weintraub J. The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. *J Dent Educ* 1993; 57:901-12.
37. Reisine S, Miller J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. *Soc Sci Med* 1985; 21:1309-14.
38. Reisine S. Dental disease and work loss. *J Dent Res* 1984; 63:1158-61.
39. Reisine S. The economic, social and psychological impact of oral health conditions, diseases and treatments. In: Cohen LK, Bryant PS, editors. *Social sciences and dentistry A critical bibliography (Vol II)*. Quintessence Publishing Co. on behalf of Fédération dentaire Internationale. 1984. p. 387-425 1986. p. 406-28.
40. Aljermion J, Henry J, Allukian M. Implications of Access, utilization and need for oral health care by low income groups and minorities on the dental delivery system. *J of Dent Educ* 1993; 57:888-900.
41. Sivaneswaran S, Taylor R, Lazarus R. Cost of dental services provided in private general practice for an insured population in New South Wales, Australia. *Comm Dent Health* 2000; 17:246-53.
42. Ide R, Mizoue T, Ikeda M, Yoshimura T. Evaluation of oral health promotion in the workplace : the effects of dental care costs and frequency of dental visits. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:213-9.
43. Farill M. Una hipótesis: Las enfermedades bucales como factor de pérdidas económicas en México. *ADM* 1977; 34:346-8.

ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Anexo 1

El presente cuestionario tendrá la finalidad de evaluar el impacto económico que pueden ocasionar las enfermedades bucales, la información que se requiera será estrictamente de carácter confidencial y su uso será únicamente para los fines de este estudio.

Las preguntas que se le realizarán tomarán en cuenta los doce meses anteriores a su ingreso en esta clínica

Dentro de la encuesta incluimos temas como trabajo (incluye labores del hogar) y escuela, usted puede pertenecer a uno o a los dos grupos.

Cuestionario a personas mayores de 15 años

1. Edad

- a) 15 a 30 años
- b) 31 a 40 años
- c) 41 a 50 años
- d) 51 a 60 años
- e) 60 años o más

3. Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Divorciado
- e) Unión libre

4. Ocupación

- a) Hogar
- b) Estudiante
- c) Obrero, empleado o comerciante
- d) Profesionista
- e) Desempleado

5. Nivel educativo

- a) Ninguno
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Licenciatura o mayor

2. Género

- a) Masculino
- b) Femenino

6. Nivel de Ingreso

*salarios mínimos vigentes al mes según el área geográfica A

- a) **Menos de 2** (menos de \$2,529)
- b) **De 2 a menos de 4** (de \$2,529 a menos de \$5,058)
- c) **De 4 a menos de 6** (\$5,058 a menos de \$7,587)
- d) **De 6 a menos de 10** (\$7,587 a menos de \$12,645)
- e) **10 o más** (\$12,645 o más)

II Parte Bucal

7. ¿Durante los últimos doce meses ha presentado algún problema bucal? (Dolor, infecciones, inflamación o sangrado de las encías, pérdida de dientes por caries o accidentes, cáncer bucal, trastornos de la articulación temporomandibular, maloclusión)

- a) Sí (ir a la 9)
- b) No (ir a la 10)

8. ¿Este problema ocasionó que usted fuera al odontólogo?

- a) Sí (ir a la 11)
- b) No (ir a la 12)

9. A pesar de que no presentó ningún problema bucal ¿durante los últimos doce meses visitó al odontólogo? (incluido todo tipo de odontólogos como ortodoncistas , cirujanos bucales y cualquier otro tipo de especialistas así como de práctica general)?

- a) Sí (ir a la 11)
- b) No (ir a la 12)

10. ¿Cuántas visitas realizó?

- a) 1-3
- b) 4-6
- c) 7-10
- d) 11-13
- e) 13 o más

11. ¿Aproximadamente hace cuánto tiempo fue su última visita al odontólogo (sin considerar el inicio de su atención en esta clínica)?

- a) Un año o menos de dos años
- b) Dos años o menos de tres años
- c) Tres años o menos de cuatro años
- d) Cuatro años o más
- e) Nunca

12. ¿Cuáles fueron las razones por las que no había visitado al odontólogo o nunca se había atendido?

Puede marcar más de una opción:

- a) Miedo
- b) No necesitaba atención
- c) Costo
- d) No conocía ningún Odontólogo
- e) El odontólogo estaba muy lejos

13.

- a) No me podía trasladar hasta ahí
- b) Edéntulo (No tengo dientes)
- c) No me es importante, no había pensado en ello
- d) No quería perder tiempo de escuela
- e) No quería perder tiempo del trabajo

IV Pérdida de trabajo (Incluye labores del hogar)

*Si usted no trabaja pero sí estudia pase a la pregunta 25

*Si usted no trabaja ni estudia pase a la pregunta 33

14. ¿Durante los últimos doce meses perdió tiempo del trabajo debido a PROBLEMAS BUCALES?

- a) Sí (Ir a la 16)
- b) No (Ir a la 17)

15. ¿Cuánto tiempo perdió debido al problema bucal?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

16. ¿Durante los últimos doce meses perdió tiempo del trabajo debido a VISITAS AL ODONTÓLOGO?

- a) Sí (Ir a la 18)
- b) No (Ir a la 20)

17. ¿Cuánto tiempo en horas perdió debido a las visitas al odontólogo?

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más

18. ¿Esto cuanto significo en días que asistió al odontólogo?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

19. ¿Durante los últimos doce meses ALGÚN FAMILIAR presentó un PROBLEMA BUCAL? (Dolor, infecciones, inflamación o sangrado de las encías, pérdida de dientes por caries o accidentes, cáncer bucal, trastornos de la articulación temporomandibular, maloclusión)

- a) Sí (Ir a la 21)
- b) No (Ir a la 22)

20. ¿Este problema ocasionó que esta persona fuera al odontólogo?

- a) Sí (Ir a la 23)
- b) No (Ir a la 22)

21. A pesar de que no presentó ningún problema bucal ¿durante los últimos doce meses algún familiar VISITÓ AL ODONTÓLOGO? (Incluido todo tipo de odontólogos como ortodoncistas , cirujanos bucales y cualquier otro tipo de especialistas así como de práctica general)

- a) Sí
- b) No

22. ¿Durante los últimos doce meses perdió tiempo de trabajo por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo?

- a) Si (Ir a la 24)
- b) No (Ir a la 26)

23. ¿Cuánto tiempo perdió en horas por acompañar a un familiar o amigo a las visitas al odontólogo?

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más

24. ¿Esto cuánto significo en días que acompañó a un familiar o amigo al odontólogo?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

V Pérdida de horas-días de escuela

*Si usted no estudia pase a la pregunta 33

25. ¿Durante los últimos doce meses perdió tiempo de escuela debido a PROBLEMAS BUCALES?

- a) Sí (Ir a la 27)
- b) No (Ir a la 28)

26. ¿Cuánto tiempo perdió debido al problema bucal?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

27. ¿Durante los últimos doce meses perdió tiempo de escuela debido a VISITAS AL ODONTÓLOGO?

- a) Sí (Ir a la 29)
- b) No (Ir a la 31)

28. ¿Cuánto tiempo perdió debido a las visitas al odontólogo?

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más

29. ¿Esto cuanto significo en días que asistió al odontólogo?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

30. ¿Durante los últimos doce meses perdió tiempo de escuela por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo?

- a) Sí (Ir a la 32)
- b) No (Ir ala 34)

31. ¿Cuánto tiempo perdió por acompañar a un familiar o amigo a las visitas al odontólogo?

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más

32. ¿Esto cuánto significó en días?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

VI Clasificación del Tiempo perdido

33. ¿Cuánto tiempo utilizó en trasladarse para recibir la atención del odontólogo en su última cita?

- a) Menos de 30 minutos
- b) Más de 30 minutos a menos de 1 hora
- c) 1 hora a menos de 2 horas
- d) Más de 2 horas

34. ¿Cuánto tiempo esperó en ser atendido por el odontólogo en su última cita?

- a) Menos de 30 minutos
- b) Más de 30 minutos a menos de 1 hora
- c) 1 hora a menos de 2 horas
- d) Más de 2 horas

35. ¿Cuánto tiempo requirió su tratamiento en la última cita?

- a) Menos de 30 minutos
- b) Más de 30 minutos a menos de 1 hora
- c) 1 hora a menos de 2 horas
- d) Más de 2 horas

VII Actividades limitadas

36. ¿En los últimos doce meses vio sus actividades normales limitadas, tales como hablar, comer, dormir, tiempo de esparcimiento (cine, deporte etc), convivencia social, jugar, etc. por problemas de su salud bucal?

- a) Sí (Ir a la 38)
- b) No (Ir a la 39)

37. ¿Cuál fue la actividad normal que se vio más afectada?

- a) Hablar
- b) Comer
- c) Dormir
- d) Convivencia social
- e) Jugar o hacer deporte

VII Tratamientos

38. En caso de sí haber visitado al odontólogo, ¿qué tipo de tratamiento recibió?

- a) Primario (Cuidado de mantenimiento o servicios preventivos, sólo incluyendo examen, rayos X y/o profilaxis).
- b) Secundario (servicios restaurativos, tales como simples obturaciones o coronas en adición a los servicios preventivos).
- c) Terciario (Servicios como endodoncia, cirugía periodontal, prótesis fija y removible y cirugía bucal en adición a los servicios secundarios).

IX Pago de atención bucal

39. ¿Cuenta usted con seguro de salud bucal privado o del estado (IMSS, ISSSTE, PEMEX)?

- a) Sí (Ir ala 41)
- b) No (Ir ala 43)

40. ¿Qué tipo de seguro es?

- a) Seguro del estado (IMSS, ISSSTE, PEMEX)
- b) Seguro Privado pagado por la empresa donde labora
- c) Seguro Privado pagado por su cuenta

41. ¿Utiliza este seguro?

- a) sí
- b) no

42. ¿Cuál es su fuente regular de atención odontológica?

- a) Odontólogo privado
- b) Servicio público
- c) Escuelas de enseñanza odontológica (UNAM, UAM, UNITEC)
- d) Seguro privado

43. ¿Quién asume el costo de sus tratamientos bucales?

- a) Usted mismo pero NO cuenta con seguro privado
- b) Usted mismo pero cuenta con seguro privado
- c) Su familia (Ir a la 46)
- d) La empresa donde labora
- e) El estado

44. El gasto que realiza ¿es sólo el de usted o para su familia?

- a) El de Usted
- b) El de su familia

45. ¿Qué cantidad aproximada de dinero destinó para el pago de sus tratamiento bucales en los últimos 12 meses?

- a) \$ 100 a \$ 500
- b) \$ 501 a \$1,000
- c) \$1,001 a \$2,000
- d) \$2,001 a \$4000
- e) \$4,001 o más



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DE

FACULTAD

ODONTOLOGÍA

El presente cuestionario tendrá la finalidad de evaluar el Impacto económico que pueden ocasionar las enfermedades bucales, la Información que se requiera será estrictamente de carácter confidencial y su uso será únicamente para los fines de este estudio.

Las preguntas que se le realizarán serán tomando en cuenta los doce meses anteriores a su Ingreso a esta clínica. Dentro de la encuesta Incluímos temas como trabajo (incluye labores del hogar) y escuela, usted puede pertenecer a uno o a los dos grupos.

Cuestionario a menores de 14 años de edad aplicado a cualquier acompañante mayor de 15 años
1. Edad

- a) 0 a menos de 3 años
- b) de 3 a menos de 6 años
- c) de 6 a menos de 9 años
- d) de 9 a menos de 12 años
- e) de 12 a menos de 15 años

2. Género

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Ocupación

- a) Hogar
- b) Estudiante

4. Nivel de Ingreso familiar

*salarios mínimos vigentes al mes según el área geográfica A

- a) Menos de 2 (menos de \$2,529)
- b) De 2 a menos de 4 (de \$2,529 a menos de \$5,058)
- c) De 4 a menos de 6 (\$5,058 a menos de \$7,587)
- d) De 6 a menos de 10 (\$7,587 a menos de \$12,645)
- e) 10 o más (\$12,645 o más)

II Parte Bucal

5. ¿Durante los últimos doce meses ha presentado algún problema bucal? (Dolor, infecciones, inflamación o sangrado de las encías, pérdida de dientes por caries o accidentes, cáncer bucal, trastornos de la articulación temporomandibular, maloclusión)

- a) Sí (Ir a la 5)
- b) No (Ir a la 6)

6. ¿Este problema ocasionó que usted fuera al odontólogo?

- a) Sí (Ir a la 7)
- b) No (Ir a la 8)

7. A pesar de que no presentó ningún problema bucal ¿durante los últimos doce meses visitó al odontólogo? (Incluido todo tipo de odontólogos como ortodoncistas, cirujanos bucales y cualquier otro tipo de especialistas así como de práctica general)?

- a) Sí (Ir a la 7)
- b) No (Ir a la 8)

8. ¿Cuántas visitas realizó?

- a) 1-3
- b) 4-6
- c) 7-10
- d) 11-13
- e) 13 o más

9. ¿Aproximadamente hace cuánto tiempo fue su última visita al odontólogo (sin considerar el inicio de su atención en esta clínica)?

- a) Un año o menos de dos años
- b) Dos años o menos de tres años
- c) Tres años o menos de cuatro años
- d) Cuatro años o más
- e) Nunca

10. ¿Cuáles fueron las razones por las que no había visitado al odontólogo o nunca se había atendido?

Puede marcar más de una opción:

- a) Miedo
- b) No necesitaba atención
- c) Costo
- d) No conocía ningún Odontólogo
- e) El odontólogo estaba muy lejos

11.

- a) No me podía trasladar hasta ahí
- b) Edéntulo (No tengo dientes)
- c) No me es importante, no había pensado en ello
- d) No quería perder tiempo de escuela

V Pérdida de escuela

*Si usted no estudia pase a la pregunta 34

12. ¿Durante los últimos doce meses perdió tiempo de escuela debido a PROBLEMAS BUCALES?

- a) Sí (ir a la 12)
- b) No (ir a la 13)

13. ¿Cuánto tiempo perdió debido al problema bucal?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

14. ¿Durante los últimos doce meses perdió tiempo de escuela debido a VISITAS AL ODONTÓLOGO?

- a) Sí (ir a la 14)
- b) No (ir a la 16)

15. ¿Cuánto tiempo perdió debido a las visitas al odontólogo?

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más

16. ¿Esto cuanto significo en días que asistió al odontólogo?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

17. ¿Durante los últimos doce meses ALGÚN FAMILIAR presentó un PROBLEMA BUCAL? (Dolor, infecciones, inflamación o sangrado de las encías, pérdida de dientes por caries o accidentes, cáncer bucal, trastornos de la articulación temporomandibular, maloclusión)

- a) Sí (ir a la 18)
- b) No (ir a la 17)

18. A pesar de que no presentó ningún problema bucal ¿durante los últimos doce meses algún familiar VISITÓ AL ODONTÓLOGO? (Incluido todo tipo de odontólogos como ortodoncistas , cirujanos bucales y cualquier otro tipo de especialistas así como de práctica general)

- a) Sí
- b) No

19 ¿Este problema ocasionó que esta persona fuera al odontólogo?

- a) Sí
- b) No

20. ¿Durante los últimos doce meses perdió tiempo de escuela por acompañar a algún familiar o amigo a visitas al odontólogo?

- a) Sí (ir a la 20)
- b) No (ir ala 22)

21 ¿Cuánto tiempo perdió por acompañar a un familiar o amigo a las visitas al odontólogo?

- a) Menos de 1 hora
- b) 1 hora o menos de 3 horas
- c) 3 horas o menos de 5 horas
- d) 5 horas o menos de 7 horas
- e) 7 horas o más

22. ¿Esto cuánto significó en días?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) 4 días
- e) 5 días o más

VI Clasificación del Tiempo perdido

23. ¿Cuánto tiempo utilizó en trasladarse para recibir la atención del odontólogo en su última cita?

- a) Menos de 30 minutos
- b) Más de 30 minutos a menos de 1 hora
- c) 1 hora a menos de 2 horas
- d) Más de 2 horas

24. ¿Cuánto tiempo esperó en ser atendido por el odontólogo en su última cita?

- a) Menos de 30 minutos
- b) Más de 30 minutos a menos de 1 hora
- c) 1 hora a menos de 2 horas
- d) Más de 2 horas

25. ¿Cuánto tiempo requirió su tratamiento en la última cita?

- a) Menos de 30 minutos
- b) Más de 30 minutos a menos de 1 hora
- c) 1 hora a menos de 2 horas
- d) Más de 2 horas

VII Actividades normales restringidas

26. ¿En los últimos doce meses vio sus actividades normales limitadas, tales como hablar, comer, dormir, tiempo de esparcimiento (cine, deporte etc), convivencia social, jugar, etc. por problemas de su salud bucal?

- a) Sí (ir a la 26)
- b) No (ir a la 27)

27. ¿Cuál fue la actividad normal que se vio más afectada?

- a) Hablar
- b) Comer
- c) Dormir
- d) Convivencia social
- e) Jugar o hacer deporte

VII Tratamientos

28. En caso de sí haber visitado al odontólogo, ¿qué tipo de tratamiento recibió?

- a) Primario (Cuidado de mantenimiento o servicios preventivos, sólo incluyendo examen, rayos X y/o profilaxis).
- b) Secundario (servicios restaurativos, tales como simples obturaciones o coronas en adición a los servicios preventivos).
- c) Terciario (Servicios como endodoncia, cirugía periodontal, prótesis fija y removible y cirugía bucal en adición a los servicios secundarios).

IX Pago de atención bucal

29. ¿Cuenta usted con seguro de salud bucal privado o del estado (IMSS, ISSSTE, PEMEX)?

- a) Sí (Ir ala 29)
- b) No (Ir ala 30)

30. ¿Qué tipo de seguro es?

- a) Seguro del estado (IMSS, ISSSTE, PEMEX)
- b) Seguro Privado pagado por la empresa donde labora
- c) Seguro Privado pagado por su cuenta

31. ¿Utiliza este seguro?

- a) sí
- b) no

32. ¿Cuál es su fuente regular de atención odontológica?

- a) Odontólogo privado
- b) Servicio público
- c) Escuelas de enseñanza odontológica (UNAM, UAM, UNITEC)
- d) Seguro privado

33. ¿Quién asume el costo de sus tratamientos bucales?

- a) Seguro privado
- b) Su familia
- c) La empresa donde labora el responsable de sus gastos
- d) El estado

34. ¿Qué cantidad aproximada de dinero destinó para el pago de sus tratamiento bucales en los últimos 12 meses?

- a) \$ 100 a \$ 500
- b) \$ 501 a \$1,000
- c) \$1,001 a \$2,000
- d) \$2,001 a \$4000
- e) \$4,001 o más

ANEXO 2

Appendix III Questionnaire

Section P DENTAL		PERSON 1	HY 72 3-4
<p><i>Hand calendar.</i></p> <p>These next questions are about dental care received during the 2 weeks (outlined in red on that calendar) beginning Monday (date) and ending this past Sunday (date).</p>			
<p>1a. DURING THOSE 2 WEEKS did anyone in the family go to a dentist? Include all types of dentists, such as orthodontists, oral surgeons, and all other dental specialists, as well as dental hygienists.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/> DK (2)</p>			
<p>b. Who was this? Mark "Dental visits" box in person's column.</p>	1b.	<p><input type="checkbox"/> Dental visit</p>	5
<p>c. During those 2 weeks, did anyone else in the family go to a dentist?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes (Reask 1b and c) <input type="checkbox"/> No</p>			6-7
<p>Ask for each person with "Dental visit" in 1b.</p>			
<p>d. During those 2 weeks, how many times did -- go to a dentist?</p>	d.	<p><input type="text"/> 2-week dental visits</p>	8-10
<p>Mark box if under 2.</p>			
<p>2a. During the past 12 months (that is, since (12-month date) a year ago), about how many visits did -- make to a dentist? (Include the (number in 1d) visits) you already told me about.)</p> <p>Mark "2-week dental visit" box in person's column if visit(s) reported in 1d.</p>	2a.	<p>see <input type="checkbox"/> Under 2 (N/P)</p> <p>_____ 12-month dental visits</p> <p>000 <input type="checkbox"/> None</p>	11
<p>b. ABOUT how long has it been since -- LAST went to a dentist?</p>	b.	<p>1 <input type="checkbox"/> Past 2 weeks not reported (Mark 1b, ask 1d)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2-week dental visit</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Over 2 weeks, less than 6 months } (N/P)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 6 months, less than 1 year</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 1 year, less than 2 years</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 2 years, less than 5 years</p> <p>7 <input type="checkbox"/> 5 years or more</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Never } (3)</p>	
<p>3. What are the reasons -- has [not visited the dentist in over 12 months/never gone to the dentist]? Do not read categories. Circle all that apply.</p> <p>01 Afraid 07 Can't get there 08 Don't know</p> <p>02 Nervous 09 No problems</p> <p>03 Needles 09 No teeth</p> <p>04 Cost 10 Not important</p> <p>05 Don't know dentist 11 Didn't think of it</p> <p>06 Dentist too far 88 Other (Specify)</p>	3.	<p>01 07 88</p> <p>02 08</p> <p>03 09</p> <p>04 10</p> <p>05 11</p> <p>06 88 7</p> <p>(Specify)</p>	<p>12-18</p> <p>14-18</p> <p>18-17</p> <p>18-18</p> <p>20-21</p> <p>22-22</p> <p>24-28</p> <p>26-27</p> <p>28-28</p> <p>30-31</p> <p>32-32</p> <p>34-39</p> <p>36-37</p>
<p>4a. Is there anyone in the family who has lost ALL of his or her upper (permanent) natural teeth?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (4a)</p>			
<p>b. Who is this? Mark "No uppers" box in person's column.</p>	4b.	<p>1 <input type="checkbox"/> No uppers</p>	38
<p>c. Anyone else?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes (Reask 4b and c) <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>Ask for each person with "No uppers" in 4b.</p>			
<p>d. Does -- have an upper denture or plate?</p>	d.	<p>1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No</p>	39
<p>5a. Is there anyone in the family who has lost ALL of his or her lower (permanent) natural teeth?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (5a)</p>			
<p>f. Who is this? Mark "No lowers" box in person's column.</p>	f.	<p>1 <input type="checkbox"/> No lowers</p>	40
<p>g. Anyone else?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes (Reask 4f and g) <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>Ask for each person with "No lowers" in 4f.</p>			
<p>h. Does -- have a lower denture or plate?</p>	h.	<p>1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No</p>	41

114

Section P — DENTAL — Continued

PERSON 1

CHECK
ITEM 1

Refer to 4b AND 4i.

- 1 All family members have lost all teeth upper and lower (Check Item 2)
- 2 Other (8)

42

5a. Dental SEALANTS are special plastic coatings that are painted on the tops of the back teeth to prevent tooth decay. They are DIFFERENT from fillings, caps, crowns, and fluoride treatments. Has anyone in the family EVER had dental SEALANTS painted on their teeth?

- Yes No (8) DK (8)

b. Who is this?

Mark "Dental sealants" box in person's column.

5b.

- 1
-
- Dental sealants

43

c. Anyone else?

- Yes (Reask 5b and c) No

6a. In the past two weeks has anyone in the family used a mouthwash or mouthrinse at home?

- Yes No (Check Item 2) DK (Check Item 2)

b. Who is this?

Mark "Mouthrinse" box in person's column.

6b.

- 1
-
- Mouthrinse

44

c. Anyone else?

- Yes (Reask 6b and c) No

Ask for each person with "Mouthrinse" in 6b.

d. What brand did — use most often during the past 2 weeks?

Do not read answer categories. Circle ONE brand.

1. ACT
 Fluorigard
 Kolynos
 Listermint
 Reach
 StenCare
2. Prescription fluoride rinse
3. PLAX
4. Scope, Listerine, Laxoris
5. Other (Specify)
6. Don't know

d.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(Specify)

45-46

Ask or verify.

e. Does this mouthrinse contain fluoride?

e.

- 1 Yes
 2 No
 3 DK

47

CHECK
ITEM 2

Refer to age.

CK
2

- 1 Under 2 (8)
- 2 2-17 (7)
- 3 18 and over (NP)

48

7. (Some schools have fluoride MOUTHRINSE programs.)

Does — now take part in a fluoride MOUTHRINSE program at school?

7.

- 1 Yes
 2 No
 3 DK

49

(Doctors or dentists may prescribe or provide tablets, drops, or supplements with fluoride in them. (Sometimes these are given at school.))

8. Does — now take vitamins with FLUORIDE in them or any other kind of FLUORIDE tablets, drops, or supplements?

8.

- 1 Yes
 2 No
 3 DK

50

Notes

Section P -- DENTAL -- Continued		PERSON 1
<p>These next questions refer to the 2 weeks (continued on next calendar) beginning Monday (date) and ending Sunday (date).</p> <p>9a. During that 2 week period, did anyone in the family miss any time from work or school because of a dental problem or dental visit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (10) <input type="checkbox"/> DK (10)</p> <p>b. Who was this? Mark "Missed time" box in person's column.</p> <p>c. Anyone else? <input type="checkbox"/> Yes (Reask 9b and c) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DK</p> <p>Ask for each person with "Missed time" in 9b.</p> <p>d. How much time did -- miss because of a dental problem or dental visit?</p>		<p>81</p> <p>9b. 1 <input type="checkbox"/> Missed time</p> <p>82-83</p> <p>d. 81 <input type="checkbox"/> Less than 1 hour 82 <input type="checkbox"/> 1 hour, less than 3 hours 83 <input type="checkbox"/> 3 hours, less than 5 hours 84 <input type="checkbox"/> 5 hours, less than 7 hours 85 <input type="checkbox"/> 7 or more hours OR ____ Days</p>
<p>10a. During that two week period did anyone in the family miss any time from work or school to assist a relative or friend with a dental problem or dental visit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (11) <input type="checkbox"/> DK (11)</p> <p>b. Who was this? Mark "Missed time" box in person's column.</p> <p>c. Anyone else? <input type="checkbox"/> Yes (Reask 10b and c) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DK</p> <p>Ask for each person with "Missed time" marked in 10b.</p> <p>d. How much time did -- miss because -- was assisting a relative or friend with a dental problem or visit?</p>		<p>84</p> <p>10b. 1 <input type="checkbox"/> Missed time</p> <p>85-86</p> <p>d. 81 <input type="checkbox"/> Less than 1 hour 82 <input type="checkbox"/> 1 hour, less than 3 hours 83 <input type="checkbox"/> 3 hours, less than 5 hours 84 <input type="checkbox"/> 5 hours, less than 7 hours 85 <input type="checkbox"/> 7 or more hours OR ____ Days</p>
<p>11a. (Not counting the time missed from work or school) Was there any (other) time during those 2 weeks that anyone in the family cut down on normal activities for MORE THAN HALF OF THE DAY because of a dental problem or dental visit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Check Item 3) <input type="checkbox"/> DK (Check item 3)</p> <p>b. Who was this? Mark "Cut down" box in person's column.</p> <p>c. Anyone else? <input type="checkbox"/> Yes (Reask 11b and c) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DK</p> <p>Ask for each person with "Cut down" in 11b.</p> <p>d. During that period, how many (other) days did -- cut down for MORE THAN HALF OF THE DAY because of a dental problem or dental visit?</p>		<p>87</p> <p>11b. 1 <input type="checkbox"/> Cut down</p> <p>88-89</p> <p>d. 00 <input type="checkbox"/> None ____ Days</p>
<p>CHECK ITEM 3</p>	<p>a. Mark first appropriate box.</p>	<p>CK 3a. 0 <input type="checkbox"/> Under 17 1 <input type="checkbox"/> Present for all questions 2 <input type="checkbox"/> Present for some questions 3 <input type="checkbox"/> Not present</p> <p>89</p>
	<p>b. Enter person number(s) of respondent(s) to "Dental" section.</p>	<p>b. _____</p> <p>90-92</p> <p>Person number(s) of respondent(s)</p>
<p>Notes</p>		

- 4a. (Not counting Medicare) Is anyone in the family now covered by a health insurance plan which pays any part of hospital, doctor, or dental bills? Do NOT include plans that pay for ONLY ONE type of service, such as nursing home care or accidents.
 Yes No (N) DK (N)
- b. It's important that we have the complete and accurate name of your health insurance plan. What is the COMPLETE name of the plan?
 Record in Table H.I. # "DK", please: Do you have something with the plan name on it?
- c. Is anyone in the family now covered by any OTHER health insurance plan? Again, do NOT include plans that pay for ONLY ONE service.
 Yes (Check 4b and c) No OK

TABLE H.I.

(Now I am going to ask some questions about the plan(s) you just told me about.)

Read if necessary: Health Maintenance Organizations, or HMO's, sometimes called Individual Practice Associations, or IPA's, are plans whose members are required to use only those health care providers who work for the HMO or IPA. Also, members do not have to submit claims for costs of medical care services.

<p>5a. Is this (name) plan a Health Maintenance Organization or HMO?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:15%;">Yes</td> <td style="width:15%;">No</td> <td style="width:15%;">DK</td> <td style="width:55%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>67</td> </tr> </table> <p>b. Was this plan obtained through an employer or union?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:15%;">Yes</td> <td style="width:15%;">No</td> <td style="width:15%;">DK</td> <td style="width:55%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>68</td> </tr> </table> <p>c. Is it now carried through an employer or union?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:15%;">Yes</td> <td style="width:15%;">No</td> <td style="width:15%;">DK</td> <td style="width:55%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>69</td> </tr> </table>		Yes	No	DK			1	2	3	67		Yes	No	DK			1	2	3	68		Yes	No	DK			1	2	3	69	<p>6a. Does this (name) plan pay any part of hospital expenses?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:15%;">Yes</td> <td style="width:15%;">No</td> <td style="width:15%;">DK</td> <td style="width:55%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>70</td> </tr> </table> <p>b. Does this plan pay any part of doctor's or surgeon's bills for operations?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:15%;">Yes</td> <td style="width:15%;">No</td> <td style="width:15%;">DK</td> <td style="width:55%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>71</td> </tr> </table> <p>c. Does it pay for any DENTAL services other than oral surgery?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:15%;">Yes</td> <td style="width:15%;">No</td> <td style="width:15%;">DK</td> <td style="width:55%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>72</td> </tr> </table> <p>d. Does it pay for any prescription drugs other than those administered during a hospital stay?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:15%;">Yes</td> <td style="width:15%;">No</td> <td style="width:15%;">DK</td> <td style="width:55%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>73</td> </tr> </table> <p>e. Does it pay for any mental health, alcoholism, or drug abuse services?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:15%;">Yes</td> <td style="width:15%;">No</td> <td style="width:15%;">DK</td> <td style="width:55%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>74</td> </tr> </table>		Yes	No	DK			1	2	3	70		Yes	No	DK			1	2	3	71		Yes	No	DK			1	2	3	72		Yes	No	DK			1	2	3	73		Yes	No	DK			1	2	3	74	<p>7. Is --- covered under this (name) plan?</p> <p>7. <input type="checkbox"/> 1 Covered .. <input type="checkbox"/> 2 Not covered <input type="checkbox"/> 3 DK</p>	
	Yes	No	DK																																																																																
	1	2	3	67																																																																															
	Yes	No	DK																																																																																
	1	2	3	68																																																																															
	Yes	No	DK																																																																																
	1	2	3	69																																																																															
	Yes	No	DK																																																																																
	1	2	3	70																																																																															
	Yes	No	DK																																																																																
	1	2	3	71																																																																															
	Yes	No	DK																																																																																
	1	2	3	72																																																																															
	Yes	No	DK																																																																																
	1	2	3	73																																																																															
	Yes	No	DK																																																																																
	1	2	3	74																																																																															
<p>8a. (In addition to the plan(s) you just mentioned) Is anyone in the family now covered by an insurance plan that pays for ONLY ONE type of health care service, such as nursing home care, eye care, or prescriptions?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Check Item 2) <input type="checkbox"/> DK (Check Item 2)</p>	<p>b. Is --- covered by this type of plan?</p>	<p>8b. <input type="checkbox"/> 1 Covered <input type="checkbox"/> 3 DK <input type="checkbox"/> 2 Not covered</p>	<p>75</p>																																																																																
<p>Ask for each person "Covered" in 8b:</p> <p>c. What type of service does --- plan pay for?</p>	<p>d. Is --- now covered by any OTHER insurance plan that pays for ONLY ONE service?</p>	<p>c. <input type="checkbox"/> 1 Prescriptions 77 <input type="checkbox"/> 2 Eyecare 78 <input type="checkbox"/> 3 Cancer treatment 79 <input type="checkbox"/> 4 Catastrophic 80 <input type="checkbox"/> 5 Nursing home care 81 <input type="checkbox"/> 6 Accidents 82 <input type="checkbox"/> 7 Dental care 83 <input type="checkbox"/> 8 Other - Specify 84</p>	<p>d. <input type="checkbox"/> Yes (Check 8c-d) <input type="checkbox"/> No (NP with "Covered" in 8b)</p>																																																																																
<p>Ask for each person "Not covered" in Check Item 2. If "Not covered 65 and over," in Check Item 2, include "or Medicare."</p> <p>9a. (Many people do not carry health insurance for various reasons.) Hand Card M. Which of those statements describes why --- is not covered by any health insurance (or Medicare)? Any other reason? _____ Circle all reasons given.</p> <p>Mark box if only one reason.</p> <p>If "Not covered 65 and over," in Check Item 2, include "or Medicare."</p>	<p>b. What is the MAIN reason --- is not covered by any health insurance (or Medicare)?</p>	<p>9a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>_____ (Specify)</p> <p>88-89 90-91 92-93</p> <p>b. <input type="checkbox"/> oo Only one reason</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>_____ (Specify)</p>	<p>FORM 104 1A (1988) (3-10-88)</p>																																																																																