

01421
268



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS EN EL ÁREA
ODONTOLÓGICA (ESTUDIO DE CASO EN
COYOTEPEC, ESTADO DE MÉXICO)**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Gabriela Pineda Meléndez.

autorizado

Nancy Jacques

DIRECTORA: C.D. Nancy A. Jacques Medina.

ASESORA: C.D. María Elena Nieto Cruz



MÉXICO D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003



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.

ÍNDICE

1. Generalidades o antecedentes.....	1
1.1. Características generales de la población en México.....	1
1.2. Población urbana y rural.....	1
1.3. Áreas urbanas en México.....	2
1.4. Áreas rurales en México.....	2
1.5. Áreas mixtas o suburbanas en México.....	2
1.5.1. Demanda de servicios en áreas suburbanas en México...3	
1.5.2. Situación de la salud en áreas mixtas en México.....4	
2. Servicios odontológicos, recursos, oferta y demanda.....	5
2.1. Práctica odontológica pública.....	6
2.2. Práctica odontológica privada.....	8
2.3. Evaluación de la calidad de la atención odontológica	
Antecedentes.....	11
3. Sistemas de medición de la calidad médica.....	15
3.1. Guías clínicas.....	16
3.2. Encuestas de satisfacción desde el punto de vista del	
usuario.....	16
4. Factores para realizar la evaluación en la atención médica.....	17
4.1. Calidad.....	17
4.2. Accesibilidad.....	19
4.2.1. Índice de accesibilidad.....	19
4.2.2. Barreras.....	20
4.2.3. Accesibilidad por categorías.....	21
4.2.4. Análisis de costos de salud.....	23
4.3. Utilización.....	23
4.3.1. Factores que influyen en la utilización de un servicio	
odontológico.....	25

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.	Necesidad de los sistemas de medición en los servicios odontológicos.....	29
5.1.	Experiencias de evaluación de la calidad en los servicios odontológicos.....	30
5.2.	Grado de satisfacción-insatisfacción.....	31
6.	Monografía de Coyotepéc.....	32
6.1.	Denominación y toponimia.....	32
6.2.	Localización.....	32
6.3.	Límites.....	32
6.4.	Ubicación.....	33
6.5.	Topografía.....	33
6.6.	División política.....	33
6.7.	Orografía.....	33
6.8.	Hidrografía.....	33
6.9.	Climatología.....	34
6.10.	Flora y fauna.....	34
6.11.	Situación actual.....	34
6.11.1.	Superficie total.....	34
6.11.2.	Número de localidades.....	34
6.11.3.	Demografía.....	35
6.11.4.	Servicios.....	36
6.11.5.	Vivienda.....	36
6.11.6.	Trabajo.....	36
6.11.7.	Asentamientos humanos.....	37
6.11.8.	Comunicaciones.....	37
6.11.9.	Ganadería y agricultura.....	37
6.11.10.	Educación.....	38
6.11.11.	Religión.....	38
6.11.12.	Fiestas y reuniones.....	38

c

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.11.13.	Alimentación.....	38
6.11.14.	Organización política y social.....	39
6.11.15.	Salud.....	39
6.12.	Infraestructura del Sector Salud en Coyotepéc.....	40
6.12.1.	Clínica del DIF municipal.....	40
6.12.2.	Centro de Salud ISEM.....	44
6.12.3.	Dispensario dental.....	45
6.13.	Datos actuales de atención a la salud.....	46
6.14.	Datos actuales sobre recursos humanos odontológicos.....	46
7.	Planteamiento del problema.....	47
8.	Justificación.....	48
9.	Hipótesis.....	49
10.	Objetivos.....	50
10.1.	General.....	50
10.2.	Específicos.....	50
11.	Metodología.....	51
11.1.	Material y método.....	51
11.2.	Población en estudio.....	51
11.3.	Tamaño de muestra.....	52
11.4.	Tipo de estudio.....	52
11.5.	Criterios de inclusión.....	52
11.6.	Criterios de exclusión.....	52
11.7.	Variables en estudio.....	52
11.1.	Variables dependientes.....	52
11.2.	Variables independientes.....	53
11.8.	Técnicas de recolección de datos.....	53
11.8.1.	Estrategia.....	53
11.8.2.	Actividades.....	54
11.9.	Recursos.....	54
12.	Resultados.....	56

13. Conclusiones.....	66
14. Bibliografía.....	68
15. Anexos.....	71

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

F

INTRODUCCIÓN

Nuestro país día con día experimenta cambios sociales palpables en todos los aspectos. El área de la salud con todos los avances y rezagos que implica, no se excluye del contexto de la problemática política, económica y social de México.

El rápido crecimiento poblacional que ha experimentado nuestro país en las últimas tres décadas nos plantea nuevos retos dentro del área de la salud pública. La creciente urbanización de diversas zonas del país que hasta hace veinte años podía considerarse rural, hoy nos plantea cambios en nuestra relación para con la sociedad como estudiantes, académicos y profesionistas del campo de la Odontología. Estos cambios constantes requieren de planteamientos objetivos sobre el entorno en el cual nos desenvolveremos en nuestra práctica profesional como recursos humanos del área de la salud bucodental.

El presente estudio tiene como propósito determinar la necesidad de los recursos humanos en el área odontológica en una comunidad urbano-rural o mixta ubicada en el Estado de México, área de gran actividad industrial al norte del Distrito Federal. Coyotepéc es un ejemplo de tantos de una comunidad, que resiente día con día los embates de los cambios económicos y sociales de nuestro país, pero que además los refleja en su rápido crecimiento demográfico y en su cambio de usos y costumbres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Generalidades

1.1. Características generales de la población en México.

El crecimiento poblacional, tanto en México como en el resto del mundo, y particularmente en los llamados países subdesarrollados o en vías de desarrollo, ha sido motivo de preocupación para prácticamente todas las esferas de la sociedad.¹

Hasta los años 70, el crecimiento de la población en el territorio mexicano, fue lento en virtud de la elevada mortalidad y de la escasa inmigración. En la actualidad, la tasa de crecimiento de la población mexicana es de las más altas del mundo.

Si la población mexicana fuese menor de lo que es, serían menos los elementos requeridos para satisfacer sus necesidades.

Los problemas demográficos de México, más que a una sobrepoblación, se refieren a otras características como son: la mala distribución de los habitantes, su rápido crecimiento, que influye sobre la composición de edades, el grado de analfabetismo de una parte de población, la insuficiente preparación técnica y profesional de otra parte de la población.

1.2. Población urbana y rural.

Actualmente se considera como población rural a la que vive en localidades con una cantidad menor a 15 000 habitantes y como urbana a la que vive en localidades de más de 15 000 habitantes.²

1.3. Áreas urbanas en México.

Son aquellas áreas en las cuales existe diversidad en las fuentes de trabajo, los servicios de salud y educación y medios de comunicación. La población es heterogénea culturalmente. Las áreas urbanas enfrentan el deterioro físico del medio ambiente (contaminación) y los problemas sociales que trae consigo la sobrepoblación de las ciudades, tales como el alcoholismo, la drogadicción, la delincuencia, la prostitución, el desempleo, el ambulante, los niños de la calle, etc. Son generalmente centros de decisión política y económica, centros comerciales e industriales, en ellos se concentran la mayor parte de centros educativos, de salud, bancarios, etc. En México, las principales zonas urbanas son: el Distrito Federal, Monterrey, Jalisco, Chihuahua y Tijuana.

1.4. Áreas rurales en México.

Son pequeñas comunidades en las que los servicios de salud y educación, al igual que las oportunidades de trabajo y los medios de comunicación, no han alcanzado el desarrollo y la calidad que se tienen en las zonas urbanas. Existen por lo regular variedad de flora y fauna. La población generalmente se dedica a la agricultura, la ganadería y la pesca. Se conservan tradiciones y costumbres ancestrales.

1.5. Áreas mixtas o suburbanas en México.

Son aquellas áreas que se encuentran en la transición entre las dos anteriores, es decir, zonas que debido a su ubicación geográfica, cercanas a las grandes ciudades e influenciadas por todo lo que una ciudad implica, crecen día con día con todas las contradicciones que esto implica.

Dice Lefebvre: " la ciudad en expansión ataca al campo, lo corroe, lo disuelve; la vida urbana penetra en la vida campesina desposeyéndola de sus elementos tradicionales: artesanado, pequeños centros que desaparecen a beneficio de los centros urbanos (comerciales e industriales)".³

Estas áreas mixtas se encuentran generalmente en nuestro país en áreas conurbadas y áreas que por su ubicación cercana a las grandes ciudades poco a poco han sido industrializadas.

Al proceso de transición de una comunidad rural en una urbana se le denomina urbanización. El proceso de urbanización es sumamente rápido, este fenómeno es resultado de la corriente migratoria del campo a las ciudades, principalmente a la Ciudad de México. Esta situación crea problemas demográficos, pues estas corrientes superan la capacidad de la industria y otras actividades de la ciudad para absorber toda esa población y sus consecuentes necesidades.

La contradicción radica en que mientras el número de la población aumenta, los servicios siguen siendo los mismos que cuando la comunidad era rural. Aunado a este crecimiento demográfico natural en una población en transición o suburbana, existen factores tales como el económico, social y el cultural, que determinan las demandas o necesidades sociales de una población mixta o suburbana.

1.5.1. Demanda de servicios en áreas mixtas en México

La modernización acelerada, acarrea de muchas maneras un desarrollo todavía más rápido del proceso de formación de las necesidades, cuyos efectos vienen a añadirse a los del crecimiento demográfico. En el marco de las necesidades o requerimientos de servicios por parte de las poblaciones

suburbanas cobra vital importancia la demanda de recursos en el área de la salud.

1.5.2. Situación de la salud en áreas mixtas en México

La estructura para la atención de la salud en las áreas suburbanas de México, actualmente está determinada por la condición de derechohabiencia a servicios de salud de la población de estas zonas, a saber:

- a) Población no asegurada: Servicio médico privado, medicina tradicional, la cual persiste en algunas regiones de nuestro país, y otras tales como la automedicación.
- b) Población asegurada: IMSS, ISSSTE, PEMEX, Secretaría de la Defensa o Secretaría de la Marina.

Según J. Frenk: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene como misión mejorar, en lo posible, las condiciones de salud de la población que atiende; reducir las desigualdades; contener los costos y satisfacer al usuario con respeto a su autonomía y sus valores, ya que este es el actor principal en los escenarios de atención a la salud y en la prestación de servicios de las instituciones de salud; por tanto deberá recibir una atención – con la mejor calidad- que implique la satisfacción de sus expectativas, así como las del prestador de servicios y las de la propia institución.⁴

Los servicios de salud, en cualquier nivel de atención, deben otorgar a los derechohabientes una atención de calidad, entendida como el grado en que a través de ellos se mejoran los niveles esperados de salud, de manera congruente con las normas profesionales vigentes y con los valores de los pacientes. Esta atención tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal;

la primera busca lograr los mayores beneficios y evitar riesgos en la prestación; la segunda, respetar al paciente como ser humano integral y lograr su satisfacción plena, donde toman importancia las expectativas del usuario, que poco se han estudiado, aunque se sabe empíricamente que en ocasiones distan de la real necesidad.⁵

2. Servicios odontológicos, recursos, oferta y demanda.

La demanda biológica es la creada por la historia natural de toda enfermedad y es un problema latente mientras no sea atendida, por ejemplo la caries dental, y la demanda efectiva estaría representada por las piezas extraídas y obturadas.

En estos términos, la demanda efectiva en la población realmente es muy poca o muy insignificante en función de las necesidades sin atención. Por otro lado es importante distinguir hasta que punto una exodoncia puede llamarse necesidad satisfecha cuando, si es cierto que se elimina un foco infeccioso al efectuar la exodoncia, al final se está creando una necesidad de prótesis que a su vez la ubicamos como demanda biológica.⁶

La necesidad de los servicios profesionales odontológicos en nuestro país es alta y a medida que la población aumenta, crece la demanda biológica (caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones, deformaciones dentomaxilofaciales, lesiones de tejidos blandos, necesidad de prótesis, cáncer bucal, etc) de atención dental entre la población.

No obstante haber entrenado grandes masas de dentistas desde el comienzo de la década de los setenta, la salud bucal de la población en general no parece haber mejorado significativamente. Sin embargo, la escasez de pacientes en relación con el número de dentistas se ha vuelto más marcada

en los últimos años, poniendo en crisis al esquema de práctica profesional (usualmente consistente en un dentista individual ejerciendo privadamente) en otras palabras, un gran número de dentistas está compitiendo por ejercer en un mercado de pacientes usualmente restringido a los centros urbanos y a los segmentos socioeconómicos altos y medios de la población.⁷

Maupomé sostiene que la ineficiencia para mejorar la salud bucodental de la población mexicana no tiene una relación accidental con el sistema de formación de recursos humanos, sino que ambos forman un binomio inseparable, dice que la falta de planeación de los recursos humanos profesionales conduce frecuentemente a contradicciones tales como: desempleo o subempleo y ocupación distinta al área odontológica por parte de los egresados del área odontológica y que en ocasiones se incurre en el error de pensar que la abundancia de profesionales resolverá por sí misma los problemas de su área de competencia.⁸

2.1. Práctica odontológica pública.

En general, las profesiones que se relacionan con la salud gozan de un sitio privilegiado en la opinión de la comunidad, y según una investigación de Gómez y Lara, el odontólogo ocupa el primer lugar en el índice de satisfacción, casi con el mismo valor que el otorgado al médico.⁹

El derecho de todo ser humano a acceder a costosos recursos para la atención a la salud, ha obligado a buscar financiamiento para darle cumplida satisfacción a través de seguros privados y gubernamentales, así como a una mayor restricción al gasto en salud pública. Las instituciones de salud a las que recurre la población en México son: IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa o Marina.

En décadas recientes, la salud odontológica ha empezado a competir con la salud general por espacios en los diversos programas institucionales de salud colectiva, aunque, si bien es cierto, la medicina odontológica siempre ha sido más cara, sobretudo en los aspectos curativos y rehabilitativos, que la medicina sistémica, el cambio de concepción o paradigma para ver el proceso salud-enfermedad ha permitido darle un nuevo enfoque más de prevención que de tratamiento curativo a la salud dental.

Debido aún a la escasez de recursos físicos y humanos, los programas sobre cuidados dentales en muchos sistemas de salud nacionales, han tenido como prioridad a los niños en el ámbito de la prevención.

Con mucha frecuencia se considera a la salud bucal como algo totalmente ajeno a la salud general, pero para que el servicio de salud sea considerado como un sistema completo, debe proporcionar atención odontológica.

Los muchos sistemas de organización de los servicios médicos dependen de la movilización de recursos humanos y económicos. En cuanto al personal, el aspecto más sobresaliente es la gran desproporción existente entre las ciudades y el campo o las áreas suburbanas. En México hay un sistema de servicio social en el campo para los médicos recién egresados, es un método especial de proveer de atención médica a las localidades pequeñas, sólo por periodos limitados. La mala distribución de personal no solo se advierte entre localidades, sino también entre programas. Tanto en cantidad como en calidad, el personal disponible, depende de las bases económicas que raramente corresponden a la cuantía de las necesidades de salud.

En México, como en la mayoría de los países latinoamericanos, a pesar del impulso que está teniendo la odontología pública, la mayoría de los cuidados y tratamientos bucales los proporcionan odontólogos privados.¹⁰

2.2. Práctica odontológica privada.

En México, como en la mayor parte de los países en desarrollo, coexisten ambientes heterogéneos en términos de servicios de atención a la salud y de necesidades de salud.

La práctica odontológica se ubica dentro del sector salud predominante en el subsector de los servicios privados, de tal manera que es posible suponer que se haya visto afectada de manera importante por las consecuencias de la crisis que han disminuido sensiblemente el poder de compra sobre todo de los estratos medios que habían tenido acceso a ella. De aquellos dentistas que ejercen la profesión, un porcentaje significativo lo hace en su consultorio privado, aún si tiene cualquier otro tipo de contratación institucional.

Por lo tanto, como cualquier otro comerciante pequeño, el dentista ha tenido que enfrentar los problemas de la crisis, que le han afectado en por lo menos tres aspectos: la decreciente capacidad de pago de los pacientes; aumento constante de precios de los insumos que se utilizan para las actividades de rutina en el consultorio dental; la relación odontólogo-paciente es cada vez más, una transacción comercial en la que tanto el proveedor como el consumidor, están más atentos a los costos que a los beneficios de salud, que presumiblemente se obtendrán como resultados de ella. La consecuencia de lo anterior se traduce en que el odontólogo al no reducir sus costos de operación ni sus honorarios, se queda con un menor número de los pacientes que en teoría podría atender. Esto quiere decir que en el modelo de la práctica privada habría una disponibilidad mayor de capacidad de servicios que en la que en realidad es utilizada.

Se sabe que quien acude a un consultorio privado tiene alguna capacidad de compra. Sin embargo cuando esta capacidad se reduce, el tipo de servicio que se demanda puede estar más relacionado con la solución de problemas de urgencia, que con la búsqueda de un tratamiento completo.

En un estudio realizado en 1983 por López Cámara y Lara, se estudiaron las principales características de la práctica odontológica privada en la Ciudad de México. Entre ellas se demuestra de qué manera se reflejan en el perfil de las acciones clínicas de los odontólogos, los rasgos de una actividad profesional mercantilista, individualista, parcializada por un enfoque especializado y altamente tecnificado en sus procedimientos, los cuales son muy limitados en el aspecto preventivo y acentuadamente restaurativos. También se pudo explorar la ideología que subyace en la prestación de los servicios y que legitima la diferente aplicación de los tratamientos de acuerdo a la capacidad de compra de los usuarios, relegando las necesidades que originaron la demanda de atención; en otras palabras, la economía de mercado aplicada a la salud.

En otro estudio sobre los cambios experimentados en algunos aspectos de la práctica privada de la odontología en la ciudad de México entre 1982 y 1989, los mismos autores demostraron que respecto a la población atendida se advierten cambios en la posición de la demanda por estrato socio-económico y diferencias en el tipo de servicios que reciben los usuarios, también de acuerdo con cada estrato, incrementándose de manera significativa la proporción de solicitudes de atención que denotan urgencias, disminuyendo aquellas por cualquier otra causa.

Por otro lado, se demostró el cambio en patrones de uso de los servicios dentales por parte de la población, que cada vez solicita con menor frecuencia la revisión periódica, la prevención o el tratamiento completo por

razones económicas, lo cual puede ser un factor de deterioro de la calidad de la atención odontológica, si los profesionales no ofrecen alternativas ante esa situación y se conforman de manera pasiva con dar respuesta a la demanda.¹¹

Así mismo en un estudio realizado por Guzmán sobre el futuro laboral de los egresados de las diferentes escuelas de odontología para la mayoría de los entrevistados, la fuente más importante de empleo la constituye el ejercicio por cuenta propia, fundamentalmente los consultorios privados, ya que el campo institucional presenta escasas oportunidades de acceso y ofrece bajos salarios. Según su opinión, el campo de trabajo se encuentra saturado, porque existen numerosos consultorios en la ciudad de México, lo que dificulta las oportunidades de los que recién ingresan en esta área, al enfrentarse a una fuerte competencia. De este modo, algunos estudiantes se plantean como alternativa, emigrar a otro estado de la República.

Se observó que los estudiantes, al exponer los problemas y las condiciones en que opera el mercado de trabajo del odontólogo, incorporaron tres elementos que pueden considerarse de tipo social: a) la amplia oferta de servicios privados; b) la distribución en "zonas" diferenciadas según el acceso de la población, y c) las mayores oportunidades que brinda la provincia; no obstante llama la atención que en su discurso dan por hecho la existencia de "zonas", sin mencionar los factores que las originan; por otro lado, algunos estudiantes tienen la imagen de la provincia como un todo homogéneo, que no distingue las grandes urbes de las ciudades medias o de las comunidades rurales. Olvidan también los servicios odontológicos que existen en estos lugares y su demanda. Cabe señalar, que se presentaron algunas excepciones que consideran a la zona fronteriza del país como un área con mayores oportunidades.¹²

2.3. Evaluación de la calidad de la atención dental. Antecedentes.

En la práctica diaria de la medicina, ya sea pública o privada, es cada vez más importante el otorgar un servicio de calidad o Calidad de Atención Médica (CAM). Ésta, ha sido en los últimos años un tema de análisis y de discusión en todo el mundo y a la vez una preocupación. Según la American Society for Quality Control, la calidad, es la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio basados en su capacidad para satisfacer necesidades determinadas.¹³

En su inciso no. 2, el informe *Dental education at the crossroads*, recomienda que para incrementar el acceso a la atención odontológica y mejorar el estado de salud bucal de poblaciones escasamente atendidas, los académicos, clínicos, investigadores y las autoridades de salud pública deberán trabajar en conjunto para enfrentar las necesidades especiales de poblaciones con acceso limitado a servicios mediante la investigación de servicios de salud, contenido curricular y servicios al paciente; así mismo, en su inciso no. 6 dice que con la finalidad de preparar a los estudiantes para un ambiente que demandará el aumento en la eficiencia, la responsabilidad y la evidencia de efectividad, se recomienda que sean tomadas en cuenta la situación económica, social y emocional de los pacientes, con el fin de tener una atención integral, dirigida al paciente, así como la constante evaluación de los patrones de la práctica clínica y de los resultados los cuales sirven como guías para mejorar tanto la calidad como la eficiencia de tal atención.¹⁴

Se han llevado a cabo numerosos estudios de evaluación, encaminados a determinar cuales son los factores que inciden en el comportamiento de la calidad de los servicios. Entre los enfoques más utilizados para el estudio sobre el tema, destaca el de Donabedian, que propone un modelo que clasifica dichos factores en tres categorías: estructura, proceso y resultado,

como un marco que permite organizar los diversos componentes de la atención para identificar indicadores útiles, así como fijar estándares contra los cuales comparar los hallazgos de la investigación empírica. Para este autor, la relación existente entre estas tres categorías permite suponer que las características de la estructura (recursos materiales, financieros y humanos disponibles) y los procesos mismos de la atención (desempeño, utilización apropiada de recursos, apego a normas técnicas), son responsables en gran medida de los resultados de la misma en términos de eficacia e impacto. Estas categorías, sin embargo, destacan las características de los proveedores de la atención, es decir, hacen hincapié en analizar los aspectos tales como la disponibilidad, eficiencia y productividad de los servicios, el apego a estándares que determinan la calidad técnica de la atención y sus resultados.

Por otro lado, para Donabedian, una medida aunque no directa de la calidad de la atención se encuentra en lo que él llama los aspectos psicológicos y mentales que involucran las percepciones de los pacientes, quienes son en última instancia los receptores del proceso. Este tipo de factores se traducen en sentimientos e incluyen: malestar, dolor, miedo, ansiedad, o sus opuestos en términos de satisfacción. La medición de estos factores es posible a través de diferentes métodos, entre ellos los estudios de opinión que exploran diversos aspectos como la accesibilidad, uso, continuidad e integridad de la atención, comunicación con los proveedores y confianza con los mismos, efectividad percibida como resolución de un problema y calidad humana. Este tipo de indicadores de evaluación enfatizan el punto de vista de los usuarios.¹⁵

La tradición de evaluar la calidad de la atención médica tiene una larga historia. Su mayor desarrollo se ha dado en Estados Unidos, donde las primeras acciones dirigidas hacia la calidad de la atención médica se

desarrollaron principalmente en los hospitales. Por ejemplo en los años veinte, el método de "resultados finales" de Codman, inició el interés por evaluar las consecuencia de las acciones médicas en términos de resultados finales.

Posteriormente, en los años treinta, se enfatizó la elaboración de normas y estándares estructurales para establecer los fundamentos del proceso de la "buena atención médica", desarrollados por Lee y Jones, todo ello condujo a la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales. 1951, fue un parte-aguas, que después de un largo camino, logró la estandarización estructural de los hospitales de los Estados Unidos.

En los años setenta, el doctor Abedis Donabedian propuso una forma sistematizada para la definición y abordaje de los estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención médica. En su obra destaca el análisis de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado, así como el análisis de la calidad por medio de sus tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades.

Los programas para mejorar continuamente la calidad, provienen de la industria manufacturera y han sido adaptados en los últimos quince años en las industrias de servicios y en los últimos diez en el área de servicios de salud. El mejoramiento continuo de la calidad (MCC) se desarrolló a partir de las ideas de Shewart y Deming y se ha utilizado en las industrias japonesas y estadounidenses. Con base en el éxito en el mejoramiento de la calidad, las organizaciones internacionales de servicios de salud comenzaron a utilizar en MCC hacia finales de los años ochenta. Los ministerios de salud y las clínicas privadas y gubernamentales en mas de 30 países (incluido México) comenzaron a emplear este enfoque innovador para adecuar sus programas. Muchos de los enfoques comparten elementos de esta técnica empresarial,

pero algunas organizaciones de servicios de salud (por ejemplo, las que prestan servicios de salud reproductiva) han modificado el MCC formulando sus propios métodos y adaptándolos a sus necesidades.

La primera experiencia en México de esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención se puede identificar cuando en el Hospital La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se inició en 1956, de manera extraoficial, la revisión de expedientes clínicos. Ello condujo un año después a la creación de la Comisión de Supervisión Médica del propio IMSS, que después evolucionaría para convertirse en 1972, en un área de evaluación médica; a partir de esa experiencia, en la década de los setenta, particularmente entre 1970 y 1976, la evaluación médica adquiere mayor relevancia y se inician desarrollos semejantes en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con base en las auditorías médicas. Durante este periodo aparecen publicaciones sobre auditoría médica, evaluación de la relación médico-paciente y mortalidad como indicador de calidad.

En los primeros años de la década de los ochenta, continuó el interés por la calidad aún cuando no se identifica ningún fenómeno como el de la década anterior en el IMSS. En la segunda mitad de dicha década cobra fuerza nuevamente las acciones tendientes a mejorar la calidad, y se da la primera experiencia mediante la implementación de círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología a partir de 1985. Los servicios médicos del entonces Departamento del Distrito Federal también introdujeron a finales de 1980, los círculos de compromiso, como parte de un programa de reorganización y mejoramiento de la calidad en sus servicios y en el primer nivel de atención de los centros de salud de la Secretaría de la Salud, se han dado experiencias en formación de círculos de calidad desde 1989.

Los programas de MCC aplicados a la salud en México han tomado fuerza desde los ochenta y en transcurso de la década de los noventa. Algunas experiencias de este tipo se han dado en hospitales grandes, donde existen datos y recursos suficientes y disponibles para la resolución de los problemas, mediante las técnicas estadísticas que utiliza el MCC, sin embargo, existen pocas experiencias en el nivel primario y secundario de atención. 16

3. Sistemas de medición de la calidad de la atención médica.

Gran parte de las estrategias para el control de calidad de los servicios de salud, se centra en el análisis de los que se ha conceptualizado como estructura y proceso de los mismos. Bajo estos dos términos suelen agruparse los fundamentos científicos de las acciones, el desarrollo y la adaptación a los avances tecnológicos, la formación y capacitación de los prestadores de servicios, así como la disponibilidad de material y equipo; también existen sistemas de medición en el ámbito de la satisfacción del trabajador o prestador de servicios para la salud.17

La calidad de la atención se puede medir ordenadamente según tres dimensiones:

- 1) Estructura: comodidades, instalaciones físicas, organización.
- 2) Proceso: procedimientos y acciones realizadas para la mejoría de los pacientes.
- 3) Resultados: cambio en el estado de salud y percepción general de la atención.

Los objetivos que hacen necesario medir la calidad del servicio son la mejoría de la atención al paciente y un mejor uso de los recursos existentes a un menor costo. Cuando la evaluación de la calidad de la atención no se realiza, se corre el riesgo de que una burocracia o un organismo externo que no sabe mucho sobre el sistema médico le imponga normas y criterios de dudosa utilidad, además de que uno de los componentes de la garantía de la calidad de la atención, es el monitoreo del desempeño y tomar medidas para corregir las desviaciones en relación con los estándares de calidad.¹⁸

3.1. Guías clínicas

Son estatutos desarrollados sistemáticamente para asistir al médico y al paciente sobre la mejor decisión para la adecuada atención a la salud bajo circunstancias clínicas específicas, con ellas es posible evaluar la calidad de la atención, ya que sirve para iniciar la elaboración de instrumentos que midan el desempeño de los médicos, por lo que tienen como objetivo promover mejoras concretas en la calidad de la atención dentro de los sistemas de salud pública; ayudar a los proveedores a tomar decisiones mejor informadas y en consecuencia, disminuir ostensiblemente las prácticas innecesarias; reducir los costos de la atención y fortalecer la retroalimentación en el conocimiento de los espacios vacíos que ameritan ser investigados.¹⁹

3.2. Encuestas de satisfacción desde el punto de vista del usuario.

Se toma la información de primera fuente, es decir, de los pacientes evaluando su grado de satisfacción en cuanto a los servicios médicos recibidos.

4. Factores para realizar la evaluación en la atención médica

La Fundación Mexicana para la Salud, organismo privado de investigación de la salud en México, propone la calidad, la accesibilidad y la utilización como variables a considerar en la evaluación de la satisfacción con los servicios de salud en México:

4.1. Calidad

Donabedian, dice que la calidad es una propiedad de la atención médica, que puede ser obtenida en diversos grados. Esta propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

Asimismo, Saucedo y Durán la definen como la obtención de los mayores servicios posibles dada la puesta en práctica de los componentes del sistema de monitoría de la calidad, con los menores riesgos para el utilizador de los servicios de atención, donde se definen los mayores beneficios posibles como los aumentos alcanzables de acuerdo con los recursos y con los valores sociales.²⁰

J. Frenk, la define como el "grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. La calidad tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos, al prestar servicios de salud de acuerdo con las mejores normas de la práctica profesional", así como también menciona que la dimensión interpersonal, que

se ha dado en llamar "calidez" de la atención, supone el respecto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena. 21

FUNSALUD, propone evaluar la calidad, comparando la percepción de la calidad del usuario hacia un servicio de salud contra otro servicio de salud, después se explora la opinión de la población sobre la mala calidad de los servicios, esta información, generalmente se presenta por región, grupos de edad, y tipo de organización prestadora de servicios de salud (seguridad social, servicios proporcionados a población abierta y servicios privados). Asimismo, se compara esta percepción general de la atención recibida en el primer nivel de la atención, con respecto a la hospitalaria y a la otorgada por médicos especialistas.

Se revisan también, de manera comparativa entre los diferentes niveles de atención y referida a la población usuaria de las diferentes organizaciones prestadoras de servicios, aspectos muy específicos como la comprensión del tratamiento recibido, el cuidado del médico en la revisión del paciente, la percepción sobre del grado en el que la atención fue o no correcta desde la perspectiva de los pacientes, y si consideran que se les trata como se merecen. Este análisis se hace también con respecto a los diferentes niveles socioeconómicos.

Por último, estas opiniones sobre el nivel de la calidad se constatan al interrogar a los usuarios acerca de si regresarían al mismo lugar a recibir atención médica y si no es el caso, cual sería la principal razón para acudir a otro lugar. Todo esto debe presentarse comparativamente por nivel de atención y por organización prestadora de servicios a la cual acudió el usuario.

4.2. Accesibilidad.

La respuesta social organizada a las necesidades de salud de la población da origen a las instituciones de salud públicas y privadas, a través de las cuales se pone a disposición de la población los recursos requeridos para la recuperación o preservación de la salud. La cantidad de recursos destinados a este fin al igual que los obstáculos existentes, varían con cada grupo social, convirtiéndose en factores que favorecen o limitan su utilización. Sin embargo, no basta con la disponibilidad física de los mismos, es necesario el poder de acceso de la población, para decir que la respuesta social organizada está llegando a sus destinatarios.

La accesibilidad ha sido definida por Donabedian como el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población.

4.2.1. Índice de accesibilidad.

Está definido por la disponibilidad de recursos y las características de la población, en consecuencia se encuentra determinada por la política de salud normada por el estado, la organización de salud y la del grupo social en cuestión, motivo por el cual los factores socio-económicos y políticos adquieren relevancia.

Sousa y Villareal, proponen concretamente dos variables para medir la accesibilidad de los servicios de salud: la disponibilidad de los recursos, y la percepción de barreras vencidas.

Los recursos disponibles para la salud pueden ser medidos en:

1. Recursos humanos: médicos, enfermeras, odontólogos, entre otros.
2. Recursos físicos: camas, unidades médicas, consultorios, ente otros.

La calificación global de disponibilidad de recursos está determinada por el promedio de la disponibilidad de médicos, odontólogos, enfermeras, camas, quirófanos y consultorios por entidad federativa. La disponibilidad se estima considerando los recursos esperados (esperado), *versus* los existentes (real).

4.2.2. Barreras.

Por otra parte, las barreras vencidas son el reflejo de las características de la población y pueden ser clasificadas de diferentes formas:

1. Económicas: Relacionadas con el pago de la atención médica.
2. Geográficas: Distancia que tiene que viajar los individuos para obtener los servicios de salud, tomando en cuenta las facilidades del transporte y la comunicación.
3. De calidad: Trato interpersonal y nivel técnico médico de los prestadores.
4. Personales: Características propias de cada individuo, tales como la educación, el conocimiento, la cultura y la religión.

Otros autores han agrupado las barreras como:

1. Ecológicas: Relacionadas con los aspectos geográficos.
2. Financieras: Referente a los precios que cobra el cobrador.
3. Organizativas: Las propias de la institución de salud o prestadores de servicios de salud.

La calificación de percepción de las barreras vencidas se basa en la pregunta: ¿Si tuviera oportunidad, regresaría al mismo lugar donde lo atendieron?, interpretando la contestación afirmativa como el equivalente a la percepción de barrera vencida.

Se señala que para que tenga veracidad y se mida la equidad y acceso efectivo a los servicios de salud, es necesario incluir el criterio objetivo y el criterio subjetivo.

- a) Criterio objetivo: Es aquel que evalúa las condiciones reales existentes.
- b) Criterio subjetivo: Es aquel que mide las actitudes y comportamientos por parte de los individuos en términos de satisfacción y de insatisfacción.

4.2.3. Accesibilidad por categorías.

A partir de la calificación del índice de accesibilidad, se definen cinco categorías:

- total
- intermedia
- limitada
- parcial
- reducida

Y las variables consideradas como posibles factores explicativos de la accesibilidad son:

- Lugar de residencia: Porcentaje de población que vive en localidades urbanas.
- Escolaridad: Promedio de escolaridad en mayores de 15 años.
- Participación laboral: Porcentaje de población económicamente activa
- Condiciones de vivienda: Porcentaje de población que dispone de drenaje intra-domiciliario.²²

FUNSALUD dice que la accesibilidad es la "percepción sobre la obtención o no de atención médica cuando se solicitó", e indica que se mide explorando la opinión de la población sobre la falta de acceso, y esto se hace en general por nivel socioeconómico, por región y por grupo de edad, para seguir con el análisis de las respuestas de la población usuaria en diferentes niveles de atención.

Otros de los aspectos que se presentan son: la razón principal por la cual no se obtuvo atención médica cuando se buscó; si se ha pospuesto la atención médica; y los problemas para cubrir gastos generados y las repercusiones de ello. Asimismo, se analizan los problemas para conseguir tratamiento; obtener citas sin espera; consultar al especialista que se quería; la ubicación del consultorio o del hospital, y en este último caso, el tiempo que transcurrió entre saber de la necesidad de ser sometido a un procedimiento quirúrgico y el momento en el que este se llevó a cabo, y si fue fácil conseguir cama para el internamiento. Por último, la percepción de tener diferentes alternativas para acudir a otro hospital en las instituciones de seguridad social, de atención a población abierta, y del sector privado.

4.2.4. Análisis de costos de salud.

- Costos directos: Incluyen todo costo monetario en que incurre el proveedor en la generación del proceso de atención médica y todo desembolso del consumidor para la obtención de la misma.
- Costos indirectos: Incluyen todo costo asociado al tiempo, dinero y esfuerzo, por parte del consumidor, durante la espera, el traslado y el periodo de tratamiento en el proceso de búsqueda y obtención de la atención médica.²³

4.3. Utilización.

Utilizar significa hacer uso de algo pero, aplicado a los servicios de salud, se requiere precisar las diferencias entre la utilización y la demanda.

En el caso de los servicios privados, la demanda es la cantidad de servicios de salud que los individuos desean consumir, a costos específicos, usando los recursos financieros de que disponen y considerando sus prioridades frente a otros bienes o servicios; utilización, en cambio, es la cantidad real de servicios que es consumida cuando la demanda desencadena el proceso de atención.

Así mismo, la demanda también se puede definir como el momento en el que un individuo que asume el rol de enfermo, decide buscar ayuda y acude a un servicio para solicitar su atención; la utilización en cambio, existe cuando un individuo demandante de servicios recibe realmente asistencia.

Donabedian, señala que la utilización es el grado de "unión-ligadura" entre el usuario y el sistema de salud de forma tal, que en este concepto, se incorpora el de demanda efectiva.

Para el caso de los servicios odontológicos, se dice que la utilización de atención dental es la cantidad de personas que tuvieron acceso a estos servicios en un periodo de tiempo determinado. La utilización puede ser medida en diferentes dimensiones:

- Tipo: Se refiere a cual es el servicio usado: privado, público o de la seguridad social, y en ciertas circunstancias pueden recibirlos sin solicitud previa, como es el caso de programas preventivos, de vacunación y atención dirigida a escolares, entre otros.

- Propósito: Se refiere a los motivos de solicitud (prevención, urgencia, o tratamiento no consecutivo a dolor o malestar). Se ha demostrado que las variables que influyen en la decisión de buscar atención dental preventiva difieren con respecto a las que se asocian con la solicitud de servicios curativos. En el primer caso, la educación, el nivel socioeconómico y los estilos de vida parecen más importantes, mientras que en el segundo, la necesidad percibida puede aparecer como el factor desencadenante de la solicitud de servicios.

- Volumen: Es la cantidad de servicios odontológicos utilizados. Se mide por el número de visitas al dentista en un periodo de tiempo determinado. Algunos estudios toman en último año, que es un periodo de tiempo que puede ser recordado cuando la información se obtiene por entrevistas. En ocasiones, se emplea el concepto de "no utilización" como un espejo para determinar la falta de visitas en un periodo de tiempo.

Es pertinente recordar que la utilización no se da en forma homogénea en la población, sino que depende de la combinación de diferentes aspectos que se relacionan con las características de los individuos y grupos, las necesidades presentadas y las condiciones de acceso a los servicios.¹⁶

FUNSAUD propone que para medir la utilización de un servicio médico, se interroga a que tipo de institución asistió para recibir atención de diferentes niveles. Generalmente, se explora el nivel de utilización en diferentes niveles de atención, tanto por parte de la población asegurada como de la no asegurada, posteriormente se analiza la utilización de diferentes servicios por nivel de atención, así como por la población asegurada y la no asegurada. Esta información se presenta con respecto a la percepción sobre la calidad, los costos y los recursos existentes en las organizaciones prestadoras de servicios.²⁴

4.3.1. Factores que influyen en la utilización de un servicio odontológico.

- a) **Sexo y edad:** Variables que se incluyen en todos los estudios debido a su relación con otras. Por ejemplo: se ha demostrado en estudios sobre utilización de servicios odontológicos, que las mujeres tiene mayor tendencia al uso de servicios dentales que los hombres; y en el caso de la edad, existen estudios que avalan la alta utilización de servicios dentales en niños en edad escolar debido a los programas gratuitos que funcionan en escuelas, ofrecidos a través de los sistemas de salud.

- b) **Educación:** Frecuentemente se ha usado en este tipo de estudios, la opinión de los padres o jefes de familia, para estudiar la utilización de los servicios odontológicos en los niños, encontrándose que en los grupos con más educación, la utilización se incrementa. La variable educación, entendida como escolaridad y también de manera más amplia como el desarrollo de actitudes positivas hacia la salud, se considera

como fundamental en la explicación del uso apropiado de los servicios dentales.

- c) **Actitudes y valores:** Se entienden como factores subjetivos importantes en el uso de servicios dentales: el miedo o la ansiedad que puede producir el tratamiento dental; problemas familiares, e insatisfacción de las madres con sus propios tratamientos previos, lo cual favorece conductas de rechazo a la atención dental por parte de niños; aspectos culturales tales como creencias respecto a la salud, uso de remedios caseros, automedicación, selección de la fuente de atención que puede ser institucional, privada, e incluso de curanderos y agentes de salud tradicionales. En general, son las actitudes, valores y costumbres que influyen de manera subjetiva a la utilización o no utilización de un servicio dental.

- d) **Estatus socioeconómico:** Se refiere a la capacidad de pago por un servicio y constituye una de las barreras de acceso más frecuentemente reportadas. Este indicador está compuesto por ingreso, ocupación y educación. Usando este criterio se ha observado que la utilización de servicios, tanto médicos como dentales se incrementa en la medida que el estatus es más alto. Sin embargo, se ha demostrado que el estatus socioeconómico, en ocasiones no condiciona el uso de los servicios médicos y dentales.

La ocupación del jefe de familia: Se utiliza para clasificar la utilización de los servicios por nivel de ocupación. Los estudios demuestran que la población que se encuentra en niveles profesionales y ejecutivos, tienen mayor utilización que aquellos

cuyos niveles de ocupación eran de rango medio o más bajo. De igual manera, en ocasiones, se mide el desempleo o subempleo ya que suelen ser condicionantes temporales.

- e) **Características de los servicios dentales:** El acceso geográfico en sitios con dificultades de transporte o en zonas rurales, ha sido mencionado como una limitante de acceso para la población que radica en estos lugares. De igual manera se ha reportado la asociación entre poseer una fuente regular de atención y un mayor número de visitas al dentista, mayor continuidad en los tratamientos y mayor utilización. Por lo tanto, se dice que los seguros sociales y privados u otros mecanismos para hacer accesible la atención dental, neutralizan las limitaciones económicas e incluso de educación. No obstante, una vez superadas éstas, algunas características de la organización de los servicios pueden convertirse en barreras para los usuarios quienes pueden sentirse rechazados por el servicio. Entre las más importantes se encuentran los tiempos de espera, el ambiente de la atención, el trato que reciben los usuarios tanto del dentista como del personal de apoyo y la satisfacción con la atención.

- f) **Contacto previo y satisfacción con los servicios:** La satisfacción del paciente se basa en actitudes y sentimientos hacia el proveedor y los servicios recibidos. Estas actitudes se forman como resultado de la interacción dentista-paciente o bien son transmitidas a la persona por otros, generalmente familiares o amigos. Así la satisfacción ha sido considerada como una medida de resultado de los servicios de salud. En Odontología, se presenta como una constante la valoración que se hace de

la personalidad del dentista, su capacidad de comunicación, el brindar información acerca de cómo prevenir problemas bucales, y ante todo habilidad para disminuir el miedo, la ansiedad y el dolor.

- g) Conductas preventivas y percepción de las necesidades de atención: Se dice que los padres – más las madres- tienen una gran influencia en los hijos respecto de la adopción de conductas preventivas. El estatus socioeconómico, la actuación y los factores culturales relacionados con el grupo de pertenencia, han sido asociados con hábitos preventivos y de auto-cuidado, a su vez los servicios tienen también influencia en las conductas preventivas.

Sobre las necesidades percibidas por las personas, el dolor dental aparece como una de las manifestaciones más indicativas de la necesidad de acudir a un dentista, de igual manera, se ha encontrado que el miedo ante el tratamiento dental puede ser un factor para no acudir al dentista.

Por otra parte, en algunos estudios al respecto suele medirse también la percepción que tienen las personas sobre su salud bucal como una perspectiva individual y subjetiva. Frecuentemente se utiliza la pregunta: ¿cómo calificaría usted el estado actual de su salud bucal?.

Se concluye, que las conductas preventivas y las necesidades percibidas se asocian con la utilización de los servicios pero mediadas por otros factores.¹⁶

En un estudio realizado por Paredes y Sandoval sobre condicionantes de mercado de servicios odontológicos se concluyó que para el análisis de las tendencias de la disponibilidad de recursos humanos odontológicos, deben emplearse indicadores sociales y económicos.²⁵

5. Necesidad de los sistemas de medición en los servicios odontológicos

La mejora de la salud pública no puede realizarse sin la formación de personal competente y la educación sanitaria de la población.²⁶

Lara y López señalan que para los profesionales del campo odontológico, así como para los estudiantes en formación es muy importante el conocimiento de los diversos factores que intervienen en la calidad de la atención, pero deben ser incluidos también, aquellos que permiten identificar las expectativas de los pacientes y la comunidad ya que en gran medida estos factores intervienen en los patrones de uso de los servicios, especialmente cuando se trata del primer contacto con el servicio, así como también de la permanencia y apego a los planes de tratamiento instaurados por el odontólogo.¹⁵

Entre los aspectos poco estudiados o investigados por la profesión odontológica en México se encuentra la actitud de la sociedad-consumidores, hacia el campo de la odontología y los profesionales de la misma. El incremento en el número de dentistas, en relación a la demanda por sus servicios profesionales, supuestamente ha traído como consecuencia un aumento en la competencia en este campo profesional.

Sin embargo, la atención a la salud tiene una multitud de componentes, los cuales pueden ser independientemente evaluados y de los que se tienen lamentablemente pocos datos en el país. 27

El estudio de la medición de los servicios odontológicos en nuestro país permite entender y explicar los comportamientos de individuos y grupos frente a las enfermedades buco-dentales y ante la necesidad de recibir atención profesional.¹⁶

5.1. Experiencias de evaluación de la calidad en los servicios dentales.

La visión de los pacientes hacia los servicios de salud ha sido, desde hace aproximadamente veinte años, motivo de interés por lo que se han producido estudios sistemáticos al respecto. En el caso de la atención odontológica, destaca el clásico llevado a cabo en 1997 por la universidad de Londres, mediante un cuestionario aplicado a las personas que recibieron tratamiento, en un programa especial en el lapso de ese año y en el cual se exploraba la satisfacción con la duración de las citas, el tiempo de espera, la confianza en los operadores, así como sus conocimientos y opiniones sobre cada cuanto conviene visitar al dentista y porqué, además de indagar factores de riesgo odontológico percibidos por los mismos pacientes.

En México, en 1998, la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco realizó un estudio con el propósito de conocer la opinión de los usuarios de los Centros de Salud de Zapotitla y San José en Tláhuac, Distrito Federal sobre la atención recibida, para lo cual se exploraron variables tales como su forma de acceso al servicio, tiempo de espera, número de citas, solución de sus problemas de salud bucal, información recibida, trato y confianza con su dentista entre otras. El estudio se realizó mediante encuestas de opinión. Los aspectos explorados fueron referentes a la forma y motivos de asistencia, el

tiempo de duración del tratamiento y la solución del problema actual, la apreciación sobre la calidad y el trato recibido, la confianza con el dentista, la repetición de tratamientos y el precio de la atención.

Otros estudios sobre percepciones de la población con los servicios dentales, han encontrado diferencias entre la valoración que hace el profesional sobre la importancia de algunos tratamientos *versus* las expectativas de los pacientes atendidos o potencialmente usuarios.¹⁵

5.2. Grado de satisfacción – insatisfacción

Los pacientes tienen dos objetivos cuando buscan atención odontológica. El primero es obtener un buen diagnóstico y un apropiado tratamiento. El segundo es tener confianza en el dentista respecto al manejo del miedo y la ansiedad que tanto el padecimiento como el tratamiento dental implica. Estos aspectos se traducen en lo que se llama grado de satisfacción-insatisfacción de los usuarios. Éste mide de manera colateral una parte importante de la calidad de la atención: la calidad humana. Es frecuente encontrar en estos servicios, tanto a nivel público como privado, el problema de la deserción, muchas veces atribuida solamente a factores de tipo económico o bien achacados a la “mala comunicación” odontológica de la población, sin tomar en consideración los aspectos relacionados con experiencias previas de los pacientes o sus familiares entre tratamientos recibidos o bien con los que en la actualidad están recibiendo.

6. Monografía de Coyotepéc

Entidad Federativa: Estado de México (Anexo No.1)

Número de municipios: 124

Municipio: Coyotepec

6.1. Denominación y toponimia.

Coyotepec, palabra de origen náhuatl es el nombre oficial del municipio y su cabecera, forma parte de la región II, Zumpango, Estado de México.

Coyotepec significa “En la montaña del coyote” o “Lugar del coyote”. Etimológicamente se compone de las raíces *coyotl*, coyote; *tepetl*, cerro o montaña, y *c*, que significa en o lugar.²⁸

6.2. Localización.

Este municipio se encuentra situado al Noroeste del Estado de México en el km 50 de la autopista México – Querétaro, cerca del estado de Hidalgo; a 6km de la caseta de cobros de Tepetzotlán, a 18km de Cuautitlan por carretera libre a Teoloyucan.²⁸

6.3. Límites.

N- Municipio de Huehuetoca

S- Municipio de Teoloyucan

E- Municipio de Teoloyucan y Municipio de Zumpango

O- Municipio de Tepetzotlan y poblado Sta. Cruz del Monte del Municipio
De Teoloyucan.²⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.4. Ubicación.

Coordenadas:

Latitud Norte: 19°, 47 min.

Latitud Oeste: 99°, 12 min.

6.5. Topografía.

Se encuentra a una altura promedio de 2 320 msnm.

6.6. División política.

Pertenece al Primer Distrito Judicial y Rentístico con asiento en Cuautitlan.junto con los municipios de Huehuetoca, Teoloyucan, Tepotzotlan, Melchor Ocampo, Tultitlán y Tultepec.²⁸

Pertenece al XXXVI Distrito local con asiento en Villa del Carbón, y al Distrito Electoral Federal 02 con sede en Zumpango.

En cuanto al aspecto de Salubridad, pertenece a la Jurisdicción, con sede en Cuautitlan.

6.7. Orografía.

La topografía del municipio de Coyotepec es bastante irregular ya que el municipio adopta la forma de un extenso plano inclinado con su parte mas alta hacia el noroeste y la mas baja hacia el suroeste.²⁸

6.8. Hidrografía.

Existen dos ríos: el río Cuautitlán y el río Chiquito; el sistema hidrológico se conforma por la presa de San Guillermo y la presa San Miguel ubicada en el

municipio de Huehuetoca. El sistema de distribución del agua es irregular, ya que no se cuenta con una infraestructura adecuada.²⁸

6.9. Climatología.

El clima que predomina es templado sub-húmedo, con lluvias en verano y frío intenso en invierno.²⁸

6.10. Flora y Fauna.

Actualmente el municipio ha sufrido alteraciones ecológicas que han provocado la disminución de la humedad en la tierra y con ello la desaparición de algunas especies vegetales y animales, sin embargo es aún grande el número y la variedad de plantas, hortalizas, flores, frutos, árboles y hongos con los que cuenta el municipio, así como también animales.²⁸

6.11. Situación actual

6.11.1. Superficie total: 44.97 km²

6.11.2. Número de localidades: 12 y una Cabecera Municipal.

11 Barrios:

1. Ahcoocalco
2. Chautonco
3. Cimapan
4. Caltenco
5. San Juan
6. Iztapalcalco
7. Los Reyes

2 Comunidades:

1. La Planada
2. San Francisco

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 8. Pueblo Nuevo
- 9. Santiago
- 10. Santa Bárbara

6.11.3. Demografía:

Tabla No. 1

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1960	3 027	2 940	5 967
1970	4 488	4 400	8 888
1980	9 874	9 922	19 796
1990	12 158	12 293	24 451
2000	18 246	18 445	36 691

INEGI VIII, XI Censo General de Población y Vivienda

- 786.27 habitantes por km²
- Índice de Desarrollo Humano Municipal: Medio Alto
- Población Urbana: 89.4 %
- Población Rural: 10.6 %

INEGI XI Censo General de Población y Vivienda

Población Indígena: 639 1.80% del total de la población

Lenguas indígenas : náhuatl, purépecha

- Natalidad y Mortalidad:

Tabla No. 2

Acto	1996	1997
Nacimientos	982	969
Defunciones	98	93

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

6.11.4. Servicios

Actualmente la mayor parte de la población cuenta con servicio de agua potable, servicios de energía eléctrica, alumbrado público, drenaje, alcantarillado y pavimentación.

6.11.6. Vivienda

De acuerdo con los servicios con que cuenta la población y el número de habitantes, la vivienda se clasifica en suburbana y rural; la primera se localiza en la cabecera municipal y la segunda en sus alrededores.

En la actualidad la mayoría de las casas habitación están hechas de mampostería de piedra y cemento, muros de tabique, block o tabicón y cantera de tepetate.

6.11.6. Trabajo

El 80% de la población es semiurbana y está compuesta por profesionales, comerciantes, obreros, campesinos y músicos.

Ver tabla No.3

Tabla No.3

Población de 12 años y más por condición de actividad según sexo. 1990.

Sexo	Población		Población Económicamente inactiva	No especificada	Total
	Económicamente activa				
	Ocupados	Desocupados			
Hombres	4 993	197	2 838	35	8 063
Mujeres	1 197	27	6 908	44	8 174
Total	6 190	224	9 744	79	16 237

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.11.7. Asentamientos humanos

Por su ubicación geográfica, Coyotepec está sujeto a fuertes presiones de crecimiento urbano, esto ha propiciado una gran cantidad de asentamientos humanos de forma anárquica, lo que impone al gobierno local fuertes presiones para la provisión de servicios públicos básicos.³⁰

6.11.8. Comunicaciones

a) Carreteras y transportes: Coyotepec posee un total de 9 30 km de carretera pavimentada, 5 km de troncal federal y 4. 30 km de alimentadoras estatales. Así también la autopista México-Querétaro cruza al municipio a la altura de los kilómetros 49, 50 y 51 (federal). La mayoría de las principales calles están pavimentadas. Asimismo, cuenta con buena comunicación por carretera hacia la ciudad de México y a diferentes municipios del estado.

b) De igual manera, el municipio cuenta con prensa estatal y nacional, oficina de correos, teléfono, radio y televisión.

3.11.9. Ganadería y Agricultura

La producción se utiliza para el autoconsumo (a nivel familiar) y se complementa mediante la compra en el exterior.²⁸

6.11.10. Educación

Para 1990, el total de población analfabeta era de 1754 (550 hombres y 1204 mujeres).

El municipio cuenta con 18 planteles de educación preescolar; seis primarias estatales y cuatro federales, dos secundarias federales, dos estatales y tres telesecundarias, así como un CBT, una preparatoria abierta, un centro extraescolar de educación para adultos, un instituto de computación y otro instituto de inglés.

El municipio cuenta con una biblioteca pública municipal; existe también una Casa de Cultura que imparte los talleres de música, danza, literatura, artes plásticas y teatro. 28

6.11.11. Religión

La religión que tiene mas adeptos es la católica, sin embargo existen otros grupos religiosos como los espiritualistas, trinitarios marianos, adventistas y pentecostés , los cristianos, y testigos de Jehová. 28

6.11.12. Fiestas y Reuniones

El patrimonio cultural del municipio es amplio y variado, pues aún se conservan las tradiciones, destacando los festejos religiosos en honor a los santos y que son organizados por mayordomos y el pueblo.28

6.11.13. Alimentación

Los alimentos principales de la población son leche, carne, huevos, tortilla, pan, cereales, verduras, frutas y pastas.

También se consumen nopales, quesadillas de flor de calabaza, de hongos de maíz y de cerro, así como elotes, mole de olla y tlacoyos y alguna sopas. Además se utiliza una gran variedad de hierbas; así como también el maguey es otra planta que se aprovecha de forma integral. 28

6.11.14. Organización política y social

El gobierno municipal está integrado por un presidente municipal, un síndico municipal y 10 regidores encargados de los diversos aspectos de la vida social, económica y política del municipio.

Dentro del municipio existen algunas organizaciones como: la comisaria ejidal, la sociedad de padres de familia, la unión de transportistas, los clubes deportivos y sociales, la unión de comerciantes y la organización de filarmónicos.28

6.11.15. Salud

Ante la Secretaría de Salud, Coyotepec corresponde a la Jurisdicción Sanitaria con asiento en Cuautitlan.

- Enfermedades más frecuentes: En general, las enfermedades mas frecuentes en la población de Coyotepec son: infecciones de vías respiratorias y gastriontestinales, diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, obesidad, y a últimas fechas cirrosis hepática.

El municipio cuenta para la atención de la salud de la población con 2 Unidades Clínicas del Primer Nivel, las cuales son:

1. Clínica del DIF Municipal
2. Centro de Salud del ISEM (Instituto de Salud del Estado de México)

Así mismo se cuenta, para la atención médica en el municipio con:

- Dispensario dental en la Parroquia de San Cristóbal.
- 2 clínicas particulares equipadas con quirófano y laboratorio de análisis clínicos.
- 9 consultorios de medicina general
- 9 consultorios dentales
- Medicina tradicional (hueseros, curanderos, yerberos)

Cabe destacar que la población recurre en ocasiones a servicios médicos especializados externos al municipio, ya sea públicos o privados en las localidades de Cuautitlán Izcalli, Tlalnepantla o Naucalpan.²⁸

6.12. Infraestructura del sector salud en Coyotepec.

6.12.1. Clínica del DIF municipal

Fundada en 1992 con ubicación en la presidencia, en la cabecera municipal de Coyotepec, cuatro años más tarde en 1996, es reubicada en un lugar llamado La Renda en el barrio de Caltenco.

- Servicios que proporciona

1. Medicina general
2. Pediatría
3. Ginecología
4. Odontología
5. Laboratorio de análisis clínicos
6. Ultrasonido
7. Atención de partos

8. Ultrasonido y Colposcopia los fines de semana
9. Hospitalización
10. Urgencias las 24 hrs.
11. 2 ambulancias para emergencias
12. Campañas periódicas de Osteoporosis, Detección de Diabetes Mellitus, Optometría, etc.
13. Pláticas grupales dirigidas a diversos sectores de la comunidad.

- Personal:

- 1 director general
 - 1 presidenta general
 - 6 médicos generales
 - 1 ginecólogo
 - 1 pediatra
 - 1 cirujano general (director)
 - 1 anestesiólogo
 - 2 odontólogos
 - 10 enfermeras
 - 5 paramédicos
-
- Población beneficiaria: 15, 000. 29
 - Número de consultas al mes: Entre 900 y 1100.
 - Número de consultas por médico: 15- 20 en cada turno.
 - Número del consultas anual: 14 200
-
- Patologías mas frecuentes detectadas en la Clínica:
 1. Niños (0-12 años):
 - Infecciones gastrointestinales
 - Infecciones de vías respiratorias altas

2. Adultos:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Infección de vías urinarias
- Insuficiencia renal
- Obesidad, Sobrepeso

Datos proporcionados por Dr. Filiberto Contreras, director general del DIF municipal Coyotepec.

- Servicio odontológico.

Funciona desde hace 3 años.

1.- Recursos humanos: 2 odontólogos en turnos matutino y vespertino respectivamente.

2.- Recursos materiales:

- 2 unidades dentales
- 1 aparato de Rayos X

3.- Servicios que se brindan:

- Odontología preventiva
- Operatoria dental
- Exodoncia
- Odontopediatría
- Campañas y pláticas grupales de prevención en escuelas dirigidas a alumnos, maestros y padres de familia.

4.- Patologías más frecuentes en años 2001 y 2002:

- Abscesos periapicales agudos
- Retención de dientes primarios
- Caries
- Gingivitis

5.- Consultas:

- Número aproximado de consultas por turno en un día: 4
- Número aproximado de consultas por mes en el año de 2002: 130
- Número de consultas de Primera vez en al año de 2002 en los 2 turnos: 992
- Número de consultas de Segunda vez en al año de 2002 en los 2 turnos: 573
- Número total de consultas en el año 2002 en los 2 turnos: 1565

6. Últimos datos (2002):

- Pláticas preventivas: 3080 *
- Aplicación de fluoruro: 8447 *
- Aplicación de selladores de fisuras y foseetas: 9
- Profilaxis: 49
- Amalgamas: 360
- Resinas: 70
- Extracciones: 501
- Coronas de acero- cromo: 10
- Pulpectomías: 1
- Pulpotomías: 31
- Farmacoterapias: 593
- Provisionales: 74

* Se incluyen pláticas y aplicaciones de fluoruro en Centros educativos.

7.- Centro o institución de canalización mas recurrente:

- Escuela de Odontología "FES Cuautitlan", UNAM (poblado de Xhala).

Datos proporcionados por C.D. Adrián Cristóbal Solano, Jefe del Área Odontológica, DIF municipal de Coyotepec.

6.12.2. Centro de Salud ISEM.

- Servicios que proporciona:

1. Inmunizaciones
2. Planificación familiar (salud reproductiva)
3. Consulta externa
4. Consulta del niño sano
5. Control perinatal
6. Embarazo
7. Control de hipertensión y diabetes mellitus
8. Prevención de accidentes
9. Control de Infecciones gastrointestinales y respiratorias agudas

- Personal (recursos humanos):

- 2 médicos generales
 - a. 1 PROGRESA
 - b. 1 Población abierta
- 2 enfermeras
- 6 promotores de salud
- 1 coordinador municipal
- 1 estadígrafo
- 1 cajera

- **Recursos Físicos:**
 - 2 consultorios
 - 1 sala de hidratación oral
 - 1 sala de espera
 - 1 farmacia
 - 1 almacén
 - 1 caja
- Dos turnos
- Cobro por consulta: \$10.00 Mn
- No se brinda atención dental.

Datos proporcionados por personal del ISEM-Cuautitlán de Romero Rubio y en ISEM-Coyotepéc.

6.12.3. Dispensario dental (parroquia de San Cristóbal)

- **Servicios que proporciona:**
 - Odontología preventiva y limpieza bucal
 - Operatoria dental
 - Exodoncia
- **Personal:**
 - 1 Odontóloga
- **Horario de atención:** de martes a viernes, de 13:00 a 16:00 hrs., y domingos de 12:00 a 14:00 hrs.

6.13. Datos actuales de atención a la salud

En 1998 se registró un total de 39 437 consultas externas, de las cuales 35 972 fueron de medicina general, 1 837 de medicina especializada y 1 628 odontológicas, mismas que fueron otorgadas a través del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y del sistema de Desarrollo Integral de la Familia(DIF).

La población derechohabiente de las instituciones de seguridad social, para el mismo periodo fue de 10 350 personas: 9 225 corresponden al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 1 095 al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISEMYM).

INEGI /GEM, 2000

6.14. Datos actuales sobre recursos humanos odontológicos en el municipio de Coyotepec.

Población total: 36 691

No. de odontólogos de consulta privada al interior del municipio: 9

No. de odontólogos de consulta pública al interior del municipio: 2

Población por cada odontólogo: 3 335

No. de odontólogos por habitante en el municipio: 0.299

7. Planteamiento del problema

La falta de planificación de los recursos humanos en áreas suburbanas y el desequilibrio entre la oferta y la demanda plantean un problema que se traduce en falta de recursos médicos en el área odontológica, lo cual se hace contradictorio en un país en donde año tras año se gradúan miles de odontólogos, y al mismo tiempo existe alto porcentaje de desocupación profesional y gran concentración de profesionistas de áreas de salud bucal en las grandes ciudades.

8. Justificación

El creciente aumento de la población en la zona norte del Distrito Federal (zonas industriales) que se ha registrado en las últimas tres décadas, y todo lo que este crecimiento demográfico implica, requiere de la participación de los profesionistas de las diversas áreas de la salud (incluyendo el área odontológica).

Por lo anterior es importante conocer sobre la Importancia de necesidades odontológicas en una población urbano rural, si es que éstas han sido satisfechas en relación al tratamiento recibido y calidad del mismo, así como conocer si los recursos profesionales odontológicos son los adecuados y los suficientes en relación a la demanda de la comunidad

Aún es bajo el número de odontólogos que deciden incorporarse al mercado laboral en una comunidad que no es urbana, esto es que los profesionistas recién egresados de las diversas escuelas de Odontología tienden a concentrar sus esfuerzos en las grandes urbes, dejando a las poblaciones rurales y a las que se encuentran en vías de urbanización sin la debida atención bucal.

Por lo tanto esta investigación aportará datos en cuanto a los servicios odontológicos actuales tanto públicos como privados en el municipio de Coyotepéc, beneficiando así la información sobre las necesidades sentidas de la población en relación a la salud bucodental.

9. Hipótesis

H₁. El número de establecimientos a cargo de la salud bucal, tanto públicos como privados existentes en el municipio está en desventaja a la demanda de atención odontológica por parte de la población del municipio de Coyotepec.

H₀₁. El número de establecimientos a cargo de la salud bucal, tanto públicos como privados existentes en el municipio corresponde a la demanda de atención odontológica por parte de la población del municipio de Coyotepec.

H₂. El servicio odontológico más recurrente de la población de Coyotepec es la clínica del DIF.

H₀₂. El servicio odontológico más recurrente de la población de Coyotepec no es la Clínica del DIF.

H₃ El nivel de satisfacción respecto a la atención en los servicios de salud bucodental es Regular.

H₀₃ El nivel de satisfacción respecto a la atención en los servicios de salud bucodental es Excelente.

10. Objetivos

10.1. General.

1. Determinar la demanda de recursos humanos en el área Odontológica en una comunidad urbano- rural, Coyotepec, Estado de México.

10.2. Específicos.

1. Conocer las características sociodemográficas de la comunidad del municipio que influyen en la necesidad de tratamiento bucodental.
2. Determinar los padecimientos bucales mas frecuentes en la comunidad de Coyotepec, Edo. Mex.
3. Identificar los servicios de salud a los cuales recurre la población de Coyotepec en caso de requerir atención odontológica.
4. Conocer el nivel de satisfacción respecto a los servicios odontológicos que utiliza la comunidad.

11. Metodología

11.1. Material y método.

La investigación se realizó con la población abierta del municipio de Coyotepéc, tomando la muestra de los 12 barrios que conforman la comunidad, seleccionando por muestreo por criterio no probabilístico 25 cuestionarios por barrio o comunidad, involucrando la opinión vertida en cuestionarios de pregunta directa a 300 habitantes del municipio de Coyotepéc, preferentemente padres de familia, escogidos al azar en un periodo de tres semanas del mes de marzo de 2003. Los cuestionarios fueron aplicados casa por casa en los 12 barrios que conforman el municipio.

Para la recolección de datos se diseñó un formulario con las variables de estudio (Anexo No.2) y su análisis se realizó con el paquete Microsoft Excel.

En dichos cuestionarios se midió el uso de los recursos odontológicos tanto en el municipio como fuera de él, así como la demanda de recursos humanos odontológicos en el municipio.

11.2. Población en estudio

Padres familia que viven en el municipio de Coyotepéc.

11.3. Tamaño de muestra

300 individuos. Se aplicaron 25 cuestionarios por barrio o comunidad.

11.4. Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

11.5. Criterios de inclusión

- * Padres de familia del municipio de Coyotepéc Estado de México.
- * Personas mayores de 15 años.
- * Pobladores que deseen participar en el estudio.

11.6. Criterios de exclusión

- * Pobladores que no deseen participar en el estudio.
- * Niños y adolescentes menores de 18 años.

11.7. Variables en estudio

11.7.1. Variables dependientes

Salud bucal (problemas bucodentales más frecuentes); derechohabiencia (utilización de servicios y sitio físico de atención odontológica en población asegurada y no asegurada); satisfacción en Calidad, accesibilidad y disponibilidad de recursos humanos por sitios de servicio dental utilizados (nivel de resolución del problema bucodental; promedio de visitas a lo largo del tratamiento; nivel de acceso económico y costo de servicios; nivel y razones en cuanto a regresar o no a la consulta dental; percepción general del nivel de atención; interés personal por salud bucal.

11.7.2. Variables independientes

Número de establecimientos dedicados a la salud bucodental.

11.8. Técnicas de recolección de información

Observación directa, entrevista estructurada y directa.

Instrumentos de medición: Cuestionario, cámara fotográfica.

11.8.1. Estrategia

1. Ubicar zonas, barrios y elaboración de mapa dividido en zonas de trabajo
2. Ubicación de centro de elaboración, distribución, y evaluación de cuestionarios.
3. Aplicación de prueba piloto (validar estudio)
4. Aplicación de cuestionarios y toma de imágenes representativas con la cámara fotográfica.
5. Evaluación diaria, recolección de datos por computadora.

11.8.2. Actividades

Tabla No.4. C R O N O G R A M A

BARRIO: _____

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRC.	JUEVES	VIERNES	SABADO
8:30–9:00 hrs.	A	A	A	A	A	A
9:00– 13:00 hrs.	B	B	B	B	B	B
13:00– 14:00 hrs.	E	E	E	E	E	E
14:00– 15:00 hrs.	D	D	D	D	D	D
15:00– 18:00 hrs.	C	C	C	C	C	C

A: Presentación en el centro de distribución de cuestionarios

B: Aplicación de cuestionarios en barrio 1

C: Aplicación de cuestionarios en barrio 2

D: Receso

E: Evaluaciones

11.9. Recursos

a) Humanos:

- Habitantes del municipio
- 1 pasante de la carrera de Cirujano Dentista
- 1 tutor C.D.
- 1 asesor C.D.
- Personal de la cuarta Regiduría del Ayuntamiento y del archivo del registro civil de Coyotepéc.
- Personal de la Jurisdicción Sanitaria de Cuautitlán Izcalli.
- Personal del Instituto para la Salud del Estado de México (ISEM).
- Personal de la Clínica del DIF Municipal de Coyotepéc.
- Personal del centro de salud ISEM de Coyotepéc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b) Físicos o de Infraestructura:

- Municipio de Coyotepéc, Estado de México.
- Biblioteca de la Fac. de Odontología de la UNAM
- Biblioteca de la Fac. Medicina de la UNAM
- Biblioteca de Salud Pública de la Fac. de Medicina de la UNAM
- Biblioteca de la Fac. de Economía de la UNAM
- Biblioteca de la Secretaría de Salud
- Biblioteca de la Fundación para la Salud en México (FUNSALUD)
- Biblioteca de la Asociación Dental Mexicana (ADM)
- Biblioteca y librería de la UAM-Xochimilco
- Biblioteca y Sala de Consulta del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

c) Materiales:

- 1 computadora
- 1 automóvil
- 1 bicicleta
- 2 cámaras fotográfica
- 10 plumas
- 1 escritorio
- 2 mapas del municipio
- 300 cuestionarios

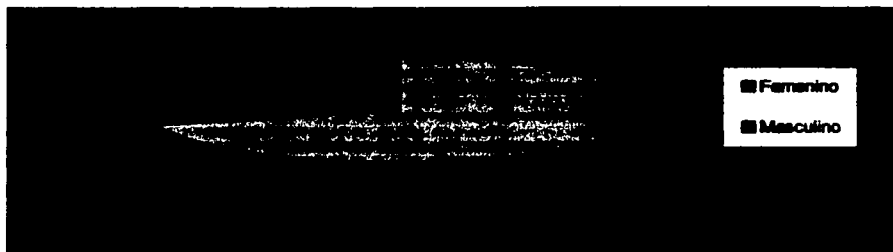
d) Financieros:

- \$1 500,00 Mn.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. Resultados

De un total de 300 individuos encuestados, 212 (71%) fueron del sexo femenino, y 88 del sexo masculino (29%). Gráfica No.1



Fuente directa

SEXO	Femenino	Masculino	Total
No. casos	212	88	300
Porcentaje	71%	29%	100%

Referente a sus edades, 135 (45%) se ubicaron dentro del rango de 15-30 años; 95 (32%) en el rango de 31-45; 41 (14%) en el rango de 46-60; 25 (8%) en el rango de 61-75 y 4 (1%) en el rango de mayor del 76. Gráfica No.2



Fuente directa

EDAD:	15-30	31-45	46-55	56-75	76-más	Total
No. casos	135	95	41	25	4	300
Porcentaje	45%	32%	14%	8%	1%	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

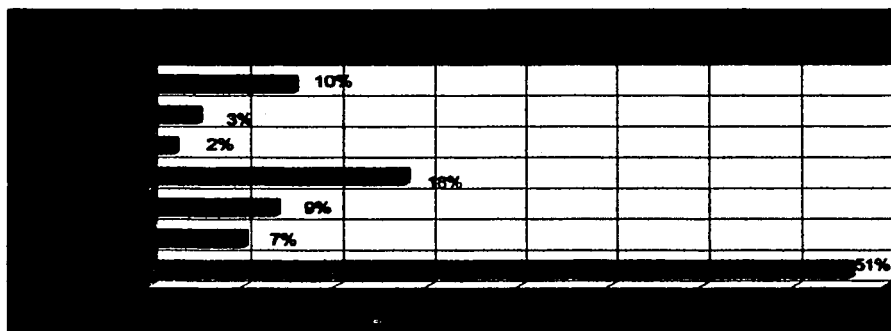
Acerca del estado civil, 45 (15%) refirió ser soltero; 184 (61%) casado; 47 (16%) unión libre; 3 (1%) divorciado; 8 (3%) viudo y 13 (4%) otro, entre los que destaca madre soltera. Gráfica No.3



Fuente directa

EDO. CIVIL	Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Viudo	Otro	Total
No. casos	45	184	47	3	8	13	300
Porcentaje	15%	61%	16%	1%	3%	4%	100%

En relación a su ocupación, 147 (51%) eran amas de casa; 20 (7%) empleados; 27 (9%) comerciantes; 55 (18%) obreros; 5 (2%) campesinos; 10 (3%) profesionistas y 31 (10%) desempeñaban otras labores tales como: servidor público, hornero, filarmónico, albañil, chofer, militar, mecánico y desempleados.



OCUPACIÓN:	Ama de casa	Empleado	Comerciante	Obrero	Campesino	Profesionista	Otro	Total
No. casos	147	20	27	55	5	10	31	300
Porcentaje	51%	7%	9%	18%	2%	3%	10%	100%

Fuente directa

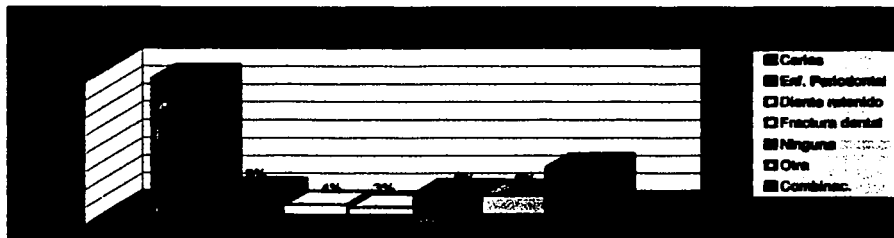
De acuerdo al número de personas que dependen económicamente de la población encuestada, en el rango de 0 o ninguna, hubo 19 (6%), 74 (25%) en el rango de 1-2; 111 (37%) en el rango de 3-4; 67 (22%) en el rango de 5-6 y 29 (10%) en el rango de 7 o más. Tabla No.1

Tabla No.1

NÚMERO DE PERSONAS	NUMERO DE CASOS	%
a. 0	19	6%
b. 1-2	74	25%
c. 3-4	111	37%
d. 5-6	67	22%
e. 7-más	29	10%
Total	300	100%

Fuente directa

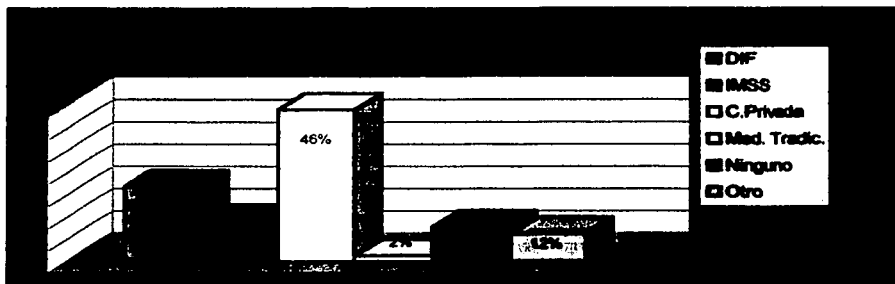
Asimismo, en los problemas dentales más frecuentes durante el último año la caries ocupó el primer lugar con 153 (50%); 26 (9%) con periodontopatías; 12 (4%) con diente retenido; 9 (3%) con fractura de diente; 24 (8%) con ninguna; 23 (8%) con otra; 53 (18%) con combinaciones, ente las que destaca caries aunada a periodontopatías.



PROBLEMA	Caries	Enf. Periodontal	D. retenido	Fractura dental	Ninguna	Otra	Combinaciones	Total
No. casos	153	26	12	9	24	23	53	300
Porcentaje	50%	9%	4%	3%	8%	8%	18%	100%

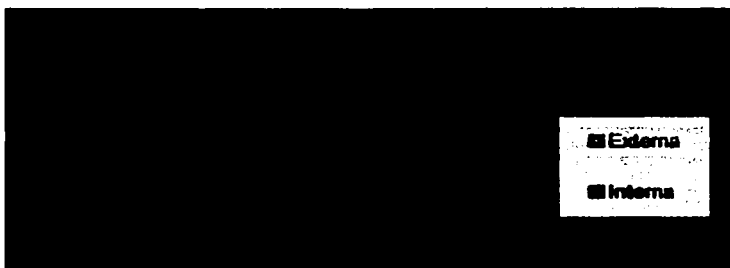
Fuente directa

Respecto al sitio de solución de problemas dentales. 67 (22%) recurrió al DIF municipal; 36 (12%) al IMSS; 136 (46%) a consulta privada, de éstos el 67% en consultorios al interior del municipio, y el 33% al exterior del municipio; 5 (2%) a la medicina tradicional; 31 (10%) a ninguno y 25 (12%) a otros centros de atención dental tales como: la FES-Cuautitlán de la UNAM, Centros de salud en Tacubaya o en Cuautitlán, Central Militar Clínica, clínica en fábrica. Gráficas No. 6 y 7.



LUGAR	DIF	IMSS	C.Privada	Med. Tradicional	Ninguno	Otro	Total
No. de casos	67	36	136	5	31	25	300
Porcentaje	22%	12%	46%	2%	10%	12%	100%

Fuente directa



C. PRIVADA	Interna	Externa	Total
No. casos	91	45	136
Porcentaje	67%	35%	100%

Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Referente al servicio odontológico utilizado, las proporciones variaron de la siguiente manera, dependiendo del lugar de atención dental profesional al que se recurrió. Tabla No. 2.

Tabla No.2 ¿Qué servicio odontológico utilizó?

Servicio	DIF		IMSS		C. Privada		Otro	
	Num. casos	%	Num. Casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%
a. Prevención	4	6%	3	8%	5	4%	0	0%
b. Obturación	19	28%	8	22%	35	26%	5	20%
c. Extracción	23	35%	13	37%	28	21%	3	12%
d. Limpieza	5	7%	0	0%	7	5%	1	4%
e. Rx.	0	0%	0	0%	5	4%	2	8%
f. Otro	4	6%	0	0%	12	9%	7	28%
g. 2 o más	12	18%	12	33%	44	31%	7	28%
Total	67	100%	36	100%	136	100%	25	100%

Fuente directa

En cuanto al nivel de solución del problemas dental los resultados se presentaron como se muestra en la tabla No.3.

Tabla No.3 ¿Le resolvieron su problema?

Percepción de Resolución	DIF		IMSS		C. Privada		Otro	
	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%
a. Si	43	65%	18	50%	57	42%	17	68%
b. No	19	28%	17	47%	79	58%	8	32%
c. Me canalizaron	5	7%	1	3%	0	0%	0	0%
Total	67	100%	36	100%	136	100%	25	100%

Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación al número de visitas en promedio en su tratamiento, los resultados por lugar de atención se dieron como se muestra en la tabla No. 4.

Tabla No.4 Número de visitas en promedio en su tratamiento

Visitas	DIF		IMSS		C. Privada		Otro	
	Num. Casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%
a. 1	27	38%	8	22%	25	18%	15	60%
b. 2-3	27	38%	14	39%	51	38%	8	32%
c. 3-más	13	24%	14	39%	60	44%	2	8%
Total	67	100%	36	100%	136	100%	25	100%

Fuente directa

Respecto a los problemas económicos para pagar cuentas o comprar medicamento, los resultados se muestran en la tabla No.5.

Tabla No.5 ¿Tuvo problemas para pagar cuentas o comprar medicamentos?

Problemas	DIF		IMSS		C. Privada		Otro	
	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. Casos	%
a. Si	37	55%	15	42%	71	53%	14	56%
b. No	30	45%	21	58%	59	43%	11	44%
c. No recuerda	0	0%	0	0%	6	4%	0	0%
Total	67	100%	36	100%	136	100%	25	100%

Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A la pregunta si regresaría al mismo lugar, los datos obtenidos se muestran en la tabla No.6.

Tabla No.6 ¿Regresaría al mismo lugar?

Opinión sobre si Regresaría	DIF		IMSS		C. Privada		Otro	
	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%
a. Si	47	70%	21	58%	87	64%	18	72%
b. No	20	30%	15	42%	49	36%	7	28%
Total	67	100%	36	100%	136	100%	25	100%

Fuente directa

Sobre las razones por las cuales no regresaría al mismo lugar, los datos obtenidos se presentan en la tabla No.7.

Tabla No.7 Razones por las cuales no regresaría

Razones	DIF		IMSS		C. Privada		Otro	
	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%
a. No tuvo cita	1	5%	0	0%	4	8%	0	0%
b. Alto costo	6	30%	1	7%	25	52%	3	43%
c. Mucha espera	6	30%	7	46%	10	20%	2	29%
d. Otra	5	25%	4	20%	1	2%	1	14%
e. 2 o más	2	10%	3	27%	9	18%	1	14%
Total	20	100%	15	100%	49	100%	7	100%

Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la percepción del usuario con respecto a el nivel de calidad en general del servicio odontológico utilizado, los resultados obtenidos se muestran en la tabla No.8.

Tabla No. 8 Considera que la atención en general fue:

Atención	DIF		IMSS		C. Privada		Otro	
	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%
a. Excelente	4	6%	0	0%	15	11%	4	16%
b. Buena	33	49%	11	31%	63	46%	14	56%
c. Regular	22	33%	16	44%	38	28%	6	24%
d. Mala	8	12%	9	25%	20	15%	1	4%
Total	67	100%	36	100%	136	100%	25	100%

Fuente directa

En cuanto a las situaciones de molestia al ser atendido, los resultados se muestran en la Tabla No.9.

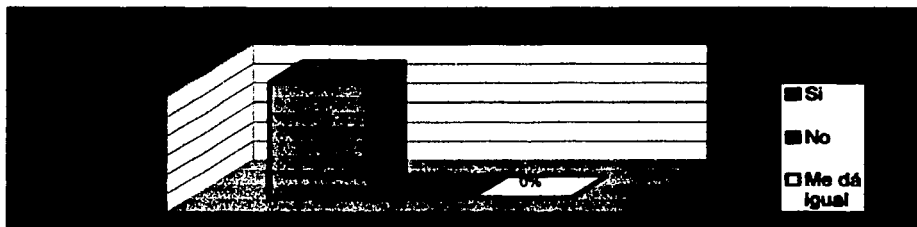
Tabla No.9 Situaciones de molestia al ser atendido

Situación	DIF		IMSS		C. Privada		Otro	
	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%
a. Excesivo tiempo de espera	9	13%	9	25%	13	10%	9	36%
b. Dificultad en el trato o amabilidad del personal	0	0%	3	8%	0	0%	0	0%
c. Falta de comodidad	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
d. Falta de información de su padecimiento	3	4%	0	0%	11	8%	3	12%
e. Falta de personal	5	7%	2	6%	3	2%	1	4%
f. Falta de material	3	4%	7	19%	1	1%	1	4%
g. 1 o más	26	40%	10	28%	9	7%	3	12%
h. Ninguna	21	32%	5	14%	74	54%	6	24%
i. Otra	0	0%	0	0%	25	18%	2	8%
Total	67	100%	36	100%	136	100%	25	100%

Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A la pregunta de si le interesa a usted y a su familia su salud bucodental, los resultados se observan en la Gráfica No.8



Fuente directa

INTERÉS	Si	No	Me da igual	Total
No. casos	299	1	0	300
Porcentaje	99%	1%	0%	100%

De acuerdo a si la población cree que falten más odontólogos en los diversos sitios de atención bucodental, los resultados se muestran en la tabla No.10.

Tabla No.10 ¿Cree que faltan más dentistas en consulta privada, DIF e IMSS para atender a la población?

Percepción	DIF		IMSS		C. Privada		Otro	
	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%	Num. casos	%
a. Si	65	97%	35	97	127	94%	23	92%
b. No	2	3%	1	3	7	5%	2	8%
c. No sé	0	0%	0	0	2	1%	0	0%
Total	67	100%	36	100%	136	100%	25	100%

Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Finalmente, la demanda de recursos humanos en el área odontológica en el municipio, los resultados se muestran en la gráfica No.9



Fuente directa

DEMANDA	Si	No	No sé	Total
No. casos	294	2	4	300
Porcentaje	98%	1%	1%	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. Conclusiones

La utilización de los servicios odontológicos por parte de la población del municipio de Coyotepéc Estado de México, tanto al interior como al exterior del mismo, es mayor a la oferta que se tiene actualmente por parte de servicios dedicados a la atención bucodental. De un total de 300 personas encuestadas, 264 (88%) han recibido atención dental profesional en el último año.

Cabe resaltar que de estas 300 personas, 24 refirieron no haber tenido ninguna molestia dental (dolor) o necesidad de estética, ya sea en su familia ni en ellos mismos y al comparar esta cifra con la de 36 personas que no utilizaron ningún servicio o bien utilizaron la medicina tradicional, nos damos cuenta que 12 personas a pesar de que refirieron haber necesitado un servicio dental por problemas bucodentales no utilizaron ninguno o bien solo contestaron que "se aguantaban el dolor hasta que pasara".

Es importante señalar que la gran mayoría de personas encuestadas fueron mujeres casadas de entre 15-30 años, lo cual nos remite a otros estudios similares en los que se observa, que las mujeres tienden por su papel dentro del núcleo familiar, a una mayor utilización de los servicios odontológicos.

En la evaluación de la calidad de los servicios pudo observarse que en la clínica municipal del DIF, el problema más frecuente para los usuarios fue el tiempo de espera y la falta de personal. Así mismo en el IMSS, el mayor problema fue falta de personal y material.

En relación a los servicios privados, las opiniones sobre las situaciones que les causaron molestias al ser atendidos van desde el alto costo de la consulta, hasta el mal tratamiento y la falta de relación médico-paciente, aunada a la falta de odontólogos especialistas.

Los datos obtenidos a partir de la percepción de los usuarios de servicios dentales en una población urbano-rural, nos hace replantearnos el problema de la distribución de odontólogos en nuestro país, lo que se manifiesta por un lado con la concentración de éstos en las zonas urbanas y por otro el abandono en las zonas rurales y mixtas.

Por lo anteriormente expuesto, es necesario que las autoridades del municipio conozcan ésta investigación, con la finalidad de analizarla y poder tomar medidas pertinentes, para que los servicios cumplan las demandas y se realicen con calidad y calidez.

14. Bibliografía

1. González, Alfonso. El crecimiento de la población en México. Colección Cuadernos No. 15. UAM Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
2. López, Diego . Problemas económicos de México, UNAM, Textos Universitarios, Cuarta edición, México, 1995.
3. Lefebvre, Henri. El derecho a la ciudad. Ed. Península. No. 44: Los graves problemas urbanísticos. Tercera edición. Barcelona 1975.
4. Frenk, Julio, et al. Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, D.F. Fundación Mexicana para la Salud. 1995.
Instituto Mexicano del Seguro Social. Modelo de Atención a la Salud. Revista Médica IMSS
5. Maldonado, Guadalupe. Calidad en la atención del adulto mayor en medicina familiar. Revista médica IMSS. 2000. Vol. 38. Tomo 3.
6. Valdivieso Carlos. Demanda-Oferta en la práctica odontológica. Revista Gaceta Odontológica. Vol. II, Número 3.
7. Barmes D., Diez-de Bonilla F., Maupomé G. Recursos Humanos en Odontología: el reto por venir. Práctica Odontológica Vol.15 No.3
8. Maupomé, Gerardo. Reformas a la formación del personal de atención bucodental clínica en México. Práctica Odontológica. Vol.16, No.1.1995.
9. Gómez R., Lara R. Estudio sobre el prestigio de diversas profesiones de la ciudad de México, 1993. Práctica Odontológica. Vol. 16, No. 4 1995.
10. Rivas, Jesús. "Los servicios de salud y el servicio odontológico". Revista ADM. Volumen LV. No. 4. Julio- agosto 1998.
11. López Víctor., Lara Norma, Trabajo odontológico en la ciudad de México, crisis y cambios. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Primera edición , México.1992.

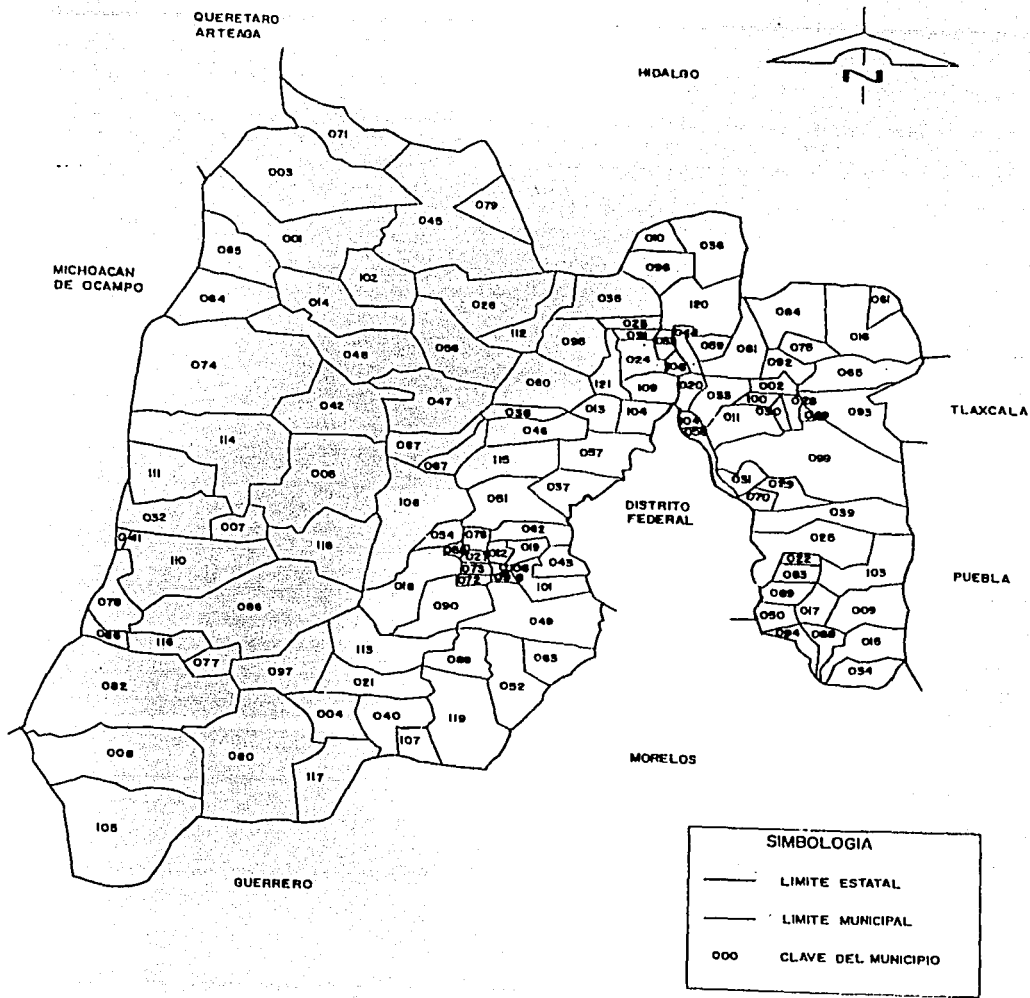
12. Guzmán, Carlota. El futuro laboral: ¿todo depende del odontólogo?. *Práctica Odontológica*. Vol. 16. No. 1995.
13. Lundberg GD, Wennberg JE. Quality of care. A call for papers for the annual coordinated theme issues of the AMA journals. *JAMA* 1996.
14. Maupomé G., Díez de Bonilla J. La educación dental en un momento crítico. Consideraciones generales en el campo profesional. *Práctica Odontológica*. Vol.23 No.7
15. Lara, Norma, López, Víctor. Satisfacción de usuarios de los servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal. *Revista ADM*. Vol. LVII, No. 2. Marzo-abril, 2000.
16. Lara, Norma., López, Víctor. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. *Revista ADM*, Vol. LIX, No. 3. Mayo- junio, 2002.
17. Siordia, Alicia, *et al.* " Satisfacción laboral en un hospital de tercer nivel". *Revista médica del IMSS*. 2000. Vol. 38. Tomo 2.
18. Iris, José, *et al.* Calidad en la atención en la sala de observación de urgencias. *Medicina Interna de México*. Vol. 15. Núm. 6. Noviembre-diciembre, 1999.
19. Corbalá, Carlos, *et al.* ¿ Qué es una guía clínica?. *Revista Médica del IMSS*.2000. Vol. 38, Tomo 2.
20. Saucedo, Alma. Durán , Luis. *Et al* Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental. *Salud Pública de México*. Vol 42, No. 5. Septiembre- octubre de 2000.
21. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Plan Nacional de Desarrollo.
22. Sousa, María, *Et al.* Accesibilidad de los servicios de salud en población usuaria. *Gaceta Médica de México*. Vol. 136. No. 3. 2000.
23. Arredondo, Armando. *Et al.* Atención médica ambulatoria en México; el costo para los usuarios. *Salud pública de México*. Vol. 41. No. 1. Enero-febrero. 1999.

24. Encuesta Nacional de Satisfacción con los servicios de Salud, 1994. Fundación Mexicana para la Salud. Institución privada al servicios de la comunidad. Economía y Salud. No. 14. Documentos para el análisis y la convergencia. México. 1995.
25. Paredes M. Sandoval R. Condicionantes del mercado de servicios odontológicos en el istmo centroamericano. Práctica Odontológica. Vol. 16. No. 8. 1995.
26. Brain, Ma. Luisa, *et al.* La bioética y la medicina administrada. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. Volumen 12, número 4, Octubre- diciembre 1999.
27. Tello, Aurora. Satisfacción con la atención dental. ¿Se evalúa en la práctica clínica diaria?.
28. Salas, Luis. Coyotepéc, Monografía municipal. Instituto Mexiquense de Cultura. Primera edición, 1999. Mex.
29. Segundo Informe de Gobierno. H. Ayuntamiento Constitucional de Coyotepéc, 2000-2003. 2003. Estado de Mex.
30. Plan de Desarrollo Municipal. H. Ayuntamiento Constitucional de Coyotepéc. 2000-2003. 2000. Estado de México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

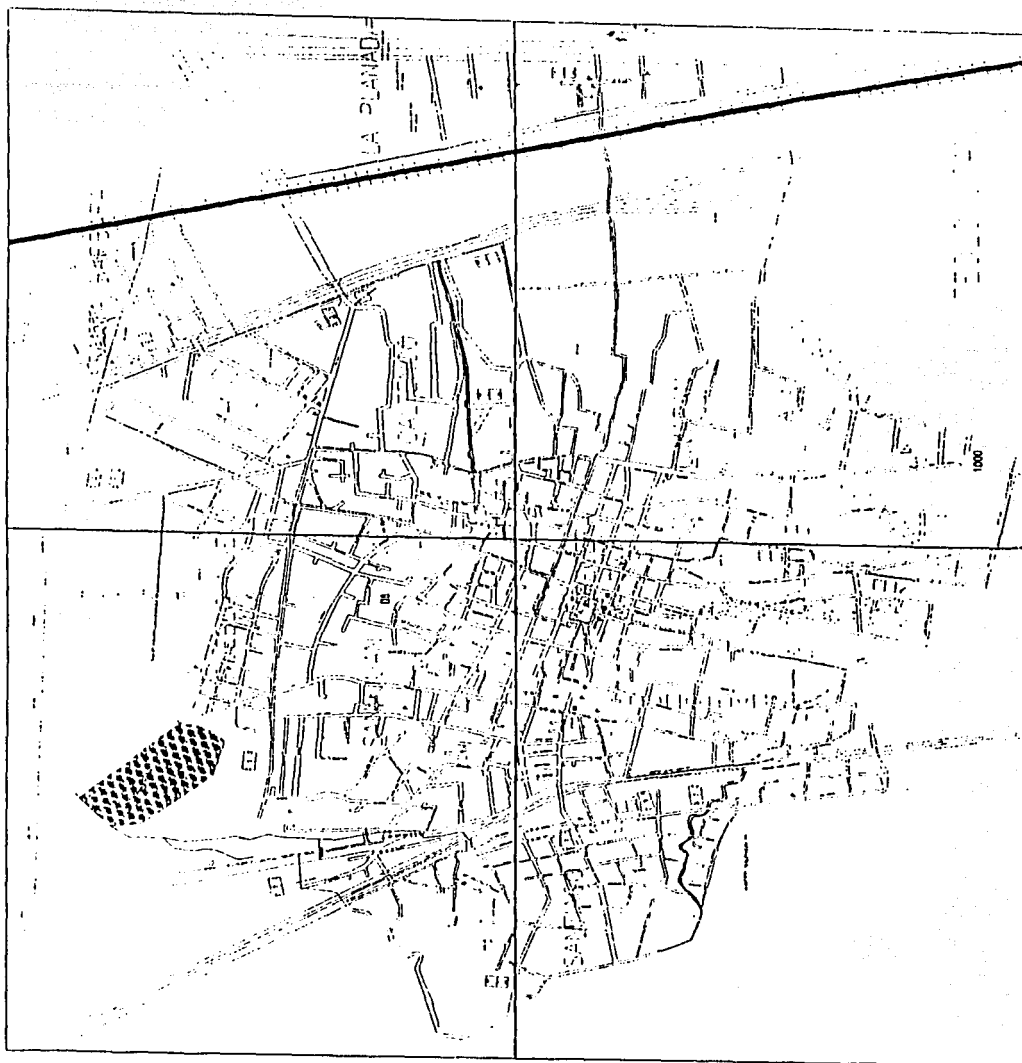
15. Anexos

Anexo No.1 Mapa del Estado de México



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mapa del municipio de Coyotepéc, Estado de México.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo No.2 Formato del cuestionario



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 DEMANDA DE SERVICIOS DENTARIOS EN EL ÁREA ODONTOLÓGICA ENTORNOS DE CASO
 EN COYOITLAC ESTADO DE MÉXICO



Instrucciones: Marque la respuesta correcta en el recuadro

1. Sexo

a. Femenino

b. Masculino

2. Edad

a. 15-30

b. 31-45

c. 46-55

d. 56-75

e. 76-más

3. Estado civil

a. Soltero (a)

b. Casado (a)

c. Unión libre

d. Divorciado (a)

e. Viudo (a)

f. Otro. Especifique

4. Ocupación

a. Ama de casa

b. Empleado

c. Comerciante

d. Obrero

e. Campesino

f. Profesionalista

g. Otro. Especifique

5. Número de personas que dependen económicamente de usted.

a. 0

b. 1-2

c. 3-4

d. 5-6

e. 7-más

6. Problemas dentales más frecuentes en el último año.

a. Caries

b. Enfermedad periodontal

c. Diente retenido

d. Fractura dental

e. Ninguna. Pase a la pregunta no. 16

f. Otra. Especifique

g. Combinaciones

7. ¿Cómo lo solucionó?

a. DIF

b. IMSS

c. Consulta privada

d. Medicina tradicional

e. Ninguno. Pase a la pregunta no. 16

f. Otro. Especifique

8. ¿Qué servicio odontológico utilizó?

a. Prevención

b. Ortodoncia

c. Extracción

d. Limpieza

e. Rx

f. Otro

g. 2 o más

9. ¿Le resolvieron su problema?

a. Sí

b. No

c. Me canalizaron

10. Número de visitas en promedio en su tratamiento

a. 1

b. 2-3

c. 3-más

11. ¿Tuvieron problemas para pagar cuentas o comprar medicamentos?

a. Sí

b. No

c. No recuerda

12. ¿Regresaría al mismo lugar?

a. Sí. Pase a la pregunta no. 14

b. No

13. Razones por las cuales no regresaría

a. No lleva cita

b. Alto costo

c. Mala espera

d. Otra. Especifique

e. 2 o más

14. Considera que la atención en general fue.

a. Excelente

b. Buena

c. Regular

d. Mala

15. Situaciones de molestia al ser atendido

a. Excesivo tiempo de espera

b. Dificultad en trato o amabilidad del personal

c. Falta de comodidad

d. Falta de información de su procedimiento

e. Falta de personal

f. Falta de material

g. 1 o más

h. Ninguna

i. Otra. Especifique

16. ¿Le interesa a usted y a su familia tener en buenas condiciones su boca?

a. Sí

b. No

c. Me da igual

17. ¿Cree que habrán más dentistas en consulta privada, DIF, IMSS para atender a la población?

a. Sí

b. No

c. No sé

18. ¿Cree que habrán más dentistas en Coyotlán?

a. Sí

b. No

c. No sé

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN