



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.**

**ANÁLISIS SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE  
SALUD BUCAL POR GRUPO EDAD, ENSANUT 2012.**

**T E S I N A.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE.**

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

**P R E S E N T A:**

**RUIZ GONZÁLEZ RAQUEL**

**TUTOR: M.C. CRUZ HERVERT LUIS PABLO**

**MÉXICO, D.F.**

**2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**Gracias a Dios por permitirme a ver llegado a esta etapa de mis estudios el haber realizado uno de mi más grandes sueños.....**

**Agradezco a Dios por brindarme a los mejores padres del mundo (Bartolo Ruiz Salazar y Mercedes Teresita González Alcántara); que a pesar de tantas dificultades siempre ha estado a mi lado apoyándome a cumplir todas mis metas, e impulsándome día a día con sus consejos, experiencias y brindándome todo el amor y comprensión para realizar esta tesina y otros proyectos de mi vida.**

**A mis hermanas (Marisela, Miriam, Ariana); que en cada obstáculo ha estado para levantarme y no dejarme caer, al realizar esta tesina a veces bromeaban de mi redacción pero al final me escuchaban para darle sentido gracias por todo.**

**A una persona muy especial en mi vida Cristian Jovany Vieyra Pérez que estuvo a mi lado apoyándome incondicionalmente para realizar este trabajo que me dio el mejor regalo de mi vida y mi motor para seguir adelante sin importar nada mi hermosa hija Jade Sofía Vieyra Ruiz.**

**Y por último pero no menos importante al Doctor Luis Pablo Cruz Hervert y a la doctora Ada Melchor; quien hizo posible que mi trabajo se realizara en el tiempo requerido y con un tema que cada día me fue atrapando y llamándome más la atención gracias por todo.**

## **TABLA DE CONTENIDO.**

<b>1. ANTECEDENTES</b> .....	5
<b>1.1. USO DE SERVICIOS BUCODENTALES</b> .....	5
<b>1.2 SERVICIOS DE SALUD BUCAL.</b> .....	8
<b>1.3 USO DEL NO USO SERVICIOS BUCALES POR GRUPO DE EDAD.</b> .....	15
<b>1.3.1 CAUSAS POR LAS QUE UN NIÑO NO ASISTE A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL.</b> .....	15
<b>1.3.2. CAUSAS POR LAS QUE UN ADOLESCENTE NO ASISTE A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL</b> .....	18
<b>1.3.3 CAUSAS POR LAS QUE UN ADULTO NO ASISTE A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL</b> .....	20
<b>1.3.4 CAUSAS POR LAS QUE UN ADULTO MAYOR NO ASISTE A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL</b> .....	22
<b>2.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	23
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	24
<b>4.0 OBJETIVOS</b> .....	25
<b>4.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	25
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	25
<b>5.0 MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	26
<b>5.1 TIPO DE ESTUDIO</b> .....	26
<b>5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO</b> .....	26
<b>5.3 RECOLECCIÓN E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS</b> .....	27
<b>6.0 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</b> .....	29
<b>6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b> .....	29
<b>6.1.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b> .....	29
<b>7.0 PLAN DE ANÁLISIS</b> .....	29
<b>8.0 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	30
<b>9.0 RESULTADOS</b> .....	30

<b>10.0 DISCUSIÓN.....</b>	<b>47</b>
<b>11.0 CONCLUSIONES.....</b>	<b>50</b>
<b>12.0 RECOMENDACIONES .....</b>	<b>51</b>
<b>13.0 BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>53</b>

## **INTRODUCCIÓN.**

La utilización de los servicios de salud bucal se comprende como el resultado del paciente el proveedor de servicio y la institución prestadora del servicio. La utilización está asociada con la disponibilidad, accesibilidad y la calidad de los servicios, al igual que los factores tales como; geográficos, culturales, económicos, sociales, epidemiológicos, nivel educativo de la población, entre otros.

En cuanto a la edad se ha demostrado que a medida que aumenta la edad, aumenta las posibilidades de tener visitas odontológicas. Se encontró que la edad conlleva un aumento de servicios dentales por cada incremento de un año. Los resultados obtenidos en este estudio son congruentes con la literatura consultada la edad tiene un efecto diferenciado sobre la utilización de servicios dentales en los diferentes grupos de edad; niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Los estudios sobre uso de los servicios de salud bucal en México son escasos, más aún aquellos que tratan de personas de 60 años o más, donde el problema se torna crítico debido al crecimiento de este grupo y las características propias del proceso de envejecimiento, cuando se demanda mayor atención de servicios de salud bucal.

Concluimos que el acceso y uso de los servicios de salud bucal están relacionados con la edad de los derechohabientes ya que los adultos son lo que asisten más a los servicios de salud en donde la mayoría son mujeres.

## **1. ANTECEDENTES**

### **1.1. USO DE SERVICIOS BUCODENTALES**

La resolución WHA60 A16 de la OMS que contiene el programa global de salud bucal. Esta resolución propone que en el interior de los países se enmarquen políticas y estrategias para la salud bucal en el siglo XXI, orientadas al control y la prevención de enfermedades bucodentales, que constituyen un considerable componente de la carga global de enfermedad.[1]

La pobre salud oral puede tener consecuencias diferenciales, es decir, personales, sociales y económicas, las cuales difieren entre países y regiones. Estas consecuencias diferenciales están relacionadas con las horas de trabajo o el tiempo escolar perdido asociado a la productividad. Los niños con mayor educación y los adultos con altos ingresos tienen menos probabilidad de experimentar caries, con la excepción del Estudio Alemán Colaborativo donde los adultos con altos ingresos tienen menos dientes con historia de caries.[2, 3]

La salud oral desempeña un importante papel en la salud general del individuo, ya que numerosas patologías orales se reflejan a nivel sistémico y viceversa. La prevención de las patologías bucodentales debe ser objetivo del odontólogo mediante programas de educación para la población orientados a la adquisición y puesta en práctica de determinados estilos de vida que incluyen.[3, 4]

- La incorporación en la higiene general del individuo de los hábitos de una correcta higiene bucodental.
- Una dieta sana con control del consumo de azúcares fermentables.
- La utilización de flúor tópico como complemento de la higiene oral o sistémico como suplemento en aquellas situaciones en las que el agua no suponga un aporte suficiente y según las pautas establecidas por la Asociación Americana de Pediatría y la Asociación Dental Americana.

- Las visitas periódicas al odontólogo para controlar la evolución del estado de la cavidad oral, lo que permitirá la aplicación de selladores de fosas y fisuras a edades tempranas como prevención de las caries oclusales.
- La educación de la población en general que permita conocer y poner en práctica estas medidas.

Cabe destacar que desde la socioepidemiología de la salud bucal las variables más comúnmente utilizadas como indicadores del estado socioeconómico son clase social, educación, empleo, etnia, urbanización y género. Estos factores resultan en exposiciones diferenciales y vulnerabilidad a problemas de salud bucal con resultados y consecuencias diferentes en los cuidados de salud.[5, 6]

La prevención de las patologías bucodentales es competencia del odontólogo con apoyo de otros grupos sanitarios.

La educación para la salud y la puesta en práctica de determinados estilos de vida es una de las principales estrategias para evitar o minimizar la patología bucodental.

La concienciación social y la autopercepción del individuo son puntos clave para evaluar el estado de los servicios odontológicos de una zona sanitaria.

El hábito de higiene oral es escaso en la población adolescente, y mejor en las mujeres, no utilizándose medidas complementarias para la eliminación de la placa (seda, colutorios, cambio frecuente de cepillo).

Entre los factores de predisposición, todas las variables (edad, género, nacionalidad y clase social) excepto el estado civil presentaron una asociación independiente con el acceso a los servicios de salud oral. La clase media por ejemplo, recibe más tratamiento restaurador en sus dientes; en cambio la clase baja tiende a tener más extracciones.[7]

Comúnmente, en la población general se ha visto que el ingreso, el área de residencia, el aseguramiento, la educación, y la ocupación son citados como predictores de la utilización de servicios de salud odontológicos preventivos y curativos, entre otros indicadores socioeconómicos.[8]



De acuerdo con la revisión realizada, el acceso a los servicios de la salud oral es un importante criterio de equidad en salud. Las razones políticas, sociales, económicas y sanitarias del acceso a los servicios de salud bucal indicaron que este es un tema actual y relevante para la salud pública bucal. Las barreras económicas de acceso a los servicios de salud se han constituido en el principal obstáculo para la utilización de los servicios de salud bucal de la población. La evidencia señala que el aseguramiento no garantiza el acceso efectivo a los servicios. La información se obtuvo en varias bases de datos tales como: Medline, Proquest, Science Direct, Ovid, Lilacs y Cochrane, así como también en páginas web de revistas y organizaciones nacionales.[1]

## **1.2 SERVICIOS DE SALUD BUCAL.**

En algunos países, como México, los servicios de salud bucal son provistos por instituciones tanto públicas como privadas: las instituciones públicas ofrecen un número limitado de servicios principalmente de tipo curativo.

Mientras que los servicios de tipo privado ofertan una amplia gama de servicios, pero, por razones económicas, no accesibles a toda la población.

La OMS definió a la atención médica como el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos o sus familias los recursos del diagnóstico temprano, del tratamiento oportuno, la rehabilitación, la prevención médica y el fomento de la salud.[9]En México existen tres sistemas de atención a la salud: estatal o paraestatal, privado o liberal y popular o tradicional.

Estatal o paraestatal: se practica la medicina institucional, que es la forma organizada del ejercicio de la medicina que proporciona atención médica selectiva a grupos de acuerdo a su situación socioeconómica. Comprende a su vez; de seguridad social, asistencia social, descentralizadas.[10]

Seguridad social: tuvo su origen en Alemania, donde se creó en 1872 el “seguro de enfermedad” con el propósito de proteger a los trabajadores. En 1889 se creó el seguro de invalidez y vejez, que protegía a los trabajadores de las industrias y en la actualidad se extendió en todo tipo de trabajadores asalariados[11, 12].

En México la fuente de trabajo es:

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS), atiende a trabajadores del campo, fábricas, y algunas empresas privadas.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), atiende a trabajadores de dependencias oficiales.

Servicio Médico de Petróleos Mexicanos (PEMEX), atiende a trabajadores de esa empresa.

Hospital Central Militar, que depende de la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), atiende a trabajadores del ejército, y la fuerza aérea nacional.

Hospital Naval, dependiente de la Secretaría de Marina (SM), atiende a los trabajadores de su institución[10].

La seguridad social comprende:

1. Atención médica al trabajador ante cualquier enfermedad, sea que resulte del desempeño de su trabajo o sea ajena al mismo.
2. Atención médica a las personas que dependen económicamente del trabajador.
3. Apoyo social que incluye:
  - Subsidios, en caso de invalidez del asegurado.
  - Subsidios por vejez.
  - Seguro en caso de muerte del trabajador para la viuda y huérfanos.
  - Viáticos y pasajes en caso de que el paciente necesite trasladarse a otro lugar para recibir la atención necesaria
  - Préstamos de dinero para comprar o reparar la casa.
  - Centros donde se imparten clases de primeros auxilios, labores manuales, danza, corte, tejido y otras[10].

Centros vocacionales y recreativos.

Varios autores han abordado desde el punto de vista teórico el problema del acceso a los servicios de salud. Pese a las diferencias en sus abordajes, autores como Donabedian, Aday, Andersen y Frenk han postulado que el acceso se da por la interacción de factores individuales,

organizacionales, culturales y sociales en la utilización de los servicios<sup>1</sup>. Aday y Andersen, en la evolución de su concepción teórica sobre el acceso, han definido un modelo comportamental de uso de los servicios de salud el cual incluye la relación entre las variables ambientales, de la población y del comportamiento en salud (véase figura 1).

**Imagen 1.** Modelo comportamental del uso de los servicios de salud en la población



FUENTE: Rocha Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad.

Existen diversos modelos teóricos que demuestran cómo distintos factores afectan al uso y acceso a los servicios de salud bucal, siendo el más utilizado el propuesto por Andersen creado en 1974, en el cual resalta que el acceso a los servicios sanitarios debe ser analizado desde los objetivos de las políticas de salud, desde las características del sistema sanitario y a partir de los resultados obtenidos (*output*) de la atención a poblaciones en riesgo (*input*), y que serían la utilización actual de los servicios de cuidados en salud y la satisfacción del consumidor con los servicios. De forma más operativa, el modelo identifica la influencia tanto de variables individuales (conductas) como de variables contextuales (ambiente físico, político o económico). Adicionalmente, identifica las posibles barreras de acceso a los servicios de salud en diferentes niveles: barreras desde el paciente, el proveedor y los servicios.[1]

Su ventaja metodológica y didáctica es que divide las variables en tres grandes grupos: las variables predisponentes, que son características que condicionan una mayor probabilidad de utilizar los servicios como las variables sociodemográficas, las creencias y actitudes sobre la enfermedad y algunos aspectos relacionados con la familia, como son su estructura y el número de integrantes; las variables facilitadoras o capacitantes, que pueden impedir o facilitar el uso de los servicios entre las que se encuentran el ingreso, los seguros médicos o dentales, la accesibilidad geográfica y aspectos relacionados con la organización misma de los servicios, incluyendo la relación médico-paciente; y las variables de necesidad, entendidas como un cambio en el estado de salud.[13]

Este cambio puede ser valorado de acuerdo al punto de vista del profesional (valoración técnica o normativa), o bien según la percepción del individuo enfermo y su familia (valoración subjetiva, o sentida/expressada).

Este modelo teórico se ha utilizado en estudios sobre servicios odontológicos en diversos escenarios.[14, 15]Dentro de este modelo es posible estudiar al mismo tiempo la existencia de desigualdades en salud, ya que en él se incluyen variables socioeconómicas, donde si existiese desigualdad socioeconómica sería viable identificarla.

Aday y Andersen[7] asignaron estas categorías para obtener factores asociados a la utilización de servicios: predisposición, dotación, necesidad, utilización y satisfacción, definidas de la siguiente manera:

- Predisposición: Se refiere a las variables que describen la propensión de los individuos a utilizar el servicio. Hace referencia, entre otras cosas, a las creencias y actitudes con respecto a la salud y los servicios, a la información que han recibido sobre los servicios y a las características sociodemográficas como la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, el credo religioso, entre otros.

- Dotación: Se refiere a los recursos con que el individuo cuenta para utilizar el servicio: nivel de ingreso, cobertura de seguros, lugar de residencia, entre otros.
- Percepción de la Necesidad de atención: Se refiere al nivel de enfermedad o problema percibido que podría ser la causa más inmediata para utilizar el servicio.
- Utilización: Se refiere al uso real o efectivo de los servicios de salud. Abarca un campo amplio de experiencias y procesos en términos de lugar de la atención, tipo de servicio utilizado, oportunidad, continuidad, integralidad, entre otros.
- Satisfacción: Se refiere a las dimensiones de conformidad con el servicio teniendo en cuenta la opinión del usuario sobre la atención recibida, la información suministrada al paciente sobre el manejo de su enfermedad, la calidad de atención brindada, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar el servicio y la percepción de resolución de la necesidad.

El modelo Según L.F. Cruz y colaboradores salud es considerada como un estado personal de bienestar que incluye aspectos biológicos, psicológicos, ambientales, estilos de vida y eficiencia de los servicios de salud[16]

Para una mayor comprensión cabe mencionar que Gulliford y colaboradores establecen cuatro dimensiones de acceso: disponibilidad de los servicios, utilización de servicios y barreras acceso (personal, financiero y organizacional), relevancia, efectividad, y por último, la equidad.[17]

Existen tres criterios de equidad en salud, a saber: I) igual acceso a la atención sanitaria para aquellos en igual necesidad de dichos cuidados; II)

igual utilización de los bienes y servicios de salud para aquellos que tienen igual necesidad de dichos bienes y servicios; y III) resultados equitativos en salud. De los criterios mencionados, sin duda a los efectos de la formulación y el diseño de políticas de salud, la equidad en el acceso a la atención sanitaria parece ser el principio más factible de alcanzar[1].

De manera que la equidad en salud puede ser medida en: 1) el acceso a los bienes y servicios de salud, 2) en la distribución de los bienes y servicios de salud y 3) en los resultados de salud.

La prevención de la enfermedad se puede realizar en diferentes etapas de su historia natural. La prevención primaria es aquella que se dirige a sujetos sanos antes de desarrollar la enfermedad o un estadio preclínico, incluye Primer Nivel de atención que corresponde a la promoción de la Salud con objeto de mejorar la salud general del individuo y bucomaxilo facial en particular de los individuos a través de estrategias de educación en salud y motivación.

El segundo nivel de atención de protección específica utiliza medidas para prevenir la aparición o recurrencia de enfermedades específicas, caries, enfermedades periodontales, el control de placa bacteriana y calcificada, fluoración de agua de consumo, aplicación tópica de flúor y colocación de selladores de fosetas y fisuras de los dientes.

La prevención secundaria es la que actúa en las etapas iniciales de la enfermedad e incluye el diagnóstico clínico, radiológico y el tratamiento temprano.

La prevención terciaria actúa en el estadio final y trata de reducir los daños que ocasiona la enfermedad y controla sus consecuencias.

La educación en salud bucodental, además de promover cambios conceptuales, actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de los servicios de salud, debe tener en cuenta las características del desarrollo humano, del entorno medioambiental en que viven los diversos grupos poblacionales, de acuerdo al contexto social y cultural, que las personas

generen conocimientos a partir de la observación y vivencias y que permita el trabajo compartido y la identificación de problemas.[18, 19]



### **1.3 USO DEL NO USO SERVICIOS BUCALES POR GRUPO DE EDAD.**

#### **1.3.1 CAUSAS POR LAS QUE UN NIÑO NO ASISTE A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL.**

En diversas publicaciones sobre la utilización de servicios de salud odontológicos en la población infantil se ha encontrado que las causas por las cuales no asisten son: por el ingreso, el área de residencia, el aseguramiento, la educación, la cultura, y la ocupación de los padres, entre otros.

La *American Academy of Pediatrics* y la *American Academy of Pediatric Dentists* actualmente recomiendan que la edad de inicio para las revisiones de salud bucal sea al primer año de vida, con exámenes periódicos subsecuentes al menos dos veces al año positivamente en toda la población. [7, 20]

En México, por ejemplo, la elevada incidencia y prevalencia de caries dental es uno de los problemas de salud pública de mayor importancia, particularmente entre los niños en edad preescolar y escolar. A esto contribuye el hecho de que la mayoría de las veces las madres no ponen atención en la salud dental de sus hijos pequeños debido al carácter temporal de su dentición. [16]

La salud bucal posibilita que las personas hablen, coman y socialicen, acciones estas que desempeñan un papel fundamental en su calidad de vida. No obstante, la salud bucal es todavía un problema de salud pública en todo el mundo, ya que las enfermedades bucodentales siguen siendo particularmente prevalentes en grupos poblacionales desprotegidos, lo cual tiene efectos devastadores como la pérdida de dientes y los traumas causados por accidentes y lesiones no intencionales que impactan especialmente en la calidad de vida de todos, en la ingestión de alimentos y en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Otro factor importante son los acceso de seguridad, los niños con acceso a la seguridad social pública aumentaron la posibilidad de tener alguna visita preventiva, mientras que los niños con seguro privado lo incrementaron aún más. También se encontró que la mayoría de las visitas a los servicios de salud públicos son de tipo curativo ò porque el infante presento dolor. Además de que en el estudio se encontró que en muchas ocasiones el solicitante del servicio desconoce cuáles son sus derechos y beneficios al contar con dicho servicio. En cuanto al nivel socioeconómico, los niños de mejor posición socioeconómica utilizaron más los servicios de salud preventiva, respectivamente; que los niños de menor posición socioeconómica.[17]

Cabe menciona que la educación y edad de los padres es un factor importante debido a que son ellos quien llevan a los pequeños a los servicios; entre mayor educación presentaron los padres mayor fue la utilización de los servicios, respectivamente a los padres de menor educación.[16]

Otro factor importante es que el lugar donde se presta el servicio en algunos casos para el derechohabiente queda demasiado lejos de su hogar y esto implica un gasto extra y es por ello que dejan asistir o lo hacen ya en situaciones más graves. De igual manera, los horarios que ofrecen las instituciones son un factor, debido a que se cruza con el horario de trabajo de los solicitantes.

Un estudio encontró que una importante proporción de niños entre 1 y 4 años no fueron llevados a consulta bucal cuando estaban enfermos o fueron llevados a personal no profesional, debido principalmente a barreras económicas.[21]

Un hallazgo importante debido al impacto que puede tener en el acceso, es el relacionado con la percepción de la madre sobre la necesidad de atención de los niños y las niñas. Se encontró que la mayoría de las mujeres percibían un buen estado de salud bucal solo una pequeña proporción considero que los niños la requerían.

La cultura de la población es un factor importante, ya que en la mayoría de la población rural utiliza otros métodos para el cuidado bucal, ya sea los obtenidos por experiencias anteriores o utilizan otras alternativas como la medicina tradicional, es por ello que se debe poner atención, ya que una sociedad urbana la cultura es diferente y se acude más a las instituciones prestadoras de servicios.

Es en las instituciones educativas en donde podemos hacer estos cambios culturales en la salud buco dental y apoyar a las familias para que lo mencionado se lleve a cabo en sus hogares.

En varios estudios se encontró que las niñas son las que más acuden a los servicios de salud.

### **1.3.2. CAUSAS POR LAS QUE UN ADOLESCENTE NO ASISTE A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL**

En diversos estudios sobre la utilización de servicios de salud en adolescentes se encontró que las principales causas son: la educación de los padres, el tener al menos un diente con caries, ya que esto hizo que los adolescentes asistieran a consultas.

En un estudio realizado en España se encontró que la migración era un factor importante, ya que ellos asistían menos a los servicios de salud a diferencia de los Españoles y en artículos hechos en México encontramos que si la población cambio de comunidad el acceso a los servicios de salud fue mejor al que se tenía antes, porque en muchos casos era nulo.[22]

Otra causa importante para el uso de servicios de salud en adolescentes es el nivel económico ya que, los que contaba con seguro público asistían, pero era deficiente el servicio debido a que no incluía la totalidad de tratamientos, además de que no había profesionales. En comparación con los adolescentes de mejor posición económica, ya que ellos contaron con mejor servicio, además las visitas fueron más periódicas, y tuvieron mayor información sobre prevención.[17]

Algunos adolescentes consideraron que su salud bucal era buena y que no requería de servicios bucales y los hombres le dieron importancia a los que era estético como que tenían dientes en mal posición, amarillentos, solo una pequeña porción considera tener caries, mientras que las mujeres le dieron importancia a que presentaban caries, mal aliento y muy pocas en la mal posición dental.[23]

Otro factor importante es que los adolescentes aun requieren de sus papas para acudir a los servicios de salud bucal, por consiguiente en las zonas rurales la poca educación e información hace que los padres no lleven a su hijos a los servicios de salud bucal, a diferencia de los adolescentes de zona urbana los cuales tienen mayor acceso debido a

que sus padres tienen un nivel más alto de información al igual que educación.

La cultura de los padres es una causa importante, ya que en zonas rurales se alivió el dolor o algún padecimiento recurriendo a la herbolaria, o quizás a tratamientos que dieron resultado a familiares, amigos o conocidos en el pasado, a diferencia de los adolescentes de la zona urbana los cuales asisten más a los servicios de salud.[24]

También se encontró que el trabajo de los padres era un factor, ya que la mayoría aún tenía que asistir a las consultas del adolescente debido a que no cumplían con la mayoría de edad y las instituciones exigen que un adulto asista con ellos, y pues los horarios de los padres no coinciden con los de los servicios de salud.

Por consiguiente los adolescentes asisten a los servicios si sus padres los llevan o los obligan a acudir a citas, teniendo que las mujeres adolescentes le dan mayor importancia que los adolescentes.[4]

### **1.3.3 CAUSAS POR LAS QUE UN ADULTO NO ASISTE A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL**

En las próximas décadas, los odontólogos se enfrentaran al reto de proporcionar atención dental, para que un número creciente de adultos conserve su boca funcional.

Como se dijo anteriormente las causas por las que un adulto no asiste a los servicios de salud esta influenciados por factores sociales, ya que se ven influenciados por la familia, el trabajo y la comunidad, observándose grandes diferencias según nivel de pobreza, educación, nivel socioeconómico y condición urbano rural.

Al realizar comparativos en los estudios se observó que la población adulta con mejor educación y nivel socioeconómico acudían con más frecuencia a los servicios de salud bucal a diferencia de los adultos con menor educación y nivel socioeconómico, trayendo como consecuencia mayor problemas de salud bucal.

Además de que se encontró que el hecho de ser derechohabiente en alguna institución prestadora del servicio bucal no garantiza que se realice un tratamiento adecuado, ya que en ocasiones no se cuenta con el esquema completo de los tratamientos o porque el paciente tiene que costear alguna fase del tratamiento, trayendo como consecuencia que muchos de los pacientes no lo puedan pagar y obtén no realizarse el tratamiento.

Otra causa es que el adulto puede estar desempleado en el momento que requiere la atención odontológica, y por consiguiente si no estás dado de alta tu atención tarda o se te pide hacer algún papeleo antes de poder obtener una cita.

En algunos estudios se comparó que adultos asistían más a los servicios de salud bucal los de las zonas urbanas o las zonas rurales, encontrando que para el adulto de la zona urbana cuenta con mayor oportunidad de acudir a los servicios ya que hay más transporte para

llegar a las instituciones a diferencia de la zona rural donde la distancia de las instituciones es mayor y no se cuenta con el transporte necesario. Otro factor que se menciona es los horarios que presta las instituciones en ocasiones se interpone con los horarios de su trabajo, por consiguiente los usuarios de los servicios solo pueden asistir en sus descansos o en vacaciones.

Una causa por la que no asisten a las instituciones los adultos es por sus experiencias pasadas con los odontólogos, o porque tan solo el hecho de pensar en asistir les genera ansiedad y miedo.

Finalmente los adultos jóvenes no asisten a los servicios de salud bucal es debido a que ellos consideran tener un buen estado de salud, a diferencia de los adultos que ya han experimentado la pérdida de alguna pieza dental.

### **1.3.4 CAUSAS POR LAS QUE UN ADULTO MAYOR NO ASISTE A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL**

No obstante que desde hace muchos años se prevía el giro en la estructura de la población y su repercusiones sobre la vida cotidiana y el perfil de salud bucal de la población mexicana, el envejecimiento es un fenómeno demográfico reciente y una nueva experiencia para las familias, la sociedad y las instituciones de seguridad social y de salud tanto públicas como privadas.<sup>13</sup>

Los adultos mayores en México denotan una actitud positiva, tanto entre hombres como en mujeres. Ambos grupos perciben que el mejoramiento de su salud bucal es posible a través del control de sus propios hábitos y costumbres.

En cuanto al acceso y uso de los servicios de salud bucal en adultos mayores, es importante resaltar que en el 2012 el 31.3% de los varones y el 34.1% de las mujeres tenían derechohabiencia en el IMSS y con la instauración del seguro popular, se logró afiliar a mayor población.<sup>12</sup>

Una de las causas por las que no asisten a los servicios de salud bucal los adultos mayores es porque, padecen alguna discapacidad motriz lo que conlleva a necesitar de algún integrante de su familia y pues en ocasiones las personas que está a su cargo le dan importancia a otros padecimientos.

Otro factor importante es que esta población ya no está laborando o por su empleo perciben una pequeña cantidad que la utilizan para cubrir otras necesidades y deja que las enfermedades bucales aumente.

Es importante mencionar que la zona donde se habita es importante, ya que en zonas rurales el acceso a los servicios de salud es deficiente ya que las distancias a las cuales se enfrenta el adulto mayor son grandes y el transporte es deficiente, a diferencia de una zona urbana donde hay diversas instituciones prestadoras de servicios de salud bucal y el adulto mayor tiene mayor accesibilidad.



## **2.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es importante promover el auto-cuidado bucal, ya que se pueden prevenir enfermedades como la caries dental y enfermedades periodontales que son las de mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial, estas enfermedades son causadas por microorganismos que se encuentran en la placa dentobacteriana. El auto-cuidado es la estrategia más importante en la salud primaria dental. El cepillado de dientes diario es importante para niños, adolescentes y adultos, ya que ayuda a eliminar la placa y facilita el contacto con el fluoruro contenido en la pasta dental, sin embargo, en países en vías de desarrollos como México hay poca cultura sobre el cepillado de dientes y el cuidado bucal. Diversos estudios han asociado características sociales, económicas y socio-demográficas con la higiene y/o limpieza bucal, que a su vez se asocia al estado de salud bucal. Diversos estudios han documentado que personas con menores recursos económicos carecen de instrucciones de higiene bucal y las necesidades de salud bucal son mayores.

En México la información sobre la salud oral en adultos y adultos mayores es escasa, por ello es importante identificar factores que influyen en la utilización de servicios bucodentales, por ello es importante analizar la información contenida en el cuestionario de la ENSANUT 2012 “utilización de servicios en salud”, con énfasis en la utilización de servicios bucodentales. A partir de esta información se puede establecer un antecedente para proponer estrategias dirigidas a los diferentes grupos poblacionales (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores). Por lo antes descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados a la utilización de los servicios de salud bucal en los diferentes grupos de edad (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores)?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Es necesario contar con información sobre los factores que se asocian a la utilización de servicios bucodentales.

Existen pocos estudios que consideren estas características propias a nivel internacional y casi son nulas en el contexto nacional. Por lo que se espera que los resultados de éste estudio sean congruentes con la información y sirva como antecedente para identificar la necesidad de realizar estudios específicos dada la relevancia y el contexto del problema. Para lograr anterior se propone para este estudio, utilizar la información de la encuesta nacional de salud (ENSANUT) 2012. Encuesta representativa que contiene información de salud de las personas que habitan la Republica mexicana.

## **4.0 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores asociados a la utilización de los servicios de salud bucal en los diferentes grupos de edad (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores)

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir la frecuencia del uso de los servicios de salud dentales por grupo de edad.
- Describir las características generales de las personas por grupo de edad que utilizaron los servicios bucodentales en la ENSANUT 2012
- Determinar la disponibilidad y la utilización de los servicios de salud bucal para cada grupo de edad

## **5.0 MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio descriptivo que se desprende de la base de datos de “Utilización de servicios de salud de la ENSANUT 2012”.

La ENSANUT 2012 es una encuesta que fue diseñada para estimar prevalencias y proporciones de condiciones de salud y nutrición, acceso a servicios y determinantes de salud y nutrición, acceso a servicios y determinantes de la salud.

Se describirá brevemente como se encuentra constituida la encuesta de la ENSANUT 2012, como se realizó el cálculo de muestra, el cuestionario y como fue seleccionada la población, esta información se encuentra descrita a detalle en el artículo: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura.

La ENSANUT 2012 es una encuesta nacional probabilística con representatividad estatal, por estratos nacionales urbano y rural.

### **5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La muestra de la ENSANUT 2012, se basó en un esquema polietápico y estratificado, compuesto por siete estratos, seis resultan de la combinación de urbano, rural y metropolitano, con mayor rezago y menor rezago, y un estrato para las localidades de nueva creación. El Distrito Federal quedó constituido por tres estratos geográficos dentro del estrato metropolitano dado que todas las viviendas fueron clasificadas como metropolitanas. Se seleccionaron 1440 viviendas en los siete estratos de muestreo.

La ENSANUT cuenta con seis unidades de análisis:

- Hogar: Conjunto de personas con algún parentesco o no que comparten el mismo techo, beneficiándose de un ingreso común aportado por uno o más miembros del hogar.
- Utilizadores de servicios de salud: Personas que buscaron o recibieron atención ambulatoria dentro de las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista.
- Niños preescolares: Personas en el hogar entre 0 y 4 años de edad cumplidos
- Niños escolares: Personas en el hogar entre 5 y 9 años de edad cumplidos
- Adolescentes: Personas en el hogar entre 10 y 19 años de edad cumplidos
- Adultos: personas del hogar con edad mayor a 20 años

### **5.3 RECOLECCIÓN E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

En la ENSANUT se estudian cuatro grupos etarios y un grupo usuario, el proceso de recolección de información se divide en tres fases: selección e identificación de viviendas seleccionadas en campo, aplicación de los cuestionarios hogar e individuales, y mediciones antropométricas, de tensión arterial y toma de muestras. Para llevar a cabo estas fases se superviso y se capacito al personal. Los entrevistadores visitaron las viviendas seleccionadas para la aplicación de cuestionarios, posterior a la obtención del consentimiento informado. Se aplicaron los cuestionarios de hogar, de servicios de salud, de niños de 0 a 4 años, de niños de 5 a 9 años, de adolescentes de 10 a 19 años y de adultos de 20 años o más.

La tercera fase estuvo a cargo del equipo de nutrición, se realizaron medidas antropométricas, de tensión arterial y de concentraciones de hemoglobina para la determinación en campo de anemia, información sobre seguridad alimentaria, patrones de lactancia y alimentación complementaria en niños menores de tres años; también se registro la

actividad física de adolescentes y adultos, y la toma de muestra sanguínea venosa en ayuno en una submuestra de 37% de individuos que fueron seleccionados, para determinar prevalencias de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en adolescentes y adultos.

El cuestionario estandarizado que contenía preguntas sobre la utilización de servicios ambulatorios, necesidades de salud, demanda satisfecha y no satisfecha, prestador de servicios, accesibilidad y calidad, medicamentos, uso de estudios de laboratorio y gabinete, satisfacción, calidad de la atención.

El instrumento de recolección de datos se clasifica en ocho partes mencionadas en el párrafo anterior, en la primera parte contenía información de identificación del sujeto, el folio del participante, entidad federativa, municipio o delegación, localidad, clave ager, sexo, edad, dirección.

## **6.0 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Contar con la información de las personas que completaron el cuestionario de Utilización de servicios de salud.

#### **6.1.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Información incompleta en la base de datos o personas que por alguna enfermedad mental no pudieron dar la información requerida.

## **7.0 PLAN DE ANÁLISIS**

Se obtuvo la información de las personas que contestaron el cuestionario de Utilización de servicios de salud, mediante un análisis exploratorio para obtener la información de los grupos de edad e identificar los valores extremos y descartar errores de captura.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas, características clínicas en relación a las comorbilidades, utilización de los servicios de salud bucal y utilización de servicios de salud en general. Se calcularon la frecuencia y los porcentajes de las variables contenidas en cuestionario de utilización de servicios y se representaron en gráficas.

## **8.0 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta investigación es de riesgo menor al mínimo, ya que no implica el contacto humano. La información que se utilizará fue previamente recolectada a través de cuestionarios donde a los participantes previamente fueron sensibilizados y a través de un consentimiento informado se solicitó su aprobación para contestar el cuestionario. Así mismo se les indicó que podían suspender su participación en el momento que ellos lo desearan y la información proporcionada es completamente confidencial utilizada para fines de investigación, asegurando así el bienestar del participante.

## **9.0 RESULTADOS**

Se obtuvo la información de 14,104 personas que contestaron el cuestionario de servicios de salud, que representan a 10,162,076 en personas en la república mexicana. De este total anteriormente mencionado 176 personas que representan 119,556 personas de toda la República mexicana buscaron atención bucal: Por grupo de edad, se obtuvieron los siguientes resultados:

Para la edad 0 a 10 años se obtuvo la información de 41 niños que representa 29100 niños de toda la república mexicana que acudieron a los servicios de salud para recibir atención bucal.

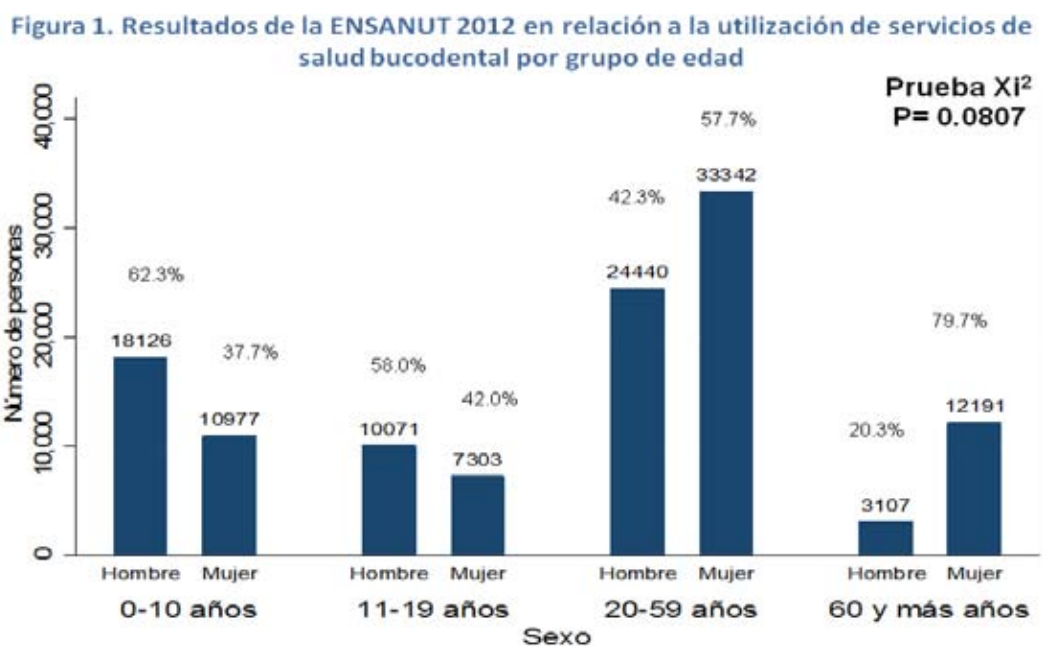
Para la edad de 11 a 19 años se obtuvo información de 25 adolescentes que representan 17371 adolescentes de toda la República mexicana que acudieron a los servicios de salud a consulta bucal.

La edad de 20 a 59 años de edad se obtuvo información de 83 adultos que representan 57781 de adultos de toda la República mexicana que acudieron a los servicios de salud a consulta bucal.



La edad de 60 y más años de edad se obtuvo información de 27 adultos que representan 15303 de adultos mayores de toda la República mexicana que acudieron a los servicios de salud a consulta bucal.

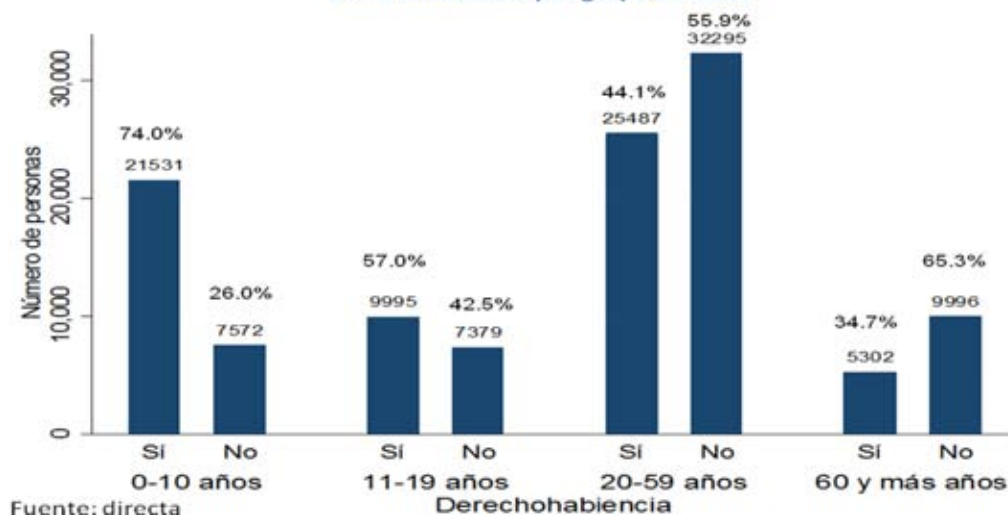
En la figura 1 se muestra la utilización de los servicios de salud bucal en el 2012 por grupo de edad y sexo; encontramos que el grupo de 20-59 años un mayor número de personas hacen uso de los servicios de salud bucodental en comparación con los demás grupos de edad.



Fuente: directa

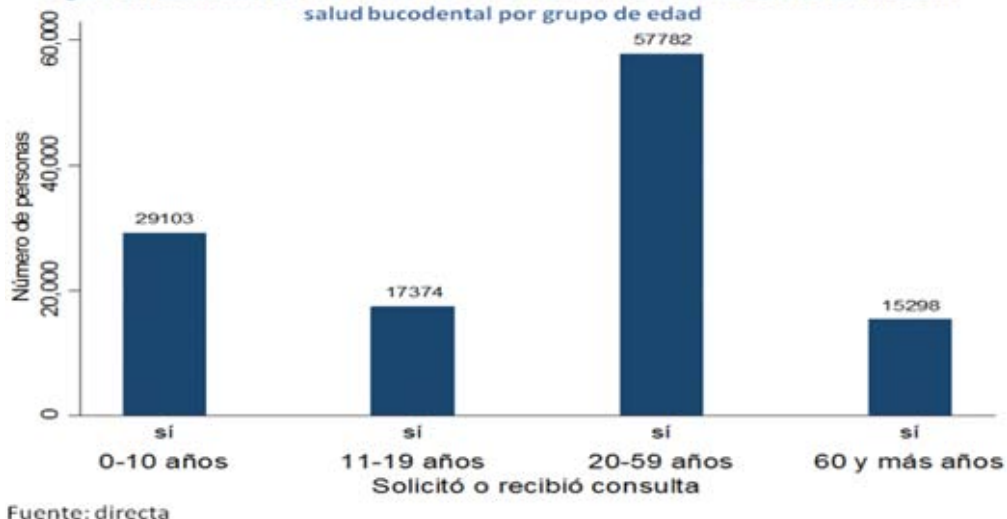
En la figura 2 se muestra la utilización de los servicios de salud bucal en el 2012 por grupo de edad y derechohabiencia; el grupo de 20-59 años, un mayor número de personas no tiene derechohabiencia e hizo uso los servicios bucodentales.

Figura 2. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad



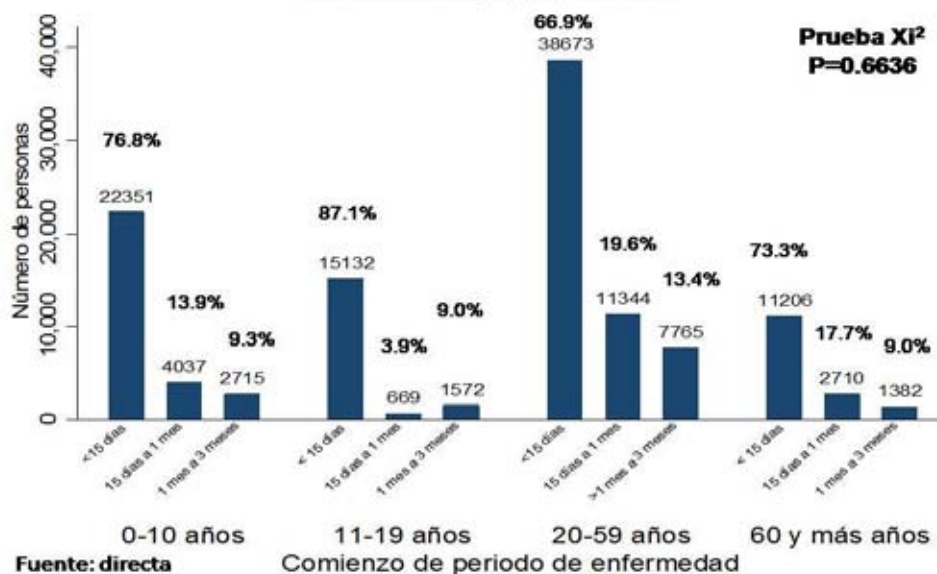
En la figura 3. Se observa que todas las personas de los diferentes grupos de edades que acudieron a los servicios bucodentales ya sea en una institución de gobierno o atención privada, recibieron atención bucodental.

Figura 3. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad



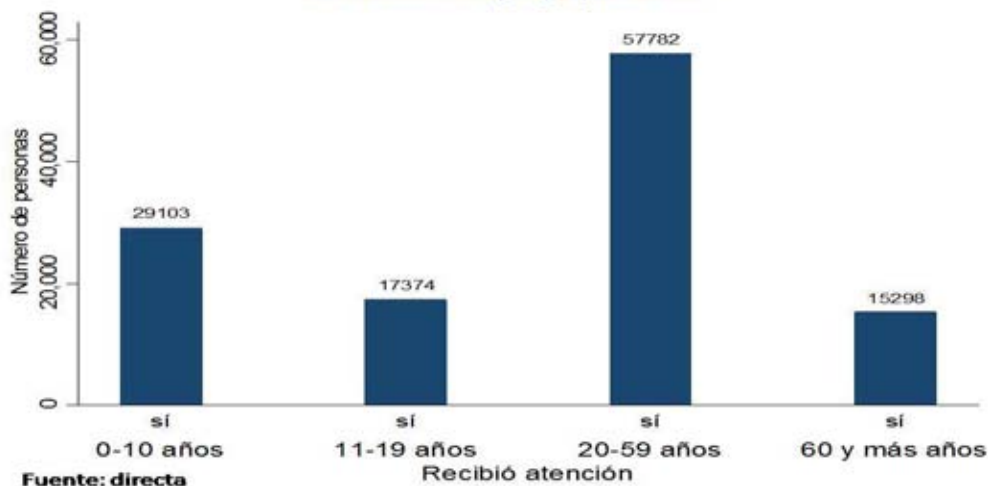
En la siguiente tabla se muestra la utilización de los servicios de salud bucal en el 2012 por grupo de edad; encontramos que en los últimos 15 días el uso de los servicios de salud fue de un; 76.8% de los niños, el 87.1% de los adolescentes, el 66.9% de los adultos y por último el 73.3% de los adultos mayores.

**Figura 4. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



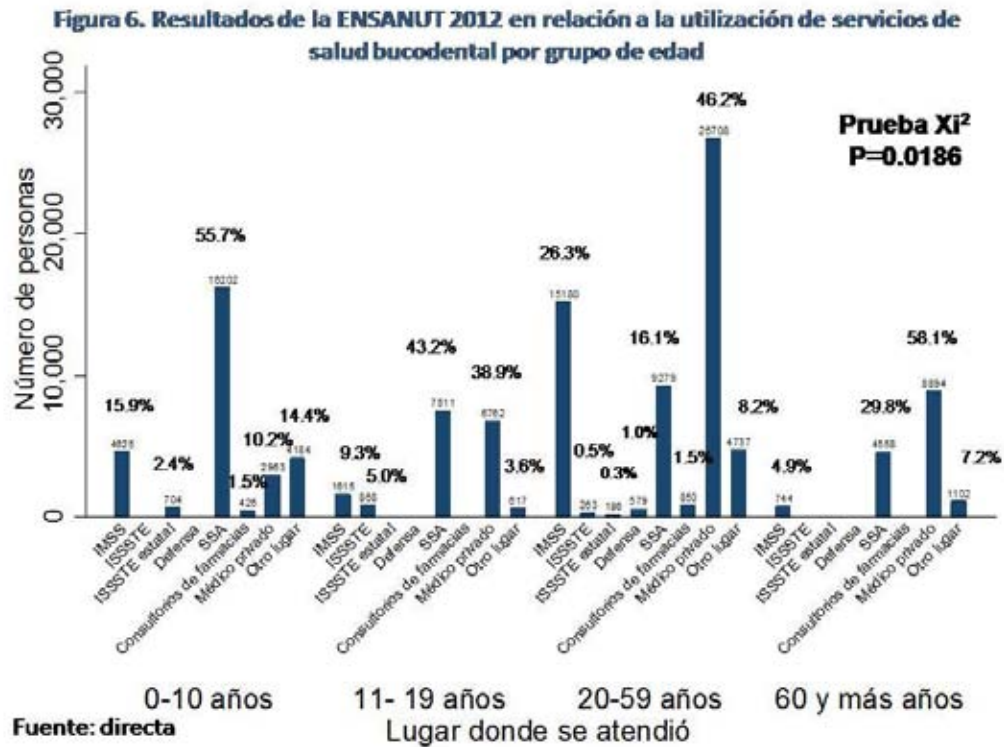
En la siguiente tabla se muestra que los adultos fueron los que asistieron más y recibieron atención en los servicios de salud bucal, seguidos de los niños, posteriormente los adolescentes y por último los adultos mayores.

**Figura 5. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



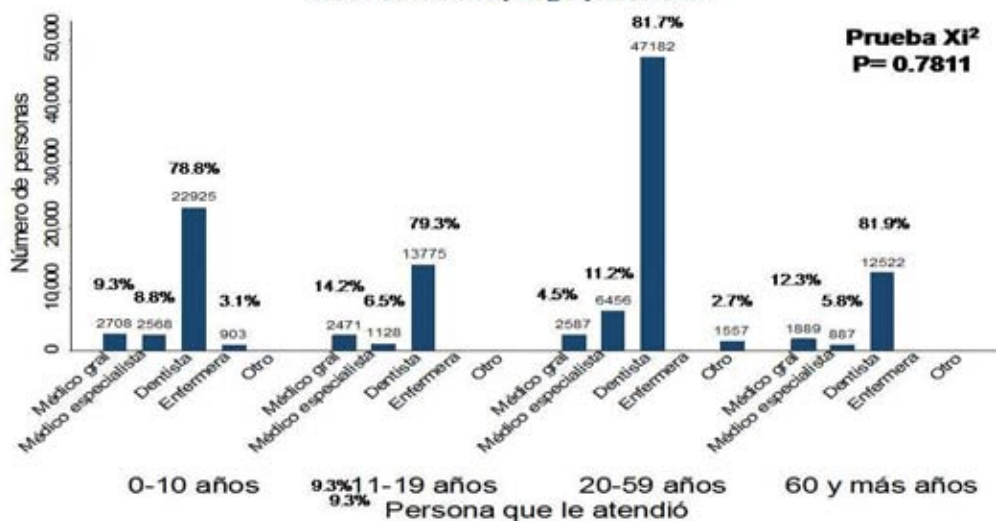
En esta grafica se muestra que los usuarios de los servicios de salud fueron atendidos en diferentes instituciones; el 55.7% de los niños

acudieron al SSA, al igual que el 43.2% de los adolescentes acudieron al SSA, el 46.2% de los adultos acudieron al médico privado al igual que el 58.1% de los adultos mayores.



En la siguiente tabla se muestra las consultas al odontólogo en donde el 81.9% fueron adultos mayores, seguido del 81.7% de adultos, el 79.3% adolescentes y por ultimo el 78.8% de niños.

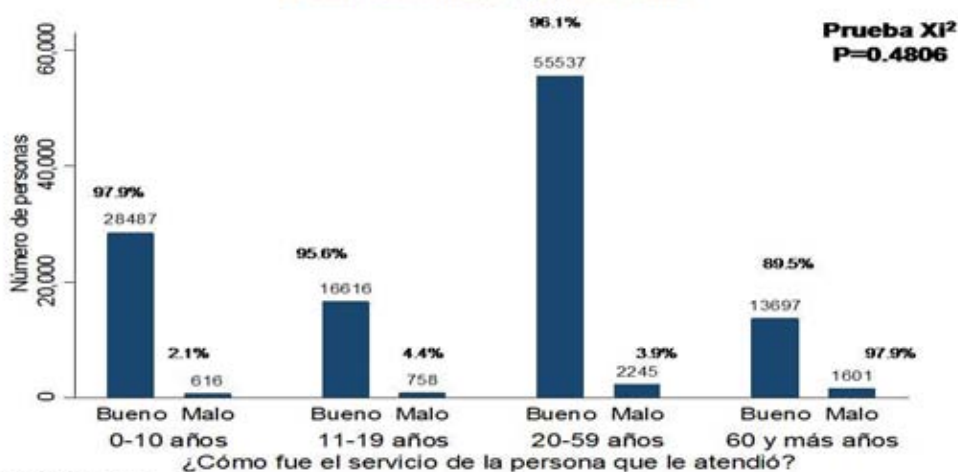
**Figura 7. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



Fuente: directa

Los diferentes grupos de edad encontraron un buen servicio de los servicios de salud bucal prestados por los odontólogos de las distintas instituciones ya fueran públicas o privadas.

**Figura 8. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**

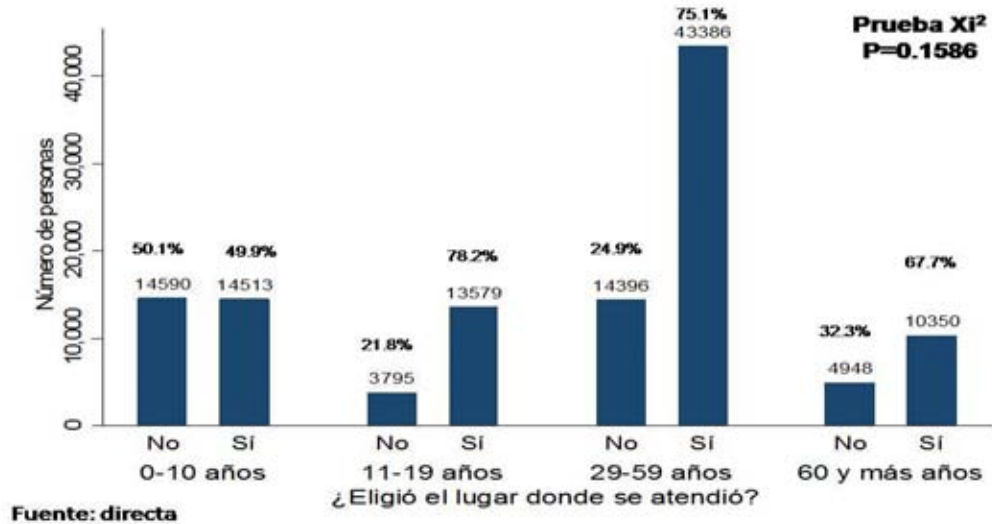


Fuente: directa

En la siguiente tabla se observa que la mayoría de los pacientes escogió el lugar donde quería ser atendido, solo hay una pequeña diferencia en

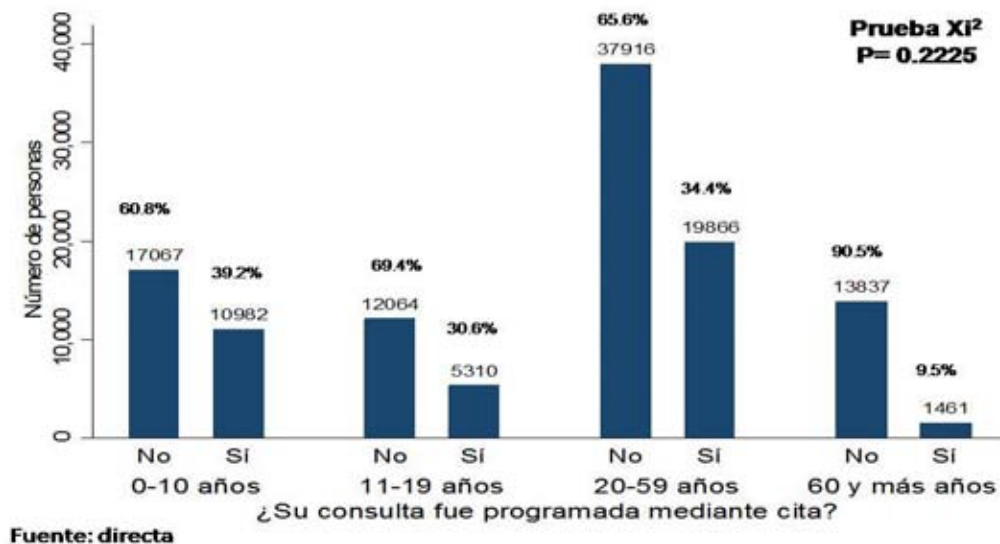
el grupo de edad de los niños donde encontramos que el 50.1% no escogió y el 49.9% sí.

**Figura 9. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



También observamos que no hubo previa cita para acudir a los servicios de salud en ningún grupo de edad.

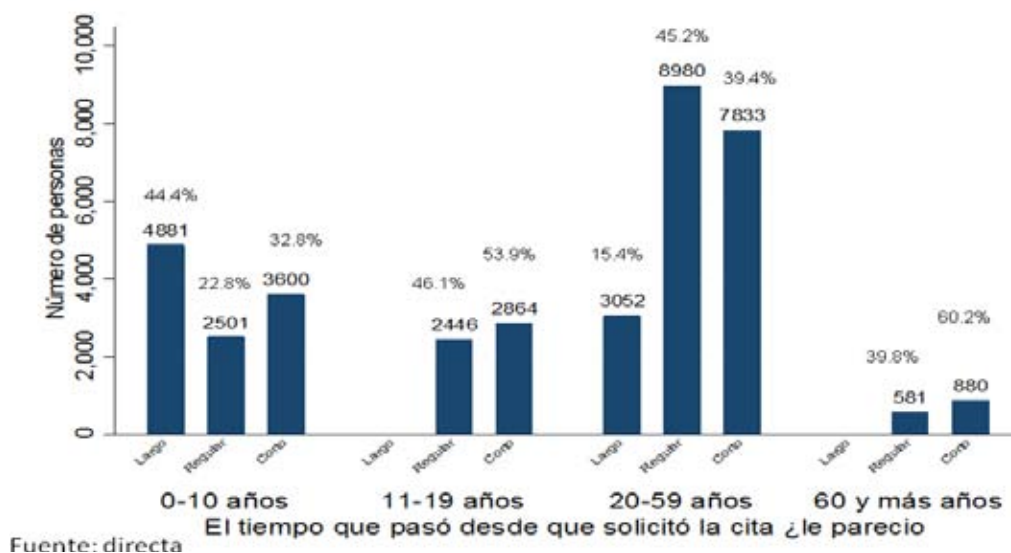
**Figura 10. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



Se preguntó a los usuarios que si el tiempo que paso para recibir su cita como le pareció ellos contestaron de acuerdo a cada grupo de edad:

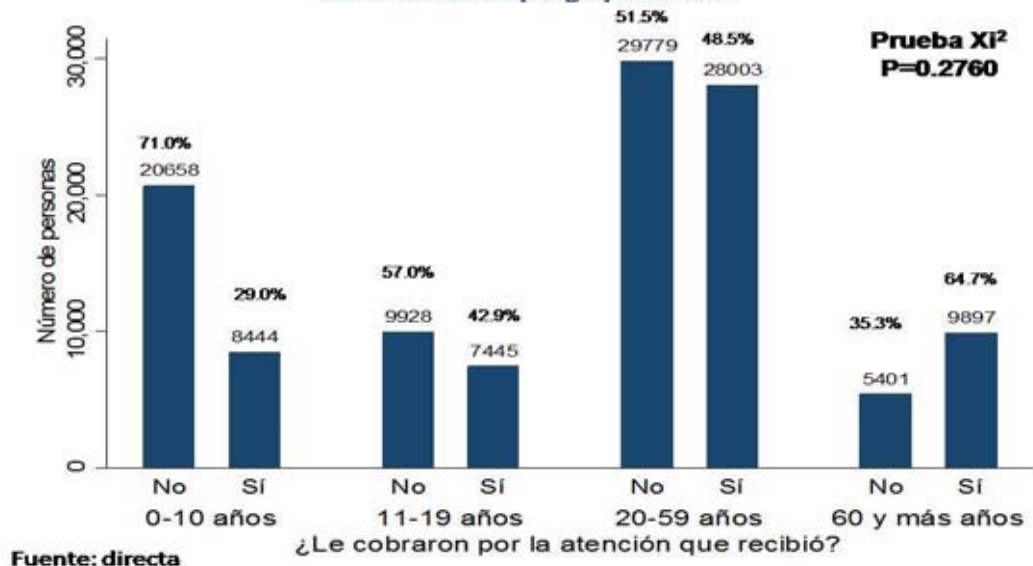
para los niños fue un 44.4% largo, a los adolescentes con un 53.9% fue corto, para los adultos fue regular con un 45.2%, y para los adultos mayores fue de 60.2% corto.

**Figura 11. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



En la figura 12 en todos los grupos de edad, el mayor porcentaje fue para las personas que no pagaron por la atención que recibida.

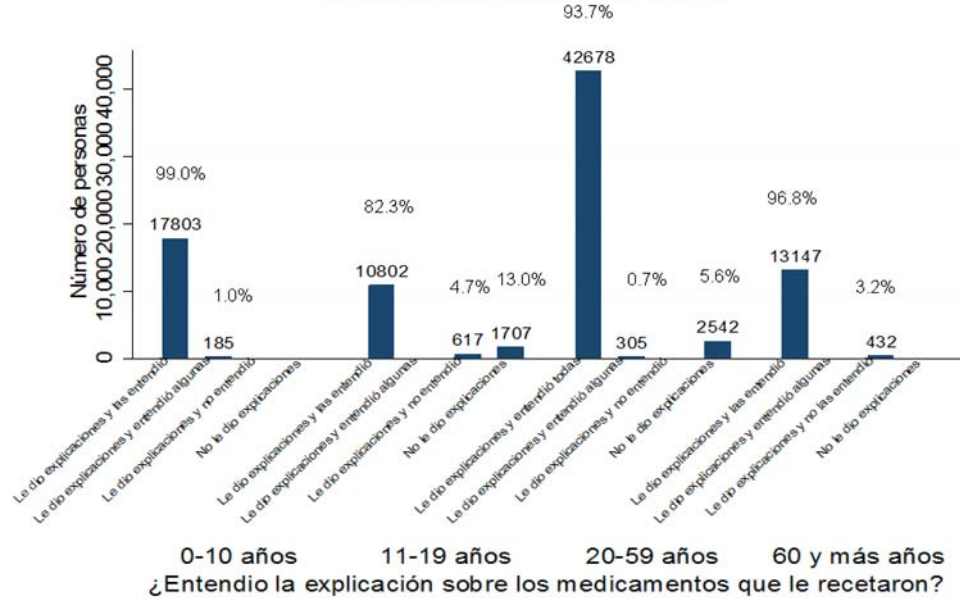
**Figura 12. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



En la siguiente figura el mayor porcentaje por grupo de edad, fue para las personas que entendieron la explicación sobre los medicamentos que

le recetaron y muy pocas personas contestaron que no entendieron las explicaciones sobre los medicamentos que le recetaron.

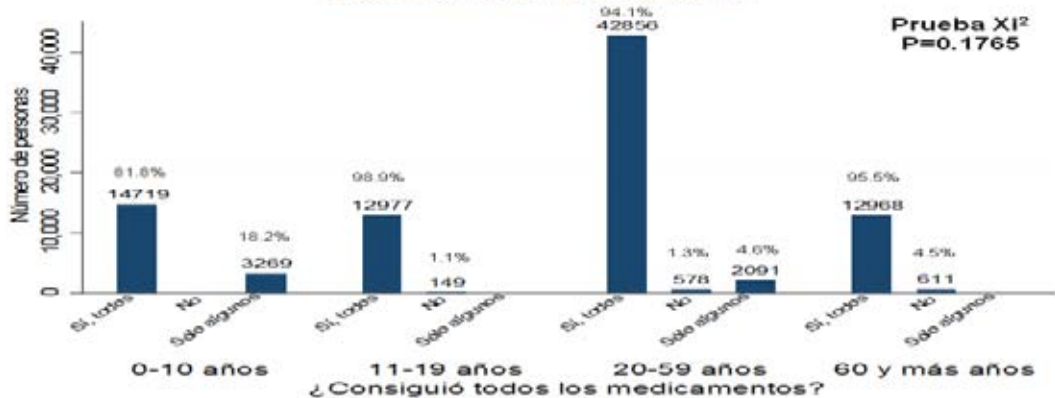
**Figura 13. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



Fuente: directa

Los usuarios respondieron que la mayoría de los medicamentos que requerían los obtuvieron con: 81.8% de los niños si los encontraron, el 98.9% de los adolescentes también contaron con los medicamentos que solicitaron, con un 94.1% de los adultos que también obtuvieron sus medicamentos, y para los adultos con un 95.5% que también contaron con sus medicamentos.

**Figura 14. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**

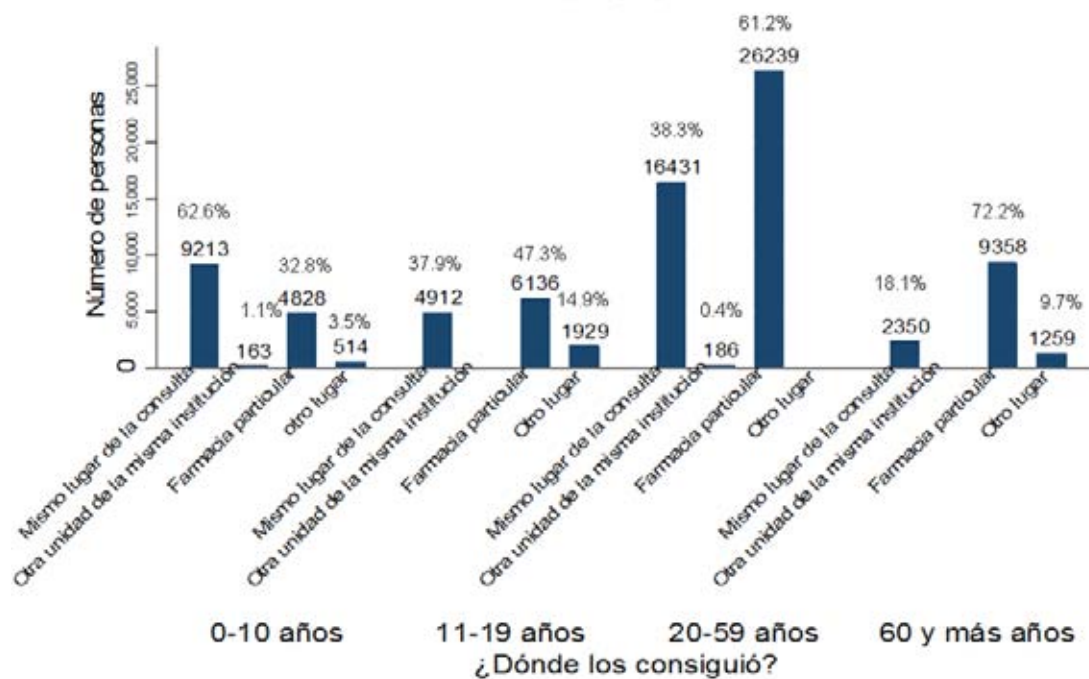


Fuente: directa



En el grupo de edad de los niños, la mayoría consiguieron los medicamentos en la misma institución, los adolescentes el mayor porcentaje consiguió los medicamentos en una farmacia particular, seguido de conseguir los medicamentos en la misma institución, este patrón se repitió en los adultos y adultos mayores.

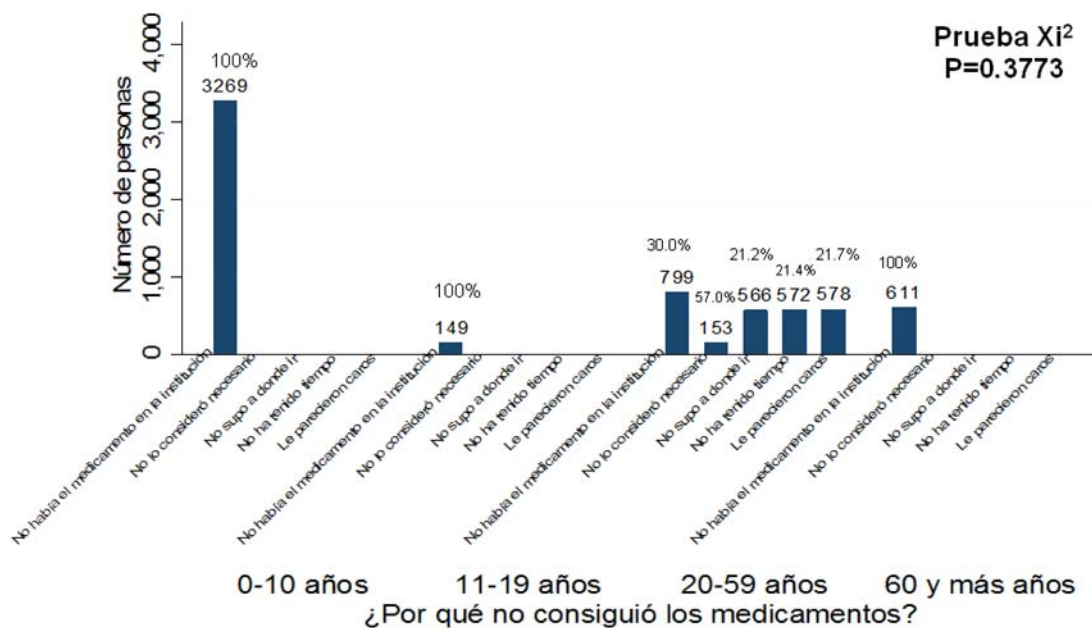
**Figura 15. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



Fuente: directa

En la figura 16, para los niños, adolescentes y adultos mayores el 100% no consiguió los medicamentos porque no los había en la institución, en los adultos los resultados presentan mayor variación.

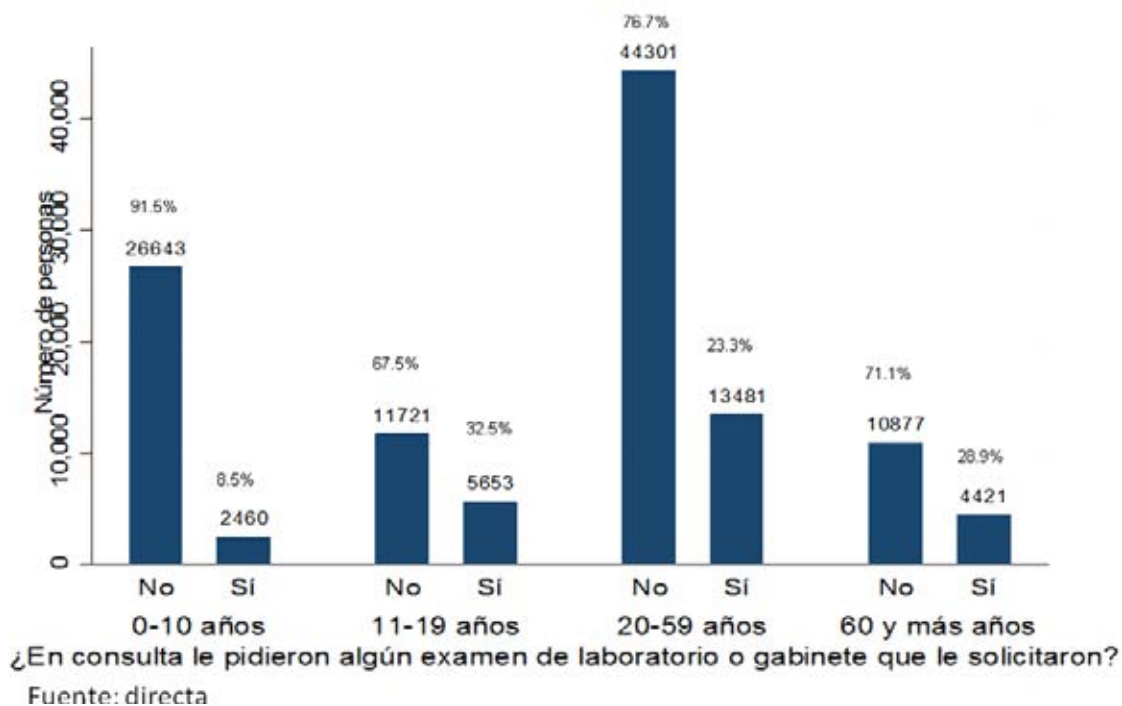
Figura 16. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad



Fuente: directa

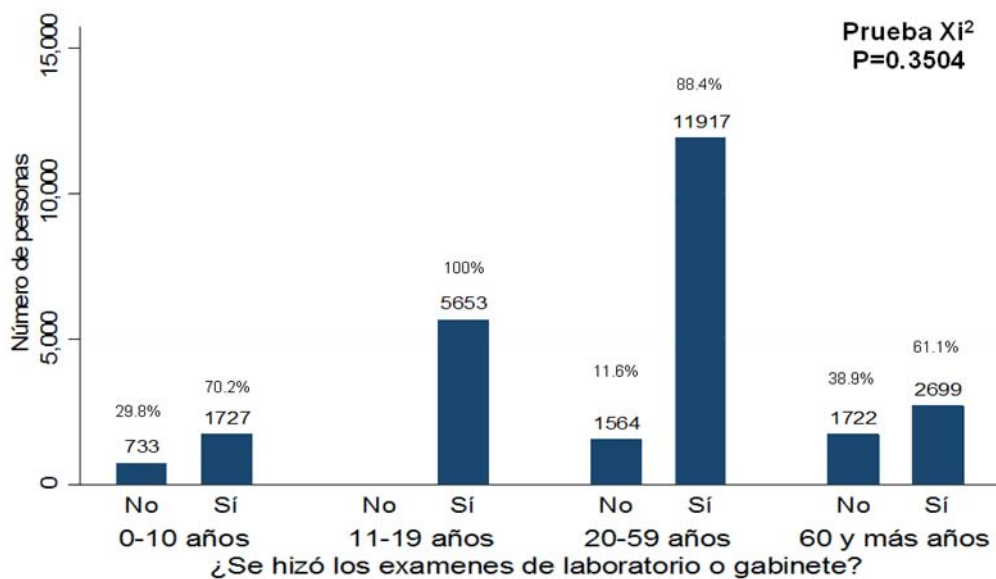
El mayor porcentaje en todos los grupos de edad fue que no les fue requerido exámenes de laboratorio (sanguíneos u orina) o gabinete (rayos X, ultrasonido)

Figura 17. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad



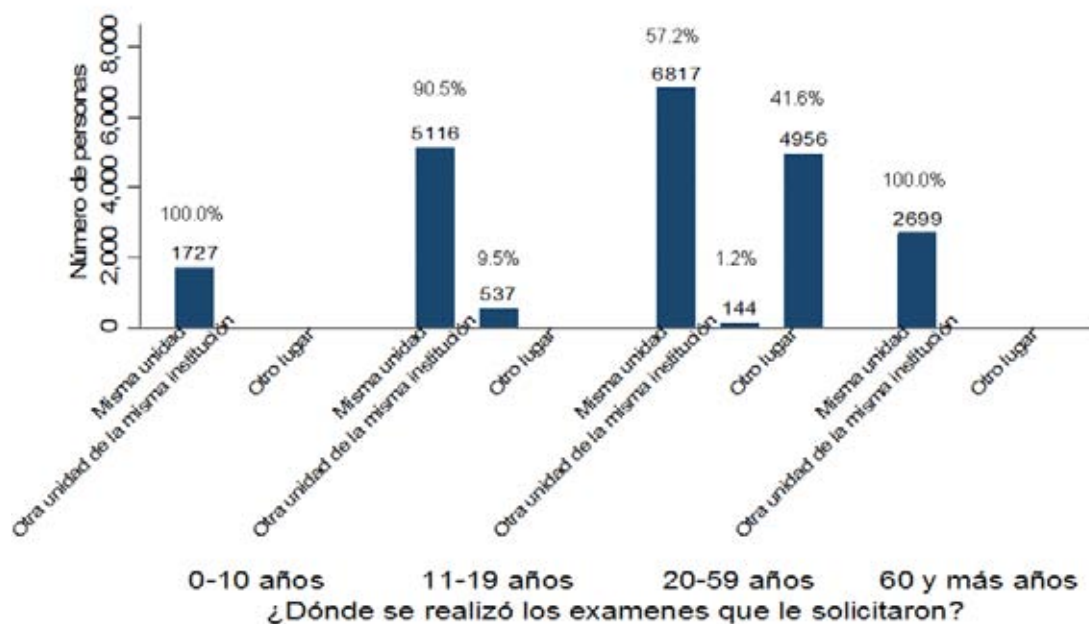
En la siguiente pregunta el mayor porcentaje en todos los grupos de edad fue para las personas que si se realizaron los exámenes de laboratorio o gabinete que les pidieron.

Figura 18. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad



En la siguiente pregunta el mayor porcentaje en todos los grupos de edad fue para las personas que se realizaron los exámenes de laboratorio o gabinete en la misma institución donde les dieron consulta.

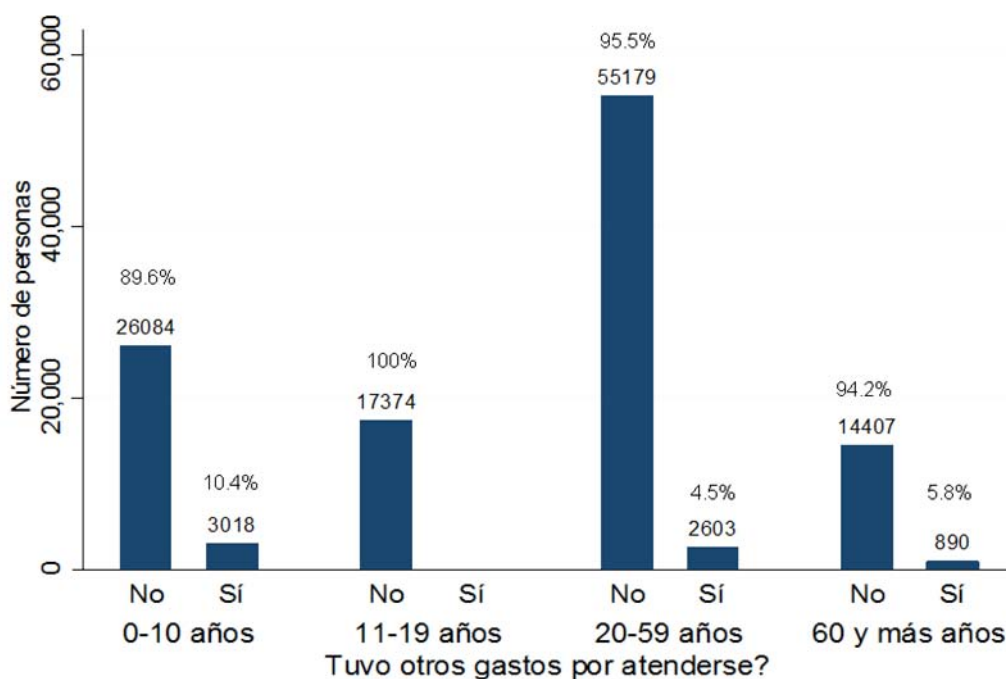
**Figura 19. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



Fuente: directa

En la siguiente grafica se puede observar que la mayoría de los usuarios no tuvo que hacer un pago extra por el servicio; encontramos que los niños con un 89.6%, los adolescentes con un 100%, los adultos con un 95.5% y finalmente los adultos mayores con un 94.2%.

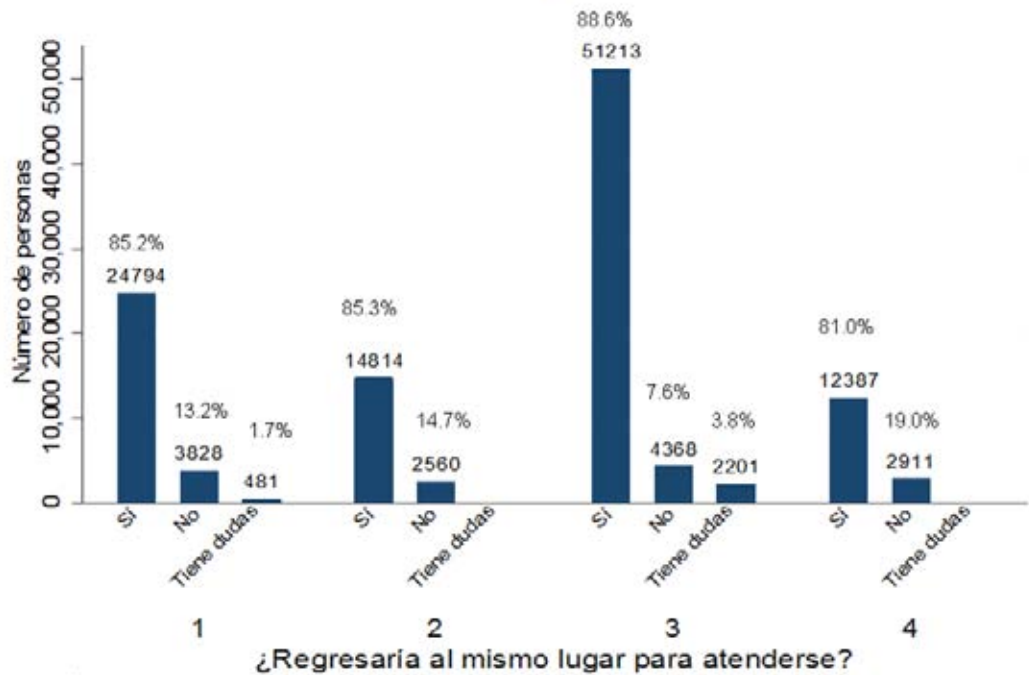
Figura 20. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad



Fuente: directa

En todos los grupos de edad, el mayor porcentaje es para las personas que sí regresarían al mismo lugar para atenderse.

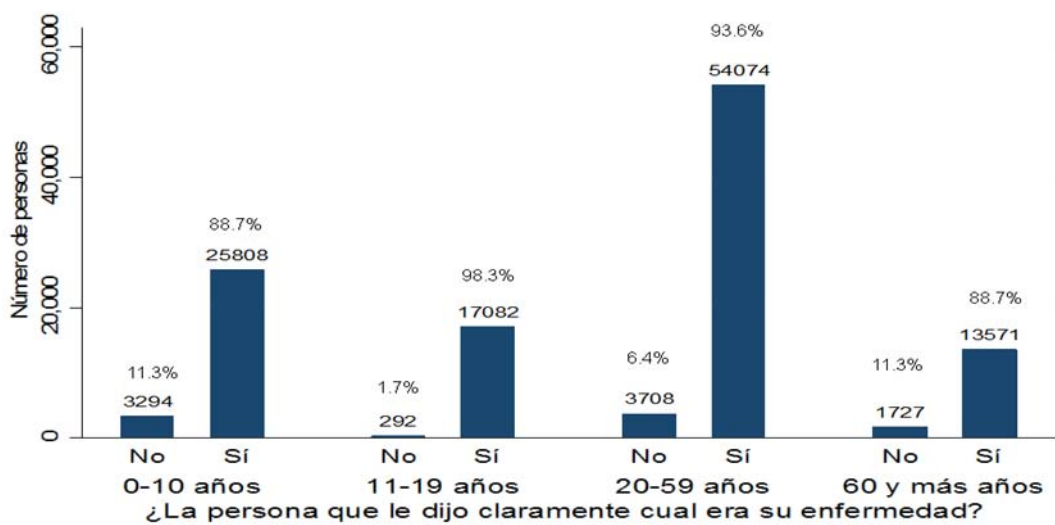
**Figura 21. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



Fuente: directa

El mayor porcentaje en todos los grupos de edad fue para las personas que respondieron que si les explicaron claramente cuál era su enfermedad.

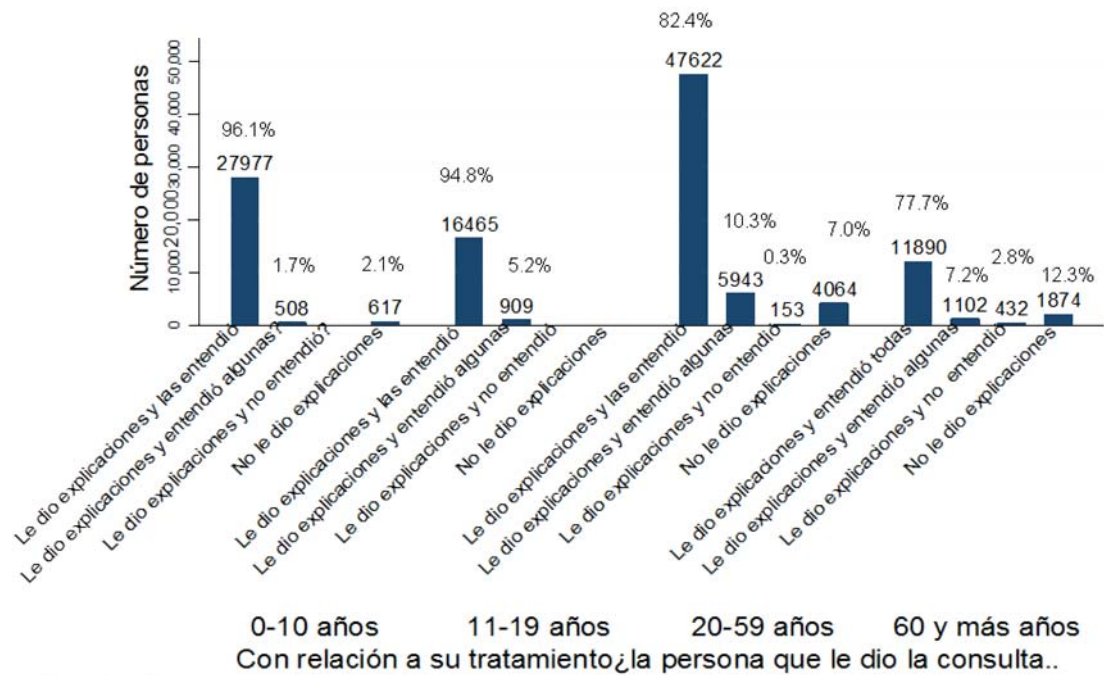
**Figura 22. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



Fuente: directa

El mayor porcentaje por grupo de edad fue para las personas que respondieron haber entendido las explicaciones con relación al tratamiento.

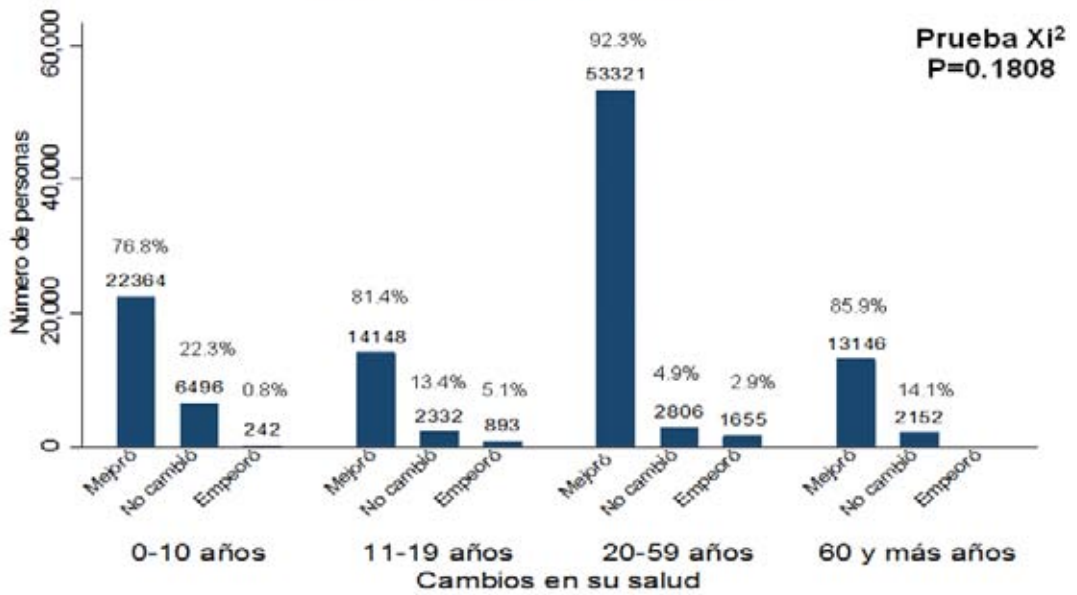
**Figura 23. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad**



Fuente: directa

En todos los grupos de edad el mayor porcentaje fue para las personas que dijeron que su salud mejoró.

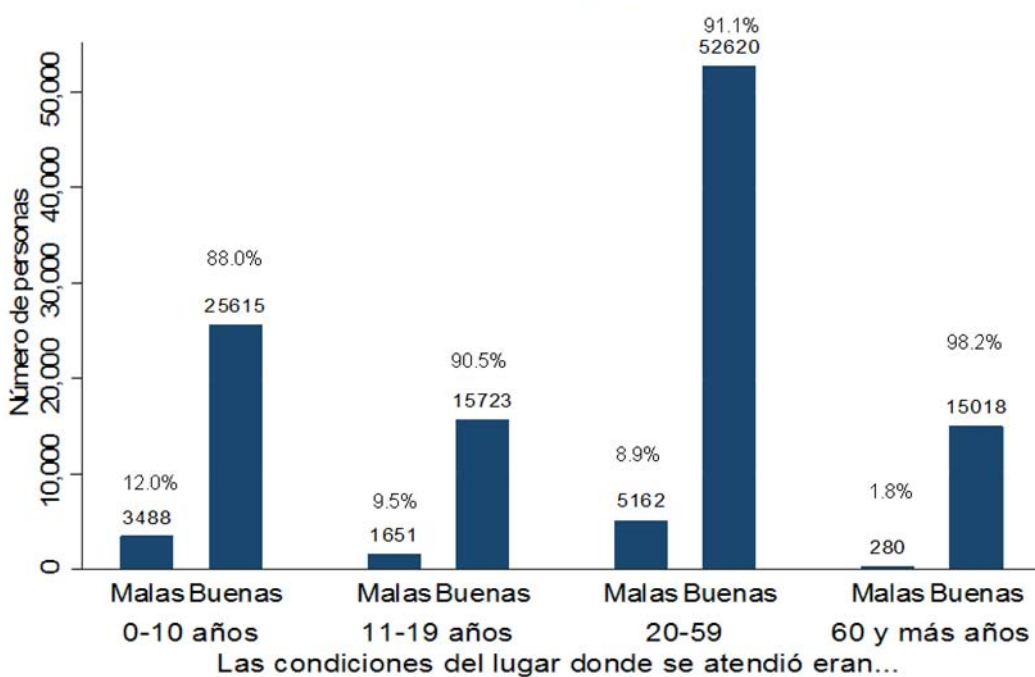
Figura 24. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad



Fuente: directa

En todos los grupos de edad el mayor porcentaje fue para señalar que las condiciones del lugar donde se atendieron eran buenas.

Figura 25. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad



Fuente: directa



## 10.0 DISCUSIÓN

En el presente estudio se documentó que el grupo de edad que más acude a los servicios de salud bucal son personas de 20 a 59 años, y en este grupo de edad las mujeres (57.7%) son las que más recurren a estos servicios, seguidos por el grupo de de 0 a 10 años, los hombres presentaron un mayor porcentaje (62.3%). En cuanto a derechohabiencia el grupo de 20 a 59 años es el grupo que cuenta con mayor derechohabiencia, seguido por el grupo de 0 a 10 años.

En cuanto al reporte de comienzo de enfermedad bucal las personas acudieron en los primeros 15 días.

Aunque el grupo de 20 a 59 años es el grupo con mayor derechohabiencia, también es el grupo con mayor porcentaje en uso de los servicios privados, seguido por el grupo de 60 años o más, única variable con significancia estadística.

En todos los grupos de edad las personas reportaron que el servicio que recibieron fue bueno. El grupo de 20-59 años eligió el lugar donde se atendió, consiguió todos los medicamentos, los compró en farmacia particular

Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que el acceso a los servicios de salud oral está relacionado con los determinantes sociales socio-demográficos, nivel socioeconómico, lo cual es congruente con la información reportada en otros estudios.[25-28]

Otra observación es que el grupo de edad de 20-59 es considerado un grupo de adultos jóvenes, con mayores ingresos y mayor derechohabiencia esto influye también en el uso de servicios de salud bucodentales, nuestros resultados un gran porcentaje perteneciente a este grupo hicieron uso de los servicios de salud bucales privados, esto habla que el nivel socioeconómico también influye en el uso de estos servicios.[28-30] Por otro lado un gran número de mujeres pertenecientes a este grupo se encuentra en edad reproductiva, existen estudios que

reportan que es las mujeres embarazadas hacen mayor uso de los servicios de salud.[31]

Los niños de 0 a 10 años son en segundo lugar que hace mayor uso de los servicios de salud bucales y con mayor número de derechohabiencia, una de las causas es que si sus padres cuentan con derechohabiencia. Ellos también son beneficiados con este servicio a diferencia del grupo anterior ellos acuden con más frecuencia los servicios públicos.

En otros estudios se ha reportado que los factores asociados a la utilización de los servicios en niños fueron: la edad del niño, la baja educación de los padres, la economía en casa, así como la distancia y accesibilidad de los servicios de salud, además de que en algunos casos no se era derechohabientes.[7]

En nuestro estudio los adolescentes y los adultos mayores son los grupos que hacen menos uso de los servicios de salud bucales. Existen pocos estudios sobre la utilización de servicios bucales en adolescentes, de acuerdo con el estudio de *Pontigo-Loyola*, la utilización de servicios de salud bucal fue bajo comparado con otros estudios, el uso de estos servicios fue asociado a la posición económica, lo que indica la brecha de desigualdades en salud bucal. [32]

Otra desventaja es que si contaban con derechohabiencia por parte de los padres cumplidos los 16 años pierden este derecho, posiblemente la falta de derechohabiencia influya en no asistir a los servicios de salud bucales, la falta de cultura, y las barreras como el tener un bajo nivel económico o no tener los recursos suficientes para poder tener acceso a los servicios privados, En contraste diversos estudios han reportado que las causas por las no asisten a los servicios de salud bucal son; económicos, culturales, educación de los padres, no pertenecer a una institución prestadora del servicio, demográficos, la manera en que perciben su estado de salud bucal entre otros.[23, 32]

En cuanto al grupo de 60 años y más diversos estudios han reportado que los factores asociados a que un adulto mayor no asista a los servicios de salud son: el padecer alguna discapacidad que lo orille a depender de algún integrante de la familia, el contar con un trabajo o pensión la cual le permita obtener algún ingreso, la educación, el ser derechohabiente, culturales y demográficos.[15, 33, 34]

## **11.0 CONCLUSIONES**

El presente estudio cumplió con los objetivos planteados.

De acuerdo con los resultados, la única variable con significancia estadística fue la derechohabiencia.

Los resultados en este estudio muestran la importancia de la derechohabiencia. Se concluye que la derechohabiencia en todos los grupos de edad es importante, las personas que no cuentan con derechohabiencia tienen menos posibilidades de acudir a los servicios bucodentales

En México hay desinformación y una falta de cultura para acudir a los servicios preventivos y más aún acudir a los servicios dentales para prevenir enfermedades bucales, lamentablemente la cultura es en México es “curación” y no la “prevención” por lo cual se busca atención médica cuando la enfermedad ya es grave o se encuentra en un estado avanzado.

Al realizar la consulta de diversos artículos sobre la utilización de servicios bucales se encontró, las principales variables que influyen en el uso de servicios de salud son: variables sociodemográficas, creencias y actitudes, su estructura y el número de integrantes en las familias, ingresos económicos, derechohabiencia, cambios en salud, relación médico paciente, género, cultura, empleo y urbanización.

Por último es necesario fortalecer y consolidar las acciones dirigidas a los distintos grupos de edad para elevar el uso de los servicios bucodentales.

## **12.0 RECOMENDACIONES**

La derechohabiencia es una característica importante para el uso de los servicios de salud, El Seguro Popular es una alternativa para afiliar a la población en condiciones donde su trabajo no cuenta con seguro, pero ahí no terminan los esfuerzos, se debe trabajar para que población tenga la disponibilidad y acceso a los servicios de salud bucal y que estos a su vez garanticen la calidad y cubran las demandas del tratamiento. Las instituciones públicas deben de ver a la salud bucal como algo primordial dentro de sus estrategias, para prevenir gastos mayores, además de incluir la mayoría de los tratamientos, contar con personal capacitado, aumentar el número de citas y vigilar que la población asista a los servicios de salud bucal por lo menos 2 veces al año.

Se sabe que conforme pasa la edad de los usuarios la utilización de los servicios va en aumento, y también que la población que más la utiliza son las mujeres de cualquier grupo de edad.

La población mexicana adulta mayor en la próximas décadas estará en aumento es por ello que se debe poner énfasis en las estrategias que los servicios de salud pondrán en práctica para poder cumplir con los servicios que requerirá esta población.

Es necesario fomentar y hacer mayor difusión de la cultura de acceso a los servicios de salud bucal en la población a nivel preventivo, y no llegar a utilizarlo en fases de dolor o curación, se tiene que ver a la salud bucal como algo primordial e importante, porque recordemos que es de nuestra boca donde parten otras enfermedades.

Además de que el no tener atención antes trae diversas consecuencias en nuestra vida una de ellas, es que no se puede comer adecuadamente con la pérdida de piezas, otra es la fonación y en ocasiones se deja de

labora o asistir a las escuelas por problemas relacionados a la salud bucal.

### **13.0 LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO**

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentran las limitaciones propias del estudio, también la estructura del cuestionario, el tipo de preguntas como tal no se enfoca a la salud bucal, esto puede representar una desventaja pero en el manejo de la información se trato de delimitar la información y obtener datos precisos relacionados al uso de servicios de salud bucal

La fortaleza principal de este estudio es que es un estudio con representatividad nacional y estatal, que nos proporciona información para poder establecer conocer cuantas personas acuden a los servicios de salud en busca de los servicios dentales, esta información es primordial para ampliar el conocimiento e integrar esta información a la literatura disponible actualmente.

## 13.0 BIBLIOGRAFIA

1. Rocha-Buelas A . Análisis sobre el acceso a los servicios de salud bucal: un indicador de equidad. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia) 2012;12 (25): 96-112.
2. McCormick M, Kass B, Elixhauser A, Thompson J, Simpson L. Annual report on access to and utilization of health care for children and youth in the United States-1999. Pediatrics 2000; 105:219-30.
3. Pérez-Flores Y. Experiencias de la Práctica Conjunta de estudiantes de higiene oral de la Universidad del Valle en los servicios de salud con comunidades de los municipios de Yumbo y Cali. Revista Estomatología 2000; 9(1): 17-25.
4. La fuente-P.J, Gómez-Pérez de Mendiola F. J, Aguirre-B, Zabala-Galán J, Iruzun-Zuazabal E, Gorritxo-Gil B. Estilos de vidas determinantes de la salud oral en adolescentes de Victoria-Gasteiz: evaluación. Aten Primaria. 2002;29 (4): 213-217.
5. Estudio Nacional de Salud y envejecimiento en México. Boletín de prensa Núm. 389/13 30 de septiembre de 2013. Aguascalientes, AGS, pág. 1/2.
6. Gómez-Dantés H, Vázquez JL, Fernández-Cantón S. La salud de los adultos en el Instituto Mexicano del Seguro Social. In: Muñoz O, García-Peña C, Durán-Arenas L. La salud del adulto mayor: temas y debates. México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004:45-61.
7. Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta S, Escobar-Paucar G. Et al. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de seis años pertenecientes a familias desplazadas. Revista CES Odontología. 2010;( 23) 2;42-47.
8. Vallejos-Sánchez A A, Minaya Sánchez M, Escoffié-Ramírez M. Maupomé G. Influencia de variables predisponentes, facilitadoras y de necesidades sobre la utilización de servicios de salud bucal en adolescentes mexicanos en un medio semirrural. Gaceta Médica de México. 2012; 148: 218-26
9. Organización Mundial de la salud. Definición de atención primaria. Citado: 07/09/2014. Disponible en [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/).
10. Gómez-Dantés Octavio, Sesma-Sergio, Becerril-Victor M. , Knaul-Felicia M. , Arreola-Héctor, Frenk Julio. Sistema de salud en México. Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(2):220-232.
11. De Buen Lozano Néstor, Instituciones de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, México, 1997, Ed. Universidad Autónoma de México. P. 600.
12. Aportaciones de la seguridad social. Capítulo III Antecedentes de seguridad social. Consultado:07/09/2014. Disponible en [http://www.eumed.net/libros-gratis/2012b/1216/antecedentes\\_seguridad.html](http://www.eumed.net/libros-gratis/2012b/1216/antecedentes_seguridad.html).

13. Medina-Solís CE, Maupomé G, Ávila-Burgos L, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Segovia-Villanueva A. Utilización de servicios odontológicos de salud por niños menores de 5 años con seguridad social. *Rev Mex Pediatr* 2004; 71:222-8.
14. Medina-Solís CE, Maupomé G, Ávila-Burgos L, Hjar-Medina M, Segovia-Villanueva A, Pérez-Núñez R. Factors influencing the use of dental health services by preschool children in Mexico. *Pediatr Dent* 2006; 28:285-92.
15. Sánchez-García S, De La Fuente-Hernández J, Juárez-Cedillo T, Mendoza JM, Reyes-Morales H, Solórzano-Santos F, et al. Oral health service utilization by elderly beneficiaries of the Mexican Institute of Social Security in México city. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:211. .
16. Medina-Solís CE, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, Vallejos Sánchez AL, Maupomé G, Ávila Burgos L. Factores socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios dentales odontológicos en escolares de Campeche, México. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2004 (61).
17. Medina-Solís CE, Villalobos-Rodelo JJ, Márquez-Corona ML, Vallejos-Sánchez AL, López-Portillo Núñez C, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro*. 2009; 25(42): 2621-2631.
18. Norman-Daniels, Bryant J. Castano R.A. , Dantes O.G., Khan K.S., Pannarunothai S. Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6): 740–750.
19. Bordoni Noemí. Desafíos de la Odontología. Atención de la salud bucal y equidad sanitaria. *Revista electronica: Encrucijadas* 50. Consultado: 15/09/2014. Disponible: <http://www.uba.ar/encrucijadas/50/sumario/enc50-saludbucal.php>.
20. Casanova-Rosado AJ, Minaya-Sánchez M, Casanova-Rosado J F, De la Rosa-Santillana R, Escoffié-Ramirez Mauricio, Ortíz-Ruiz Jesús et al . Impacto de la posición socioeconómica sobre los defectos de desarrollo del esmalte en dentición primaria. 2012; 25( 1 ): 22-31. .
21. Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta S, Escobar Paucar G, Isaac-Millán M, Londoño Marín PA. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. *Revista CES odontología*. 2010: 23:2.
22. Kroeger A, Malo F, Pérez-Samankgo C, Berg H. Diferencias en las condiciones de salud y enfermedad en las poblaciones rurales y urbano-marginales en el estado de Nuevo León. *Salud Publico Mex* 1991;33:136-154. .
23. Lafuente P.J, Gómez Pérez de Mendiola F.J, Aguirre B, Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Vitoria-



- Gasteiz: evaluación Aten Primaria 2002. 15 de marzo. 29 (4): 213-217.
24. Fernández-González C, Núñez-Franz L, Díaz-Sanzana N. Determinantes de Salud Oral en población de 12 años. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2011;4(3);117-121.
  25. Padilla S, Cerón J. Cultural, economic, historical, political, and social determinants of oral health. Medwave 2012 Ago;12(7).
  26. Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud, OMS, Río de Janeiro, Brasil, 21 de octubre de 2011.
  27. Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), OMS, Ginebra, Suiza, 2008.
  28. Hadad-Arrascue N. L. G.; Del Castillo López C E. Determinantes sociales de salud y caries dental. Odontol Pediatr, 2011;10 (1) 13-21.
  29. Cruz-Palma G, Sánchez-Najera R, Quiroga-García M, Galindo-Lartigue C, Martínez-González G. Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México. Rev Cubana Estomatol. 2014;51(1).
  30. Agudelo-Suárez A.A, Martinez-Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia),2009; 8 (16):91-105.
  31. Malkawi ZA, Tubaishat RS. Knowledge, practice and utilization of dental services of dental services among pregnang women in the North of Jordan. J contemp dent pract. 2014; 1;15(3):345-51.
  32. Pontigo-Loyola A.P, Medina-Solis C.E, Marquez-Corona M.L, Influencia de variables predisponentes, facilitadores y de necesidades sobre la utilización de servicios de salud bucal en adolescentes mexicanos en un medio semirrural. Gaceta Médica de México. 2012; 148:218-26.
  33. Balsa A, Ferres D, Rossi M, Triunfo P. Inequidades Socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios del adulto mayor montevideano. Estudios Económicos 2009; 2435-88. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59715803002>. Consultado el 24 de octubre de 2014.
  34. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. Health service utilization by the 60-year-old and older population in Mexico. Salud Publica Mex 1998;40:13-23.