



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES
EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE LA UTILIZACIÓN
DE LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL, ENSANUT, 2012.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A:

OSCAR DANIEL ESCAMILLA PENAGOS

TUTOR: Dr. LUIS PABLO CRUZ HERVERT

ASESORA: Mtra. ADA MARGARITA MELCHOR ROMERO

MÉXICO, D.F.

2016



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.

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| ANTECEDENTES..... | 5 |
| Envejecimiento demográfico | 5 |
| Principales características del envejecimiento demográfico en México..... | 6 |
| Utilización de servicios odontológicos en los adultos mayores..... | 8 |
| BARRERAS DE UTILIZACION DE LOS ADULTOS MAYORES. | 9 |
| APOYOS SOCIALES Y REDES DE APOYO PARA LOS ADULTOS MAYORES | 12 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 16 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 17 |
| OBJETIVOS | 18 |
| Objetivo general | 18 |
| Objetivos específicos | 18 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 19 |
| Tipo de estudio | 19 |
| Población de estudio | 19 |
| Plan de análisis | 20 |
| Criterios de inclusión y exclusión | 21 |
| Criterios de inclusión | 21 |
| Criterios de exclusión | 21 |
| ASPECTOS ÉTICOS | 21 |
| RESULTADOS | 22 |
| DISCUSIÓN | 47 |
| LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO | 49 |
| CONCLUSIONES | 50 |
| RECOMENDACIONES | 51 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 52 |

INTRODUCCIÓN

El número de adultos mayores (AM) aumenta cada año. Se calcula que en el planeta viven 60 millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que en el año 2025 se duplicara esta cantidad y para el 2050 ascenderá a 200 millones de personas.¹

Esta situación es preocupante, ya que con el transcurso de los años las enfermedades crónicas e infecciosas causan mayores estragos en los individuos. Provocando problemas de salud, económicos y psicológicos, al AM y su familia.

En cuanto a la salud bucal de los AM, debemos mencionar que es un componente fundamental de la salud general; que se define como el bienestar físico, psicológico y social con relación con al estado dental así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.

El grupo etario de los AM, es un grupo vulnerable y desprotegido, la mayoría de AM no cuenta con un empleo formal que les brinde seguridad social a la salud, estas condiciones propician un complicado panorama en cuanto a buena salud y bienestar.

En lo que respecta a las enfermedades bucales en los AM provocan disfunción, falta de bienestar y muchas veces discapacidad.²

Hay pocos estudios que evalúen la utilización de los servicios de salud bucal en los adultos mayores. Las encuestas nacionales de salud, son evaluaciones realizadas cada 6 años, que por su diseño probabilístico los resultados se consideran como representativos de la población mexicana. En la actualidad la información y los resultados de la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 están disponibles de manera gratuita para ser analizadas.

Es importante contar con información relevante sobre el tema de la utilización de servicios de salud bucal por parte de los AM, por lo que el objetivo de este trabajo fue describir los resultados de percepción de la calidad de los servicios de salud bucal entre los usuarios de dicho servicio, de acuerdo a la información de la ENSANUT (Encuesta de Salud y Nutrición) 2012 con relación a las características sociodemográficas y la percepción de los servicios de salud bucal en los AM.

ANTECEDENTES

Envejecimiento demográfico en el Mundo y México

El envejecimiento mundial está ocurriendo en todo el mundo, sin embargo, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio.¹

En los últimos años ha incrementado la esperanza de vida, es un indicador de mejoría del estado de salud de la población en los primeros años de vida, sin embargo, en edades mayores las tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad afectan la calidad de vida de los Adultos mayores (AM).³

En México existe poca información sobre las características del AM, su perfil de salud y nutrición.⁴

El envejecimiento de la población es uno de los mayores retos que se enfrentara la sociedad mexicana durante la primera mitad de este siglo. El incremento relativo de la población en edades avanzadas, que inicio a mediados de los noventa, continuara durante toda la primera mitad del siglo XXI, primero a un ritmo moderado y después en forma más acelerada, hasta alcanzar 28% de la población en el año 2050.⁵

Principales características del envejecimiento demográfico en México.

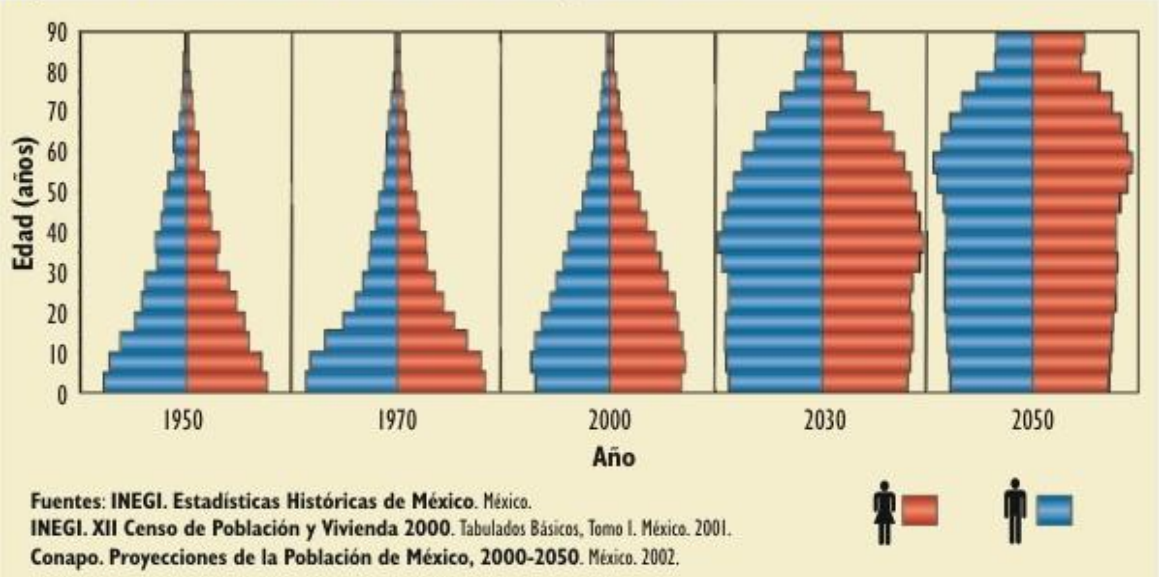
Uno de los fenómenos asociados al avance de la transición demográfica es el rápido incremento de la población de AM. Por un lado el declive de la mortalidad da origen a un progresivo aumento de la esperanza de vida y en consecuencia, un número cada vez mayor de personas llega con vida a edades avanzadas. Por el otro lado, la caída de la fecundidad se refleja a la larga tanto en una cantidad menor de nacimientos, como en una reducción sistemática de la proporción de niños y jóvenes en la población total. De esta manera una combinación de una esperanza de vida cada vez mayor y de una fecundidad en continuo descenso provoca un aumento significativo de la edad media de la población y una proporción ascendente de los AM.^{4,5}

Para comprender cabalmente el fenómeno de envejecimiento demográfico en México, es pertinente voltear al pasado, y revisar su proceso de transición demográfica. La primera fase de este proceso se ubica a partir de los años treinta, pero sobre todo en los años cuarenta, con el inicio del descenso de la mortalidad. Este descenso, junto con la persistencia de altos niveles de fecundidad, produjo un elevado crecimiento demográfico entre 1950 y 1970. En la década de los 70's, la tasa de crecimiento natural comenzó a descender, este periodo corresponde a la segunda etapa de la transición demográfica, que se caracteriza por la reducción de la fecundidad y descenso paulatino de la tasa de crecimiento demográfico.⁷

Este conjunto de transformaciones en la fecundidad y en la mortalidad, al cual se añade la migración internacional, se reflejó en cambios sustanciales en la estructura por edades de la población. En el año 1970 la pirámide de la población de México tenía la forma de un triángulo con una base muy amplia y una cúspide muy estrecha, de

acuerdo con las altas proporciones de población infantil y juvenil que caracterizaban a la población mexicana como una población muy joven. En el año 2000 se presentó una pirámide más abultada en el centro, y se puede observar un estrechamiento de la base, que corresponde a una disminución en la proporción de niños y un incremento relativo en la población joven y en edad laboral, proyecciones para 2030 presenta pirámide mayor abultada en el centro y la cúspide un estrecha, a diferencia la proyección del 2050 se observa un gran crecimiento poblacional en la cúspide, esto nos habla de un gran número de AM (Figura 1).

Figura 1. Pirámides de edades en México, 1950-2050.



Utilización de servicios odontológicos en los adultos mayores.

Uno de los principales problemas en salud, es la prevención, las personas no tenemos la cultura de la prevención, ni acudir a los servicios de salud preventivos, en cuanto a la salud bucal, especialmente en América Latina, el 75% de los AM no acude con frecuencia a servicios odontológicos por consecuencia sufren de muy mala salud oral.⁽⁸⁾ Estudios han reportado que el uso de servicios odontológicos muchas de las veces es influenciado por características sociodemográficas en las que destacan la mayor escolaridad y mayor nivel socioeconómico, así como el acceso gratuito a los servicios de salud, otra causa reportada es la percepción de salud oral.⁹ El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reporta que 87% de las mujeres de edad avanzada y el 90% de hombres de edad avanzada hacen uso con regularidad de los servicios médicos pero no se conoce información sobre el cuidado dental.¹⁰

Con relación a la salud bucal de los AM en México, diversos estudios indican que existen problemas severos de edentulismo, caries coronal y caries radicular. La poca utilización de servicios y la indiferencia en el cuidado de las prótesis removibles por los AM provoca que estas se encuentren en malas condiciones y con ello lesiones en los tejidos bucales lo que a su vez causa dolor y dificultad para comer. Información obtenida en un trabajo realizado por Irigoyen (1999) con personas de la tercera edad en la ciudad de México, en las delegaciones Álvaro Obregón y Tláhuac mostraron un CPOD de 16.3 el componente más elevado correspondió a los dientes perdidos 9.0 seguido por los cariados 4.6 y por último los obturados con 2.7.¹¹

Resultados similares fueron registrados por Borges SA (1999) en personas de la tercera edad que fueron examinados en el centro urbano Miguel Alemán, ubicado en la

delegación Benito Juárez, donde el promedio CPO fue de 16.5 en este caso los dientes perdidos fue el componente más alto(11.9), seguida por los cariados (2.5) y el más bajo los obturados (2.0).¹²

En México la población que más se ha estudiado respecto a los problemas bucales es la infantil de seis a doce años, existiendo poca información de la problemática bucal integral en la población adulta mayor de los problemas de caries dental, maloclusiones y lesiones en tejido blando.¹³ Un aspecto inherente a estudiar en este grupo de población es la percepción que tienen de su boca. Es importante contar con diagnósticos de salud en la población de AM ya que nos permitirá implementar acciones de promoción y prevención acorde a la problemática encontrada.^{12,14}

Barreras de utilización de los adultos mayores.

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y es necesario eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como: geográficas, si se entendía la imposibilidad de acercar los servicios a la población como un problema geográfico, ya sea en un accidente geográfico o una barrera construido por el hombre (por ejemplo una autopista).¹⁵ Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue

definida como cultural y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de servicios y la población también podían ser una barrera de acceso.^{12,15}

En México, el mejoramiento en las condiciones generales de vida y el acceso a los servicios de salud han provocado el descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y el ascenso de las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte. Los datos estadísticos muestran que se presentan con mayor frecuencia en las personas de más de 60 años.¹⁶

En los AM, el padecer enfermedades crónicas se suma al proceso mismo de envejecimiento y a la situación social en que viven.

Hombres y mujeres mayores de 60 años con limitaciones financieras, a veces no solo enfrentan una enfermedad sino varias, pues suelen surgir las complicaciones y otras malestares relacionados que al ser crónicos y degenerativos van a ocasionar una mayor incapacidad y una creciente invalidez. Por si fuera poco, los recursos que brinda la biomedicina no los cura pues únicamente pueden ofrecer cierto alivio, así como un relativo e inestable control físico y conductual.^{16,17}

En su mayoría la población de AM es la más desprotegida no cuenta con seguridad social, no es económicamente activa y, además, su condición de salud plantea un complicado esquema, el cual engloba enfermedades crónicas degenerativas, limitaciones para la realización de actividades cotidianas, discapacidad y minusvalía.

17,18

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general, definida como bienestar físico, psicológico y social con relación al estado dental así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.. La salud de la cavidad bucal es esencial en funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad, además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social. ⁹ Su perfil de morbilidad bucal se caracteriza por una elevada prevalencia de caries dental y periodontopatías, que constituyen los principales factores responsables de la pérdida dental en este grupo de edad. El impacto de las condiciones bucales en AM han reportado que las enfermedades bucales muestran disfunción, falta de bienestar y discapacidad con predominante interés clínico, así como impacto al dolor, dificultad al comer y aislamiento.¹⁹

El estado bucodental repercute en las actividades cotidianas e influye directamente en su calidad de vida, ello genera consecuencias mayores al comer, disfrutar alimentos, pronunciar de forma correcta de pronunciar palabras e impide interactuar en sociedad.

19

El envejecimiento poblacional ha despertado interés y acciones políticas por sus consecuencias en dos aspectos de importancia extrema.

Uno es la deficiente cobertura de la seguridad social en conjunto con la inminente imposibilidad de cumplir con los compromisos de pago de pensiones y jubilaciones de retiro. Otro es la epidemiología esperada de las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes, frente a un sistema de salud que requiere adaptación y recursos no disponibles para enfrentarla. De esta manera la hacienda pública, la seguridad social y de atención a la salud han evaluado las causas y consecuencias del envejecimiento del país, pero cada una aislada en su ámbito de competencia.^{20,21}

El estudio de las interacciones familiares, principalmente aquellas centradas en el adulto mayor, ha cobrado gran interés debido a diferentes factores. Algunos de orden demográfico son el aumento de la esperanza de vida, la mayor incidencia en la terminación de uniones y el peso de los jóvenes y los adultos en las próximas tres décadas dentro del volumen de la población.^{15,22}

Este interés también surge de factores económicos que afectan en la esfera familiar por ingresos insuficientes, falta de empleo y crisis en la seguridad social. Gran parte de los AM de 60 años no reciben ingresos previsionales, ni laborales suficientes y deben vivir en grupos familiares extendidos. Las necesidades de cuidado por enfermedades, dependencia económica, deterioro mental y la atención emocional del anciano motivan arreglos residenciales y diferentes formas de apoyo familiar. Junto a la familia existen apoyos de tipo social e institucional.^{16,22}

Apoyos sociales y redes de apoyo para los adultos mayores

En conjunto, las ayudas institucionales y familiares se constituyen en el apoyo que se traduce en acciones afectivas, materiales o informativas dirigidas a un sujeto para que se sienta seguro y estimado dentro de una red de comunicación y obligación mutua. Por otra parte, se ha observado que existen personas que proporcionan ayuda a los AM y que tienen una relación estrecha con ellos sin que medie parentesco alguno (vecino o amigo). Por cuanto es previsible que en el futuro se incrementen los cambios debido al descenso de la fecundidad, se espera una disminución del tamaño de la familia de la descendencia y una mayor tendencia a la ruptura matrimonial, factores que van a dar lugar a que se reorganicen redes y arreglos residenciales, tales como el incremento de los hogares unipersonales.^{14,23,24}

En las capas más bajas la necesidad de sobrevivencia ha obligado a las familias a mantener lazos estrechos de apoyo. Los sistemas de transferencias están expuestos a presiones debidas al crecimiento de la población de viejos, al incremento de la sobrevivencia en edades avanzadas y a los cambios en la composición de la salud y discapacidad. Los integrantes del sistema de transferencias se clasifican como: proveedores (únicamente proporcionan ayuda), los que participan en un intercambio (que proporcionan y reciben apoyo), receptores (que únicamente reciben apoyo) y los que quedan fuera del sistema de apoyos.²⁴ En general, los proveedores son los más jóvenes y saludables, viven en pareja y tienen una menor descendencia; los de intercambio que dan y reciben tienen más edad, viven solos en gran parte, aun si no tienen pareja tienen más hijos y más cercanía con ellos y están sujetos a mayores problemas de salud, aunque sin llegar al deterioro funcional y por último los que solo reciben apoyo constituyen el grupo de AM, generalmente con deterioro funcional: muchos de ellos viven solos y una buena parte tiene una vida familiar satisfactoria. Los que no participan en transferencias difieren de los otros tres grupos en que su descendencia es menor o pueden no tenerla.²⁵

Existe la idea de que el adulto mayor es básicamente una carga para la familia y el estado. Sin embargo, los hechos demuestran el papel crucial que juega en la vida familiar cuando es proveedor de servicios con mayor frecuencia que receptor. Al no contar los AM con el apoyo del estado se espera que la ayuda que puedan recibir sea por transferencias familiares. La dirección de las transferencias tiene que ver con la capacidad de cada una de las generaciones para proporcionarlas y la etapa del ciclo de vida por la que pasan.¹⁷ Se esperaría que haya mayor número de transferencias de los jóvenes hacia los viejos porque tienen más educación formal, lo que permite mejores

recursos. Sin embargo, esto puede no ocurrir, dadas las condiciones económicas más limitadas de estas generaciones jóvenes. De modo que es posible que la dirección se invierta desde los AM hacia los jóvenes por la acumulación de riqueza y de bienes durante la vida, asimismo, es de suponer que las mujeres se beneficien más que los hombres en las transferencias informales porque cuentan con menos recursos económicos, menos contacto con el sector formal de empleo y en edad avanzada presentan peores condiciones de salud. Los apoyos se incrementan con la edad por deterioros de salud y disminución de recursos.^{17,23,26}

Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición en México

En 1986 se crea el Sistema Nacional de Encuestas de Salud. La información derivada de dichas encuestas ha servido para la toma de decisiones, la implementación y evaluación de nuevos programas de salud, así como para realizar un diagnóstico integral de las necesidades de salud de la población mexicana. Desde su implementación a la fecha, las encuestas se ha realizado cada 6 años, las últimas tres encuestas son la Encuesta Nacional de Salud 2000, y las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012. Una de las características importantes de éstas muestras es que usaron un muestreo aleatorio polietápico, lo que significa que la población encuestada, así como los resultados de la misma tienen representatividad nacional.

La ENSANUT 2012, se compone de varios formatos de recolección de información entre ellos el cuestionario de Hogar, integrantes, niños menores de 9 años, adolescentes entre 10 y 19 años, adultos de 20 años o más; y finalmente el cuestionario de utilizadores de servicios de salud.

27,28

La información en el cuestionario de los utilizadores de servicios de salud, contiene información sobre los motivos de consulta, el lugar de la consulta, y diversa información sobre la percepción de la calidad de la atención de los usuarios de los servicios de salud. Aunque el cuestionario de utilizadores de servicios no tiene preguntas dirigidas a evaluar la calidad de la atención bucal, sí contiene información sobre las personas que acudieron a recibir atención bucal como motivo principal de la última consulta y en ellas se evalúa la percepción de la calidad del servicio de salud bucal. A pesar de contar con dicha información, es casi nula la información referente a los servicios de salud bucal que se ha publicado a partir de los reportes de la ENSANUT 2012.^{27,28}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la información sobre la calidad y la atención brindada en los servicios de salud bucodental en AM es escasa.

Se propuso realizar un análisis de la información del cuestionario de la ENSANUT 2012 “utilización de servicios en salud”, con énfasis en la utilización de servicios bucodentales, los resultados de este estudio nos permitirían conocer la percepción de los AM en relación a la calidad de los servicios de salud bucal.

Esta información servirá como antecedente para generar información actual sobre los servicios de salud bucales a los que acude el AM, dicha información podrá ser utilizada para evaluar, modificar o mejorar la calidad estos servicios.

Por lo antes descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características socio-demográficas y la percepción de los servicios de salud odontológicos de las personas adultas mayores en la ENSANUT 2012?

JUSTIFICACIÓN

Es necesario conocer las características sociodemográficas, y la percepción de los de servicios odontológicos en los AM, en relación a la ENSANUT 2012 ya que existen pocos estudios que consideren estas características propias a nivel internacional y casi son nulas en el contexto nacional.

Al identificar las características socio-demográficas y la percepción de los servicios de salud odontológicos de las personas adultas mayores se tendrá la pauta para poder establecer un antecedente e identificar la necesidad de realizar mayor número de estudios específicos enfocados a la utilización de servicios orales en el AM, dada la relevancia y el contexto del problema.

Para la realización de este estudio se propuso utilizar la información de la ENSANUT 2012. Encuesta representativa que contiene información de salud de las personas que habitan la república mexicana.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las características sociodemográficas, y la percepción de los de servicios odontológicos en los AM, en relación a la ENSANUT 2012

Objetivos específicos

Determinar la frecuencia del uso de los servicios de salud dentales en los AM de acuerdo a ENSANUT 2012

Determinar las características sociodemográficas de los AM que acudieron a la utilización de servicios de acuerdo a la ENSANUT 2012

Determinar la percepción de los servicios odontológicos en los AM de acuerdo a las preguntas del cuestionario "Utilización de servicios de la ENSANUT, 2012"

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El presente estudio es un análisis secundario de la información de la ENSANUT 2012. Por lo anterior se describe a éste estudio como estudio Transversal de carácter descriptivo, que analiza la información de la encuesta de “Utilización de servicios de salud de la ENSANUT 2012”.

Es importante mencionar que ENSANUT 2012 es una encuesta nacional probabilística con representatividad estatal, por estratos nacionales urbano y rural. La ENSANUT 2012 está diseñada para estimar prevalencias y proporciones de condiciones de salud y determinantes de salud. Por lo que los resultados son representativos de la población mexicana.

Población de estudio

Se utilizó la información correspondiente a la sección del cuestionario “Utilización de servicios de salud de la ENSANUT 2012”. Con énfasis en los adultos mayores (60 años o más de edad) según disponibilidad en cada encuesta referida previamente.

Los cuestionarios y bases de datos están disponibles en la página web: <http://ensanut.insp.mx/>. Donde pueden ser consultados mediante un registro previo, se tiene acceso libre a esta información.

Plan de análisis

Se analizó la información de 27 AM (que representan a 15,298 AM) que acudieron a los servicios de salud en busca de atención bucodental y que contestaron el cuestionario de “Utilización de servicios de salud, ENSANUT 2012”.

En primera instancia se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio, donde se obtuvo la información de los AM de las características sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores, así como de la información contenida en el cuestionario “Utilización de servicios de salud, ENSANUT 2012”.

Por último se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables contenidas en cuestionario de utilización de servicios. La información obtenida se representó en gráficas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Adultos de 60 años o más que hayan sido seleccionados para participar en la submuestra para la aplicación del “Cuestionario de Utilización de Servicios de Salud” de la ENSANUT 2012.

Criterios de exclusión

Adultos de 60 años o más que no cuente con información de estrato o ponderador que impida su inclusión para el análisis expandido del cuestionario de “Utilización de Servicios de Salud” en la base de datos de la ENSANUT 2012.

Registros de adultos de 60 años o más que no cuenten con un identificador que haga posible su integración con la información contenida en los cuestionarios de Hogar e Integrantes de la ENSANUT.

ASPECTOS ÉTICOS

No existe ningún riesgo en ésta investigación dado que nos basamos en la información de registros, donde la identidad de cada uno de los individuos no está incluida en los registros, por lo que es imposible relacionar la información de los registros con la identidad de los pacientes. Además, como ya se mencionó, el estudio es un análisis secundario de la Información de la ENSANUT, la cual cuenta con la aprobación de los comités de ética, investigación y bioseguridad.

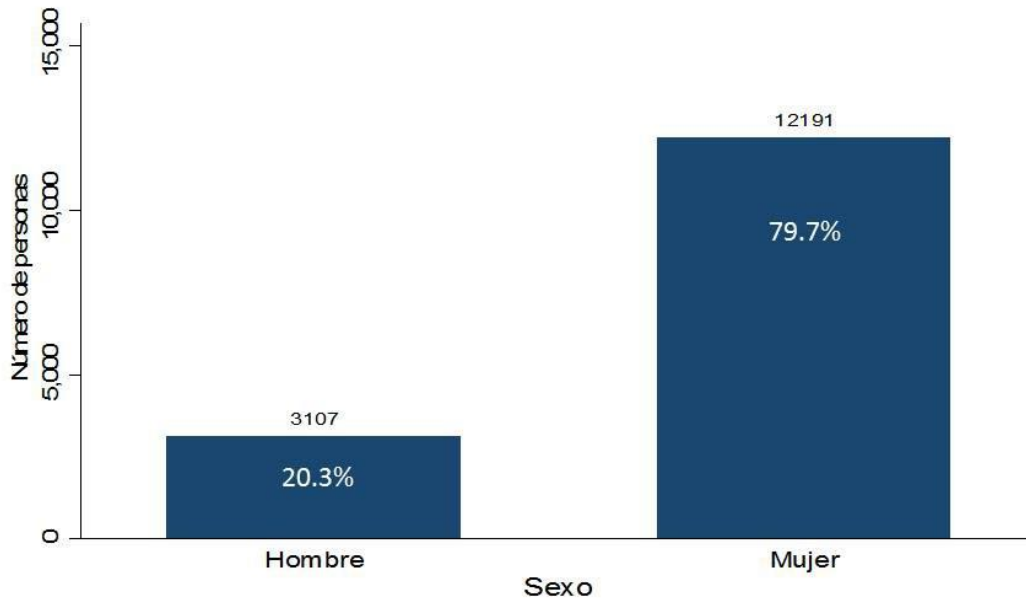
RESULTADOS

Se obtuvo la información de 14,104 personas que contestaron el cuestionario de servicios de salud, que representan a 10,162,076 personas de toda la república mexicana. Sólo 176 personas que representan a 119,556 personas de toda la República mexicana buscaron atención bucal-dental.

En los AM se obtuvieron los siguientes resultados: 27 AM acudieron a los servicios de salud bucal-dental (SSBD) que representan 15,298 de AM de toda la República Mexicana.

Los resultados en relación al sexo y la utilización de los servicios de salud, se observó que las mujeres acudieron con mayor frecuencia a los servicios de salud bucal con un 79.7% (n=12,191), en los hombres se observó una menor participación 20.3% (n=3,107). (Figura 1)

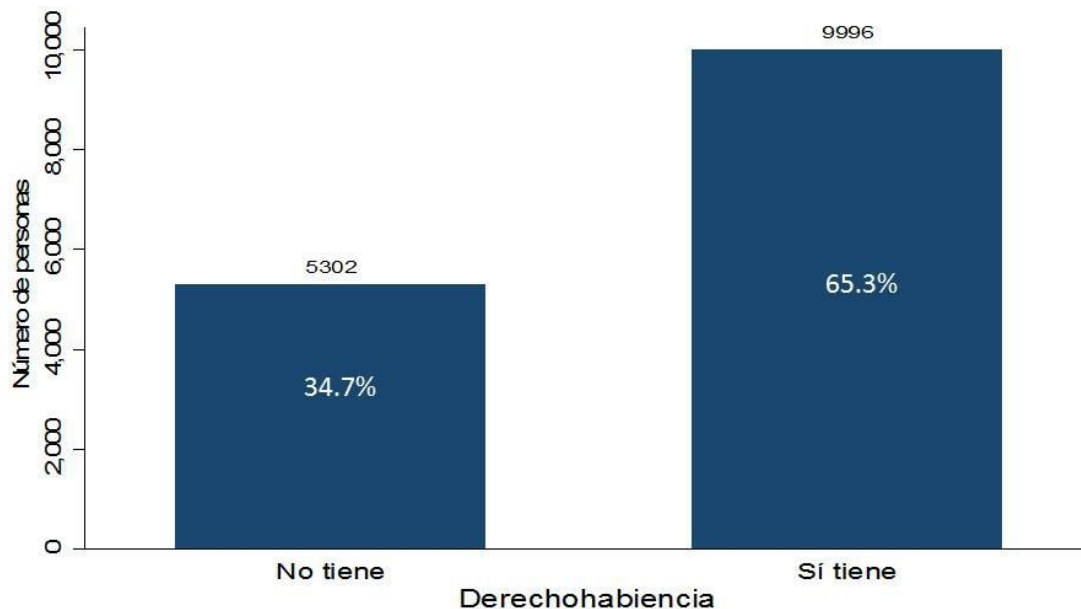
Figura 1. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores Utilizadores de Servicios de Salud Bucodental (USSB) en relación al sexo.



Fuente: Directa

En relación a la derechohabencia encontramos que el 65.3% representando a los 9996 AM de la población encuestada es derechohabiente de servicios de salud de alguna institución pública y los 5302 AM que representan el 34.7% de los AM están sin derechohabencia (n=15298). (Figura 2)

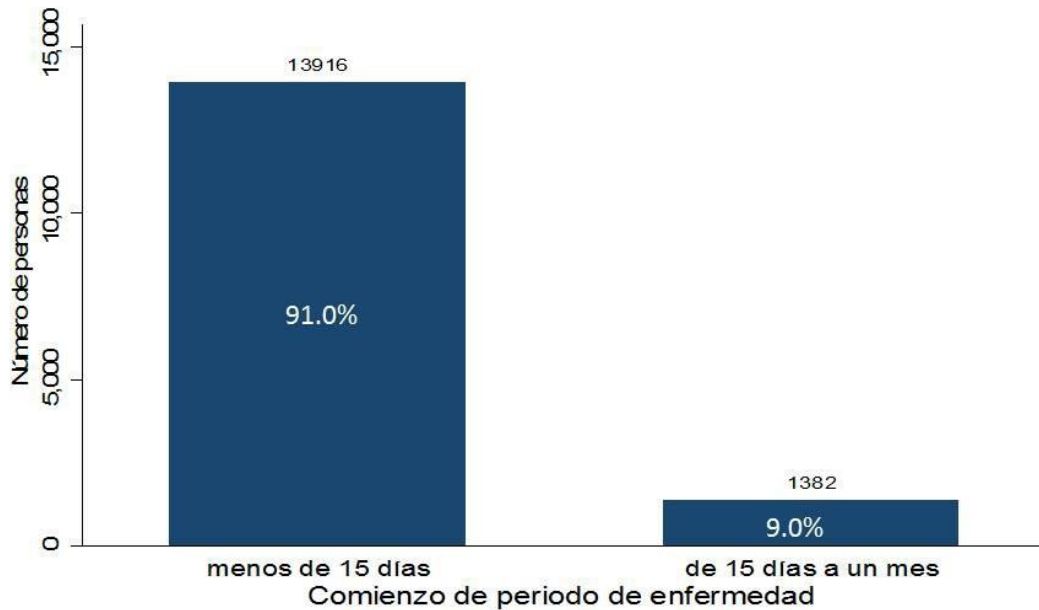
Figura 2. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores (USSB) en relación a la derechohabiencia.



Fuente: Directa

De los 15,298 AM encuestados encontramos que la mayoría reportó que el inicio de su enfermedad comenzó hace menos de 15 días con un 91.0% (n=13916) y la minoría reportó que su padecimiento comenzó hace más de 15 días con un 9.0% (n=1382).(Figura 3)

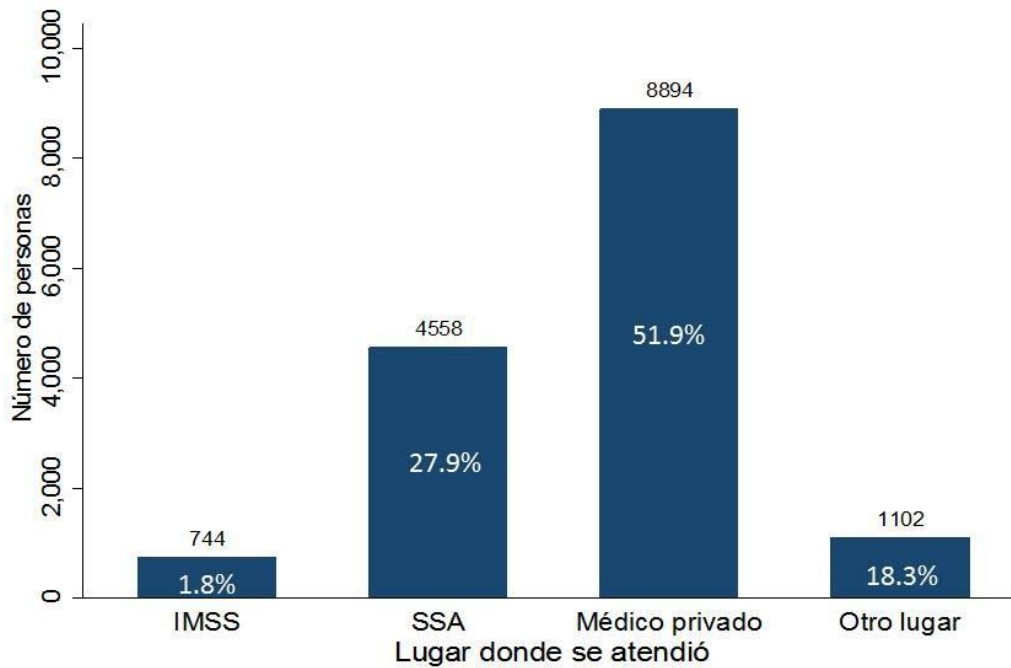
Figura 3. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación al tiempo de duración del padecimiento.



Fuente: Directa

En cuanto al lugar de atención de servicios la mayoría de los AM reportaron atender su padecimiento con un médico privado con un 51.9% (n=8894) seguido de la secretaria de salud con un 27.9% (n=4558), por otra parte el IMSS obtuvo un 1.8% (n=744) y otras instituciones públicas mencionadas como el ISSSTE, ISSSTE Estatal, PEMEX, Defensa, Marina, IMSS Oportunidades, Consultorios Dependientes de Farmacias y otras representan el 18.3% (n=1102) y en total encontramos a 15298 AM atendidos en distintas instituciones públicas.(figura 4)

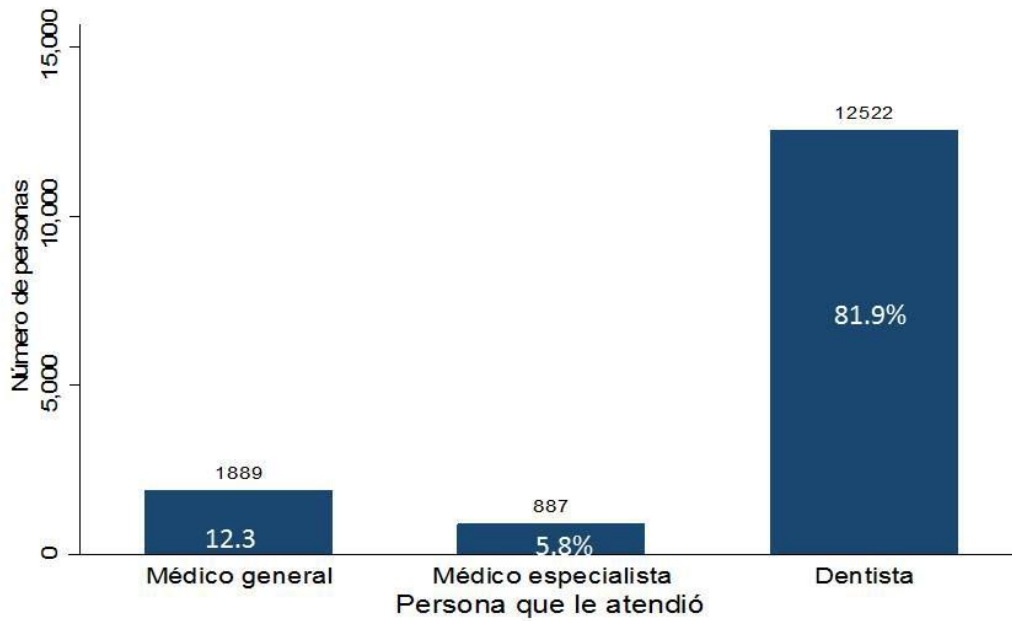
Figura 4. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores (USSB) en relación al lugar de atención del padecimiento.



Fuente: Directa

A los 15298 AM también se les cuestiono a los AM sobre el tipo de atención o especialidad que solicitan para atender su padecimiento o que los atendió, 12522 asistió o asistirá con el dentista con un 81.9%, seguido del médico general con un 12.3% (n=1889) y otro u otra especialidad con un 5.8%.(figura 5)

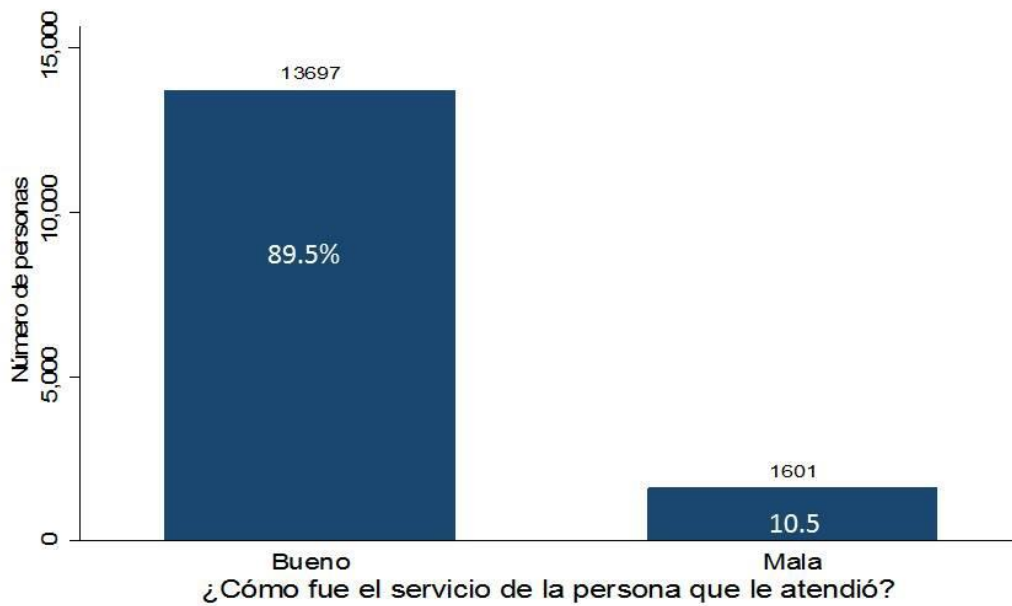
Figura 5. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores (USSB) en relación al tipo de atención de padecimiento.



Fuente: Directa

En cuanto a la percepción de la calidad del servicio y atención la mayoría de los AM dijo que era bueno con un 89.5% lo que representan 13697 AM y la minoría que dijo era malo el servicio y la atención con un 10.5% con 1601 AM (n=15298). (Figura 6)

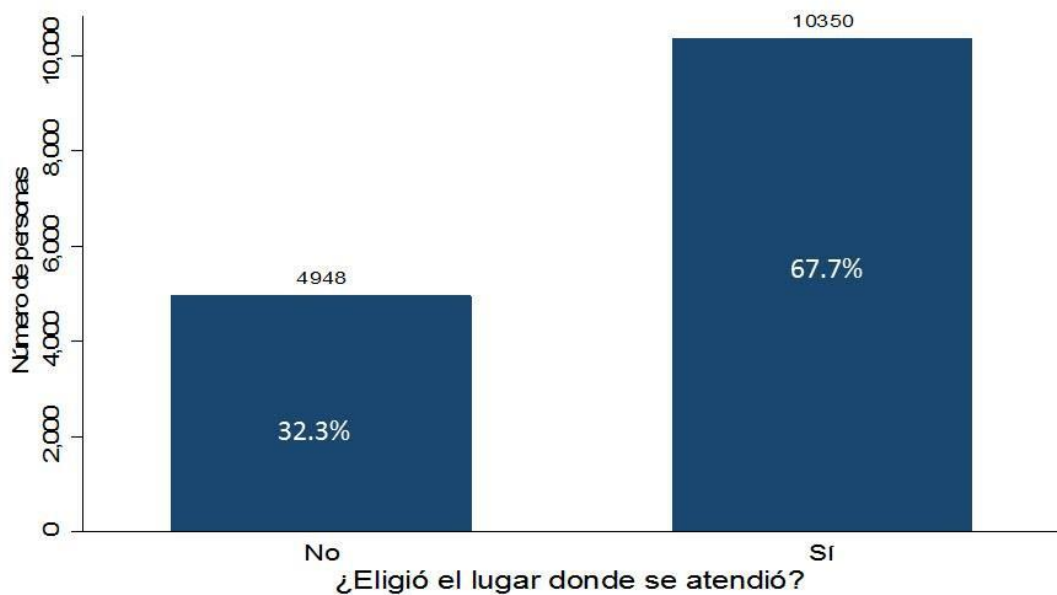
Figura 6. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores (USSB) en relación a la percepción de la calidad de atención.



Fuente: Directa

De los 15298 AM encuestados la mayoría tuvo la oportunidad de elegir el lugar para atender su padecimiento con un 67.7% (n=10350) y el 32.3% (n=4948) no tuvo la oportunidad de elegirlo por distintas circunstancias.(Figura 7)

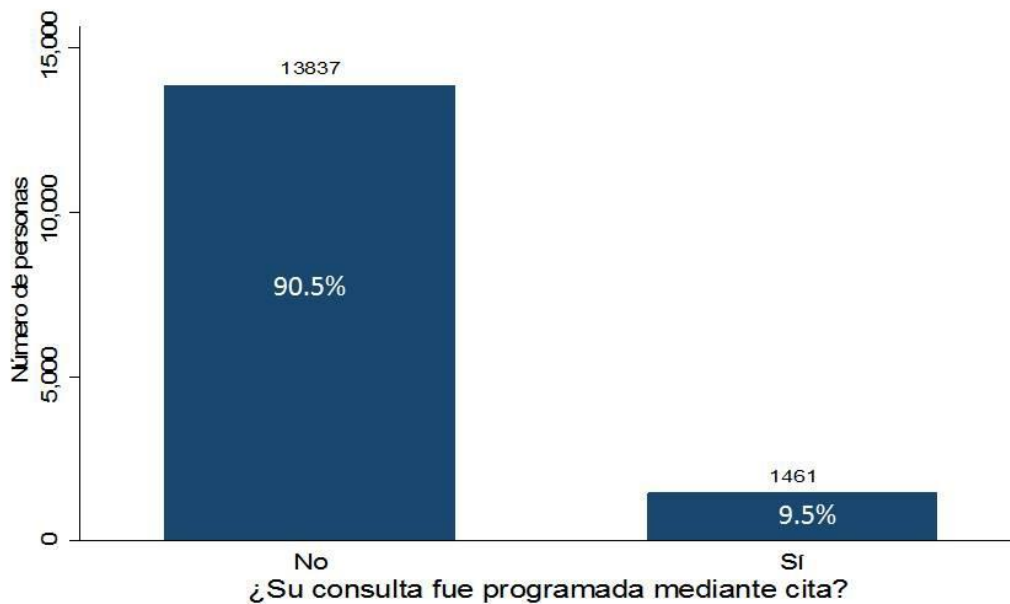
Figura 7. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores (USSB) en relación a la elección del lugar de atención del padecimiento.



Fuente: Directa

De los 1461 AM que representan el 9.5% de la población encuestada su cita fue programada mediante cita y 13837 AM que son el 90.5% no tuvo programada su cita (n=15298). (Figura 8)

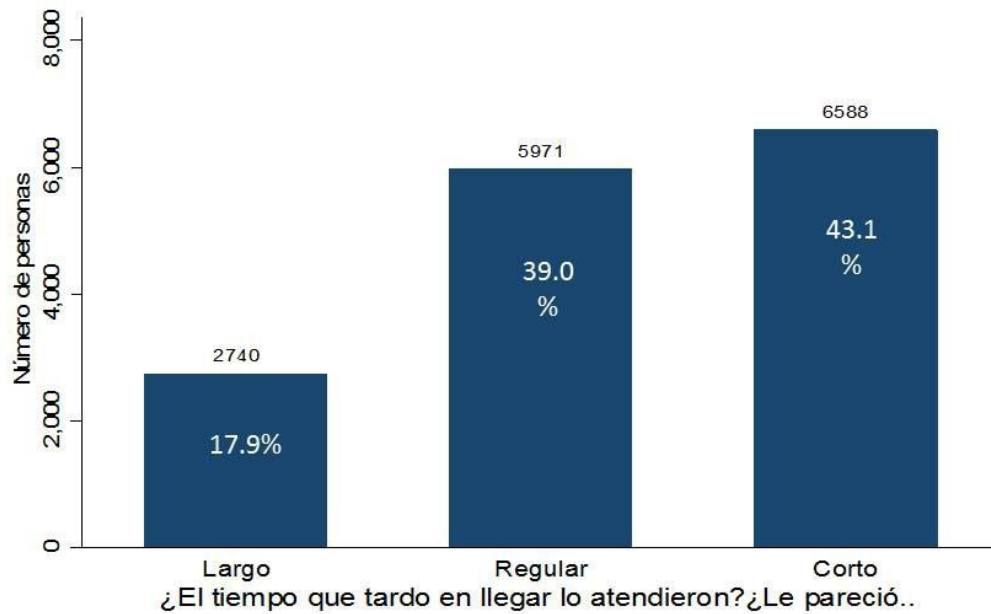
Figura 8. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores (USSB) en relación a la programación de cita para la atención del padecimiento.



Fuente: Directa

El 43.1% (n=6588) de los AM considera que es corto el tiempo de traslado desde su casa al lugar de atención, el resto de los encuestados menciona que era de adecuado a largo el tiempo de traslado con un 56.9% donde este porcentaje representa a 8711 AM. (Figura 9)

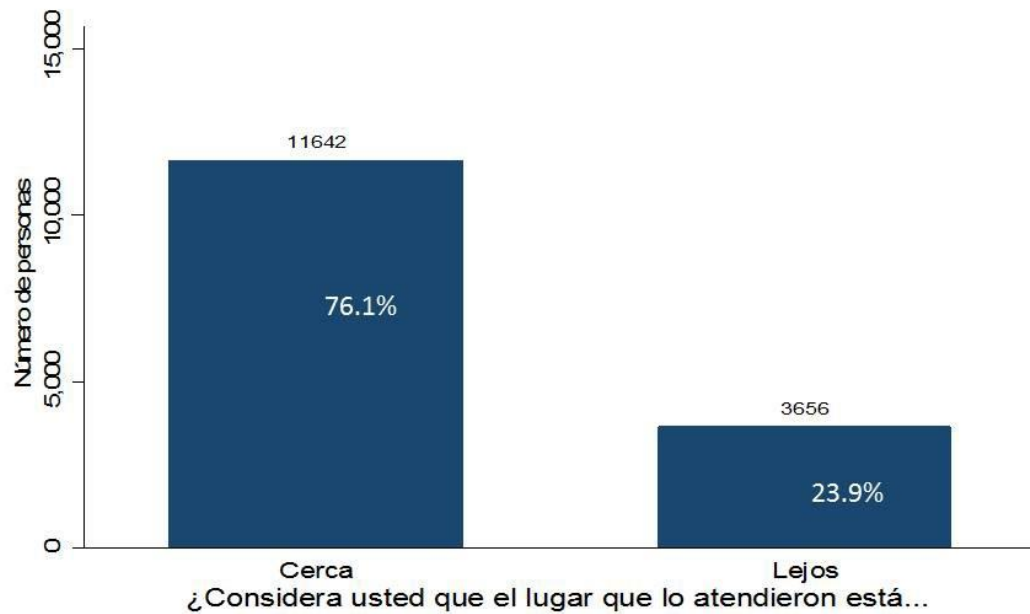
Figura 9. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación al tiempo de llegada al centro de atención.



Fuente: Directa

Y por lo consecuente el 76.1% de los 15298 AM considero que el lugar de atención estaba cerca de su casa y el 23.9% lejos el lugar de atención a su casa. (Figura 10)

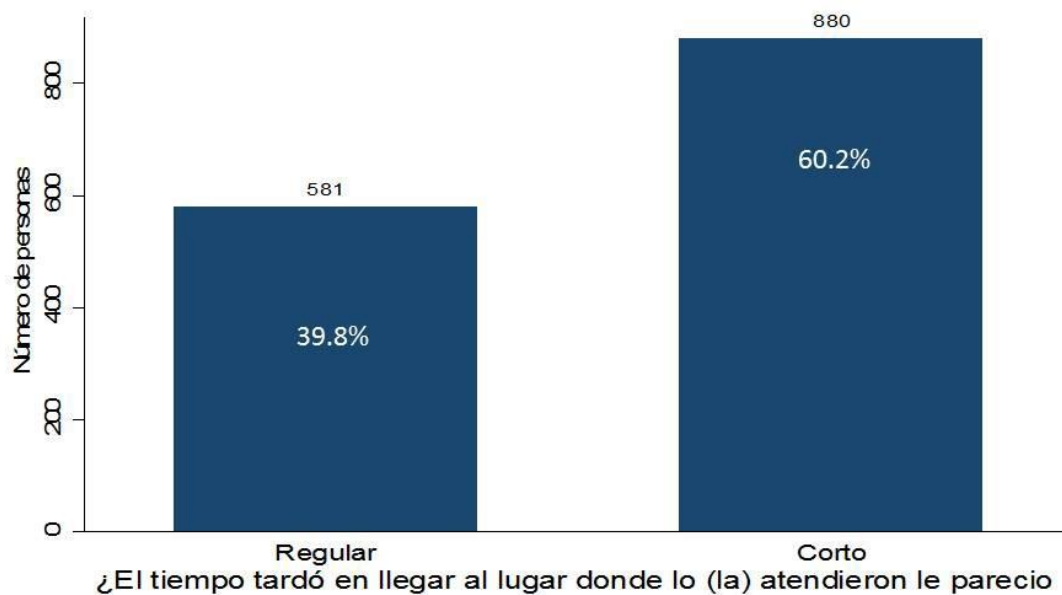
Figura 10. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a la percepción de lejanía del centro de atención de USSB.



Fuente: Directa

En consideración con las otras graficas en cuanto a la percepción del tiempo de llegada al lugar de atención a la mayoría de los AM les pareció corto con un 60.2% que representaría a los 880 AM y con un 39.8% (n=581) le parece regular el tiempo de llegada. (Figura 11)

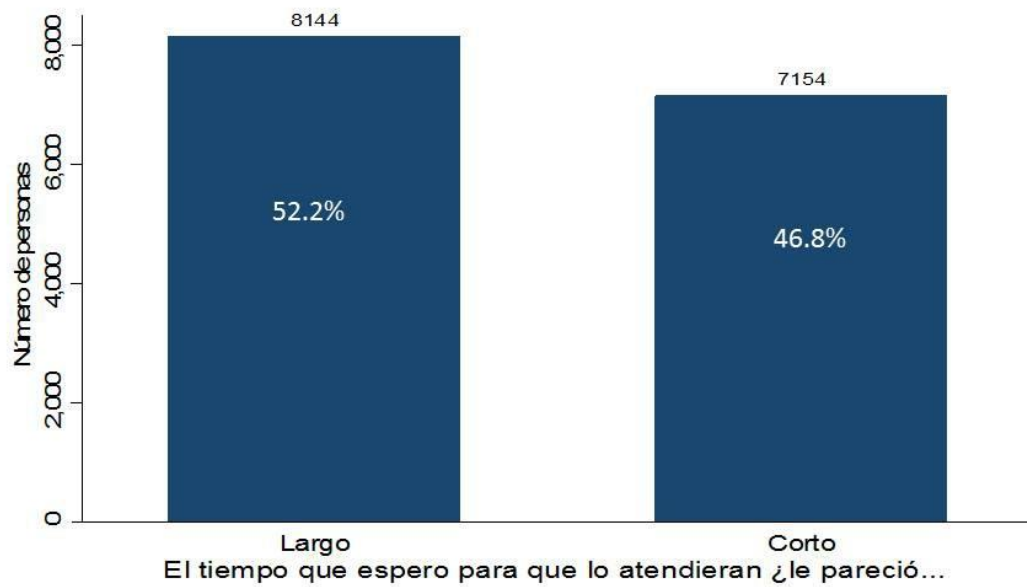
Figura 11. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a la percepción del tiempo de llegada al centro de atención.



Fuente: Directa

En los resultados de la encuesta acerca del tiempo de espera para recibir consulta encontramos que 8144 AM que son el 52.2% dijo que era larga la espera, mientras tanto el 46.8% que representan a 7154 AM menciono que era corta la espera. (Figura 12)

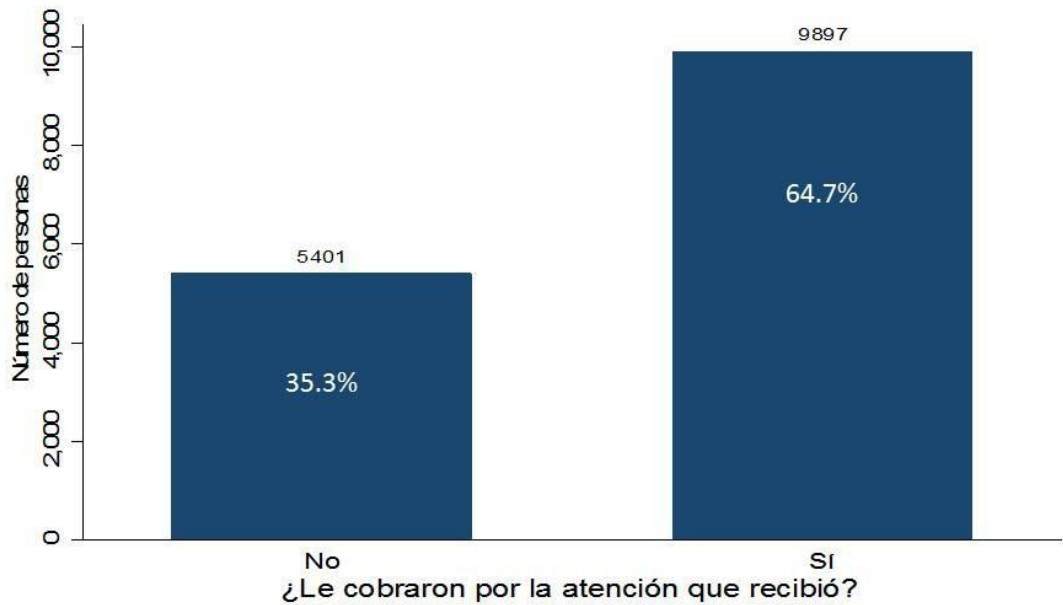
Figura 12. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a la percepción del tiempo de espera para ser atendido.



Fuente: Directa

De los 9897 de AM si pago por la atención que recibió representando el 64.7% y 5401 de AM que son el 35.3% no pago por el servicio de atención (n=15298). (Figura 13)

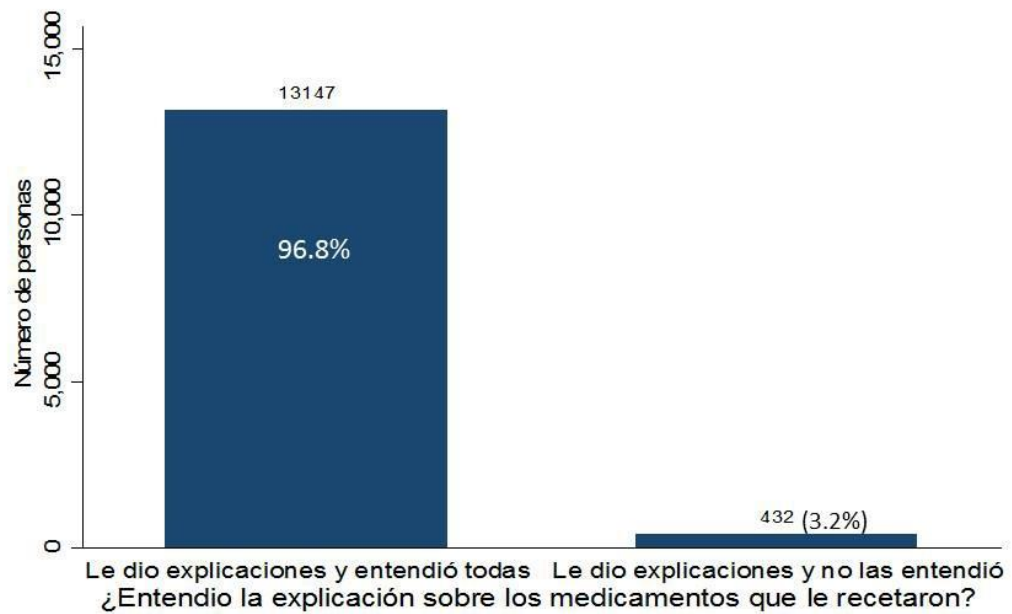
Figura 13. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación al pago de servicios en el centro de atención.



Fuente: Directa

En relación a las explicaciones e indicaciones sobre los medicamentos de los 15298 AM a la mayoría se le dio explicaciones y las entendió todas con un 96.8% y el 3.2% le dieron explicaciones y no las entendió o no le dieron las explicaciones.

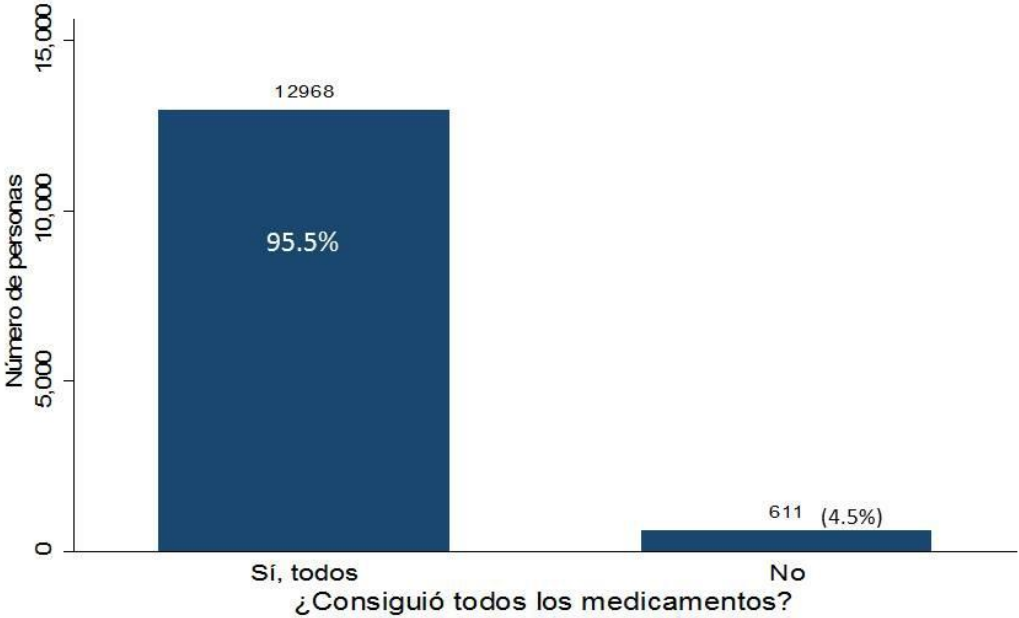
Figura 14. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a las explicaciones e indicaciones sobre medicamentos en el centro de atención.



Fuente: Directa

En cuanto a la disponibilidad de los medicamentos 12968 que son representados con el 95.5% los consiguió todos y tan solo 611 AM representados con el 4.5% no los consiguió.

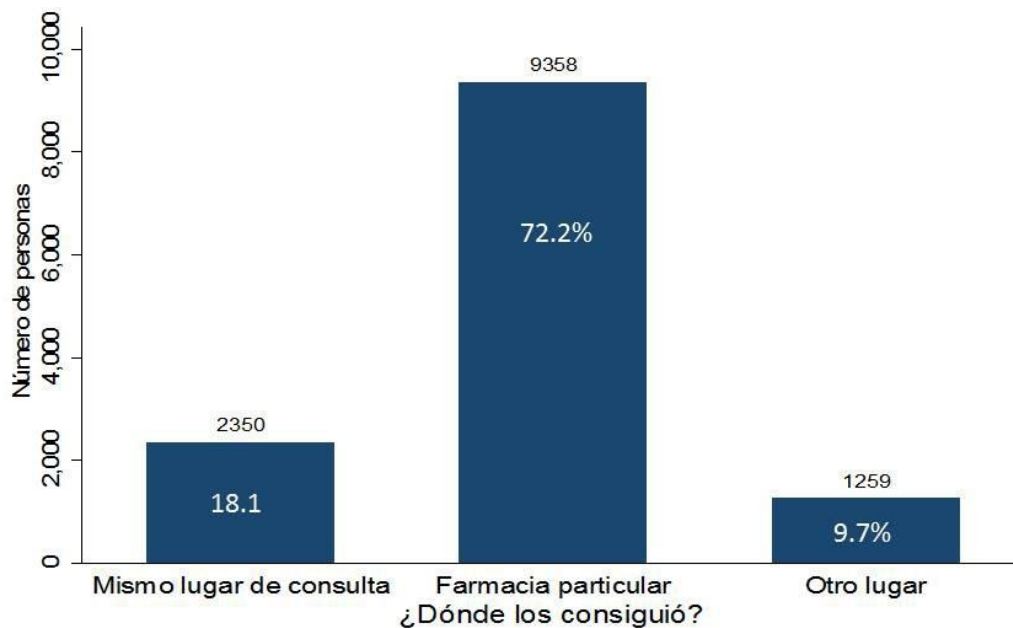
Figura 15. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a la disponibilidad de los medicamentos.



Fuente: Directa

De los 15298 AM el 72.2% de los AM los consiguió en una farmacia particular, el 18.1% los consiguió en el mismo lugar de atención y el 9.7% los encontró en otro lugar. (Figura 16)

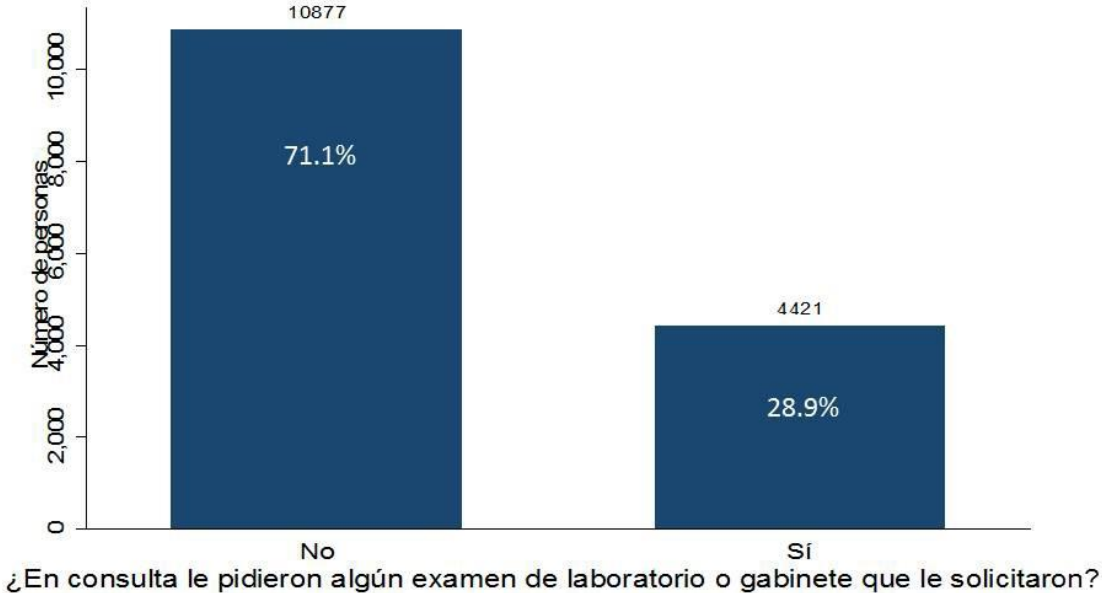
Figura 16. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a el lugar de disponibilidad del medicamento.



Fuente: Directa

Durante la consulta al 71.1% que representa a los 10877 AM no les pidieron exámenes de laboratorio o de gabinete y tan solo a 4421 AM que son el 28.9% si les pidieron exámenes complementarios. (Figura 17)

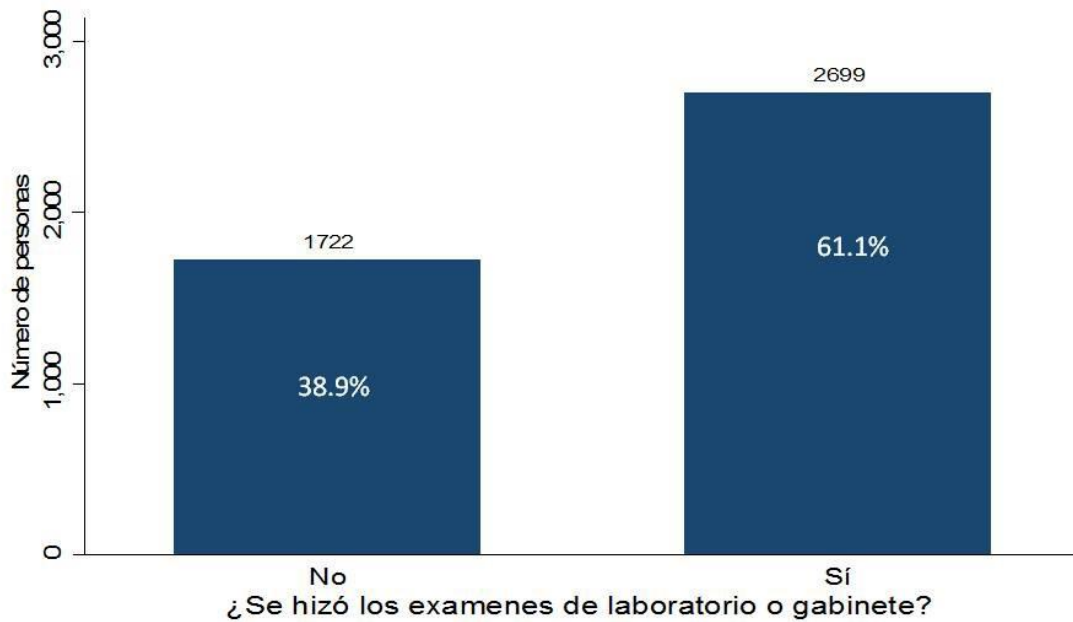
Figura 17. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en la relación a la utilización de otros exámenes de laboratorio o gabinete en el centro de atención.



Fuente: Directa

Del total de AM que respondieron que si les habían pedidos exámenes de laboratorio o de gabinete se les cuestiono si se los habían hecho el (n=2699) dijo que si y el 38.9% (n=1722) menciono que no se lo había hecho. (Figura 18).

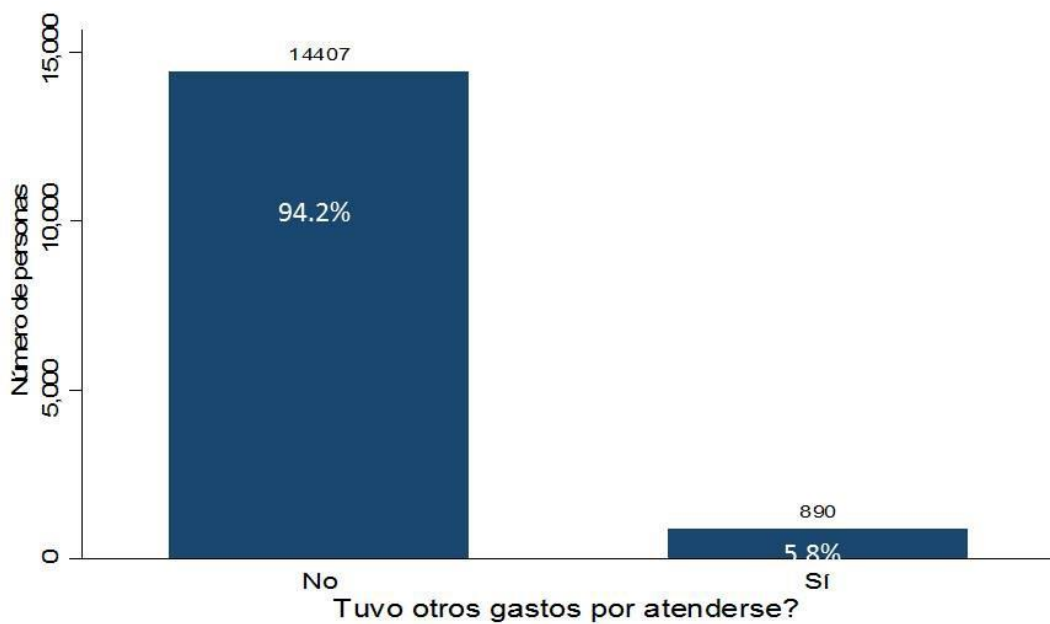
Figura 18. Resultados de la ENSANUT 2012 en relación a la utilización de servicios de salud bucodental por grupo de edad



Fuente: Directa

En la encuesta se les pregunto a los 15298 AM acerca de si habían tenido gastos extras y la gran parte dijo que no con un 94.2% y tan solo el 5.8% dijo que si había tenido gastos extras. (Figura 19)

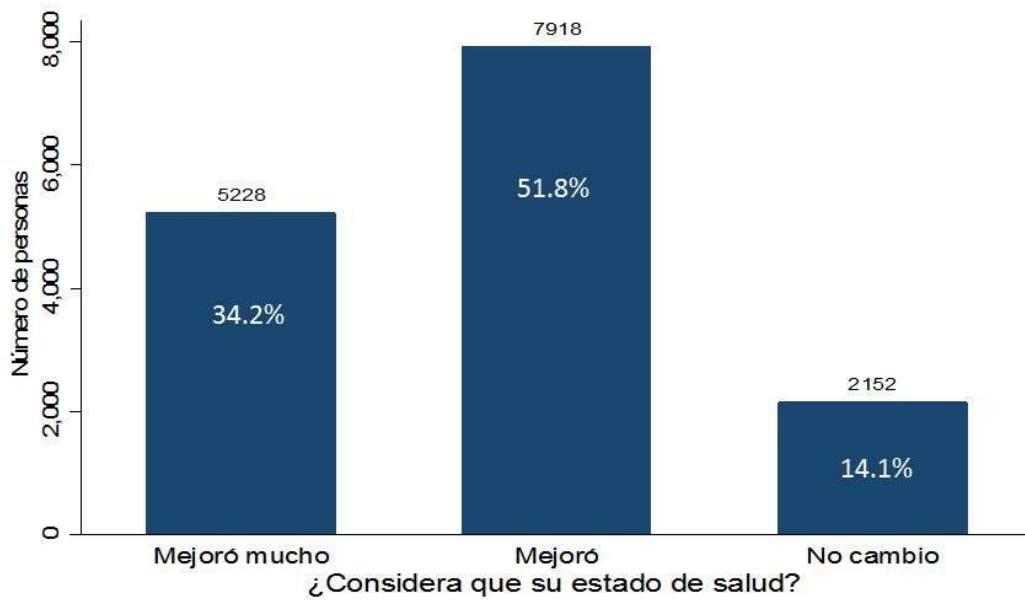
Figura 19. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a gastos extras.



Fuente: Directa

5228 AM refirió que su salud había mejorado mucho representándolos con el 34.2%, por otra parte 7918 AM reportaron solo a ver mejorado representando el 51.8% y el resto de los encuestados menciona que no hubo cambio 14.1% (n=2152). (Figura 20)

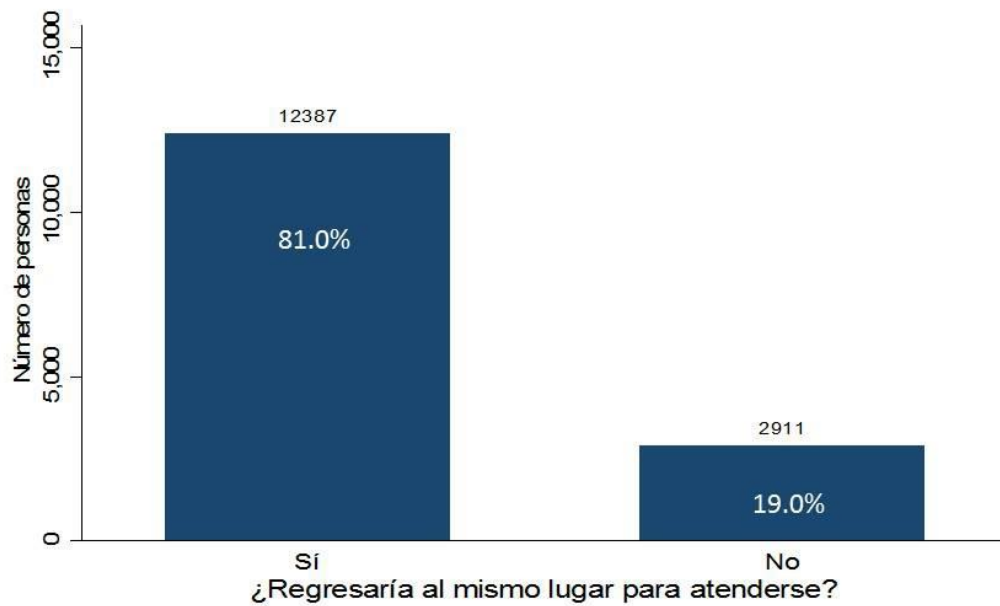
Figura 20. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a la percepción en la mejora del estado de salud resultado de la atención recibida.



Fuente: Directa

En cuanto la oportunidad de volver a escoger el lugar de atención 12387 AM que son el 81.0% considero que si volvería atenderse en el mismo lugar y 2911 AM que representan el 19.0% de los AM tiene dudas o definitivamente dijo que no volvería atenderse en el mismo lugar. (Figura 21)

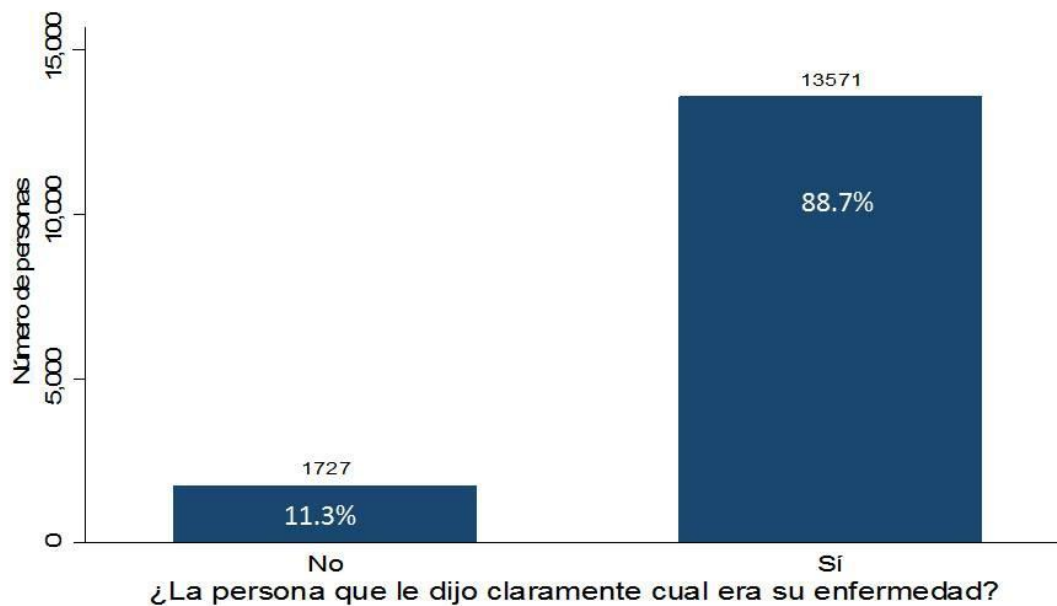
Figura 21. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a la preferencia del sitio de atención.



Fuente: Directa

El 88.7% de los AM (n=13571) refirió que la persona que lo atendió le dio un claro y preciso diagnóstico y 11.3% de AM (n=1727) no le dieron claro su diagnóstico. (Figura 22)

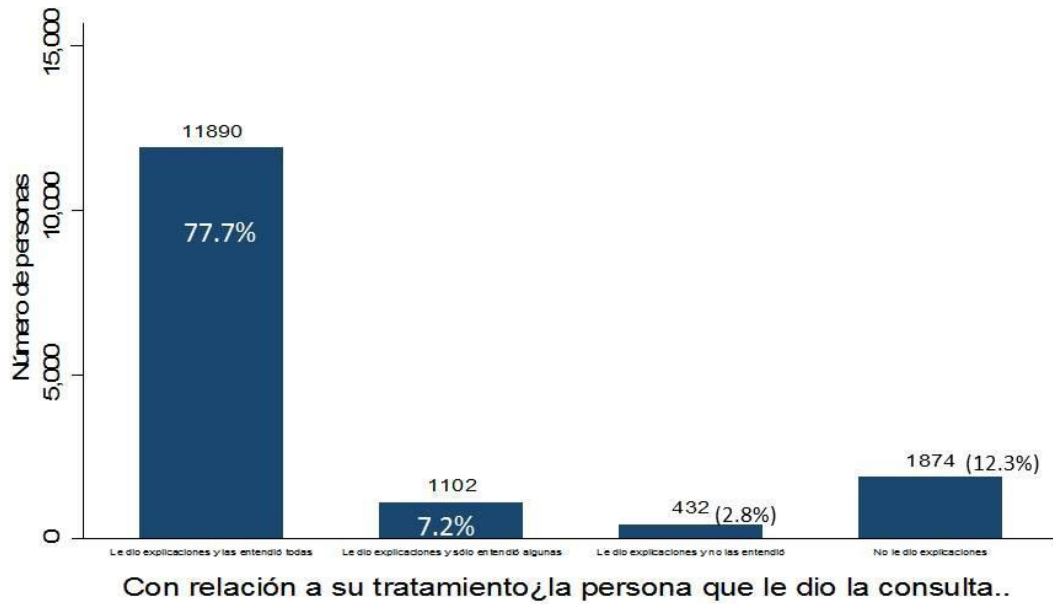
Figura 22. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a la claridad en el diagnóstico.



Fuente: Directa

En relación al tratamiento al 77.7% de los AM (n=11890) les dieron explicaciones y las entendió todas, al 10.0% de los AM (n=1524) les dieron explicaciones y solo entendió algunas y al 12.3% de los AM (n=1874) le dieron explicaciones y no las entendió o no le dieron explicaciones. (Figura 23)

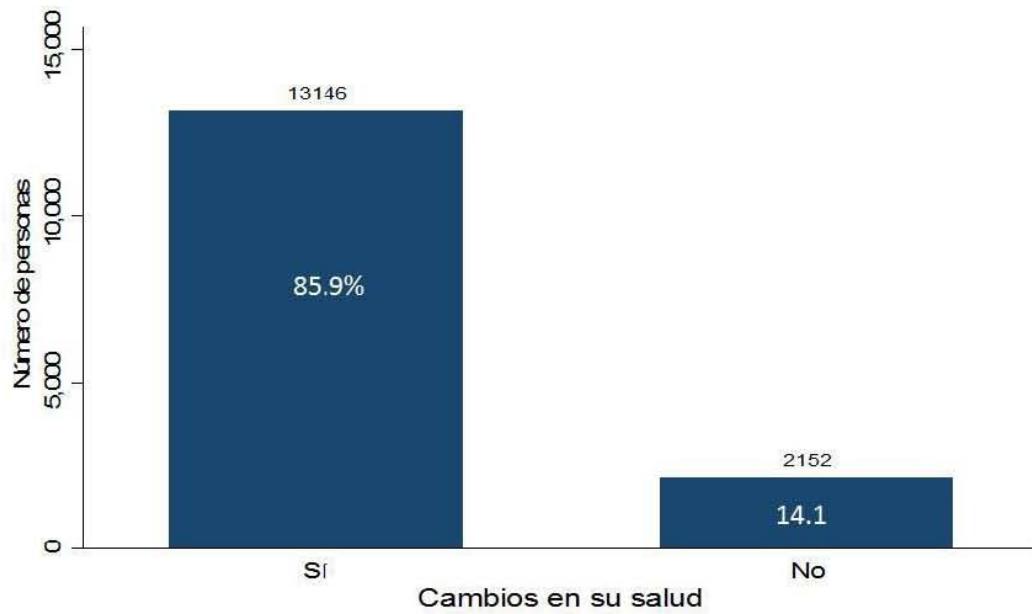
Figura 23. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a las explicaciones e indicaciones sobre el tratamiento en el centro de atención.



Fuente: Directa

En cuanto a la percepción de los cambios en su salud 13146 AM dieron una respuesta positiva con un 85.9% y 2152 de AM dieron una negativa representan el 14.1%. (Figura 24)

Figura 24. Resultados de la ENSANUT 2012 en adultos mayores USSB en relación a la percepción de los cambios de salud.



Fuente: Directa

DISCUSIÓN

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.^{12,25}

Estudios han demostrado que la percepción del estado de salud influye en la utilización de servicios preventivos de salud. Si un AM considera que su estado de salud es bueno, es poco probable que acuda al centro de salud para realizarse algún chequeo general, o que le realicen pruebas preventivas.^{8,9}

El acceso y uso de los servicios de salud por parte de toda la población, en especial un grupo vulnerable como los AM es importante ya que sirven para prevenir, diagnosticar a tiempo, dar tratamiento adecuado o controlar enfermedades, garantizando una mejor calidad de vida. Nuestros resultados muestra que el 13.55% de AM (27 personas, que representan a 15,298 AM) hizo uso de los SS oral dentro de los últimos 12 meses, cifra similar reportada en otros estudios.^{19,29} Esto puede explicarse porque los AM muchas de las veces no son capaces de determinar sus necesidades específicas para sus problemas bucales debido a la percepción de su salud bucal.³⁰

En este estudio se reporta que un 65.3% de AM que utilizaron los servicios de salud buco-dental contaba con derechohabiencia, un estudio realizado en el IMSS en 2007 por *Sánchez-García et al* determinaron que aproximadamente la mitad de los beneficiarios (53.6%) de edad avanzada con derechohabiencia habían hecho uso de los servicios odontológicos en un año, similar a este estudio se encontró que muchos de ellos utilizan los servicios privados, otro resultado similar fue que las mujeres son las hacen mayor uso de los servicios odontológicos.¹⁰

El porcentaje de AM que usa los servicios de salud buco-dental públicos es baja, aunque en este estudio no se determinaron las causas específicas por las que el AM acudió en busca de los servicios de salud buco-dental, es evidente que los servicios proporcionados por las instituciones públicas no satisfacen las necesidades de los AM, por ello un gran porcentaje acude a los servicios de salud oral privados.^{31,32}

Las instituciones públicas se limitan a tratamientos de prevención y control, así como restauración de amalgamas o resinas. Los tratamientos de restauración y rehabilitación son cubiertos por los servicios de salud buco-dental privados. Se exhorta a la creación de nuevas políticas de salud, que tomen en cuenta las consecuencias de la mala salud oral, como son los daños sociales, psicológicos y nutricionales, que pueden producir altos costos de atención en salud en general.

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 trató 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 y conocer cuántas 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.

CONCLUSIONES

El presente estudio cumplió con los objetivos planteados. Los resultados en este estudio muestran la importancia de la derechohabiencia el 65.3% de AM no tienen derechohabiencia, por lo que el servicio médico privado tiene mayor demanda (58.1%), y el servicio recibido es calificado como “bueno” así como las condiciones del lugar. 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 en México es la “curación” de la enfermedad y no la “prevención” por lo cual se busca atención médica cuando la enfermedad ya es grave o la enfermedad se encuentra en 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 AM para elevar el uso de los servicios buco-dentales.

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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division World population ageing 1950-2050. New York, UN, 2002.
2. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento, México: Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y Protección de la Salud, 2001. Estado de Salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional.
3. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, et al, Encuesta Nacional de la Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca: Instituto Nacional Publica, 2003. .
4. Rodolfo T. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. In: Rodolfo T, editor. Desafíos del envejecimiento demográfico en México

Ciudad de México2000.

5. Población. CNd. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. México, D.F.1999.
6. Salud OMDl. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. 2012.
7. Zúñiga Herrera E GJ. El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características

Horizontes. 2008 13:93-100.

8. Mariño R: Oral health of the elderly: reality, myth, and perspective. Bull Pan Am Health Organ 1994, 28:202-210.
9. Apollonio I, Carabellese C, Fratoola A, Trabuchi M: Dental Status, Quality of Life, and Mortality in an Older Community Population: A Multivariate Approach. J Am Geriatr Soc., 1997;45:1315-1323. 10. Sánchez-García S, De la Fuente-Hernández J, Juárez-Cedillo T, Ortega-Mendoza JM, ReyesMorales H,

Solórzano-Santos F, García-Peña C. Oral health service utilization by elderly beneficiaries of the

Mexican Institute of Social Security in México city. BMC Health Services Research 2007, 7:211.

11. Irigoyen ME VC, Zepeda MA, Mejía A. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México Medigraphic. 2007:64-9.
12. Borges SA, Gómez H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Pública de México 1998; 400. .
13. Slade GD, Spencer AJ. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. Community Dent Oral Epidemiol.1996 Oct, 24(5):317-21.
14. Palloni A, Pelaez M. Demographic and health conditions of aging in Latin America and the Caribbean. Int J Epidemiol. Forthcoming 2002.
15. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes-Turrubiates L, Villalpando-Hernández S. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud Pública de México, 2008: 50(5), 383-389
16. Campos-Navarro R, Torres D, Arganis-Juarez EN. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la ciudad de México: Cad. Saude Publica, 2002: (5)1271-1279.

17. Gutiérrez Robledo LM. México y la revolución de la longevidad. [Consultado el 14/06/2012] Disponible en : <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/1.pdf>.
18. Castro V, Gómez-Dantes H, Negrete-Sánchez J, Tapia-Conyer R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Publica Mex* 1996; 38:438-447.
19. Sánchez S, Juárez T, Reyes H, De la Fuente J, Solórzano F, García C. Estado de la dentición y sus afectos en la capacidad de los adultos mayores para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Pública Mex.* 2007May-Jul; 49(3):173-81.
20. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Rev. Dental Chile* .2005; 96(2):28-35.
21. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Modelos de atención gerontológica. [Consultado el 27 de febrero de 2012]. Disponible en: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf).
22. Kuri-Morales P. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Impacto de los Determinantes Sociales sobre la atención médica del AM. [Consultado en Octubre 2012]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/02_per__epi_env.pdf.
23. Palloni A, De Vos S, Pelaez M. Aging in Latin America and the Caribbean. Madison, Wisconsin, United States of America: Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin-Madison; 1999. (CDE Working Paper No. 99-02.
24. Ham-Chande R, Ybáñez Zepeda E, Torres Martínez A. Redes de Apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la Ciudad de México. CEPAL.
25. Anderson RM, Newman FJ: Societal and individual determinant of medical care utilization in the US. *Milbank Mem Fund Q* 1973, 51:96. .
26. Gómez Dantés H, Vázquez JL, Fernández Cantón S: La salud de los adultos mayores en el Instituto Mexicano del Seguro Social. In *La salud del adulto mayor: Temas y Debates* Edited by: Muñoz O, García Peña C, Durán Arenas L. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social/Instituto Mexicano del Seguro Social; 2004.
27. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, CuevasNasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
28. Romero-Martínez, Martín, Shamah-Levy, Teresa, Franco-Núñez, Aurora, Villalpando, Salvador, Cuevas-Nasu, Lucía, Gutiérrez, Juan Pablo, & Rivera-Dommarco, Juan Ángel. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S332-S340.
29. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB: Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany. *J Dent Educ* 2005, 69:987-997.
30. Maupome G, Peters D, Rush WA, Rindal DB, White BA: The relationship between cardiovascular xerogenic medication intake and the incidence of coronal/root restorations. *J Public Health Dent* 2006, 66:49-56.
31. Mandel ID: Oral infections: impact on human health, wellbeing, and health-care costs. *Compend Contin Educ Dent* 2002, 23:403-406.
32. Kosteniuk J, D Arcy C: Dental service use and its correlates in a dentate population: an analysis of the Saskatchewan population health and dynamics survey, 1999–2000. *J Can Dent Assoc* 2006, 72:731.