



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración**

**“Diagnóstico sobre la situación laboral del Recurso Humano  
Odontológico del sector privado en la Ciudad de México”**

**T e s i s**

Que para optar por el grado de:

**Maestro en Administración  
(Sistemas de Salud)**

Presenta:  
**Arturo Guillermo Reyes Monreal**

Tutor:  
**Dr. José Pedro Rocha Reyes**  
**Posgrado en Ciencias de la Administración de la UNAM**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **Agradecimientos**

**A mis padres que con estas líneas no alcanzare a estar agradecido por su amor, paciencia y sabiduría que han impreso en mi . Los amo con todo mi ser Mamá y Papá.**

**A mi esposa que es fuente inagotable de inspiración en mi , amiga, amante , compañera de corazón inmenso y amor incondicional , mi arcoiris en la oscuridad y dueña de mi canción de amor...Te amo**

**A mis hermanos cuya compañía y tiempo no han tenido igual , si en otro tiempo pudiera volver a nacer desearía que volvieran a ser mis hermanos**

**A mis amigos que apenas alcanzo a nombrar pero apenas puedo estar agradecido por dejarme ser alguien en su camino y un ápice en su vida.**

**A la Universidad, a la UNAM , que desde los 15 años orgullosamente, me ha acogido en su seno, me ha permitido mi crecimiento personal, profesional y espiritual. Por mi raza hablara el espíritu... y que así sea mil gracias**

## INDICE

<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>5</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>6</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>7</b>
<b>Capítulo 1 Marco Teórico</b> .....	<b>8</b>
1.1 Empleo .....	8
1.2 Desempleo .....	9
1.3 subempleo.....	11
1.4 Multi o pluriempleo .....	13
<b>Capítulo 2 Práctica odontológica</b> .....	<b>15</b>
2.1 El odontólogo como profesional .....	15
2.2 Componentes .....	17
2.3 Panorama de la Odontología en México .....	27
2.4 Número de Odontólogos en México .....	28
2.5 Práctica privada y práctica pública .....	31
<b>Capítulo 3 Situación de empleo en el mundo</b> .....	<b>33</b>
3.1 Empleo y Precariedad en México.....	33
3.2 Vistazo por el mundo.....	38
3.3 Organizaciones Internacionales .....	40
3.4 Conclusiones en Materia de Empleo.....	45
<b>Capítulo 4 Relación Odontología- Sub, pluri,des, empleo</b> .....	<b>46</b>
4.1 Situación de Empleo .....	46
4.2 Realidades .....	48
4.3 Acciones de Organismos Internacionales .....	54
4.4 Prospectiva .....	61
<b>Material y métodos</b> .....	<b>64</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>69</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>79</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>81</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>84</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>87</b>

## Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo describir la situación laboral por la que atraviesan los profesionales de la odontología, una área que si bien, no se ha profundizado con detenimiento y no cuenta con estudio ni seguimiento apropiado, es de vital importancia para el profesional de la salud. La relación laboral del odontólogo se describe como independiente por las características propias de la profesión que van a determinar sus actividades, limitaciones y campo de acción. Pero esta relación laboral a la vez que trae beneficios tiene sus desventajas que no se consideran al adoptar un modelo de servicio.

En los últimos años se advierte una gran falta de oportunidades así como una desigualdad en la oferta de trabajo trae consigo repercusiones en las actividades diarias de los profesionales de la salud que obligan a tomar decisiones que tienen que ver con las jornadas laborales así como las tareas a desempeñar, llegando a ser aquellas que distan mucho a las de su formación profesional. Los cambios dentro de las instituciones de salud así como las reformas dentro del sistema sanitario han repercutido en la importancia que se le da al dentista dentro del equipo multidisciplinario en las unidades de salud, llegando a considerarlos como prescindibles o nulos.

Así como dentro de los objetivos de que revisión tras revisión se hacen al Plan Nacional de Desarrollo se aborda un apartado especial para la salud bucal, el aumento en su cobertura y promoción así como la disminución de los índices que son perjudiciales a la salud, con el pasar del tiempo pareciera que solo quedan en papel con los mejores deseos pero, sin ninguna clase de acción trascendente ni efectiva, dejando ese rubro cubierto en cuanto a lo que respecta a planificación pero en la práctica no se lleva a cabo.

Como parte de esta poca integración el profesional de la salud dental queda en una encrucijada por un lado el poco recurso adscrito trabajando a marchas forzadas e incluso por destajo y el otro porcentaje de la población odontológica, desperdiciada realizando otras labores que no son afines a su formación.

Para cumplir con la descripción laboral por la que atraviesa el profesional de la odontología este trabajo se conformara de cuatro capítulos siendo el objeto del primero marco teórico referente al empleo, de acuerdo a lo que establece la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En el segundo apartado se aborda específicamente la problemática laboral por la que atraviesa el profesional de la odontología.

La situación del empleo en el mundo se analiza en el capítulo tercero en el que se muestra el desequilibrio de la fuerza de trabajo en salud.

Por último en el cuarto capítulo de la relación del quehacer del odontólogo y la precariedad en el empleo, así como la falta de cultura civil y de prevención de la población que no le da importancia a su salud bucal.

## **Planteamiento del problema**

El Odontólogo al haber terminado sus respectivos estudios formativos , se encuentra en la disyuntiva al convertirse en egresado, en ejercer su profesión o dedicarse a otra actividad para luego poder solventar su profesión. Contrastante con la mayoría de profesiones que al graduarse prácticamente están listos para ofrecer sus servicios o conocimientos a la sociedad, el dentista se halla desprotegido y encontramos a un Profesional de la salud titulado, sin oportunidades de empleo y cuando lo consigue , estos no cubren las prestaciones minimas consagradas en la ley.

Esta situación llega a las personas como en muchos casos, a tomar medidas extremas respecto a su futuro laboral, como el subempleo la inadecuada relación entre horas, satisfacción y retribución monetaria, el pluriempleo la adopción de uno o más trabajos adicionales para solventar sus gastos o al prácticamente, no ejercer su profesión que sus años de inversión (en todos los aspectos) represento, siendo un desperdicio de recurso humano capacitado.

Desde la formación escolar del Cirujano Dentista se advierte que la tendencia es a que se realice un trabajo en solitario, en abrir su propio consultorio, ofrecer sus servicios a la población, esto quiere decir que, se preparan profesionistas para dedicarse en la mayoría de los casos a las labores del mercado privado.

Sin embargo, el ámbito privado de la profesión tiene su funcionar característico que puede ser difícil de acoger a un recién egresado o a alguien cuya situación vulnerable lo haga inadaptable, por lo que un mercado o sector público de trabajo en ciertos casos puede ser una mejor alternativa para ejercer su profesión. El único inconveniente es que el sector público dentro del sistema de salud mexicano no está lo suficientemente enriquecido o maduro ni cuenta con el suficiente presupuesto para contratarles y arropar a esta fuente de recurso humano.

Aunado a lo anterior, existe una gran oferta de escuelas dedicadas a la formación de profesionales de la salud lo que trae consigo un crecimiento acelerado de la demanda educativa y en consecuencia de la población escolar, el aumento del número de escuelas de la rama médica, (medicina Enfermería Odontología entre otras), el deterioro del proceso educativo, que se manifiesta en alta retención, baja eficiencia terminal, inadecuado de planes y programas de estudio desactualizados ha sido parte de los factores que han provocado un notable desequilibrio de los recursos humanos en salud.

Adicionalmente hay una insuficiencia para generar empleo medico tanto en el sector público como en el sector privado , el desequilibrio entre las proporciones de profesionales de salud y la falta de correspondencia entre demanda y oferta de trabajo aunado a la formación de los recursos humanos que presenta una distribución que no coincide con la demanda ,todo lo anterior trae una consecuencia en la demanda de trabajo en los profesionales de la salud que se refleja en sus ingresos horas trabajadas y satisfacción

## **Justificación.**

En la Ciudad de México encontramos que hay 1,128,147 Dentistas titulados de acuerdo a las fuentes de la Asociación Dental Mexicana (ADM), una cantidad exorbitante de profesionales de la rama estomatológica con respecto al número de habitantes, haciendo que la competencia laboral sea más reñida.

El empleo socialmente útil, así como, el tener una remuneración por él, es un derecho constitucional inalienable pero la situación es diferente al existir un tipo de relación laboral independiente característica del Dentista y al no haber una fuente productora de nuevas plazas o patrones dispuestos a contratar a este personal recién egresado, disponible para trabajar o falta de recursos para iniciar un negocio/consultorio por su cuenta.

El prepararse para ejercer una carrera la cual tiene un trasfondo monetario tan fuerte considerando la nula o poca participación en el ámbito público, puede hacer que su desenvolvimiento profesional en un inicio sea de difícil a imposible resultando en una pregunta sobre el quehacer profesional; ¿trabajar para mantener la profesión o trabajar en tu profesión para mantenerte?. Resulta una realidad dado el contexto nacional.

Por lo tanto este recurso humano desperdiciado debe de ser abordado desde un enfoque multifactorial e identificar las causas, donde y como se encuentran para así poder dar solución a estos predicamentos propios de la profesión tales como el subempleo, la falta de prestaciones y seguridad social y la nula o poca bolsa de trabajo disponible, eso sin mencionar la desvinculación institucionalmente con los odontólogos al considerarse una “carrera de apoyo”

La base del desarrollo y planteamiento del tema están apoyados bajo la interrogante que detona y da sentido a la investigación: ¿Cuál es el estado actual del odontólogo con respecto a su relación laboral en la ciudad de México?, por lo que analizar las variables de sub, pluri, y desempleo en el ramo odontológico es crucial, ya que la información existente no es consistente y no hay reportes o informes actuales, esperando que el resultado de esta investigación sea un primer paso para investigaciones subsecuentes así como resaltar las necesidades y el descuido que se le ha dado al tema.

Ya abordado el aspecto del empleo, otro de los objetivos es emitir recomendaciones así como propuestas que involucran diferentes niveles de gestión desde la formativa en la que recae sobre las instituciones de educación profesional así como las instituciones de salud a nivel estatal, esto con la finalidad de atender los aspectos endebles en los planes de estudio, estrategias de planeación y formación de recursos humanos, seguridad social, solo por mencionar algunas.

## **Objetivo general**

- Describir la situación laboral del recurso humano Odontológico respecto al desempleo, pluriempleo o subempleo en la Ciudad de México, mediante la información documental existente en el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica

## **Objetivos particulares**

- Identificar causas y repercusiones del sub o desempleo del Odontólogo.
- Emitir recomendaciones fundamentados con los datos recabados tanto para instituciones de salud como Instituciones formadoras de recursos Estomatológico.

## **Hipótesis**

**Los Odontologos titulados del sector privado de la ciudad de México presentan algunas de las variables de subempleo en un elevado porcentaje (60%) reflejándose en las horas trabajadas con respecto a la remuneración económica obtenida.**



## Capítulo 1

### MARCO TEORICO

#### 1.1 Empleo

La definición de empleo emitida por la Oficina Internacional del Trabajo señala que las personas comprendidas en el empleo son todas aquellas que tengan más de cierta edad especificada y que estén dentro de las categorías siguientes:

- a) Que estén trabajando; es decir las personas que realizan algún trabajo remunerado durante un breve periodo especificado, ya sea durante una semana o un día.
- b) Que tengan un empleo, pero que no estén trabajando, o sea, las personas que hayan trabajado ya en su empleo actual, pero que se hallen temporalmente ausentes del trabajo en el curso del periodo especificado debido a enfermedad o accidentes, conflicto de trabajo, vacaciones u otra clase de permisos, ausencia sin permiso, interrupciones del trabajo a causa de determinados motivos.

Los empleadores y los trabajadores por cuenta propia deberían ser incluidos en la categoría de las personas con empleo y se podrían clasificar como "trabajando" o "sin trabajar" sobre la misma base que las demás personas empleadas

Se consideran que los trabajadores familiares no remunerados que ordinariamente exploten o ayudan a explotar un negocio cualquier o una explotación agrícola tienen un empleo si han trabajado por lo menos un tercio del tiempo normal de trabajo durante el periodo especificado.

No se consideran como empleadas las personas comprendidas en las siguientes categorías:

- a) Los trabajadores que durante el periodo especificado hayan sido suspendido temporal o indefinidamente, sin goce de remuneración
- b) Las personas que no tengan ningún tipo de empleo o que no exploten un negocio cualquiera o una explotación agrícola pero que hayan obtenido un nuevo empleo, negocio o explotación agrícola que haya de comenzar en una fecha subsiguiente al periodo de referencia.
- c) Los trabajadores familiares no remunerados que trabajen menos de un tercio del tiempo normal de trabajo durante el periodo especificado en un negocio o explotación agrícola familiar. (trabajo, 1959)

La definición de empleo distingue entre empleo asalariado y empleo independiente:

**Empleo asalariado:** Son aquellos en los que los titulares tienen contratos de trabajo explícitos o implícitos, por los que reciben una remuneración básica, que no depende directamente de los ingresos de la unidad para la que trabajan. Algunos o todos los instrumentos, bienes de capital, sistemas de información y/o locales utilizados por los titulares son de propiedad de terceras personas y los titulares pueden trabajar bajo la

supervisión directa de, o de acuerdo con directrices estrictas establecidas por, el (los) propietario(s) o las personas empleadas por el (los) propietario(s).

Las personas con empleo asalariado se remuneran típicamente con sueldos y salarios, pero también pueden remunerarse por medio de comisiones de ventas pagos a destajo o pagos en especie tales como comida, habitación o formación.

Las personas con empleos asalariados pueden clasificarse en

- Trabajando: personas que durante el periodo de referencia hayan realizado algún trabajo ( de al menos una hora), por un sueldo o salario, en “metálico” o en especie.
- Con empleo pero sin trabajar: personas que habiendo trabajado en su empleo actual , no estaban trabajando temporalmente durante el periodo de referencia pero mantenían un vínculo formal con su empleo (Schkolnik, 2000)

Empleo Independiente: Son los empleos en que la remuneración depende directamente de los beneficios derivados de los bienes y servicios producidos (el consumo propio se considera como beneficio). Los titulares toman decisiones operacionales que afectan a la empresa o delegan tales decisiones, pero mantienen la responsabilidad por el bienestar de la empresa. (OIT, 1998)

Las personas con empleos independientes se pueden clasificar en:

- Trabajando: Personas que durante el periodo de referencia hayan realizado algún trabajo para obtener un beneficio o ganancia familiar en metálico o en especie.
- Con una empresa pero sin trabajar: Personas que, teniendo una empresa estaban temporalmente ausentes del trabajo durante el periodo de referencia, por cualquier razón específica.

Las normas internacionales establecen que “algún trabajo” se debe interpretar como al menos una hora de trabajo en el periodo de referencia. Este criterio permite obtener una clasificación lo suficientemente amplia y flexible como para abarcar todos los tipos de empleos que existen en los diferentes países, pero además permite que a nivel agregado el nivel de trabajo sea coherente con la producción.

Las personas desocupadas son todas aquellas que tengan más de cierta edad específica y que durante el periodo de referencia se encuentran en alguna de estas tres situaciones:

- Sin empleo
- Disponibles para trabajar: si se da una oportunidad de empleo, personas que tienen la aptitud y la voluntad para asumir el trabajo.
- En busca de empleo: en un periodo reciente (mayor al de referencia), personas que hicieron gestiones específicas para encontrar empleo asalariado o autónoma (Schkolnik, 2000).

## 1.2 Desempleo

Las personas comprendidas en el desempleo serán todas aquellas que tengan más de cierta edad especificada y que, en un día especificado o en una semana especificada, se hallen en las siguientes categorías.

- a) Los trabajadores disponibles para el empleo cuyo contrato de trabajo haya expirado o este suspendido temporalmente que estén sin empleo y busquen trabajo remunerado durante un breve periodo especificado, con preferencia una semana.
- b) Las personas que no hayan estado empleadas nunca y aquellas cuya categoría de ocupación más reciente sea distinta de la de asalariado (es decir antiguos empleadores) en unión de las que estén jubiladas, cuyas personas se hallan disponibles para trabajar (salvo los casos de enfermedad benigna) en el curso del periodo especificado y estén buscando trabajo remunerado.
- c) Las personas sin empleo que en el momento de que se trate se hallan disponibles para trabajar y hayan logrado un nuevo empleo que deba empezar en una fecha subsiguiente al periodo especificado.
- d) Las personas que hayan sido suspendidas temporal e indefinidamente, sin goce de remuneración

No se considerara desempleadas a las personas comprendidas en las categorías siguientes:

Las que tengan el propósito de establecer por su cuenta un negocio cualquiera o explotación agrícola pero que no hayan tomado medidas en esa dirección y que no estén buscando trabajo remunerado.

Los antiguos familiares no remunerados que no estén trabajando ni buscando trabajo remunerado (OIT, Organización Internacional del Trabajo, 1998).

La escuela Neoclásica (enfocada en la maximización individual de beneficios por parte de las empresas) expresa de este modo al desempleo a todo exceso de la oferta de mano de obra que a través de un proceso de ajuste, o mecanismo de precio busca equilibrarse. Los únicos tipos de desocupación contemplados son el Voluntario y el friccional. El friccional se presenta de manera natural en la dinámica económica, ya que no cambia de trabajo de manera instantánea, es decir las personas deciden abandonar o incorporarse a nuevos empleos por lo que hay una constante creación y destrucción de fuentes de trabajo.

La desocupación voluntaria se refiere a la población asalariada que desea no trabajar o hacerlo por debajo de una jornada laboral, aunque estos mismos trabajadores podrían estar empleados a las tasas de salarios predominantes. A pesar de que en este tipo de desocupación el trabajador desee cubrir una sola fracción de su jornada laboral, este se encuentra restringido por las convenciones sociales establecidas dentro de un marco jurídico regulatorio, como son los contratos colectivos o el establecimiento de la jornada laboral de ocho horas (Keynes, 2013).

La desocupación friccional se refiere a la población que cambia de trabajo en el momento en que se lleva a cabo la transición del empleo, por tanto se puede

catalogar como desempleados transitorios, participes de la dinámica del proceso y dinámica económica.

La teoría keynesiana fundamenta la concepción de una tercera categoría denominada desocupación involuntaria que se define como el fenómeno en el cual existen individuos que ofrecen su trabajo, pero no encuentran ocupación, ni al salario prevalentemente en el mercado, ni a uno inferior, situación que es resultado de la insuficiencia de la demanda efectiva (Keynes, 2013).

La OIT establece que la población desempleada refleja la incapacidad de una economía para proporcionar empleo a su fuerza de trabajo y abarca a todas las personas que no tienen un empleo pero que están disponibles y buscan trabajo. En determinadas circunstancias puede incluirse dentro de la población desempleada a trabajadores que no buscan trabajo.

Asimismo establece que el desempleo abierto queda definido como el conjunto de individuos en edad de trabajar que en periodos de referencia especificados presentan tres características:

1. Están sin trabajo: Significando que no contaban con un empleo ni realizaban alguna actividad por cuenta propia.
2. Disponibles para trabajar: Es decir con disponibilidad para tomar un empleo remunerado o iniciar una actividad por su cuenta.
3. En situación de búsqueda de trabajo: lo que implica el haber realizado alguna acción en el periodo de referencia con la intención de obtener un empleo o intentar comenzar alguna actividad por cuenta propia sin haberlo logrado. (OIT, 2015)

### **Tipos de desempleo**

Desempleo abierto: conformado por los conjunto de personas de más de 14 años de edad, que no tienen trabajo y lo están buscando activamente en un periodo de referencia. Asimismo incluye a las personas que realizaron acciones para establecerse de forma independiente, además casos especiales, los que esperan respuesta de un trabajo o a aquellos que en primera instancia no manifestaron buscar empleo, pero luego declararon tener voluntad y disponibilidad y buscaron trabajo como segunda actividad. Se subdivide en Cesantes, personas que tienen experiencia laboral, es decir que buscaron trabajo pero trabajaban antes, y aspirantes, personas que buscan trabajo por primera vez.

El desempleo oculto o desalentado, comprende a las personas de más de 14 años de edad, que no estaban trabajando, y no buscaron trabajo porque no creían posible encontrarlo, pero lo buscarían sí tuviesen una percepción más positiva de las posibilidades laborales.

El desempleo total, definición más amplia del desempleo, en la que se incluye no solo a los desempleados abiertos, sino también a los desempleados ocultos (Castillo Masa, 2000).

### 1.3 Subempleo

Se define subempleo a la inadecuada utilización de la fuerza de trabajo no se expresa en tantas personas “desocupadas” sino en la carencia de empleo satisfactorio y continuo para las personas ligadas a algún trabajo . Esta es una situación en la que la desviación de una cierta cantidad de trabajo hacia otros usos no disminuirá en forma apreciable la producción total de los sectores de los cuales es desviado.

Identificando las siguientes categorías principales de subempleo, sin dejar de reconocer que ellas no abarcan necesariamente todos los aspectos del problema:

Subempleo visible, que abarca a las personas que involuntariamente trabajan a tiempo parcial o durante periodos inferiores al periodo normal de trabajo.

Subempleo Invisible, que existe cuando el tiempo en que trabaja una persona no es normalmente reducido, pero cuyo empleo es inadecuado en otros aspectos tales como:

Subempleo encubierto: Cuando su trabajo no permite la plena utilización de sus mejores calificaciones o de su principal capacidad. Cuando las ganancias que obtiene del empleo son anormalmente reducida;

Subempleo potencial: Cuando esta empleado en un establecimiento o unidad económica cuya productividad es anormalmente baja

#### Características especiales

Las categorías del subempleo especificadas no constituyen en modo alguno una lista exhaustiva sino que reflejan las situaciones de subempleo más típicas observadas en la práctica en países que representan una gama muy amplia de condiciones sociales y económicas

Fuera de la categoría potencial todas las categorías de subempleo se basan en principio en características individuales directamente observables o verificables (OIT, Organización Internacional del Trabajo, 1998)

La Organización Internacional del trabajo OIT define y divide más contemporáneamente, dos tipos de subempleo:

a) El primero relacionado con el tiempo. El subempleo se relaciona Insuficiencia de horas de trabajo y es la medida del subempleo adoptada en la XVI CIET

b)El segundo nos habla sobre una “Insuficiencia de las situaciones de empleo, que se refiere a las situaciones en el lugar de trabajo que reducen las capacidades y el bienestar de los trabajadores en comparación con una situación alternativa de empleo

En la convención CIET de 1998; la definición de subempleo separa subempleo visible de subempleo invisible, refiriéndose a situaciones en las que los trabajadores no estaban utilizando plenamente sus habilidades en su empleo actual, ya que el trabajo en si tiene baja habilidad y /o el trabajador está parcialmente inactivo (OIT, 2015).

El subempleo refleja la subutilización de la capacidad productiva de la población ocupada, incluyendo el que es causado por un sistema económico nacional deficiente, se relaciona con una situación alternativa de empleo que la persona desea desempeñar y está disponible para hacerlo (OIT, 1998).

El concepto de subempleo puede ser medido directamente a través de las encuestas más tradicionales de empleo siendo la rama visible del subempleo la que se identifica.

- Deseo de trabajar más horas: personas que quieren tener otro empleo además de su empleo actual, a fin de aumentar el total de horas de trabajo o reemplazar su empleo por otro de más horas de trabajo, o aumentar las horas de trabajo en su ocupación actual. El deseo de trabajar más horas se debe expresar en términos de acción, es decir, que han buscado activamente trabajar más horas adicionales.
- Disponibilidad para trabajar más horas: Personas que pueden efectivamente trabajar más horas durante un periodo posterior especificado en función de las oportunidades de trabajo adicional que se presenten. El periodo posterior a considerar debe ser definido en función de las características nacionales, de forma que abarque el tiempo que normalmente necesitan los trabajadores para dejar un empleo y empezar en otro.
- Trabajo por menos de un límite de horas determinado: Este límite debe definirse según las particularidades de cada país, tomando en cuenta la frontera entre empleo a tiempo completo y a tiempo parcial, horario laboral, establecido en la legislación laboral, acuerdos sobre jornada de trabajo o prácticas laborales.

Se debe procurar contabilizar a las personas que se encuentran en situaciones de subempleo visible, independientemente de las horas efectivas trabajadas. Hacer una distinción de las personas que trabajan habitualmente a tiempo parcial y desean trabajar más horas de las personas que durante el periodo de referencia han trabajado menos horas que sus horas habituales de trabajo.

Las críticas que se realizan a estas mediciones sugieren su relevancia y validez son relativas, debido a que dependen de opiniones subjetivas de parte de los encuestados y del salario de referencias por el cual una persona estaría interesada en trabajar más horas; tampoco la respuesta que pueda entregar un informante en el hogar de las horas trabajadas por terceras personas merece confianza suficiente como para construir un dato duro (Schkolnik, 2000).

#### **1.4 Pluriempleo**

Nos referiremos al pluriempleo para aludir al desempeño simultáneo de dos o más trabajos por un mismo trabajador; mientras que de pluriactividad para representar el desarrollo de diversas actividades productivas por una misma persona en forma independiente o, bien, para referirnos a la situación de un trabajador dependiente que

desarrolla al mismo tiempo una o más actividades en forma autónoma que le reportan ingresos.

Como consecuencia de ello, el sujeto activo del pluriempleo será siempre el trabajador dependiente que presta servicios para dos o más empleadores, mientras que el sujeto activo de la pluriactividad podrá ser tanto el trabajador dependiente como el independiente, que desarrolle distintos trabajos y/o actividades en forma simultánea.

En otras palabras, cada trabajo ejercido por una misma persona debe cumplir los requisitos propios de una relación laboral y, por tanto, será necesario que se trate de múltiples servicios prestados por un mismo trabajador bajo vínculos de subordinación y dependencia, en forma personal, voluntaria, remunerada y por cuenta ajena.

Finalmente, cabe precisar que existen dos situaciones que no deben asimilarse al pluriempleo:

- La primera de ellas al referirse a la expresión “varios cargos”, señalando que el pluriempleo no debe confundirse con la polifuncionalidad, es decir, con el desarrollo de múltiples funciones en virtud de un mismo contrato de trabajo.
- La segunda situación consiste en “la contratación de un trabajador para el servicio simultáneo de varios empleadores”. En otros términos, no se debe considerar como pluriempleo el caso de un trabajador que tiene “varios jefes” a propósito de una misma relación laboral.

En virtud de todo lo expuesto, se pueden sintetizar los elementos que definen el pluriempleo de la siguiente manera:

1. desempeño de dos o más empleos por una misma persona,
2. cada empleo debe ser desarrollado en el marco de una relación de carácter laboral
3. la persona que los efectúa debe ser un trabajador dependiente o por cuenta ajena (Lizama Portal, 2005).

El multiempleo puede presentarse de modos distintos :uno que tenga que ver con actividades relacionadas con su profesión, y otras que de algún modo contribuyan a su formación, sin que esté necesariamente relacionado con el oficio que tiene.

Hay diversos motivos por los cuales las personas se vinculan en diferentes organizaciones, pueden ser por motivos económicos, o porque la remuneración que se ganan, no es suficiente para cumplir sus necesidades, entre otros. Debido a esto se ven en ocasiones en la obligación de multi emplearse. El multiempleo tiene sus ventajas y desventajas para los que tienen este tipo de vinculación (Garcia & González, 2006).

Algunas de las razones para Multiemplearse puede ser por beneficio económico (obtener un ingreso extra) aunque también puede existir razones no monetarias, Mientras uno de los trabajos es la fuente principal de los ingresos, el otro puede proporcionar beneficios no monetarios tales como mejoras, formación,

establecimiento de contactos profesionales o la obtención de reconocimiento y prestigio. Además de que las actividades que desempeñan los sujetos en sus empleos pueden relacionarse, (García & González, 2006)

## **Capítulo 2**

### **Práctica odontológica**

#### **2.1 El Odontólogo como profesional.**

Odontólogo, cirujano dentista, Estomatólogo, Dentista , licenciado en odontología, son solo algunos sinónimos para llamar al profesional de la salud capacitado para llevar a cabo actividades en orden de prevención , atención diagnóstico y tratamiento del sistema estomatognático .

El ejercicio del odontólogo se clasifica o es considerado como una profesión, un trabajo aprendido por el cual el individuo trata de solucionar sus necesidades materiales y de las personas a su cargo , servir a la sociedad y perfeccionarse como ser moral.

Por definición se dice que son para la sociedad expertos en conocimientos elevados y habilidades específicas, comprometidos individual y colectivamente a dar prioridad al bienestar de sus pacientes. Consecuentemente, cuando alguien se recibe de Odontólogo toma un compromiso con la comunidad y acepta las normas y obligaciones de su profesión. Estas constituyen la esencia de la ética dental (Jurado, 2004).

En el estudio realizado por Novelo Arana y cols. en 2012 se evaluó la información estadística de los profesionistas en odontología en México, entre los años 1970 y 2012:

- El número de odontólogos con cédula profesional registrados en la Secretaría de Educación Pública (SEP), este número no contempla a los odontólogos fallecidos, retirados o la duplicidad de aquellos profesionistas que tienen una especialidad, maestría o doctorado).
- Su distribución demográfica de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- El número de profesionales laborando en Instituciones del Sector Salud según la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (SS).
- El número de Escuelas y su comportamiento respecto al número de ingresos, egresos y titulados registrados en la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES).
- Las Instituciones con mayor índice de egresados.
- La diversidad de nomenclaturas utilizadas en las diferentes organizaciones para calificar los grados académicos logrados: licenciatura, especialidad, maestría y doctorado.



- La frecuencia absoluta y relativa de odontólogos por grado académico y entidad federativa, en las últimas 4 décadas registrados en la Secretaría de Educación Pública (SEP).
- El total de consultorios registrados como contribuyentes en nuestro país ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT).
- Una visión Internacional de los odontólogos en número y densidad por 1,000 habitantes a partir de información obtenida de la Organización Mundial de la Salud (OMS),

En 2010 las cifras se incrementaron notablemente existiendo un total de 151,622 odontólogos organizados de la siguiente manera:

- En Licenciatura 92.7% (140,548), en las Especialidades 6.5% (9,876), en Maestría 0.75% (1,145) y en el Doctorado 0.035% (53).
- La entidad con mayor número de egresados con nivel de licenciatura fue el Distrito Federal con 59,214 (39.05%), contrastando con Morelos que tiene 48 odontólogos (0.03%), Colima 24 (0.016%), Baja California 0

En el Ámbito Laboral:

En las Instituciones Públicas de Salud en 1990 laboraban 4,267 odontólogos, y en 2010 este número ascendió a 8,707, cabe mencionar que entre 1999 y 2002 existieron más odontólogos que en 2010 según los datos reportados por DGIS.

INEGI registra 45,455 consultorios dentales del sector privado en el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2012, de los censos económicos del 2009.

En el sector privado en 2012 se registraron 64,408 consultorios dentales registrados en el SAT.

En el Ámbito Académico:

Existen 117 escuelas reportadas por la SEP en 2012. Las Universidades con mayor número de egresados son: la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad de Guadalajara y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Las denominaciones utilizadas para licenciatura y en los diferentes grados en odontología han sido diversas durante estos años, dependiendo de la escuela de procedencia:

En Licenciatura existen 9 nomenclaturas diferentes: 75.24% se titula como cirujano dentista, 16.75% como médico cirujano dentista y el 8% restante con otros nombres como: odontología, estomatología, médico estomatólogo, cirujano dentista militar.

En el Ámbito Internacional: Las cifras calculadas por la OMS, en su Informe para la salud en el mundo 2006, sobre la distribución mundial de los trabajadores sanitarios en los Estados miembros arrojaron los datos que se muestran en el Cuadro 1. (Novelo-Arana & cols., 2013)

<b>Distribución Mundial de trabajadores sanitarios</b>						
<b>País</b>	<b>Numero de dentistas</b>	<b>de</b>	<b>Densidad por 10,000 habitantes</b>	<b>por</b>	<b>10,000</b>	<b>Año</b>
<b>Estados unidos de América</b>	463,663		16.3			2000
<b>Japón</b>	90,510		7.1			2002
<b>Canadá</b>	18,652		6			2003
<b>México</b>	78,281		8			2000
<b>Costa Rica</b>	1,905		5			2000
<b>Chile</b>	6,750		4.3			2003
<b>Argentina</b>	28,900		8.0			1998
<b>(Novelo-Arana &amp; cols., 2013)</b>						

Al culminar los estudios de pregrado, asistir al servicio social y obtener el título de cirujano dentista, el profesional se dará cuenta que para las exigencias actuales de la sociedad, será necesario continuar con sus estudios. Hecho que lo llevará a estudiar cursos de maestrías, especialidades, diplomados, etc. Siendo la única manera de no ser incompetente.

Debido al subdesarrollo que vive nuestro país, la atención dental, no es una necesidad básica para la gran mayoría de los mexicanos, debido a la falta de cultura y al bajo poder adquisitivo, por lo cual un buen porcentaje de los tratamientos propuestos por el odontólogo serán rechazados y otro buen porcentaje de los tratamientos no se terminarán por problemas económicos.

La ubicación y las características del local que elija el Odontólogo para montar su consultorio, determinará en buena parte el tipo de práctica que el odontólogo ejercerá. Factores tan importantes como la plusvalía del lugar, el tipo de pacientes que frecuentan la zona, el tipo de honorarios que el mercado exija para esa determinada localidad, y los estándares de calidad que le exija la sociedad propia del lugar.

El volumen de pacientes es lo que mantendrá en pie la práctica del odontólogo, por lo cuál tendrá que aumentar la calidad de sus servicios, siendo necesario contar con empleados para así delegar mejor las funciones. Debido a la gran competencia que vive actualmente el odontólogo, será requerido manejar sistemas de pago accesibles al tipo de mercado que maneje, enfocando su práctica con un sentido empresarial. (Otero Blásquez, 1999)

## 2.2 Componentes

Llamaremos componentes a las características principales o mas significativas del quehacer Odontológico , siendo de estos de los cuales depende el profesional de la salud para su correcto funcionamiento y sinergia con la población o su público meta, asi como cuestiones propias del individuo, del profesional que previamente tiene que acreditar o comprobar para poder ejercer su profesión.

### Mercado laboral

Una de las tantas definiciones del término “mercado”, se refiere al grupo de personas que consume o está dispuesto a consumir un determinado bien. Así, el mercado de servicios dentales estaría conformado por los sujetos que asisten al odontólogo y consumen tratamientos dentales.

Se debe de evidenciar 2 sectores potenciales: los que consumen Odontología y los que no la consumen. Así, el segmento poblacional que está alejado del qué hacer dental, es mucho más grande de lo imaginado y son variados los motivos: exclusión social y factores antropológicos, culturales, psicológicos, económicos, educativos, geográficos, etc.

Entonces, la primera gran oportunidad que tiene el gremios dental y los odontólogos en Latino América es propiciar nuevas opciones de atención clínica, que hagan “atractiva” y accesible la Odontología para los que conforman el “Mercado dental del no consumo”. (Otero M., 2011)

El mercado laboral de los odontólogos presenta particularidades que no son tan evidentes en otros grupos ocupacionales. Algunos ejemplos son:

- Práctica ilegítima de la odontología. Si bien no existen pruebas publicadas que den cuenta de la magnitud y distribución de este fenómeno en México, tanto las autoridades de salud como los representantes de las asociaciones gremiales y de facultades y escuelas de odontología reconocen que existe esta problemática.

Las causas de este fenómeno son diversas y van desde aspectos académicos (las dificultades que implica la elaboración de una tesis: tiempo, dedicación, asesores, recursos, etcétera) y administrativos (las dificultades burocráticas y la pérdida de tiempo que implican los procedimientos de titulación), hasta la falta de aplicación de la regulación por parte de las autoridades de salud al gran número de consultorios privados de atención odontológica, con el argumento de que no cuentan con los medios, mecanismos e instrumentos de supervisión y control necesarios. Esto ha consentido la proliferación indebida de personal no calificado o carente de título universitario en el mercado laboral de este grupo ocupacional.

- El subempleo es muy frecuente, ya que las plazas en el sector público son escasas; asimismo, no todos los odontólogos tienen la capacidad económica para instalar su propio consultorio, o bien, participan en un negocio familiar.
- El desperdicio laboral es muy elevado. Poco menos de la mitad de los odontólogos del país (41% en promedio) están desempleados o trabajan en actividades diferentes para la que fueron entrenados, lo cual representa una inversión económica y social muy elevada no capitalizable, tanto para el gobierno como para los propios hogares. Estos fenómenos no ocurren sólo en la práctica odontológica en México.

La literatura sobre el tema registra diversos panoramas de desempleo, subempleo, desperdicio laboral, flexibilidad de las condiciones de trabajo, inestabilidad laboral, precariedad del empleo y de los salarios y práctica irregular de la profesión en otros países de América Latina, como Colombia, Venezuela, Perú, Argentina, Brasil, Ecuador, Chile y Uruguay

Un aspecto pendiente en la agenda de recursos humanos para la salud que aún no ha sido atendido, es la incorporación de personal auxiliar al equipo de salud bucal en los servicios de salud públicos y privados en México. El análisis y discusión de la conveniencia o inconveniencia de contar con este personal ha estado presente en la agenda de la SSA y en la de diferentes foros académicos, sin que hasta la fecha se conozcan resultados algunos (Nigenda & Ruiz, 2010)

### El paciente

El paciente es la principal preocupación del odontólogo, pues gracias a él, es posible el sostenimiento del gremio. Debido al bajo grado de escolaridad y al analfabetismo del mexicano, la cultura dental es baja. Es por esto que aunque existen en la actualidad técnicas simplificadas de prevención, la mayoría de los pacientes acuden cuando el único remedio es la curación.

La mayoría de personas solo asiste a consulta odontológica cuando tiene alguna molestia y no por prevención, lo cual ocasiona que el mercado laboral disminuya al no tener pacientes constantes, esto también está en manos de los odontólogos ya que ellos deben cambiar esta mala costumbre para así inculcar una odontología preventiva en los pacientes y mejorar la salud bucodental, tanto de ellos como de sus familiares, al tener un concepto claro de una buena higiene dental e ir erradicando la odontología (Edwards Montoya, 2015).

La fobia al dentista es otra causa importante por considerar, esto porque un porcentaje de los posibles pacientes que el odontólogo puede tener en su consulta diaria atrasan o evitan, en su totalidad, la visita al dentista por miedo o algún trauma que puedan tener, esto provocará falta de trabajo al dentista. El miedo y la ansiedad son considerados por muchos pacientes como una situación que provoca mucha congoja, por lo que se generarán consecuencias que pueden alterar el correcto orden

de una cita o un tratamiento, viéndose afectados el paciente y, a la vez, el odontólogo al no tener pacientes que atender (Marquez Navarro, 2004).

### El egresado

El recién egresado se enfrenta a un medio profesional muy competitivo y muy saturado. Por lo cual es importante el seguirse preparando académicamente, combinado con iniciativa y constancia para lograr así consolidar su práctica profesional.

Algunas de las contradicciones más apremiantes en la formación de recursos humanos en odontología no han pasado inadvertidas por las instituciones académicas y de salud en México. Dichas contradicciones se han gestado durante los últimos 20 años en los que se ha intentado preparar suficiente personal profesional de salud para hacer frente a la creciente demanda de atención a la salud bucal.

No obstante haber entrenado grandes cantidades de dentistas desde el comienzo de la década de los setentas, la salud bucal de la población en general no parece haber mejorado significativamente. Sin embargo, la escasez de pacientes en relación con el número de dentistas se ha vuelto más marcada en los últimos años, poniendo en crisis al esquema de práctica profesional (de manera usual consistente en un dentista individual ejerciendo de forma privada). En otras palabras, un gran número de dentistas está compitiendo por ejercer en un mercado de pacientes usualmente restringido a los centros urbanos y a los segmentos socioeconómicos altos y medios de la población (Universidad Autónoma de Zacatecas, 2012).

En México se establece como saturadas las áreas de Odontología y Medicina, así como otra publicación en “Los Géneros en la Educación Superior en México”, se concluye que se deben buscar nuevas oportunidades para que los jóvenes encuentren trabajos relacionados a su profesión, por cada espacio laboral en el área de la salud, hay 2.5 candidatos a ocuparla. De 654 mil profesionales en Odontología Ciencias Biomédicas, Medicina, Nutrición, 126 mil que equivale al 18% no ejercerán su carrera y solo 83 mil (15%) se integra al Sistema Nacional de Salud del Estado. (Barquero Arce, 2010)

### Oferta Educativa

Existen 117 escuelas formadoras de Dentistas registradas esto da un número de egresados que es significativo y que contrasta con los Odontólogos requeridos en relación a las bolsas de trabajo además de los indicadores seleccionados en Instituciones públicas de salud que es la tasa de Estomatólogos por cada 1000,000 habitantes, además que generan y generan profesionistas a un entorno hostil que no está listo para acoger a más titulados al gremio.

Dentro de las más importantes en la Ciudad de México de parte de la educación pública, destacan la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), el Instituto Politécnico Nacional (IPN), y por el lado de la iniciativa privada resaltan la Universidad Latinoamericana (ULA),

Universidad del Valle de México (UVM), Universidad Intercontinental (UIC) por mencionar algunas.

Abordaremos la información de egresados de las instituciones públicas de educación en la ciudad de México para tener una aproximación de los nuevos titulados en Odontología.

La UNAM recopila la información de los egresados anualmente tomando la de 2015 además de complementar con datos referentes a su condición laboral actual, relación entre su trabajo y estudio, años de antigüedad, ingresos y ocupación.

<b>Condición laboral actual del egresado</b>		
<b>Facultad de Odontología Cirujano Dentista 2015</b>		
<b>Condición laboral actual del egresado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<b>Trabajo Permanente</b>	61	13.2
<b>Trabajo de temporadas</b>	168	36.36
<b>Trabajo Familiar</b>	41	8.87
<b>No trabaja</b>	192	41.56
<b>No contesto</b>	0	0
	462	99.99
<b>(UNAM, 2015)</b>		

<b>Relación entre su trabajo y sus estudios de licenciatura</b>		
<b>Facultad de Odontología Cirujano Dentista 2015</b>		
<b>Relación entre su trabajo y sus estudios de licenciatura</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<b>Alta</b>	157	58.15
<b>Mediana</b>	63	23.33
<b>Escasa</b>	20	7.40
<b>Inexistente</b>	29	10.74
<b>No trabaja/No contesto</b>	1	0.37
	270	100
<b>(UNAM, 2015)</b>		

<b>Años de antigüedad en el trabajo actual</b>		
<b>Facultad de Odontología Cirujano Dentista 2015</b>		
<b>Años de Antigüedad en el trabajo actual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<b>1 o menos</b>	127	47.04
<b>2 a 3</b>	80	29.63
<b>4 a 6</b>	45	16.67
<b>7 a 10</b>	9	3.33
<b>Mas de 10</b>	8	2.96

<b>No trabaja/ No contesto</b>	1	0.37
	270	100

(UNAM, 2015) Portal de Estadísticas Universitaria DGPL

### Ingresos Mensuales

<b>Facultad de Odontología Cirujano Dentista 2015</b>		
<b>Ingresos Mensuales ( salarios mínimos)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<b>1 o menos</b>	133	49.26
<b>1 a 2</b>	91	33.7
<b>2 a 4</b>	34	12.59
<b>4 a 6</b>	6	2.22
<b>6 a 8</b>	1	0.37
<b>8 a 10</b>	0	0
<b>Mas de 10</b>	4	1.48
<b>No trabaja/ No contesta</b>	1	0.37
	270	100

(UNAM, 2015) Portal de Estadísticas Universitaria DGPL

### Principal ocupación en su trabajo

<b>Facultad de Odontología Cirujano Dentista 2015</b>		
<b>Principal ocupación en su trabajo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<b>1. Funcionario</b>	6	2.22
<b>2. Dueño de Negocio</b>	31	11.48
<b>3. Profesor de educación básica</b>	2	0.74
<b>4. Profesor de educación superior</b>	1	0.37
<b>5. Profesor de Posgrado/ Investigador</b>	0	0
<b>6. Empleado de Confianza</b>	81	30
<b>7. Empleado de Base</b>	28	10.37
<b>8. Trabajador por su cuenta</b>	58	21.48
<b>9. Otro</b>	62	22.96
<b>10.No trabaja</b>	1	0.37
	270	100

(UNAM, 2015) Portal de Estadísticas Universitaria DGPL

El Instituto Politécnico Nacional imparte la carrera de Licenciado en Odontología en sus Centro Interdisciplinario de Ciencias de las Salud (CICS) unidad Milpa Alta y Unidad Santo Tomas titulando 90 y 166 alumnos por año respectivamente.

<b>Egresados y titulados modalidad escolarizada nivel superior IPN</b>						
<b>Unidad academica</b>	<b>Egresados</b>			<b>Titulados</b>		
	<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>total</b>	<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>Total</b>
<b>Programa academico</b>						
<b>Total modalidad escolarizada</b>	7,367	6,044	13,411	6,685	5,889	12,574

<b>CICS Milpa Alta</b>	125	258	383	109	269	378
<b>Lic. en Odontología</b>	19	37	56	23	67	90
<b>CICS Santo Tomas</b>	126	292	418	151	388	539
<b>Lic. En Odontología</b>	44	105	149	44	122	166

(SGE, 2016) IPN dirección de Evaluación Estadística Básica

La Universidad Autónoma Metropolitana por su parte ha registrado un numero de egresados en su plantel donde imparte la carrera de Estomatología

Plan de estudios	Egresados 2016		
	Femenino	Masculino	Total
Estomatología	101	43	144
Total unidad Xochimilco	1,345	1,038	2,383

Egresados UAM unidad Xochimilco (Direccion de Planeación UAM, 2017).

Plan de estudios	Egresados acumulados 2016		
	Femenino	Masculino	Total
Estomatologia	4244	2351	6595
Total unidad Xochimilco	38,648	34,436	73,084

(Direccion de Planeación UAM, 2017) .

Titulados UAM 2016

Plan de estudios	Titulados 2016		
	Femenino	Masculino	Total
CSH			
Estomatología	109	40	149

El número de consultorios odontológicos de práctica privada en la ciudad de México es de 6847 según la DENUE en 2017 todos estos distribuidos en la 16 delegaciones (INEGI, 2017)

Delegaciones CDMX	Numero de consultorios privados por delegación
Álvaro obregón	401
Azcapotzalco	300
Benito Juárez	658
Coyoacán	559
Cuajimalpa	90
Cuauhtémoc	691
Gustavo A Madero	851
Iztacalco	374
Iztapalapa	1084



Magdalena Contreras	98
Miguel hidalgo	414
Milpa alta	87
Tláhuac	232
Tlalpan	482
Venustiano Carranza	362
Xochimilco	302

El número de consultorios en la ciudad de México referente a la práctica pública es de 51 con la siguiente distribución, destacando que las delegaciones Cuajimalpa y milpa alta no poseen ningún consultorio público. (INEGI, 2017)

Delegaciones CDMX	Numero de consultorio publico
Álvaro obregón	1
Azcapotzalco	1
Benito Juárez	1
Coyoacán	5
Cuajimalpa	0
Cuauhtémoc	9
Gustavo A Madero	5
Iztacalco	1
Iztapalapa	9
Magdalena Contreras	4
Miguel hidalgo	1
Milpa alta	0
Tláhuac	3
Tlalpan	3
Venustiano Carranza	6
Xochimilco	2

Los procesos de formación profesional y su vinculación con el mundo laboral ha ocasionado que las instituciones de educación superior afectadas en gran medida por la globalización y nuevas políticas internacionales reformulen sus planes de estudio para adecuarse a un mundo cambiante.

Dentro de este marco, la profesión odontológica no ha quedado exenta, puesto que la globalización del comercio y de la industria y la exigencia de un desarrollo productivo fundado en el conocimiento. La educación debe de estar encauzada de tal manera que ayude a los egresados a realizar tareas para las cuales no fueron formados, a prepararse para una vida profesional que se torna diversa, a mejorar su aptitud para trabajar en equipo utilizando la información de manera autónoma, con improvisación, así como con creatividad.

Podríamos definir competencia como la capacidad de aplicar conocimientos, destrezas y actitudes al desempeño de la ocupación de que se trate, incluyendo la capacidad de respuesta a problemas imprevistos, la autonomía, la flexibilidad, la colaboración con el entorno profesional y con la organización del trabajo.

Un aspecto fundamental es la formación de profesionales basado en competencias, es la articulación entre las competencias requeridas en las diferentes ocupaciones, los contenidos de los programas formativos y la respuesta social, por esta razón es necesario plasmar las competencias profesionales en la currícula de formación y evidenciar la pertinencia de los programas formativos (Sanchez González, et al., 2009).

Asimismo, la clasificación seleccionada para la determinación de las competencias profesionales en odontología se orientó a tres áreas de competencia:

- 1) Área de competencias de índole general.
  - 2) Área de competencias vinculadas al desempeño profesional.
  - 3) Área de competencias de carácter complementario.
1. Área de competencias de índole general: Corresponde al conjunto de competencias que expresan un adecuado desarrollo del pensamiento y el manejo de conceptos básicos necesarios para la comprensión de los procesos sobre los que se basa el ejercicio profesional.
  2. Área de competencias vinculadas al desempeño profesional: Es aquella que expresa el adecuado nivel de dominio de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para un correcto accionar profesional. Se pueden distinguir 2 subgrupos:
    - a) Ciencias biomédicas. Conocimiento integrado de las bases biológicas, estructurales y morfo funcionales que rigen en los estados de salud y enfermedad en el hombre (Diagnóstico clínico).
    - b) Competencias profesionales propiamente, que constituyen la esencia del desempeño profesional: razonamiento ético y de responsabilidad profesional, habilidad para aplicar los conocimientos adquiridos, con pensamiento crítico, para la evaluación del estado de salud de un paciente o de una comunidad, capacidad integrar y aplicar la evidencia científica y criterios de riesgo para diseñar planes preventivos individuales, formulación de estrategias colectivas de promoción y mantenimiento de la salud, la formulación de un diagnóstico y plan de tratamiento integral, rehabilitación del sistema estomatognático, destrezas psicomotoras que le permitan ejecutar adecuadamente los planes de tratamiento diseñados.
  3. Área de competencias de carácter complementario: Reúne a aquellas competencias que expresan la adopción de conocimientos, habilidades y destrezas, en ámbitos que, sin ser propios de la profesión, son necesarios para otorgar mayor eficiencia y versatilidad en el desempeño profesional y permitir una mejor utilización de los recursos (Sanchez González, et al., 2009).

## Determinantes sociales de la salud en México

El estado de salud de una población caracteriza las diferencias entre los países del mundo y los grupos sociales de la población, así como entre las áreas geográficas dentro de cada país.

La organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido que el estado de salud y bienestar de la población dependen de los determinantes Sociales de la salud (dss) que definen como “las condiciones en que las personas nacen, crecen alimentan viven educan trabajan, divierten, envejecen y mueren. Según la edad y sexo, los estilos de vida, las actitudes y conductas de riesgo, condicionan la salud, la propensión de enfermar, rehabilitarse y la esperanza de vida.

Los grupos sociales desfavorecidos sufren una carga más pesada de enfermedad que otros en mejores condiciones, experimentan el comienzo de las enfermedades y discapacidades a edades más tempranas y tienen menos oportunidades de supervivencia. Existe igualmente, grandes brechas en mortalidad y morbilidad entre poblaciones urbanas y rurales e indígenas, así como entre diferentes regiones en un mismo país.

Los determinantes sociales en salud (Dss) limitan y rebasan la capacidad de respuesta que pueden dar el equipo médico y las instituciones responsables de los servicios para mantener la salud individual y colectiva para prevenir, atender y rehabilitar las enfermedades. Los DSS explican la mayor parte de las inequidades en salud, consideradas como diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en los que respecta a su situación de salud y bienestar.

En el 2005 los países miembros de la Organización mundial de la salud OS crea la comisión sobre determinantes sociales (CDS) de la salud, para que ofrecería opciones y asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la comisión, se propusieron tres recomendaciones generales:

- Mejorar las condiciones de vida cotidiana
- Lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
- Medir y analizar el problema

Estas recomendaciones de las CDS para lograr la equidad en salud y la adopción de las intervenciones para implementarlas se ratificaron por jefes de estado, ministros y representantes de gobierno en el 2011 con la “Declaración política de rio sobre determinantes sociales de la salud, en el que se establece que la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar debe aplicar un enfoque intersectorial integral.

Las intervenciones directas para implementarlas se basa en un marco conceptual que representa los dos componentes básicos de los DSS: a)el socio-político y la situación socioeconómica, como determinantes estructurales de la inequidad de salud y b) el

de las condiciones materiales , los factores biológicos y psicosociales, la cohesión social, el capital social y el vínculo con los sistemas de salud.

Los determinantes estructurales que se dan en el contexto socio-político y macroeconómico de un país , acentuarán la generación de las desigualdades e inequidades en salud. Son aquellos factores, mecanismos y atributos que crean o fortalecen la estructura y clases sociales (el acceso a la educación, salud, vivienda y el empleo y a la a disponibilidad de recursos de acuerdo al género, la raza, etnicidad y ubicación geográfica ), que configuran no solo los resultados sino también las oportunidades de salud.

Las posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos y servicio de salud propician que las personas experimenten una exposición y vulnerabilidad diferencial entre factores que ponen en riesgo su salud.

Los determinantes estructurales de la inequidad en salud se profundizan por tres mega tendencias: la transición demográfica y epidemiológica, la migración y el crecimiento urbano acelerado.

Esas afectan, influyen y condicionan , a su vez, la magnitud de los determinantes intermedios de la salud o determinantes sociales de salud, que son las condiciones materiales con las que cuentan las personas, esto es, la calidad de la vivienda y su ubicación , así como las posibilidades de consumo y los medios financieros para adquirir alimentos saludables , ropa apropiada y contar con un entorno seguro y digno de trabajo e ingresos como consecuencia de las diferencias sociales , económicas y de salud de las personas , familias y comunidades. Aquí se incluyen también las diferencias en exposición y vulnerabilidad ante las circunstancias que comprometan la salud, las conductas y los factores de riesgo.

La salud es un derecho humano y la equidad en salud es el concepto ético y el indicador fundamental de la justicia social. Valorar los logros o las injusticias sociales que disfruta o padece la población de un país, de un estado o de un municipio y sus localidades, requiere que se observen no solo sus condiciones de salud, sino también la situación de las desigualdades en salud. La equidad en salud se logra a través de políticas públicas coordinadas, con planes y programas de tipo económico, social y cultural. (Urbina Fuentes & González , 2012)

### **2.3 Panorama de la odontología en México**

El recién egresado debe de comprender el panorama socioeconómico del país y debe de estar consciente de que sólo un pequeño porcentaje de los egresados, lograrán tener éxito en la profesión. Todas las decisiones que tome el egresado al salir de la Universidad lo marcarán hacia una práctica económica saludable o hacia el fracaso.

Decisiones tales como el lugar donde se establezca, es decir la entidad federativa que elija, respecto a demanda del servicio y niveles socioeconómicos, la preparación con la que cuente el egresado, enfocándose a ser competitivo

obligándolo a realizar estudios de posgrado formales, y los caminos que tome para lograr de su consultorio una empresa sustentables.

La atención odontológica de la población mexicana ha obedecido a un paradigma que hace un marcado énfasis en los aspectos restaurativo y mutilador. En un estudio efectuado por el Profesor López Cámara en 1992 se observó que más del 65% de las actividades clínicas efectuadas por los odontólogos se ubican en la etapa del «después» de la enfermedad; el 25% en la del «durante», y solamente el 10% en la del «antes» de la enfermedad.

Coincidentemente, la distribución del número de horas destinadas a los contenidos de las asignaturas, en la mayoría de los planes de estudios de las escuelas de odontología en México, sigue el mismo patrón para las actividades del (antes, durante y después) de las enfermedades bucales. Desde el punto de vista epidemiológico, el impacto de la profesión en la salud bucal de la población mexicana es poco significativo. Los resultados de la vinculación entre la demanda de atención y la oferta de servicios de ninguna manera parecen haber impactado de manera importante los indicadores epidemiológicos (bucales) de la población mexicana. No sabemos para qué necesitamos tantos odontólogos, que problemas bucodentales reales existen en la población, ni cómo resolverlos. (López Camara, 1999).

El mercado de trabajo odontológico se encuentra determinado por la relación entre la oferta y la demanda de servicios. Sin embargo esta relación no se presenta en forma simple. Por un lado, la oferta está condicionada por la cantidad, ubicación, tiempo de dedicación, producción y calidad de los servicios proporcionados por el actual número de odontólogos activos profesionalmente, así como por el egreso no planeado del número de graduados en todas las escuelas y facultades de odontología del país.

Por otro lado, este mercado de trabajo está también definido por la demanda de atención, que en México no obedece a las necesidades de salud (bucal) de la sociedad, sino que está determinada mayormente por la capacidad económica de los diversos estratos de la sociedad.

La pobreza cubre cada vez a sectores más amplios. Más personas solicitan sólo atenciones de emergencia y los tratamientos integrales y/o complejos o sofisticados se postergan o son hechos por personal no profesional. Se prefiere el trabajo odontológico de menor costo y no el más elaborado, técnica y científicamente mejor y más duradero (Cardoso, 2012) .

## **2.4 Número de odontólogos en México**

Los servicios odontológicos en México son proporcionados tanto por el Sector Público como por el Privado. De acuerdo con el Censo General de Población de 2000, para una población de 97,483,412 habitantes, existían en México 89,036 profesionistas con formación en odontología. De ellos 36,316 eran del sexo masculino (40.8%) y 52,720 del femenino (59.2%). Sin embargo, estas cifras no muestran fehacientemente cuántos dentistas se encuentran en contacto con pacientes. Más aún, cuántos odontólogos existen para atender a una población determinada.

Uno de los indicadores que se toman en cuenta para la planeación de los servicios de salud, es la proporción de odontólogos por habitantes (densidad). Se sabe que la densidad entre 1990 y 2000 se incrementó un 19.5%, es decir, de 71.8 profesionistas con formación en odontología por cada 100.000 habitantes en 1990 pasó a 91.3 por cada 100.000 habitantes en 2000.

En el 2000, el número de odontólogos por cada 100,000 habitantes fue mayor en Colima (317.3), Distrito Federal (244.2) y Jalisco (115.1). Mientras que las tasas más bajas se encontraron en Chihuahua, Guerrero, y Chiapas (10.3, 31.5 y 41.0, respectivamente). Al analizar la situación en las entidades tanto para 1990 como para el 2000, Colima y el Distrito Federal tenían la mayor densidad del país, sin embargo, la diferencia entre ambos censos muestra que Colima fue el estado con mayor incremento en el número de odontólogos por habitantes, mientras que el de menor crecimiento fue Baja California (Secretaria de Salud, 2011).

En realidad el verdadero número de odontólogos activos en México es difícil de estimar dado que por las cambiantes condiciones económicas, éste se encuentra variando constantemente ya que los dentistas ingresan, abandonan o regresan a la práctica privada de manera difícilmente predecible. La distribución tanto geográfica como socioeconómica de los egresados aparentemente obedece más a los altibajos de las tendencias económicas del país que influyen en sus posibilidades de ubicación, que a las condiciones de salud (bucal) de la sociedad. Estimamos que el lugar para el establecimiento de una práctica profesional no está determinada por las preferencias personales del odontólogo, sino por las condiciones económicas del país. (López Camara, 1999)

### **Número de odontólogos en el Sector Salud**

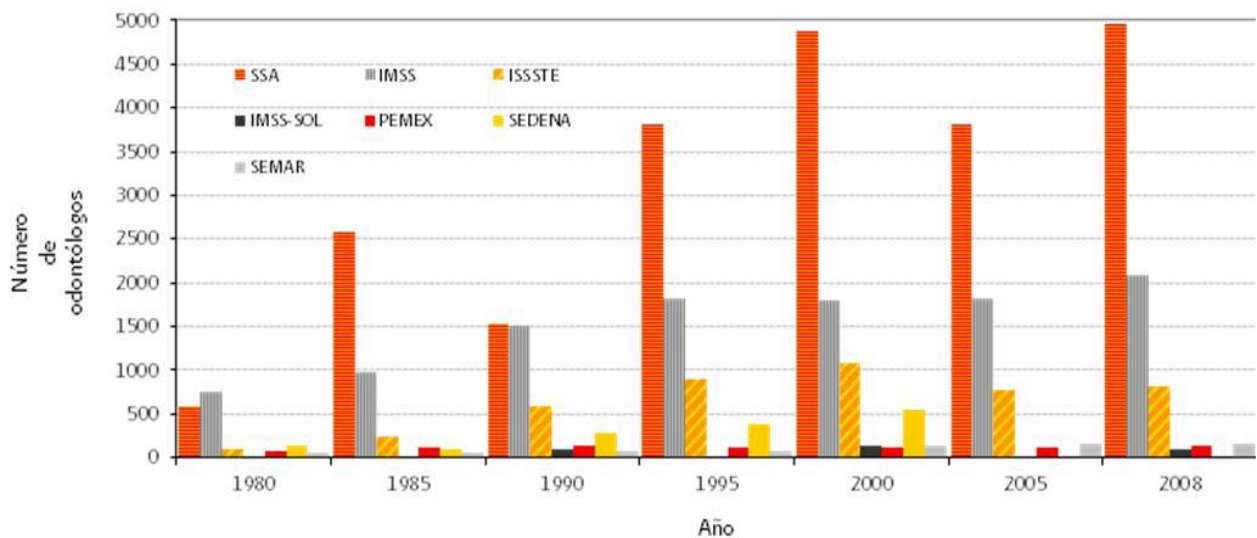
Las plantillas de personal para unidades de primer contacto de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), dependientes de la Secretaria de Salud, se establecen para complementar la atención y apoyo a centros de salud de menor complejidad. Estas unidades, a partir de tres Núcleos Básicos de Servicio de Salud (NBSS), proporcionan atención odontológica, por lo que se debe incluir sillón y unidad dental. Para las unidades de uno y dos NBSS, con base en la demanda de servicios, se podrá contar con equipo dental portátil (equipo simplificado o robot). En otras palabras, se deberá de contar al menos, con un odontólogo por cada 9,000 habitantes.

En 1973 se contaba con un total de 2,311 odontólogos en el Sector Salud para un poco más de 56 millones de habitantes. La tasa dentista-habitantes alcanzó su punto máximo en 1998, donde se contaba con 9 estomatólogos por cada 100,000 habitantes aproximadamente. Para el año 2008, ésta tasa fue de 8.0 por cada 100,000 habitantes. A pesar del incremento en el número de odontólogos del Sector Salud en los últimos 30 años, éste no ha sido suficiente para atender el rezago en Salud Bucal de la Población (Secretaria de Salud, 2011).

La Secretaría de Salud, en el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Salud Bucal, afirma que los servicios odontológicos institucionales, no obstante haber alcanzado grandes avances, su calidad de atención no corresponde con lo esperado, debido a la poca o nula actualización del personal profesional y a la falta de equipo e instrumental o su obsolescencia. En algunas entidades federativas, el presupuesto asignado es insuficiente para cumplir con la demanda mínima de la población.

Como desde sus inicios los modelos de servicio en el sector público en México no eran considerados un tema de importancia para las políticas de salud bucal, las instituciones de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social y los centros de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, implementaron un servicio dental que no ha cambiado hasta la fecha y que se limita a una práctica curativa y restauradora. La Secretaría de Salud implementa cada año la Semana Nacional de Salud Bucal, como una estrategia desarrollada para ayudar a disminuir las enfermedades bucales que afectan a la población mexicana y que se consideran un problema de salud pública. Sin embargo, estos programas no han sido suficientes para disminuir los índices de caries en la población (Sanchez Rubio, 2012).

Tabla 1 Número de odontólogos por Institución. Serie histórica en años seleccionados



Fuente: INEGI, Anuarios estadístico de los Estados Unidos (1970-1980). SSA, Breviario Estadístico Sectorial 1980- 1990, Boletines de Información Estadística 2000-2008.

En 1980, fue el IMSS quien tuvo la mayor cantidad con un total de 754 profesionales de la salud bucal para un poco más de 24 millones de derechohabientes. Ya en 2008 el número ascendió a 2078 para 50 millones de derechohabientes, es decir, casi el triple en 30 años. En cuanto a los recursos humanos de la Secretaria de Salud, en 1980 contaba con 581 odontólogos para 26 millones de habitantes sin seguridad social y para 2008 su número ascendió a 4961.

A pesar de los esfuerzos para aumentar los recursos humanos y atender la Salud Bucal de la población, la distribución de los dentistas entre las Instituciones es dramáticamente diferente. De acuerdo al esquema de Distribución de DGPLADES, sólo SEDENA y SEMAR cumplen con el Mínimo necesario para satisfacer las necesidades de la población bajo su responsabilidad. (Secretaría de Salud, 2011)

## **2.5 Práctica Privada y práctica pública**

### **Práctica privada**

Se dice del esquema de prestación dental cuya responsabilidad profesional ha ido variando al mismo tiempo que los aspectos de su entorno social, transformaciones encaminadas al bienestar social. Las actividades que incumben al Cirujano Dentista se llevan a cabo a partir de la llegada del paciente donde se inicia la actividad laboral y por medio de historia clínica, diagnóstico, tratamiento y posterior recuperación de salud oral. Esto es de manera independiente donde el Odontólogo cubre muchos roles a la vez en la mayoría de los casos, clínico, asistente, higienista, administrador, etc. Siendo el mismo el que lleva las riendas de cómo va a prestar sus servicios.

La economía de libre mercado y la globalización que gobiernan los procesos sociales en nuestra región, nos sugieren que mantendremos por un buen tiempo ambos esquemas de prestación dental, por ser este el espacio donde participa la mayoría de los profesionistas en estomatología.

La masificación de la Odontología y la globalización del mercado han generado:

- Una drástica disminución del honorario profesional: a mayor oferta, menor precio
- Una cierta desintegración gremial: cuanto más grande sea la comunidad dental, más complejo será que un único directivo nos represente y lidere
- Aparición de entidades que intermedian la relación entre el odontólogo y su paciente: aseguradoras, financiadoras de la salud general y la salud bucal, reguladores, etc.
- Otros cambios profundos en nuestros estilos de ejercicio profesional: incremento de la práctica dental asociada y aumento de la práctica odontológica dependiente (Otero M., 2011)

Por ello, los retos se vinculan con la innovación, el desarrollo de experiencia en la gestión dental y el liderazgo, para mejorar el posicionamiento de la Odontología y lograr mayor impacto con nuestro qué hace

### **Práctica pública**

Se han modificado algunas concepciones sobre el rol de las instituciones gubernamentales como dictadores de políticas, reguladores, financiadores y prestadores de la salud. Es decir, los gobiernos han replanteado sus estrategias sanitarias, incorporando formalmente herramientas de gestión y auditoría e incorporando técnicos para establecer la validez y eficiencia de procesos como la privatización de la salud, las mezclas público privadas para prestar servicios médicos



y dentales de un modo más eficiente, la priorización del gasto en salud en los segmentos poblacionales más necesitados y el establecimiento de mecanismos más severos de regulación y control de la práctica médica y dental, entre otros (Otero M., 2011).

Los gobiernos de varios países han optado por retirar de su listado de obligaciones la prestación del servicio sanitario, La mala salud oral sigue constituyendo un problema en todos los países, y persisten marcadas desigualdades en salud bucodental, tanto entre los países como dentro de ellos, pese a que la mayor parte de las enfermedades orales son fácilmente prevenibles a través de soluciones sencillas y eficaces. Por lo tanto se toma una postura de regulación y al dictado de políticas.

Las tendencias también evidencian que la atención dental mutilatoria y escasa que se solía ofrecer en la gran mayoría de nuestros establecimientos dentales públicos o estatales hasta hace pocas décadas, ha empezado a optimizarse poco a poco. Y que ahora, es cada vez más común encontrar que en dichas instancias, se brinde a la comunidad una buena parte de los tratamientos dentales modernos y se haya mejorado la cobertura odontológica dentro de los planes y seguros de salud y las subvenciones que tienen a bien realizar los Estados (Otero M., 2011).

Sin embargo lamentablemente ,pareciera que el esfuerzo publico realizado es decir , contratar nuevos odontólogos, inaugurar nuevos consultorios, descentralizar la oferta , adquirir nuevos equipos y ampliar ,actualizar y remodelar la gama de materiales e instrumentales dentales, ha sido en vano, un esfuerzo desperdiciado.

Entonces, los puntos críticos para el futuro de la Odontología Estatal, parecieran establecerse dentro de la lógica de la necesidad de mejorar los aspectos gerenciales de las redes de prestación dental y la conformación y la consolidación de cuadros técnicos competentes. Es imprescindible formar un frente común que agrupe a los diferentes responsables y actores de la salud bucal, para planificar y desarrollar programas que realmente contribuyan a mejorar las condiciones bucales de la población (Otero M., 2011).

## Capítulo 3 Situación de empleo en el mundo

### 3.1 Empleo, situación y precariedad en México

El empleo vulnerable es la proporción de trabajadores por cuenta propia y trabajadores familiares no remunerados con respecto al empleo total. Estas categorías de trabajadores sufren generalmente altos niveles de precariedad, dado que las personas en trabajos vulnerables tienen a menudo un acceso limitado a los sistemas de protección social .

El empleo vulnerable representa más del 46 por ciento del empleo total mundial , lo que supone cerca de 1,5 mil millones de personas. Si bien la tendencia es a la baja, su prevalencia en términos absolutos indica que existen importantes deficiencias en el logro de un patrón de crecimiento inclusivo y en la disponibilidad de trabajo decente. El problema del empleo vulnerable es especialmente grave en los países emergentes y en desarrollo, donde afecta respectivamente a más de la mitad y a las tres cuartas partes de la población ocupada. En el Sur de Asia y en el África Subsahariana, las tasas alcanzan aproximadamente el 73 y 70 por ciento respectivamente (OIT, 2016).

**Tabla 2**

<b>Tasa de desempleo y num de desempleo: tendencia y proyecciones 2007-2017</b>						
<b>Estimaciones mundiales y principales agrupaciones de países</b>	<b>Taza de desempleo 2007-2017 (porcentaje)</b>		<b>Millones 2015-2017</b>			
	<b>2014</b>	<b>2017</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	
<b>Mundo</b>	5,8	5,7	197,1	199,4	200,5	
<b>Economías avanzadas</b>	7,1	6,4	46,7	46,1	45,3	
<b>Economías emergentes</b>	5,5	5,6	135,3	137,7	139,1	
<b>Economías en desarrollo</b>	5,5	5,5	15,1	15,6	16,1	
<b>Economías del G20</b>	5,5	5,3	123,9	124,3	123,8	
<b>Economías avanzadas del G20</b>	7,3	6,5	42,2	41,2	40,2	
<b>Economías emergentes del G20</b>	4,9	4,9	81,7	83,1	83,6	
<b>UE-28</b>	10,2	9,1	23,2	22,7	22,2	
<b>UE-19</b>	11,6	10,4	17,5	17,1	16,7	

(OIT, 2016)

<b>Tasa de desempleo y num de desempleo: tendencia y proyecciones 2007-2017</b>					
<b>Regiones de la OIT y detalle por país</b>	<b>Taza de desempleo 2007-2017</b>		<b>Millones 2015-2017</b>		
	<b>(porcentaje)</b>				
	<b>2014</b>	<b>2017</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Japón</b>	3,5	3,1	2,2	2,1	2,0
<b>América latina y caribe</b>	6,4	6,7	19,9	21,0	21,0
<b>Argentina</b>	7,3	6,7	1,3	1,4	1,4
<b>Brasil</b>	6,8	7,6	7,7	8,4	8,4
<b>México</b>	4,9	4,0	2,5	2,4	2,4
<b>Estados Unidos</b>	6,3	4,7	8,7	7,9	7,7
<b>Alemania</b>	5,0	4,7	2,0	2,0	2,0
<b>Francia</b>	10,3	10,0	3,1	3,0	2,9
<b>Italia</b>	12,7	11,5	3,0	3,0	2,9
<b>Reino unido</b>	6,1	5,5	1,8	1,8	1,9
<b>Australia</b>	6,1	5,8	0,8	0,8	0,7
<b>India</b>	3,5	3,4	17,5	17,5	17,6
<b>(OIT, 2016)</b> (Fuente cálculos de la OIT sobre la base de modelos económicos de tendencia del depto. De investigación de la OIT)					

### **Formación de recursos humanos en Salud en México**

En México es impostergable superar el problema que connota como el desequilibrio de la fuerza de trabajo para la salud; desequilibrio en cuanto al número de profesionales y de otros trabajadores de la salud, a sus perfiles profesionales y al tipo de personal que se requiere y al que es posible emplear con los recursos financieros disponibles.

La conciliación de la capacidad formativa de los recursos humanos para la salud con los requerimientos numéricos y cualitativos del sistema nacional de salud, ha sido un problema que carecía de una instancia formal de solución y cuyas respuestas se han dado mediante la creación de la comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud, con el propósito de identificar áreas de coordinación entre las instituciones educativas y de salud en el proceso de formación de recursos humanos : propiciar la orientación en la formación de los recursos humanos :propiciar la orientación en la formación de los recursos humanos conforme el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, y promover la adecuada distribución de los recursos humanos en formación (Valdes Olmedo & Ferrari Gleason, 1987).

La OMS ha definido a los trabajadores sanitarios como “las personas cuyo cometido es proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades” .No obstante por la dificultad de definir lo que constituye de forma propia una actividad sanitaria , la OMS , estableció en 2006, un sistema normalizado de clasificación para los trabajadores sanitarios definiendo dos tipos de asalariados:

1. Dispensadores de servicios: donde se encuentran médicos, enfermeras, odontólogos, parteras , químicos fármaco-biólogos, nutriólogos, terapeutas , entre otros, quienes operan programas ofertados por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales incluyendo trabajadores sanitarios de organizaciones no sanitarias como enfermeras empleadas en el servicio de salud de una empresa o una escuela.
2. Personal administrativo y auxiliar : Incluye un elevado número de trabajadores con diversas formaciones y clasificaciones ocupacionales como estadísticos, programadores informáticos ,contadores ,abogados, economistas, administradores, así como personal auxiliar como conductores o personal de limpieza ,lavandería y cocina.

Independientemente de la clasificación que se utilice, el logro de las metas de salud tiene como componente básico la participación de diversas profesiones, disciplinas, ocupaciones y oficios que, a partir de su entrenamiento formal y de la acumulación de experiencias, permiten ofrecer a toda la ciudadanía una amplia red de servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud.

En términos organizacionales, la prestación de servicios de salud, está condicionada en gran medida por la cantidad y calidad del recurso humano que se forma en las instituciones dedicadas a este fin y por la oferta que el entorno genere para absorber el recurso. Desde esta perspectiva, la adecuación entre oferta y demanda de recursos humanos se convierte en una actividad clave para lograr que la inversión social en salud sea aprovechada de manera adecuada (Nigenda & Gonzalez Robledo, 2013).

El estudio de Nigenda y Cols. en 2016 explora tres dimensiones de la eficiencia de los recursos humanos (RH) en salud del subsistema público de salud mexicano: desempleo, subempleo o desperdicio en el mercado laboral, la eficiencia distributiva de RH por nivel de atención y la eficiencia productiva. Por un lado, los resultados mostrados en este estudio ponen de manifiesto diversos niveles de ineficiencia en la asignación y distribución de RH en la Secretaría de Salud. Por otro, estos hallazgos orientan el desarrollo de políticas específicas para contribuir a su desempeño.

Los presentes resultados muestran niveles de ineficiencia en el mercado laboral expresados en desempleo, subempleo y desperdicio laboral. En los casos mostrados (médicos, odontólogos y enfermeras) se observó la existencia de grupos de individuos que se ubican en alguna de estas categorías pero con manifestaciones específicas en relación con la estructura de su mercado laboral

En el cuadro I se observan diversos grados de desempleo y subempleo como indicadores de ineficiencia en la inserción al mercado laboral de los tres grupos profesionales analizados. Los niveles de ineficiencia entre médicos y odontólogos son similares, en tanto que para las enfermeras son más altos, a pesar de que el indicador de médicos y odontólogos aumentó en el periodo entre 2008 y 2012, y el de las enfermeras disminuyó. Entre médicos y odontólogos la dimensión de ineficiencia más importante está representada por el subempleo, mientras que para las enfermeras la dimensión lo fue el desempleo.

Para médicos y odontólogos se observa que la variación de los indicadores analizados por sexo presentan el mismo comportamiento (aumento o disminución); en cambio, en el caso de las enfermeras se observan disminuciones del desempleo y subempleo entre las mujeres en tanto que se observan incrementos entre los hombres, en ambos indicadores.

**Cuadro I**  
**TASAS DE EMPLEO, SUBEMPLEO, DESEMPEÑO Y DESPERDICIO POR 1 000 MIEMBROS DE LA PROFESIÓN. MÉXICO, 2008-2012**

	2008	M	F	2012	M	F	Diferencias entre 2008 y 2012		
							Total	M	F
<b>Médicos</b>									
Empleo	855	908	755	815	877	721	40	-31	-34
Subempleo	81	79	83	101	89	119	+	20+10	+36
Desempleo	132	75	216	84	34	160	48	-41	-56
Desperdicio	222	159	319	185	123	279	37	+36	-50
<b>Enfermeras</b>									
Empleo	710	883	697	788	785	789	+78	-98	+92
Subempleo	112	113	112	80	167	70	32	+54	-42
Desempleo	237	4	253	131	48	141	106	+44	-112
Desperdicio	368	117	387	212	215	211	156	+98	-176
<b>Dentistas</b>									
Empleo	653	824	571	639	728	575	14	-94	+4
Subempleo	174	166	178	198	195	201	+24	+29	+23
Desempleo	211	65	281	163	77	225	48	+12	-56
Desperdicio	395	236	471	361	272	425	34	+36	-46

M= Masculino; F= Femenino

Fuente: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2008-2012<sup>26</sup>

Estas diferencias obedecen a las estrategias de los individuos por buscar una ubicación en cada mercado. Los médicos reducen el riesgo de desempleo combinando empleos asalariados y práctica autónoma, mientras que enfermeras y odontólogos tienden más a buscar empleos fuera de su ámbito profesional (subempleo) para reducir el riesgo del desempleo.

Es posible que las ineficiencias del mercado laboral planteadas por los indicadores de desempleo, subempleo y desperdicio laboral se sigan observando en los próximos años por el hecho de que la matrícula de los tres grupos profesionales continúa en aumento. Las carreras de medicina y odontología han incrementado sus matrículas recientemente y las tasas de crecimiento de egresados se estiman en alrededor de 150% entre 2004 y 2014.

La distribución de recursos humanos por nivel de atención también tiene implicaciones para la eficiencia. Diversos autores se han manifestado a favor de que los gobiernos pasen de las declaraciones del fortalecimiento del primer nivel de atención en los sistemas de salud, a la práctica, a fin de lograr la consolidación del modelo de atención primaria a la salud que debe generar un conjunto de resultados benéficos para los sistemas, entre ellos el incremento de la eficiencia.

Además de las ineficiencias del mercado y en la distribución de RH, los resultados sugieren que la producción de servicios se caracteriza por una enorme heterogeneidad estatal. El fenómeno también es considerado problemático en países industrializados ya que una producción óptima depende de la forma en la que las unidades de salud organizan el flujo de usuarios y sus recursos para la prestación de servicios, lo cual conlleva un conjunto de retos importantes.

Los resultados presentados en la ya mencionada investigación reiteran la necesidad de desarrollar una política de Estado sobre Recursos Humanos que defina los lineamientos para que estos recursos produzcan servicios en volumen y calidad adecuada.

Las intervenciones en el mercado laboral deberían estar focalizadas en formar profesionales y técnicos con alta calidad académica, así como orientados a aprovechar las oportunidades que el mercado ofrece. La asignación a unidades de primer nivel de atención también debe ser regulada a fin de generar incentivos suficientes para que los trabajadores elijan ubicarse en unidades de primer nivel de atención y producir servicios en volumen y calidad que generen el mayor beneficio posible a las poblaciones que atienden. Los indicadores de eficiencia son fundamentales para la planificación de los RH en un sistema de salud. La eficiencia puede además medirse y analizarse desde diferentes perspectivas (Nigenda, et al., 2016)

Entre los determinantes sociales para los que existe mayor evidencia sólida de su relación con la salud está sin duda el empleo. Esta relación se manifiesta mediante vertientes principales

- El acceso al empleo y la naturaleza del mismo
- Las condiciones físicas y psicosociales del medio ocupacional
- El marco institucional de protección social ligado al empleo

Todos estos factores ejercen un efecto ampliamente reconocido en la salud, física y mental así, como en la esperanza de vida de la población trabajadora. Del adecuado manejo de estos factores dependerá el logro de la equidad sanitaria en el lapso de una generación

### **Conclusiones en materia de empleo, precariedad y salud y recomendaciones de política y cambio institucionales.**

1. México presenta una problemática dual en la relación entre empleo y salud : comparte los efectos asociados al mundo global del trabajo , que afectan a los sectores más modernos de la economía , y padece las carencias y los problemas típicos de salud vinculados a formas precarias de trabajo.
2. La vigilancia, prevención y atención de los riesgos de salud ocupacionales se centran en el trabajo asalariado formal, prestado de manera subordinados y fundamentalmente en los riesgos físicos vinculados con el trabajo industrial.
3. Aún persisten formas altamente vulnerables de trabajo que requieren atención prioritaria, entre ellas , el trabajo infantil y el trabajo migratorio.

4. El contenido de protección social no contemplo de inicio riesgos asociados con el trabajo, como el desempleo, ni las adecuaciones necesarias frente al nuevo papel de la mujer en el trabajo extra doméstico. Estas carencias en el marco de la protección social tienen hoy un impacto decisivo en la salud.
5. Las Instituciones de salud y protección social ideadas para el siglo XX y atadas al trabajo formal están perdiendo vigencia. Se hacen imprescindibles cambios de fondo tanto en su contenido como en sus formas de financiamiento (Samaniego Breach & Cordera Campos, 2012).

### **3.2 Vistazo por el mundo**

El empleo constituye ,una de las más relevantes fuentes de sentido, vínculos sociales y la adquisición de derechos ciudadanos, ya que a través de su trabajo el ser humano ha buscado suplir sus necesidades, alcanzar sus objetivos y realizarse , por lo que depende del territorio o la nación correspondiente tendrán una visión diferente al modo de emplearse sin embargo , la idea principal prevalece y así como las problemáticas en materia laboral pero así como las cuestiones negativas aparecen las positivas como soluciones, acciones y posturas aparecen para hacerles frente.

Las señales de que en el mercado laboral español hay más precariedad que en los de su entorno más próximo se multiplican. Es habitual que destaque por el gran peso de los contratos temporales y también empieza a ser costumbre que lo haga por el subempleo, un concepto que engloba a aquellos trabajadores a tiempo parcial que quieren trabajar más horas. En España este colectivo suma cerca de 1,413 millones de trabajadores y el 7,7% de la población ocupada

Solo Chipre supera este porcentaje. En la isla mediterránea los subempleados suponen un 9,1% de toda la población ocupada. Sucede lo mismo en el caso de la temporalidad, donde solo Polonia supera a España. En este punto, el porcentaje polaco era del 26,7% a finales de 2016 (último periodo disponible) frente a un 26,5% español.

En números absolutos, Alemania supera por unos miles (1,443 millones de personas) la cifra de España. También lo hace, con más diferencia, Francia (1,652 millones). Aunque ambas cifras se dan en un mercado de trabajo más grande y con más empleo, lo que hace que su protagonismo sea menor, 3,5% y 6,2%, respectivamente.

El subempleo ha remitido algo en los últimos años. Llegó al 9,1%. Ese máximo se dio 2013 y en 2014 se tocó el techo, casi uno de cada 10 empleados quería trabajar más horas de lo que lo hacía (Gómez, 2017) .

En Gran Bretaña el porcentaje de trabajadores auto empleados que se encuentra subempleado se incrementa rápidamente en comparación con los trabajadores empleados de manera convencional o bajo contrato esto se mantuvo durante los años 2008, y 2014, además menciona que en los mismos años solo 1 de 10 trabajadores estaría dispuesto a trabajar menos horas no importando recibir menos paga. Además de que los grupos de ocupación con más alto porcentaje de subempleo se basan en servicios de ventas y cajeros, de trabajo de limpieza primario y personal de servicios como meseros y coctelería (ONS, 2014).

La BDA British Dental Association encontró que la media de trabajo por semana fue de 31-32 horas por semana , además que 10% de los asociados (545)son clasificados como Subempleados de acuerdo a la clasificación de la ILO (International Labour Organization) además que solo el 14 % de su muestra estaba dispuesta a trabajar más horas (British Dental Associate, 2013).

En el 2014 los diarios ratifican la sobre calificación y el subempleo

El desempleo y el subempleo arruinan el panorama económico de Asia, que suele exhibirse como un gran éxito por sus impresionantes cifras de crecimiento.

La falta de trabajo productivo y de salarios dignos son las causas fundamentales de que millones de asiáticos vivan en la pobreza absoluta, afirmó el Banco Asiático de Desarrollo en un nuevo informe.

"Las cifras de crecimiento del empleo han sido decepcionantes, aun en países que han podido alcanzar altas tasas de crecimiento productivo". Los pobres de Asia permanecerán en la miseria debido a la falta de buenos empleos. "Existen muchas causas de la pobreza, pero en los últimos tiempos, en general, los pobres son pobres porque ganan muy poco por su trabajo".

En la región de Asia-Pacífico hay cerca de 500 millones de personas desempleadas o subempleadas, en una fuerza laboral de 1.700 millones, dice el informe "Mercados de trabajo en Asia: Promoviendo el empleo pleno, productivo y decente" (Macan-Markar, 2005).

En muchos casos, la paga es muy baja pese a las largas horas trabajadas o los empleados "no reciben el monto mínimo requerido para no caer en la pobreza", agregó en entrevista con IPS. "Los buenos trabajos con una remuneración decente son esenciales para el alivio de la pobreza", sentenció.

El éxito de China ilustra este punto, dado que la cantidad de gente que vive en la indigencia (con menos de un dólar por día) pasó de 377 millones en 1990 a 173 millones en 2003. El documento identifica a India, Indonesia, Filipinas y Tailandia como ejemplos típicos de países afectados por la disminución o el estancamiento del empleo formal pese al crecimiento económico (Macan-Markar, 2005).

En los países en vías de desarrollo, existe un problema mucho más serio respecto al subempleo, gente empleada a tiempo completo o parcial, gente que trabaja en empleos ineficientes o improductivos y que por tanto reciben bajos ingresos que son insuficientes para cubrir sus necesidades. Gran parte del desempleo o del subempleo de los países en desarrollo suele ir acompañado de migraciones desde las zonas rurales hasta los grandes centros urbanos.

Las definiciones operativas de medición del subempleo presentan diferencias de un país a otro. En argentina, Subempleados visibles trabajan menos de 35 horas a la semana y sean trabajar más horas, subempleados invisibles son trabajadores del sector informal urbano del servicio doméstico y los sobre empleados en el sector público (área urbana).



En Colombia, subempleados visibles trabajan menos de 32 horas semanales y desean trabajar más horas. Subempleados invisibles son trabajadores con ingresos insuficientes para atender los gastos del hogar, y personas cuya ocupación no está de acuerdo con la profesión o entrenamiento.

En Chile, subempleados visibles laboran menos de 35 horas y desean trabajar más horas. Subempleo Invisible, trabajadores por cuenta propia que ganan menos del salario mínimo legal que es de 122 dólares americanos y a los familiares no remunerados.

En Ecuador, subempleados visibles del sector moderno trabajan involuntariamente menos de 40 horas semanales. Subempleados Invisibles del sector moderno, a pesar de trabajar más de 40 horas a la semana perciben ingresos inferiores al salario mínimo vital de 90 dólares americanos. Subempleados en el sector informal son los ocupados por cuenta propia, los trabajadores familiares no remunerados, los patrones y asalariados de establecimientos de hasta 5 trabajadores, excepto quienes desarrollan actividades de nivel profesional o técnico (Avila, 2010).

En Brasil podemos identificar una discrepancia entre el aumento de las contrataciones recursos humanos y la creación de nuevos puestos en el mercado de trabajo y la insuficiencia del volumen presupuestario destinado a ellas (Avila, 2010). Brasil terminó 2016 con 24,3 millones de trabajadores desempleados o subempleados, lo que equivale al 22,2 % de la población económicamente activa, según un estudio divulgado hoy por el Gobierno. La llamada tasa de subutilización de la fuerza de trabajo saltó desde el 17,3 % de la población económicamente activa en el último trimestre de 2015 (18,5 millones) hasta el 22,2 % (24,3 millones) en los últimos tres meses del año pasado, según los datos del estatal Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas (IBGE). Los índices de desempleo igualmente reflejan las desigualdades brasileñas (EFE, 2017).

Una proyección hecha por el instituto de salud y bienestar AIHW "(Australian Institute of Health and Welfare)" nos dice que en 2020 la población de 100,000 aumentara un 27.9 % en lo que respecta a la capacidad de atención. Sobre la provisión de demanda de servicio habrá una baja debido al aumento de curricula dental, es decir existen más odontólogos y menor consumo, dando una baja de 800 a 900 proveedores para el año 2020. Unas de las causas que son mencionadas son las matriculas otorgadas a los graduados universitarios, los que regresan a ejercer su profesión, ya sea por razones personales o que hayan cesado temporalmente su práctica y las acreditaciones dadas por la ADC (Australian Dental Council) (Welfare, 2008).

### **3.3 Organizaciones Internacionales**

#### **OCDE Organización para la cooperación y el Desarrollo Económico**

Es un organismo de cooperación internacional, compuesto por 35 estados, cuyo objetivo es coordinar sus políticas económicas y sociales. Su sede central se encuentra en el Château de la Muette, en París. En la OCDE, los representantes de los países miembros se reúnen para intercambiar información y armonizar políticas

con el objetivo de maximizar su crecimiento económico y colaborar a su desarrollo y al de los países no miembros.

Fundada en 1961, la OCDE agrupa a 35 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo. El centro de la OCDE en México tiene como principal finalidad el aumentar la visibilidad en la región y, durante casi dos décadas, se ha dedicado a promover el trabajo y las actividades de la OCDE al establecer contacto con creadores de políticas, expertos, líderes empresariales, universidades y representantes de la sociedad civil .

El 18 de mayo de 1994, México se convirtió en el miembro número 25 de la OCDE; el "Decreto de promulgación de la Declaración del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos sobre la aceptación de sus obligaciones como miembro de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos" fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de julio del mismo año. Es un plano de igualdad, México analiza las políticas públicas de los países miembros.

Los principales objetivos de la organización son:

- Contribuir a una sana expansión económica en los países miembros, así como no miembros, en vías de desarrollo económico.
- Favorecer la expansión del comercio mundial sobre una base multilateral y no discriminatoria conforme a las obligaciones internacionales.
- Realizar la mayor expansión posible de la economía y el empleo y un progreso en el nivel de vida dentro de los países miembros, manteniendo la estabilidad financiera y contribuyendo así al desarrollo de la economía mundial.

La participación en la OCDE ha permitido a México aprovechar las experiencias de otros países y a la vez dar a conocer mejor la economía mexicana ante los demás países miembros. Asimismo, México ha servido como puente de comunicación entre los países industrializados y los países en desarrollo, sobre todo de la región latinoamericana.

Ha propiciado la apertura de la OCDE al resto del mundo, enriqueciendo sus análisis y su relevancia. Ha contribuido al debate del desarrollo económico desde la perspectiva de una economía emergente (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2017).

### **OIT Organización Internacional Trabajo**

La Organización Internacional del Trabajo es un organismo especializado de las Naciones Unidas que se ocupa de los asuntos relativos al trabajo y las relaciones laborales. Fue fundada el 11 de abril de 1919, en virtud del Tratado de Versalles. Su Constitución, sancionada en 1919, se complementa con la Declaración de Filadelfia de 1944. La OIT tiene un gobierno tripartito, integrado por los representantes de los gobiernos, de los sindicatos y de los empleadores. Su órgano supremo es la Conferencia Internacional del Trabajo, que se reúne anualmente en junio. Su órgano ejecutivo es el Consejo de Administración, que se reúne

cuatrimestralmente en Ginebra. Toma decisiones sobre políticas de la OIT y establece el programa y presupuesto que posteriormente son presentados a la Conferencia para su aprobación. También elige al Director General (OIT, 2017).

La organización busca promover la creación de empleos, regular de mejor manera los principios y derechos de los trabajadores, mejorar la protección social y promover el diálogo social al igual que proveer información relevante, así como técnicas de asistencia y de entrenamiento. En la actualidad, la OIT está organizada para trabajar en cuatro grupos o sectores temáticos:

- Principios y derechos estándares en el trabajo.
- Empleo.
- Protección social.
- Diálogo social. (OIT, 2017).

### **Conferencia Internacional del Trabajo**

Las políticas generales de la OIT son dictadas por la Conferencia Internacional del Trabajo, que se lleva a cabo en junio, en Ginebra, Suiza. La Conferencia reúne a delegados de gobiernos, trabajadores y empleadores de los Estados miembros de la OIT.

La Conferencia, que con frecuencia es denominada el parlamento del trabajo, establece y adopta normas internacionales del trabajo y es un foro para la discusión de cuestiones sociales y laborales fundamentales. Los Estados Miembros de la OIT se reúnen en la Conferencia Internacional del Trabajo, la cual tiene lugar cada año en Ginebra , Suiza , Durante el mes de Junio.

Cada Estado Miembro está representado por una delegación integrada por dos delegados gubernamentales, un delegado empleador y un delegado trabajador, más sus consejeros técnicos respectivos, cada delegado tiene los mismos derechos, y todos pueden expresarse libremente y votar como consideren oportuno. Durante la reunión de la Conferencia, también hacen uso de la palabra jefes de Estado o de gobierno. Las organizaciones internacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, asisten en calidad de observador (OIT, 2017).

Las funciones de la conferencia, a la que se alude a menudo como el parlamento mundial del trabajo, son varias:

- En primer lugar está la de elaborar y adoptar normas internacionales del trabajo, que revisten la forma de convenios y recomendaciones. Los convenios son tratados internacionales que, una vez adoptados, se someten a la ratificación de los Estados Miembros. La ratificación crea una obligación jurídica de aplicar las disposiciones del convenio de que se trate. Por su parte, las recomendaciones pretenden orientar la acción en el plano nacional, pero no están abiertas a la ratificación ni son jurídicamente vinculantes.
- Supervisa la aplicación de los convenios y recomendaciones en el plano nacional. Examina las memorias que todos los Estados Miembros han de

presentar para facilitar información detallada acerca del cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de los convenios que han ratificado.

- Examen del Informe Global. A lo largo de un ciclo de cuatro años, la Conferencia examina por turnos los informes globales que abarcan los cuatro derechos fundamentales, a saber: a) libertad sindical y de asociación y reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva; b) la eliminación de todas las formas de trabajo forzoso u obligatorio; c) la abolición efectiva del trabajo infantil, y d) la eliminación de la discriminación en el empleo y la ocupación.
- Los delegados estudian la evolución del progreso social en el mundo, pero el tema central es la Memoria que presenta cada año el Director General de la OIT. Durante los últimos años, estas memorias han tratado de los temas siguientes: Trabajo Decente (1999), Reducir el déficit de trabajo decente - un desafío global (2001) y Por una globalización justa: Crear oportunidades para todos (2004).
- La Conferencia también adopta resoluciones que proporcionan orientaciones para la política general y las actividades futuras de la OIT.

Cada dos años la Conferencia aprueba el programa de trabajo y el presupuesto bienales de la Organización, financiados por los Estados Miembros.

### **OMS Organización mundial de Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra en 1948.

Los 194 Estados Miembros de la OMS gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud. La Asamblea está compuesta por representantes de todos los Estados Miembros de la OMS

La cobertura sanitaria universal se está convirtiendo en la prioridad de la OMS en el ámbito de los sistemas de salud. La OMS colabora con las instancias normativas, los asociados para la salud mundial, la sociedad civil, las instituciones académicas y el sector privado para ayudar a los países a elaborar y aplicar planes sanitarios nacionales consistentes, así como a hacer un seguimiento de ellos.

Además, ayuda a los países a velar por que sus ciudadanos dispongan de servicios de salud integrados y centrados en la persona, equitativos y a un precio asequible; a facilitar el acceso a tecnologías sanitarias asequibles, eficaces y seguras, y a fortalecer los sistemas de información sanitaria y la formulación de políticas basadas en datos científicos. (OMS, 2017)

### **Como se combate el desempleo subempleo**

El lento ritmo de recuperación de la crisis financiera y económica y los crecientes indicios del aumento del desempleo llevaron a la Comisión Europea a proponer el 18 de abril de 2012 el paquete de empleo, un conjunto de medidas específicas para impulsar el empleo. Las propuestas se centran, entre otras cosas, en el aspecto de la demanda de la creación de empleos e indican a los Estados miembros de la UE el modo de fomentar la contratación reduciendo la fiscalidad del trabajo o apoyando la creación de empresas. También intentan determinar sectores con buen potencial de creación de empleo, como la economía verde, los servicios de salud y las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

En 2013 prosiguieron los esfuerzos para reducir el desempleo juvenil, y la Comisión Europea presentó una Iniciativa sobre Empleo Juvenil dirigida a reforzar y acelerar las medidas establecidas en el paquete de medidas sobre el empleo juvenil.

Una de las máximas prioridades del Colegio de Comisarios que entró en funciones en 2014 es centrarse en fomentar el empleo, el crecimiento y la inversión, con objeto de simplificar la normativa, utilizar los recursos financieros disponibles de manera más inteligente y hacer un uso flexible de los fondos públicos. En febrero de 2015, la Comisión Europea publicó una serie de informes de país, en los que se analizaban las políticas económicas de los Estados miembros y se facilitaba información acerca de sus prioridades durante el año siguiente para fomentar el crecimiento y la creación de empleo. El mismo mes, la Comisión Europea propuso asimismo asignar mil millones de euros de la Iniciativa sobre Empleo Juvenil a fin de incrementar hasta 30 veces la prefinanciación que pueden recibir los Estados miembros para impulsar las tasas de empleo juvenil, con objeto de ayudar a hasta 650 000 jóvenes a encontrar un empleo. (Eurostat, 2017)

La OMS para iniciar define y clasifica al personal sanitario. Para ofrecer datos comparables y uniformes que puedan orientar la toma de decisiones es preciso definir operacionalmente al personal sanitario. No existe una única medida de dicho personal, pero es importante especificar qué elementos de la definición y la estructura de la clasificación se están teniendo en cuenta. tres categorías de trabajadores de interés directo para el análisis del personal sanitario:

A. trabajadores con formación teórico-práctica sanitaria que trabajan en el sector de los servicios de salud;

B. trabajadores con formación académica en un ámbito no sanitario (o sin formación académica) que trabajan en el sector de los servicios de salud;

C. trabajadores con formación sanitaria que trabajan en un sector de actividad no relacionado con la atención de salud o que actualmente están desempleados o inactivos en el mercado de trabajo.

<b>Clasificación del personal sanitario</b>		
<b>Formación, ocupación y lugar de trabajo</b>	Trabaja en el sector sanitario	Trabaja en un sector distinto del sanitario o esta desempleado/inactivo
<b>Con formación sanitaria y ocupación sanitaria</b>	A Ej, médicos, enfermeros o parteras que trabajan en	C Ej enfermeros que trabajan para empresas

	establecimientos sanitarios	privadas o farmacéuticos en punto de venta minorista
<b>Con formación sanitaria y ocupación no sanitaria</b>	A Ej gestores de establecimientos sanitarios con formación medica	C Ej profesores universitarios con formación medica o enfermeros desempleados
<b>Con formación de un campo no sanitario o sin formación académica</b>	B Ej economistas, administrativos o jardineros que trabajan en establecimientos sanitarios	D ej Maestros de primaria, mecánicos de automóvil o contables de banca
(OMS, 2009)Manual de seguimiento y evaluación de recursos humanos para la salud		

Las categorías A y C representan, conjuntamente, el personal con formación sanitaria (capacitado, y activo o inactivo) disponible en un determinado país o región, mientras que A y B representan el personal que trabaja en el sector de la salud. La suma de los tres elementos A, B y C equivale al personal sanitario total disponible potencialmente. Una cuarta categoría, D, engloba a todos los trabajadores no sanitarios, es decir, a los que no tienen formación profesional sanitaria ni trabajan en el sector de la salud (OMS, 2009).

### 3.4 Conclusiones en materia de empleo

El empleo vulnerable consiste en la proporción de trabajadores por cuenta propia y trabajadores familiares no remunerados con respecto al empleo total. El trabajar de manera independiente se corre el riesgo de no recibir la paga adecuada, en los tiempos esperados e inclusive de ni siquiera obtener resultados positivos (monetariamente hablando) después del horario de trabajo, por lo que estas categorías de trabajadores sufren generalmente niveles de precariedad, esto dado por la misma vulnerabilidad laboral trae un acceso limitado a los sistemas de protección social .

El empleo vulnerable representa mas del 46%del empleo total mundial, lo que supone cerca de 1,5 millones de personas. Si bien la tendencia es a la baja, su prevalencia en términos absolutos indica que existen importantes deficiencias en el logro de un patrón de crecimiento inclusivo y en la disponibilidad de trabajo decente. El problema del empleo vulnerable es especialmente grave en los países emergentes y en desarrollo, donde afecta respectivamente a más de la mitad y a la tres cuartas partes de la población ocupada. En el Sur de Asia y en el África Subsahariana, las tasas alcanzan aproximadamente el 73 y 70 por ciento respectivamente.

## Capítulo 4

### Relación de la Odontología con el sub , pluri, des y empleo

#### 4.1 Situación de empleo

El objetivo de tener un empleo además de la realización personal y profesional es la remuneración o la obtención de capital para entrar en el accionar de la sociedad e intercambiarlo por bienes y servicios.

La caracterización del trabajo en los servicios de salud da cuenta de distintas especificidades que lo distinguen de otros sectores laborales .El empleo independiente en el sentido de la falta de algún contrato o régimen de trabajo parece ser el que se presenta en la mayoría de la población egresada lo que representa que no se encontraran en una plantilla permanente ni gozar de estabilidad laboral, ni adecuada protección social.

El empleo independiente se caracteriza por poseer una relación laboral bajo formas de contratación no permanentes, asociadas a diverso grado de precariedad laboral, dado que recibe un menor salario o no se puede asegurar que se reciba, según los casos carece de cobertura de protección social, y no posee estabilidad, lo que genera inequidades entre los profesionales de la salud , influyendo negativamente en el clima laboral.

Durante las últimas dos décadas, el sistema de salud en México ha recorrido un largo camino, se han observado logros importantes. Así se registran mejorías en una gama amplia de indicadores de las condiciones de salud y la morbilidad para asemejarse a los que se manifiestan en la mayoría de los demás países de la OCDE. A pesar de estos avances, aun existe un largo camino por recorrer antes de que México alcance los niveles promedios de la OCDE en términos de salud.

La estructura institucional para la prestación pública de servicios de salud en México destaca por su complejidad. Existe una gama de aseguradores, que a la vez son prestadores de servicios, integrados de manera vertical (IMSS, ISSSTE, PEMEX, La secretaria de salud y los servicios estatales de salud, SESA) y que atienden a sus propias poblaciones objetivos.

El Nivel de gasto total en servicios de salud no está muy alejado de lo que podría esperarse para un país con el nivel de desarrollo de México. Sin embargo, la gran proporción de gasto directo o de bolsillo en servicios médicos contrasta de manera significativa con el de la mayoría de los países de la OCDE, lo que sugiere que el sistema público podría carecer del financiamiento necesario o ser ineficiente. La falta de oferta pública o el uso ineficiente de los recursos existentes conduce a que la demanda por servicios de salud se vuelve hacia el sector privado.

El sistema de seguridad social recibe bastante más recursos para atender a sus afiliados que los servicios que prestan la Secretaria de Salud y los SESA. Los estados más ricos de la república se benefician de niveles más altos de cobertura de la seguridad social así como de mayores recursos para los no asegurados. En las zonas urbanas, en especial en la ciudad de México , se ubica la mayor parte de los

servicios de salud, mientras que en las zonas rurales no se cuenta con suficiente oferta.

Nuestro Ordenamiento jurídico permite una variedad de regímenes para la prestación de servicios profesionales sanitarios. Con Independencia de los profesionales de la sanidad dotados de un estatuto de derecho público en cuanto incorporados al Sistema Nacional de Salud, otros se configuran jurídicamente como trabajadores dependientes incluidos en el derecho del trabajo, y otros más vienen prestando sus servicios como profesionales liberales sea por cuenta de una clientela o sea colaborando con entidades sanitarias o aseguradoras del ramo de enfermedad, a través de contratos civiles o mercantiles (básicamente, arrendamientos de servicios u obras y contratos de sociedad) (Montoya Melgar, s.f.) .

La antigua aspiración de que la salud bucal formara parte de los grandes programas nacionales de salud en nuestro país y ganara terreno poco a poco, en términos de obtener mayor presupuesto para su atención, parece estar cancelada . Hasta ahora, la inversión de tiempo, dinero y recursos humanos destinados a mejorar la salud bucodental de la población se ha caracterizado por su falta de planeación.

Es decir, no sabemos para qué necesitamos tantos dentistas, qué tipo de práctica pueden realmente ejercer, qué problemas bucodentales existen en la población o cuáles son las maneras más efectivas para resolverlos. ¿Qué están haciendo los organismos dedicados a la salud bucal para bajar esos índices de afectación de la caries dental durante en este tiempo? ¿Han funcionado sus estrategias de prevención? ¿Que se requiere para ser más efectivas en el control de la caries dental? (Sanchez Rubio, 2012).

Desde hace 2 décadas se reporta falta de inserción laboral en los egresados de estomatología ,el 50,5% se dedicaba a otra actividad fuera de su formación escolar profesional, de 37 057 graduados solo 18 724 ejercían su carrera.

Otros datos significativos del incremento del número de odontólogos activos en México incluyen: en 1990 se calculaba en 32 345 el número de odontólogos activos; para 1995, esta cifra aumentó a 48 000 odontólogos . Hasta el 2011, en datos proporcionados por el presidente de la ADM, se calculaba en 70 000 el número de cirujanos dentistas activos en México, 60 000 de ellos dedicados a la práctica privada, y 10 000, a la práctica pública.

Sánchez Rubio menciona que aparentemente, por un lado, la oferta de servicios se está incrementando sin una planeación consciente, en cuanto al número de los odontólogos que se requerirán, tanto a corto como a mediano plazo en el país. Por otra parte, la demanda de atención de la población se encuentra en franco descenso, consecuencia de la situación económica nacional, que repercutirá aún más en la disminución de los ingresos de la población en general, así como en el aumento de los precios de los tratamientos .

Un gran número de odontólogos está compitiendo por ejercer en un mercado de pacientes usualmente restringido a los centros urbanos y a los segmentos socioeconómicos altos y medios de la población. Aunque la profesión ha aceptado en diversas ocasiones la gravedad de esta situación, ni las asociaciones profesionales,



ni las escuelas de odontología, ni las entidades gubernamentales en México han propuesto un examen objetivo de la situación actual que permita diseñar esquemas alternativos (Sanchez Rubio, 2012).

Desde la perspectiva de los odontólogos, la vigencia del "curanderismo" se explica en la capital del país por el relativo aislamiento de los barrios a los servicios públicos y a la clínica de la Escuela de Odontología. A la vez, se adjudica como una de las causas del "curanderismo" la propia debilidad y renuencia de los dentistas para defender sus derechos profesionales. Esa situación se atribuye también a una cuestión "cultural", ya que según la óptica de los odontólogos, la población privilegia el bajo costo a la "estética bucal", principio que parte del supuesto de la "incultura ciudadana". Este supuesto es reiteradamente esgrimido como factor explicativo que fundamentaría la necesidad de amparar a la población de los riesgos asociados a una elección equivocada de curadores (Schapira, 1998) .

## **4.2 Realidades**

### **Independencia laboral**

La independencia no quiere decir que exista un desentendimiento de la situación laboral del personal de salud. Si bien cada quien es responsable de como ejercer su profesión además de administrar apropiadamente sus recursos económicos, materiales e intelectuales, pareciera que al ser de manera no ligada a un contrato formal o entrar en nómina de "X" empresa o secretaria queda sobreentendido que permanecen cubiertas sus necesidades y sus obligaciones para con la sociedad están pagadas ,la definición en si se presta a confusión.

La delimitación de un campo de intervención exclusiva y las modalidades que esta práctica ha adoptado en el campo de la salud, ha encontrado definiciones y redefiniciones en un proceso histórico donde se articulan las formas de asociación institucionalizadas, las instancias formativas reconocidas por el estado, la reglamentación de la práctica y el ordenamiento jurídico en relación con la legitimidad social que se va alcanzando.

La rama medica constituye un ejemplo paradigmático de autonomía y control ya que está en condiciones de limitar la oferta de su propio trabajo y el de profesiones en cierto modo relacionadas. En el caso de la odontología, las definiciones ambiguas y conflictivas sobre la naturaleza del problema y de la práctica que interesa controlar (práctica esta de escasa eficacia social alcanzada en tensión permanente con la medicina y con prácticas "irregulares", además de relaciones ambivalentes y contradictorias con el estado) han configurado, a lo largo del siglo XIX y primeras décadas del XX, un campo en disputa por la jurisdicción de un área particular.

La jurisdicción y sus límites ha enlazado a la profesión odontológica con una problemática construcción de su identidad lo cual se vincula a la división social del trabajo en el campo de la salud, a los intereses de las asociaciones gremiales, a las representaciones de los odontólogos sobre sí mismos, a los desarrollos internos de las profesiones ligadas a la cura, al peso de diversos actores, a las nuevas tecnologías, a las formas de organización y a la existencia, creación y respuesta de los mercados (Schapira, 1998).

Para los países de América Latina, al relacionar la tasa de empleados independientes con el desarrollo económico (medido como el PIB per cápita), que la cantidad de trabajadores independientes tiende a ser menor a medida que aumenta el nivel de desarrollo económico. En él se observa que para aquellos países con un nivel de desarrollo relativamente más bajo (con un PIB per cápita inferior a US\$ 8.000 PPP), la tasa de independientes es igual o superior al 30% de la población ocupada. Este es el caso de Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela.

De la misma manera, en el caso de aquellos países con un relativamente mayor desarrollo económico (PIB per cápita superior a US\$ 8.000 PPP), tales como: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá y República Dominicana, la proporción de trabajadores independientes se encuentra entre el 20% y 30% de la población ocupada, con excepción de República Dominicana, donde el empleo independiente representó el 38.3% durante el año 2006 (Bertranou, 2009).

Se valora la flexibilidad y se crítica la inseguridad del trabajo independiente. En general, los independientes manejan una estructura relativamente común sobre las ventajas y las desventajas de trabajar de manera independiente. El aspecto positivo del trabajo dependiente es la flexibilidad que tiene. No depender de un jefe, tomar las propias decisiones sobre el trabajo, poder decidir sobre el uso del tiempo, la realización de las tareas es visto como la ventaja central de ser independiente, la variedad que ofrece el trabajo se encuentran entre sus beneficios.

El aspecto negativo del trabajo independiente es la falta de seguridad, en los ingresos y en los trabajos. Es importante establecer que lo negativo no es solamente un tema de inestabilidad y de variación en los ingresos y en la cantidad de trabajo: incluso alguien que ha tenido un período de ingresos constantes como trabajador independiente no puede eliminar la inseguridad. No puede saber si eso continuará en el futuro.

El tema esencial es uno de incerteza, de no poder contar ni saber que deparará el futuro. Aunque el futuro, por definición, es incierto; a los independientes les faltan las anclas que permitan pensar que el futuro se ha asegurado. 'La sensación de incertidumbre laboral aparece como un atributo intrínseco de la condición de independiente, tanto a corto como a largo plazo y que afecta a diversos segmentos, sin importar su nivel de educación o tipo de trabajo (ARSchile, 2009).

### **Inestabilidad Laboral**

La inestabilidad hace referencia a la falta de seguridad, mantenimiento y certeza tanto de encontrar como mantener un empleo, dentro de un mercado laboral determinado. Actualmente la profesión Dental (aunque no es la única afectada) se encuentra saturada y competida, es una situación que preocupa al egresado e inclusive al titulado de años ya que le afecta económicamente e influye directamente en su práctica profesional.

Sumado a todo lo anterior y complicando más su panorama debido al subdesarrollo que vive nuestro país la atención dental se ha ido relegando a no ser una necesidad básica para la gran mayoría de los mexicanos, esto puede ser debido a muchos

factores llamémosles falta de cultura (de prevención y medica) y al bajo poder adquisitivo, un buen porcentaje de los tratamientos, presupuestos , terapias, etc. Propuestos por el Odontólogo serán rechazados o postergados y otro tanto no se llevara a fin, concluyendo de manera súbita debido a los problemas de índole económico.

Para Colunga Medina, uno de los factores económicos que influyen en la práctica odontológica actual es la dependencia científica y tecnológica extranjera, principalmente de los Estados Unidos, ya que la producción de equipo, materiales y medicamentos usados en la atención dental se realiza principalmente en los países desarrollados. Ante una situación laboral crítica y al no poder alcanzar una estabilidad económica razonable en un mediano plazo, es muy probable que el egresado deserte de la profesión para dedicarse a otra actividad económica.

Sea cual fuere la alternativa por la cual opte el profesional, es importante recordar que el volumen de pacientes es lo que mantendrá en pie la práctica del odontólogo, por lo cual tendrá que aumentar la calidad de sus servicios, siendo necesario, preferentemente, contar con empleados para así delegar las funciones. Debido a la gran competencia que vive actualmente el odontólogo, requerirá manejar sistemas de pago accesibles al tipo de mercado que atienda, enfocando su práctica con un sentido empresarial.

El aspecto positivo es que el odontólogo es un profesional que se ha caracterizado por realizar una práctica que podríamos llamar polivalente, flexible, ya que adapta sus tiempos de consulta, así como sus horarios de acuerdo a sus necesidades y a las del paciente, el proceso de trabajo de la práctica privada del odontólogo se adapta a los cambios necesarios en el proceso y se caracteriza por el individualismo, la tendencia a la especialización, pero también existe la factibilidad de una práctica en equipo (Colunga Medina, 2017) .

### **Falta de seguridad social**

El empleo independiente es trascendente para las economías en desarrollo al ser una fuente laboral significativa para su población. Sin embargo, en general está vinculado a la falta de protección social, dada la carencia o la evasión de regulaciones legales en las que muchas veces se desarrolla este tipo de empleo, lo que resulta en una situación de importante vulnerabilidad de los trabajadores.

En América Latina, aproximadamente, uno de cada cuatro individuos ocupados se encuentra empleado como independiente, lo que demuestra la relevancia que tiene este tipo de empleo para las economías de la región.

Esto justifica su consideración en las políticas públicas que se plantean en estos países, más aún si se considera que parte del grupo de trabajadores independientes se encuentra desprotegido frente a las contingencias que se enfrentan a lo largo de la vida, dado que en muchos casos estos no se encuentran cubiertos por los programas de salud y previsión.

En este aspecto, en los países de América Latina, tradicionalmente ha existido una brecha en los sistemas de protección social en cuanto a los derechos y obligaciones

relativas al trabajo independiente y asalariado. La protección social, en general, y la seguridad social basada en esquemas de seguro social, en particular, han tenido un sesgo en su organización y financiamiento hacia los asalariados. Sin embargo, si bien las brechas de cobertura entre asalariados y no asalariados son importantes, existe interés en cerrarlas. (Bertranou, 2009)

El no poder acceder a las prestaciones sociales es uno de los lugares donde los independientes resienten su estado. Es importante destacar que la inseguridad se experimenta fundamentalmente a través de la salud. De hecho, esta inseguridad se expresa por medio de la idea de la falta del 'derecho a enfermarse':

La falta de seguridad de los ingresos, el hecho que los independientes sólo generan ingresos en la medida que trabajen, hace que se perciban a sí mismos como incapaces de tomar descanso o licencias. No pueden enfermarse, o para ser más correctos, el hecho de estar mal de salud no puede implicar dejar de trabajar. En general, los independientes perciben que no tienen derecho a detenerse en su actividad, además de lo ya mencionado en torno a salud, también se evidencia lo mismo en torno a los momentos de descanso, tiempo libre y vacaciones

Por otro lado, tenemos independientes para los cuales lo que se acentúa es la falta de seguridad –lo que suele ser más común, entre aquellos que son independientes más bien por obligación. Para ellos lo esencial del trabajo es entregar ingresos regulares y seguros, que es precisamente lo que el trabajo independiente no puede entregar. En este grupo, el trabajo asalariado es, por decirlo de alguna forma, el trabajo 'real', y el trabajo independiente es sólo una forma inferior de trabajo, a la que sólo se accede al no poder ingresar al empleo remunerado (TNS-Time, 2008).

## **Informalidad**

La Informalidad dentro del gremio dental se refleja en 2 aspectos, uno es la usurpación de la profesión es decir, el ejercer una profesión que no corresponde a su educación y formación por lo que se ve remunerado, poniendo en riesgo a la persona solicitante del servicio ya que dichos conocimientos puestos en práctica fueron obtenidos apócrifamente o por observación y de manera empírica.

Esto aborda también a los estudiantes que han egresado de la universidad o centro educativo pero no se han titulado, por lo que no hay un documento que avale su aprobación. En el otro sentido de informalidad se hace referencia a la apertura de clínicas dentales en lugares o ubicaciones que no cumplen con la reglamentación necesaria ni las instalaciones mínimas para brindar servicio así como para poder garantizar la buena atención, higiene y salubridad mínima requerida para establecer un consultorio Dental.

Además cabe destacar que A partir de 2002 la OIT incorporó una nueva definición para la informalidad. De esta forma, a su definición tradicional de sector informal asociado a actividades de subsistencia en categorías marginales de la economía, se amplió el concepto para incorporar como una categoría a los trabajadores que no están sujetos a la legislación laboral. Anteriormente esta era un aspecto que reflejaba una de las dimensiones del sector informal. Es decir, independientemente de pertenecer a las tradicionales definiciones de sector formal e informal, si los

trabajadores en el sector formal no cuentan con cobertura de la legislación laboral (generalmente contrato y/o cotizaciones a la seguridad social), son considerados como parte de la economía informal.

Así, la economía informal es el conjunto de actividades económicas desarrolladas por los trabajadores y las unidades económicas que, tanto en la legislación como en la práctica, están insuficientemente contempladas por los sistemas formales o no lo están en absoluto (OIT, 2002). De esta manera, en lo relativo al trabajo independiente, pueden coexistir en el concepto de la economía informal, trabajadores por cuenta propia realizando actividades de subsistencia con otros calificados que realizan actividades en forma no asalariada y generan ingresos que denotan cierta capacidad contributiva (Bertranou, 2009) .

Se ha interesado en buscar las causas de la existencia del empleo informal, considerando que éste podría afectar negativamente el crecimiento y el bienestar social de los individuos de un país. Los conceptos de *exclusión* y *salida*, que permiten explicar, al menos en parte, las razones de la existencia de la informalidad en la economía de los países en desarrollo. El concepto de *exclusión* hace referencia a la imposibilidad de los trabajadores de hacer uso de ciertos beneficios entregados por el Estado o de participar en la economía.

La exclusión puede darse en tres ámbitos de la economía: el primero de ellos se refiere a la dificultad que tienen los trabajadores informales de ocuparse en el sector formal, en el que están disponibles ciertos beneficios proporcionados por el Estado. El segundo dice relación con la regulación que deben enfrentar las firmas pequeñas, la cual puede dificultarles la entrada al sector formal, manteniéndolas en el sector informal. Por último, algunas firmas que participan en el sector formal deben enfrentar cargas tributarias y regulaciones excesivas que las llevan a mantenerse parcialmente informales como una forma de evadir dichas obligaciones.

Por otra parte, el concepto de *salida* asocia el trabajo informal a la elección hecha por los individuos de participar en la economía informal. En este sentido, se supone que los individuos realizan un análisis de costo–beneficio de participar o no en la economía informal, a partir del que deciden ocuparse en algún empleo de este tipo (Perry, 2007).

## **Turismo Dental**

El turista médico es básicamente un paciente que viaja fuera de su lugar de residencia para someterse a atención médica, cirugías o tratamientos —cosméticos o quirúrgicos—, motivado principalmente por el costo a lo que se suman algunos otros incentivos. Esta actividad está impulsada por cuatro factores principales:

1. El costo de los tratamientos fuera del país de origen
2. La calidad de los servicios médicos que se ofrecen en el extranjero
3. Las distancias de la ciudad de residencia a donde se ofrece el tratamiento
4. Las características de los centros médicos especializados. (Arceo Real, et al., 2012)

Los extranjeros observan a México como una buena opción para atenderse de sus problemas de salud debido a que los costos de la atención en países desarrollados se elevaron sustancialmente en los últimos años y las aseguradoras redujeron las coberturas, como resultado, algunos hospitales y médicos se rehúsan a tratar a enfermos terminales y ciertos padecimientos. En este panorama, México cuenta con una serie de fortalezas para acceder al segmento del turismo médico, desde hace unos años se cuenta con infraestructura hospitalaria de vanguardia en ciertas ciudades y regiones del país, se dispone de tecnología de punta para la atención de todos los tratamientos médicos y recursos humanos de gran profesionalismo y calidad.

Aunque aún no se dispone de un presupuesto especial del gobierno federal para este nicho de negocios, está en marcha la primera etapa que es la certificación, para después desarrollar una estrategia de promoción y posicionamiento de México a nivel mundial a través de las embajadas y consulados, las oficinas del Banco Mexicano de Comercio Exterior (Bancomext), los módulos de Promexico y las oficinas de promoción turística en todo el mundo para que sean promotores de los tratamientos médicos que se ofrecen en nuestro país (Arceo Real, et al., 2012).

El turismo médico dental en México reportará este año una derrama por más de mil millones de dólares, lo que representa un 7 % más que en 2016. La presidenta de la Agrupación Mexicana de la Industria y el Comercio Dental, AMIC, Raquel Tirado Pérez, refirió que “el turismo médico con todos los procedimientos generará en 2017, tres mil 691 millones de dólares” y puntualizó que la derrama económica para el turismo médico dental será de mil 372 millones de dólares. Un paciente extranjero obtiene un ahorro hasta del 90% al recibir tratamientos dentales en México (Guizar, 2017) .

La Asociación Dental Mexicana (ADM) considera que la preparación de odontólogos que hay en México es muy buena, lo que junto con el costo bajo es muy atractivo para los extranjeros, incluso de naciones de Centro y Sudamérica, ya que el sector está creciendo en ciudades como Cancún y Mérida.

De acuerdo con cifras de AMIC Dental, el tratamiento dental en México puede ser de un 30% a un 90% más económico que en Estados Unidos, Canadá o Europa.

El aumento económico que el turismo médico es muy importante para México y seguirá creciendo en los próximos años debido a que los tratamientos son muy caros.

Si bien el turismo médico dental se verá beneficiados, para los pacientes domésticos el panorama es otro, ya que 90% de los insumos de la industria dental en el país son importados, lo que eleva los costos para el mercado nacional.

El turismo médico puede ser entendido desde el punto de vista de la movilidad de los pacientes de la siguiente forma:

- Visitantes temporales en el extranjero. Son turistas que hacen un viaje al extranjero de corta duración para recibir algún tipo de atención médica que requiera poco tiempo de recuperación.

- Residentes de largo plazo. Son aquellos que deciden retirarse en comunidades del extranjero, entre sus consideraciones de movilidad se cuentan la seguridad, el clima, las distancias cortas a sus lugares de origen y los servicios de salud de calidad y a menor costo que puedan recibir en el extranjero.
- Habitantes fronterizos. Los residentes de las franjas fronterizas, de manera muy específica los estadounidenses que viven en ciudades a no más de 100 kilómetros de México suelen desplazarse a nuestro país para recibir atención médica que puede ser dental, cosmética o bariátrica.
- Pacientes enviados al extranjero. Son los pacientes que eligen ser tratados en el extranjero mediante aseguradoras o agencias de salud transnacionales con las que tienen un convenio; por lo regular optan por esta decisión luego de estar en largas listas de espera para recibir atención o por falta de especialistas o equipamiento en su país de origen (Arceo Real, et al., 2012).

### **Ineficiencia de producción de empleo**

En el caso de la formación de recursos humanos en odontología, México se encuentra ante un problema grave: aunque se han educado muchos profesionales dentales desde principios de la década de los setenta, esta nueva fuerza de trabajo no ha incidido positivamente en la salud bucodental de la población (Sanchez Rubio, 2012).

Son muchas las formas atípicas de relación laboral que tenemos y sobre las cuales una regulación es bastante difícil, precisamente porque quienes la celebran no tienen ningún interés en buscar una reglamentación.

Al examinarlas, no participan de los requisitos para recibir la denominación de “trabajo decente”. La nuestra es una sociedad subsidiada, y los beneficiarios difícilmente querrán salir de esa condición, porque les es muy benéfica. Preocupante, si y mucho, pues estamos generando una cultura de ocio y de conformismo, porque difícilmente saldrán de la condición de “Pobreza”, donde están cómodamente recibiendo toda clase de subsidios ,pero construyendo igualmente una sociedad conformista, que difícilmente va a crecer fijándose objetivos y metas (Monsalve, 2012).

### **4.3 Acciones de organismos Internacionales**

Son varios los mecanismos que se indican apropiados para combatir el desempleo, pero lo cierto es que ninguno de ellos ha sido plenamente eficaz habiendo hasta corrientes económicas que afirman que un desempleo residual permanente es conveniente para darle elasticidad a la económica.

Seguro de empleo: En los países industrializados que disponen de sistemas de seguridad social suficientemente organizados, el seguro de desempleo proporciona prestaciones económicas que mitigan sus efectos, pero en los de Latinoamérica donde generalmente se carece de medios apropiados para su eficaz funcionamiento se hace cuestionable su implantación.

En Venezuela por ejemplo se acordó la creación del seguro de paro forzoso, pero su difícil situación financiera ha impedido ponerlo en marcha. En España actualmente funciona un sistema asistencial de protección al desempleo que permite prolongar la asistencia a los desempleados después de haber terminado la protección del régimen contributivo. Este doble sistema (contributivo y asistencial ) también rige en otros países de Europa.

Igualmente existe e España los llamados fondos de promoción de empleados que tienen por objeto aumentar el monto de las prestaciones de desempleo, el periodo de duración de las mismas y anticipar la jubilación, a la vez que permiten que parte de esos recursos se destinen al pago de subvenciones a las empresas que empleen trabajadores incluidos en dicho sistema dándole así oportunidad a los desempleados para que se reincorporen a la actividad laboral (Garcia De Blas, 1986).

Independencia laboral : La protección a la propia autonomía profesional es lo que define centralmente las relaciones de los odontólogos con el estado. Por un lado se apela al estado tratando de erradicar prácticas alternativas. Por otro, se presiona y se enfrenta al mismo cuando aparecen medidas desde instancias estatales (Departamento Nacional de Higiene) que intentan ejercer un control sobre las condiciones del ejercicio de la profesión (Belmartino, 1988).

## **Empleabilidad**

Hilland y cols definen la empleabilidad como “capacidad individual para obtener un empleo inicial, mantenerlo, moverse entre puestos en la misma organización, obtener un nuevo empleo si se requiere e, idealmente, garantizar un trabajo adecuado.” Esta empleabilidad no es un producto, sino que se trata de un proceso en el que adquiere una relevancia primordial el proceso formativo. Este proceso formativo debe ser visto como una inversión en capital humano, tanto desde la perspectiva individual como colectiva. Por tanto la sociedad actual requiere de una continua inversión tanto de los individuos y sociedades en factores que incrementen la empleabilidad y faciliten por tanto las transiciones de los individuos en un mercado laboral cambiante (Hillage & Polland, 1998) .

Las políticas activas de mercado de trabajo (PAMT) abarcan una amplia gama de medidas relativas al mercado de trabajo que incluyen servicios, educación y formación para las personas subempleadas o desempleadas, así como iniciativas de creación de empleo tales como las descritas en la sección anterior en el contexto de las iniciativas a nivel microeconómico. Las PAMT son los instrumentos más frecuentemente utilizados para abordar el déficit de empleo de los jóvenes en general y, a través de programas específicos, de los jóvenes vulnerables.

En el Reino Unido, el programa “New Deal for Young People” ofrece un conjunto de servicios y asistencia para jóvenes de entre 18 y 24 años desempleados por lo menos durante seis meses<sup>46</sup> , que abarca la búsqueda de empleo, el asesoramiento y la orientación profesional, la enseñanza básica, la formación para adquirir calificaciones, la experiencia profesional u otras opciones de aprendizaje. Las colocaciones en puestos de trabajo están subvencionadas y se proporciona apoyo mediante actividades de seguimiento. Como resultado del New Deal, 518.200 jóvenes han conseguido empleo (OIT, 2005).



Uno de los esfuerzos hechos en nuestro país es el proyecto “Más y Mejores Empresas” , patrocinado por la comisión de empresarios jóvenes de la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX), que tiene por objetivo promover la capacidad empresarial entre los jóvenes a través de un programa de tutorías , el desarrollo de una guía informativa para iniciar un negocio; la creación de un portal en internet para los diferentes grupos de jóvenes empresarios y la organización de eventos y reuniones que se centran en el desarrollo de la iniciativa empresarial con la participación de empresarios jóvenes que ya hayan triunfado y superado las dificultades de iniciar una empresa.

Además de lo antes mencionado la Comisión ha establecido importantes alianzas con algunas de las universidades más destacadas de México, así como con otras organizaciones en países de América Latina y con la Organización de Estados Americanos y el Banco Interamericano de Desarrollo. Este proyecto enfocado en salud y en particular a los cirujanos Dentistas, sería muy fructífero para evitar el cierre o mal aprovechamiento de los recursos tanto humanos como insumos e instalaciones en lo que a Odontología se refiere. (Alianza Mundial de los Recursos Humanos en Salud, 2008).

Se reconoce en general que el creciente desfase entre la oferta de profesionales de salud y la demanda de sus servicios es un problema esencial de salud y de desarrollo en todo el mundo. Los políticos, los planificadores y los gestores siguen buscando medios eficaces para contratar y retener al personal. Un modo de conseguirlo consiste en preparar y aplicar planes de incentivos eficaces.

Una estrategia eficaz de recursos humanos abordará los tres problemas principales que son mejorar la contratación, mejorar los resultados de los recursos humanos actuales, y reducir el ritmo al que los trabajadores dejan los recursos humanos de salud . Los incentivos pueden cumplir una función en todos esos sectores, y constituir medios por los que los sistemas de salud pueden atraer y retener a profesionales de salud esenciales y muy demandados. Los planes de incentivos eficaces ayudan también a conseguir unos recursos humanos más motivados, más satisfechos y más eficientes (Alianza Mundial de los Recursos Humanos en Salud, 2008) .

## **Incentivos**

Los incentivos son medios importantes que las organizaciones pueden utilizar para atraer, retener, motivar y dar satisfacción a su personal y mejorar los resultados de éste. El empleo de los incentivos es generalizado en las organizaciones del sector público y del sector privado en todos los contextos laborales. Pueden aplicarse a las personas, a grupos de trabajadores, a equipos o a las organizaciones y pueden variar en función del tipo de empleador.

Los incentivos pueden ser positivos o negativos, financieros o no financieros, tangibles o intangibles. Los incentivos financieros son “pagos monetarios directos del empleador al empleado”, por ejemplo, los salarios, las bonificaciones y los préstamos. Los incentivos no financieros incluyen la concesión de autonomía en el trabajo, la flexibilidad de los horarios laborales y el reconocimiento del trabajo realizado (Caldwell & Kingma, 2007).

La Organización Mundial de la Salud da la siguiente definición de los incentivos: “toda recompensa o castigo que puede aplicarse a los dispensadores en relación con las organizaciones en que trabajan, las instituciones en que operan y las intervenciones concretas que dispensan” (World Health Organization, 2000) .

Se definen el incentivo como “un medio disponible que se aplica con la intención de influir en la disposición de los médicos y de las enfermeras a ejercer y mantener un esfuerzo para lograr las metas de la organización”. Definido con más precisión, un incentivo es “una recompensa financiera o no financiera, explícita o implícita, por realizar un acto determinado” . Puede considerarse también que los incentivos son los factores o condiciones de los entornos laborales de los financieros (Zurp, et al., 2005).

### **Tipos de Incentivos**

<b>Financieros</b>	<b>No Financieros</b>
Términos y condiciones de empleo: salarios/sueldo, pensión, seguros, primas, permisos pagados	Entorno de trabajo favorable: Autonomía y claridad de funciones, recursos suficientes, reconocimiento de trabajo, dirección favorable y estructura de iguales, carga y gestión de trabajo adecuada, seguridad laboral, representación y comunicación de empleados, permiso de maternidad/paternidad, Empleo sostenible
Primas por resultados. Consecución de los objetivos de resultados, años de servicio, ubicación o tipo de trabajo	Flexibilidad en los contratos de empleo: Horarios de trabajo flexibles, Interrupciones de carrera planificada
Otras ayudas financieras: Becas ,Prestamos	Apoyo al desarrollo profesional: supervisión eficaz, estructuras de instructores y de mentores, acceso / apoyo a la formación y capacitación, permisos sabáticos y de estudio.
	Acceso a servicios tales como los de : salud, cuidado de niños y escuelas, instalaciones de recreo, vivienda, transporte
	Recompensas Intrínsecas: Satisfacción en el trabajo , realización profesional, Compromiso con valores compartidos, ser miembro del equipo, pertenencia
(Alianza Mundial de los Recursos Humanos en Salud, 2008)	

Dentro de la parte de financiamiento, los incentivos financieros que se dan a los trabajadores de salud se dividen en tres categorías.

1. Salarios y condiciones básicos que se ofrecen al personal en relación con la descripción de su función y su clasificación laboral.
2. Primas o bonificaciones adicionales que están vinculadas con la consecución de los resultados, con el acceso al pago especificado de antemano evaluado de manera retrospectiva en el proceso de revisión o supervisión del personal.

3. Otros incentivos financieros que no estén directamente relacionados con los resultados de las tareas de las personas, por ejemplo el acceso a los servicios financieros o a las becas.

### **Salarios y condiciones**

El nivel de los salarios pagados a los trabajadores es un elemento crucial para que las personas consideren la posibilidad de una carrera profesional en la prestación de servicios de salud. Asimismo, es un medio importante para competir con otros posibles empleadores en los mercados nacional e internacional de trabajo.

Los principios de igualdad de oportunidades y de “salario igual por trabajo de igual valor” en el contexto nacional han demostrado ser importantes para la contratación/retención de los profesionales de atención de salud. Unos salarios y beneficios satisfactorios y la percepción de que los salarios son justos cuando se les compara con los de otros compañeros e iguales en el plano local favorecen la retención de los trabajadores de salud y hacen que disminuya la atracción de las oportunidades de empleo internacionales (Alianza Mundial de los Recursos Humanos en Salud, 2008).

### ***Pagos por resultados***

En algunos casos, las bonificaciones se pagan en forma de primas por un servicio adicional o por un servicio en un determinado tipo de trabajo o lugar. Estos mecanismos se han empleado ampliamente cuando ha habido un “fallo del mercado” en la distribución de los trabajadores de salud. En general, las bonificaciones son un medio para atraer a los trabajadores a ejercer su profesión en las zonas rurales, donde la falta de infraestructura organizativa y comunitaria, la fuerte demanda de servicios y la falta de oportunidades de avance profesional y de apoyos pueden actuar como factores que disuaden a los trabajadores de salud de ejercer allí su profesión (Kruger & Tennant, 2005)

### ***Otros incentivos financieros***

Los incentivos financieros pueden también adoptar la forma de subvenciones para transporte, alojamiento y otros gastos corrientes. Pueden ser especialmente eficaces en sectores en los que tales incentivos son escasos, o en los que han sido identificados como elementos especiales para la contratación y retención. Algunas veces, los incentivos financieros no monetarios pueden ser una opción más viable para las organizaciones, pues no influyen directamente en el flujo de caja.

### **INCENTIVOS NO FINANCIEROS**

La aplicación de sistemas de incentivos en la atención de salud se reconoce que los incentivos financieros no son, por sí solos, suficientes, para retener y motivar al personal. Esto conlleva a la utilización o apoyo de los incentivos no financieros que desempeñaran una función igualmente crucial.

Esto sucede tanto en los países bien dotados de recursos, en los que el personal puede mantener un elevado nivel de vida, como en las naciones relativamente pobres en recursos.

Las recompensas no financieras son especialmente importantes para los países y organizaciones en que lo limitado de la financiación restringe su capacidad para dar recompensas financieras. Sin embargo, los planteamientos no financieros requieren una importante inversión de tiempo y de energía, y un compromiso considerable en toda la organización o sistema de salud. Las pruebas de que “la aplicación eficaz de los incentivos no financieros está relacionada con:

- una adecuada planificación de las consultas;
- una planificación estratégica de largo plazo dentro de la planificación del sector de salud
- mecanismos de financiación sostenible, por ejemplo los presupuestos nacionales; y
- financiación por donantes y con cargo a los presupuestos nacionales por un método sectorial o con ayuda del presupuesto general, más bien que una financiación específica para cada proyecto”.

La aplicación eficaz de recompensas no financieras ha de armonizarse con los objetivos estratégicos, las normas y valores locales y personales y con las circunstancias. Si este sistema de valores no se reconoce, se corre el riesgo de enajenar a los profesionales de salud a los que se deseaba atraer, porque se crean un desincentivo y un efecto desmotivador. (Alianza Mundial de los Recursos Humanos en Salud, 2008)

Aun cuando se reconoce en general la importancia y el potencial de los incentivos no financieros, es importante señalar que es limitado lo que puede conseguirse sólo con esos incentivos no financieros.

### **Carrera y desarrollo profesional:**

Los profesionales de atención de salud valoran mucho lo siguiente: el acceso a la formación y capacitación oficial; la supervisión clínica y personal y la función de mentores; y una actitud positiva y de apoyo al aprendizaje y al desarrollo personal a todo lo largo de la vida. El desarrollo, la formación y la capacitación profesionales son motivadores y dan a los profesionales de salud una mayor confianza en su modo de realizar sus tareas.

El aprendizaje a todo lo largo de la vida, eficazmente utilizado, se alcanzan al mismo tiempo todas las metas personales y de la organización, pues se fomenta el desarrollo de las capacidades necesarias para dispensar unos cuidados más eficaces a los pacientes. Asimismo, comporta un beneficio personal permanente para los profesionales de salud, pues hace que aumente su valor en el mercado del trabajo.

La formación diseñada y preparada para alcanzar metas personales y de la organización ha de ser práctica y realista. Debe impartirse formación que aborde cuestiones de gran prioridad o importancia allí donde se precise para dispensar los servicios de manera segura y eficaz (Alianza Mundial de los Recursos Humanos en Salud, 2008).

## **Gestión del trabajo :**

Entre los profesionales de salud son frecuentes las cargas de trabajo pesadas e intratables. Ellas pueden contribuir a unos resultados deficientes, baja motivación y agotamiento; en definitiva, pueden ser causa de que los profesionales de salud dejen su empleo actual o abandonen el sector de salud.

Los métodos que se han aplicado para abordar los problemas de la carga de trabajo son, entre otros, los siguientes:

- Pagos por horas de trabajo extraordinarias, con lo que se compensa al personal por las horas adicionales trabajadas y concesión de incentivos a los empleadores para que distribuyan eficazmente el trabajo con el fin de evitar responsabilidades por mala gestión.
- Concesión de vacaciones, tiempo libre, o descanso inmediatos, que contribuyen a evitar el cansancio físico y mental haciendo que el personal aproveche sus derechos de vacaciones.
- Revisión y rediseño de las funciones y responsabilidades laborales para conseguir su mejor distribución posible entre los profesionales de salud y demás personal disponible.
- Regulación de manera oficial o extraoficial el número de horas seguidas que trabaja cualquier persona; y reducción del riesgo de que la fatiga dé lugar a unas decisiones deficientes, un aumento de los eventos desfavorables y una disminución de la seguridad de los pacientes (Alianza Mundial de los Recursos Humanos en Salud, 2008).

## **Disposiciones laborales flexibles**

Las disposiciones laborales flexibles pueden desempeñar una importante función de retención de los profesionales de salud. Entre esas disposiciones se incluyen la oferta de horarios de trabajo flexibles, vacaciones ampliadas o cambiadas (por ejemplo, periodos libres previstos durante las vacaciones escolares), y disposiciones que alienten a los profesionales de salud a volver a formar parte de los recursos humanos después de una interrupción de su carrera profesional. Esos planteamientos tienen especial importancia para los profesionales que equilibran sus compromisos laborales con sus deberes de cuidar a su familia restringida o ampliada, para quienes han dejado de formar parte de los recursos humanos por razones familiares u otras, y para los trabajadores de más edad que desean permanecer en activo pero quizá no pueden o no quieren desempeñar las mismas tareas o tener los mismos horarios de trabajo.

En algunos países, se considera que combinar la práctica pública con la privada es un medio por el que profesionales tales como los médicos o los dentistas pueden obtener ingresos adicionales.

## **FTurismo Dental**

Algunos países han puesto en marcha una serie de iniciativas para estimular y promover el desarrollo del turismo médico, con lo que han logrado ya un significativo avance en este sector para mantener empleos de los sectores turismo y salud y generar una derrama económica constante.

En América. Sin duda Costa Rica y México son los países más adelantados en esta actividad. La nación centroamericana ha logrado posicionarse como un destino seguro de descanso, disfrute de la naturaleza y atención médica, al contar con una cada vez más profesional plantilla de hospitales y especialistas en un sector privado que se ha organizado de manera muy eficaz con el gobierno. La promoción en este sentido ha sido fundamental para ubicar a este país como un paraíso natural, ecológico con una amplia selección de clínicas y hospitales para el tratamiento, intervención y convalecencia médica.

En México se aprobó diversas disposiciones a la Ley General de Turismo para que la Secretaría del ramo impulse esta actividad relacionada con las personas que viajan a México para recibir servicios, tratamientos o intervenciones médicas. Se afirmó que con ello los servicios de salud podrían generar empleos para el país, ya que existe un potencial de seis millones de personas en busca de estos servicios a un mejor costo. Se expuso que México ocupa el lugar cuatro de 25 en América superando a Costa Rica y Brasil. El país ha subido ocho lugares en la comparación a nivel mundial de 2009 al 2011, ocupando el lugar número 43 (Arceo Real, et al., 2012).

### **4.4 Prospectiva**

Es cierto que crear empleos en México requiere de un crecimiento económico mayor al registrado y de una estructura económica intensiva en trabajo. Pero sus logros respectivos han sido insuficientes debido a la falta de inversión, el efecto de la tecnología con la sustitución del trabajo y por la incompreensión de los tipos y la magnitudes del desempleo

Si el ideal es el empleo decente, mismo que la organización Internacional del Trabajo (OIT) identifica como “un trabajo productivo con una remuneración justa, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas para el desarrollo personal y la integración social”, entonces el empleo formal, con prestaciones, sería su equivalente en México. Aunque la seguridad social es la prestación básica, aquí se considera como empleo informal al que carece de aquella.

Dentro de los retos propuestos en los rubros anteriores algunos caen dentro del terreno de lo legislativo, o lo legal, inclusive son tema para otra investigación más exhaustiva pero cabe la pena mencionarlos y aunque sea de una manera muy rápida y hasta de cierto modo superficial, ya que si no se menciona o se tienen presente no se puede tener la visión completa de la situación, o entender el panorama actual. El desafío laboral más urgente que enfrentan los gobiernos es aumentar las oportunidades para que estas personas se comprometan con un trabajo productivo y ganen un salario decente.

Las categorías de subempleo, precariedad, informalidad y empleo por cuenta propia suelen estar entrelazadas por lo que muchas veces afectan al mismo grupo de individuos

Los indicadores de desempleo, subempleo y desperdicio laboral construidos por Nigenda y cols. utilizando información recolectada por la Encuesta Nacional de Empleo y Ocupación (ENEO) durante el periodo 2008-2012 son una muestra de la como a partir de las bases de datos pueden ser usados como base para edificar nuevos indicadores con la información del último censo orientado al recurso Odontológico. Las formulas que son las siguientes:

a) Desempleo (D)

$$D = \left[ \frac{\text{Desempleados}}{\text{empleados} + \text{no empleados en el sector} + \text{desempleados}} \right] \times 100$$

b) Subempleo (S)

$$S = \frac{\text{Subempleados}}{\text{empleados} + \text{no empleados [en el sector} + \text{desempleados}]} \times 1000$$

c) Desperdicio laboral (DL)

$$DL = \frac{[(\text{Desempleados} + \text{labores domésticas} + \text{en actividad laboral fuera del sector}) / (\text{total de egresados} - \text{estudiantes} - \text{inactivos no disponibles})] \times 1000}$$

(Nigenda, et al., 2016)

### **Extinción de la profesión?**

En los planes, sectoriales, distritales y hasta estatales se tiene contemplado el apartado a la salud bucodental así como la reducción de sus índices en el ámbito de caries y enfermedades periodontales, apostando a la prevención, (que indudablemente resulta, más económica ) que a la curación y resolución de problemas de salud, es decir, sale más barato prevenir que tratar a una enfermedad ya presente, lo que se ha vuelto una máxima en toda la rama medica en los últimos años.

Pero en la actualidad las plazas en el sector público por alguna contradicción se han ido reduciendo con los años, además de que el servicio se limita a las actividades más elementales por no decir, económicas, siendo estas las mutilatorias.

Esto sumado al casi colectivo de la población cuyo pensamiento recae en que se ahorra de cierto modo al no acudir al Médico (ya sea general, Dental, Nutriólogo, etc.) trae la disparidad entre el público objetivo y la cobertura de necesidades, que no son atendidas por lo que directamente se ve afectada la situación laboral y monetaria del profesional de salud al no verse involucrado o mejor dicho no haber comenzado un trabajo con el potencial Cliente/ paciente.

El acudir a un consultorio no tendría que ser un procedimiento funesto o problemático para el que solicita el servicio pero al acudir en una condición donde no hay una solución satisfactoria o el problema ya no se puede reducir solo delimitar da como

resultado una visita insatisfactoria, dolorosa, así como más costosa en términos monetarios.

Las escuelas formadoras de Cirujanos dentistas a su vez han educado un número superior de los requeridos en la actualidad las plantillas dentro de las facultades presentan un número que excede a los necesarios, y a los requeridos provocando una sobrepoblación en el mercado de trabajo trayendo consigo una disminución del empleo al haber menos demanda. Contradictoriamente y respecto al número de Odontólogos por cada 10 000 habitantes no se han cubierto las necesidades básicas bucodentales de la población, prevaleciendo las lesiones cariosas y los problemas periodontales.

Esta problemática que recae en los hombros de las escuelas y los cuerpos colegiados de las mismas, encargadas tanto de ver los contenidos temáticos, como el número de matrículas proporcionadas, tendría que abordarse en pos de reducir el número de Ingresos para asegurar que los estudiantes egresen en tiempo y forma con las aptitudes, capacidades y competencias para afrontar al mundo laboral y las necesidades del medio. La reducción no representa una restricción o un alejamiento para los aspirantes, sino una oportunidad para formar profesionales de calidad en lugar de cantidad con escasa calidad.

Los incrementos en la producción de médicos, enfermeras y otros profesionales deben ser cuidadosamente planificados tomando en consideración como un criterio de producción los indicadores de desperdicio del mercado

Los recursos Humanos son y serán el elemento fundamental para la prestación y supervivencia de un servicio. Aun en los países más avanzados (por no mencionar la economía en “desarrollo”)y mejor dotados de recursos, monetarios , tecnológicos e ideológicos las interacciones entre los profesionales de la salud y sus pacientes se sitúan en el núcleo de la prestación de servicio. Por lo que respecta a gastos y los costos de personal son predominantes en los gastos de salud pública y la relación de escases y saturación de profesionales de la salud se vuelve una amenaza real y directa para el desarrollo de los servicios de atención en la salud y el mantenimiento de la prestación de estos.

Abordamos a los incentivos tanto financieros como no financieros como un instrumento de la administración que si bien no se ha utilizado adecuadamente en proporción y frecuencia , es un apoyo para fomentar el desarrollo y sostener unos recursos humanos con las experiencias y capacidades necesarias para brindar los cuidados requeridos. Para que funcionen adecuadamente se requiere por no decir es indispensable que exista voluntad política y un trabajo comprometido y constante, sino que los interesados reconozcan el compromiso, las capacidades y los beneficios para la salud ,que aportan los profesionales de salud en todo el mundo.

El elemento activo más valioso de un servicio de salud es su personal, la aplicación, afianzamiento y adaptación de un conjunto de incentivos eficaces representa una inversión en la que todos salen beneficiados en la cual ese activo vital puede fomentarse desarrollarse y lo más importante protegerse.



## MATERIAL Y METODOS

Basados en una revisión y análisis documental de la información brindada por los sistemas de recopilación de datos INEGI y de su encuesta tomando en cuenta 5 factores

- El número de Odontólogos totales en México
- Personas en situación de desempleo y subempleo
- Personal odontológico que labora en establecimientos particulares
- Personal odontológico en instituciones públicas de salud
- los indicadores seleccionados en Instituciones públicas de salud Tasa de odontólogos por cada 1000,000 habitantes.

Todos estos datos tomando en cuenta tres periodos históricos, 2000, 2010 y 2013 siendo este el último censo registrado.

El Personal médico odontológico en instituciones públicas de salud por entidad federativa refiriéndose al total en los Estados Unidos Mexicanos en el año 2000 presento 8921 , durante el año 2010 10279 y respecto al año 2013 , 10742 habiendo un incremento del 20 % del año 2000 al 2014.

---

### **Personal médico odontológico en instituciones públicas de salud por entidad federativa relativo a los Estados Unidos Mexicanos**

<b>Año 2000</b>	8921
<b>Año 2010</b>	10279
<b>Año 2013</b>	10742

El Personal médico odontológico en instituciones públicas de salud por entidad federativa relativo a la Ciudad de México en el año 2000 presento 1800, durante el año 2010 1352 y respecto al año 2013 1426, habiendo un decremento del 25 % del año 2000 al 2014.

---

### **Personal médico odontológico en instituciones públicas de salud por entidad federativa relativo a la Ciudad de México**

<b>Año 2000</b>	1800
<b>Año 2010</b>	1352
<b>Año 2013</b>	1426

Sobre las consultas externas otorgadas en instituciones públicas de salud por entidad federativa según tipo de consulta , en el rubro odontológico en la ciudad de México , en el Año 2000 se brindaron 1 ,956 ,214 consultas ,en año 2012 se dieron 1 ,633 ,351 y en el año 2013 1 ,750 ,491 consultas.

---

### **Consultas externas otorgadas en instituciones públicas de salud por entidad federativa según tipo de consulta , en el rubro odontológico en la ciudad de México**

<b>Año 2000</b>	1956 214 Consultas
-----------------	--------------------

<b>Año 2012</b>	1633 351 Consultas
<b>Año 2013</b>	1750 491 Consultas

Los Indicadores seleccionados en instituciones públicas de salud por entidad federativa Odontólogos por cada 100 000 Habitantes en la Ciudad de México durante año 2000 20.1 odontólogos por cada 100 000 habitantes en el año 2012 15.2 y en el año 2013 16 por cada 100 000 habitantes. Habiendo un decremento del 20 % respecto del 2000 al 2013.

Nota: Los indicadores de salud están calculados con la población proyectada a mitad de año por CONAPO. Fuente: Para 2000: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios, 2000. México, DF, 2001. Para 2012 y 2013: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos Físicos, Materiales y Humanos, 2012 y 2013. México, DF. SSA. Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos (varios años). México, DF. INEGI. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2015.

Sobre el personal médico en nómina que labora en establecimientos particulares de salud por entidad federativa según especialidad en el rubro Odontológico en la ciudad de México en 2013 resulto 90 y en el año 2014 91 mientras que el total en México es de 242.

<b>Personal médico en nómina que labora en establecimientos particulares de salud por entidad federativa según especialidad en el rubro Odontológico en la ciudad de México</b>	
<b>Año 2013</b>	90
<b>Año 2014</b>	91
<b>En todo México</b>	242

Las consultas externas en establecimientos particulares de salud por entidad federativa según tipo de consulta en el año 2000, 2013 y 2014 reflejan que se dieron 290 724 en *todo México en el 2000 se proporcionaron 80 934 de consultas ,en 2013 fueron 56 368 de consultas y en 2014 un total de 41 971 consultas.*

<b>consultas externas en establecimientos particulares de salud por entidad federativa según tipo de consulta</b>	
<b>Año 2000</b>	290 724
<b>Año 2013</b>	80 934
<b>Año 2014</b>	56 368

Año	Tasa de odontólogos por 1000,000 habitantes	Población Totales	No de Odontólogos
2000	<b>95.93</b>	<b>97,483,412</b>	<b>93,517</b>
2010	<b>134.97</b>	<b>112,336,538</b>	<b>151,622</b>
2013			

*Fuente: INEGI, Censo General de Población y Vivienda, 1970, 1990, 2000, 2010. SEP. Dirección de Autorizaciones y Registro General de Profesiones, marzo 2012.*

## **Metodología**

### **Estudio exploratorio/ descriptivo**

#### **Variables Dependiente:**

- Subempleo: Aquella parte de la población respecto a la población ocupada que al momento de la encuesta manifestó la necesidad y la disponibilidad para trabajar más horas que las de su ocupación actual le permite. :  
Variable cualitativa – nominal: SI/NO. En el estudio se determinó, si hay o no hay relación laboral considerando la presencia de ésta, cuando al momento de la encuesta.
- Desempleo: o desocupación porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra sin trabajar.  
Variable cualitativa – nominal: SI/NO. En el estudio se determinó, si hay o no hay relación laboral considerando la presencia de ésta, cuando al momento de la encuesta.
- Pluriempleo: Se entiende por pluriempleo la situación del trabajador por cuenta ajena que preste sus servicios en dos o más empresas distintas, o bien, en dos o más actividades que den lugar a su inclusión en un mismo Régimen de la Seguridad Social.

#### **Variables Independientes:**

- Sexo: Variable cualitativa- nominal. Hombre/ Mujer
- Edad: Variable cuantitativa- nominal.
- Escolaridad : Variable cualitativa – nominal. , Licenciatura, Posgrado, etc.
- Estado civil: Variable cualitativa nominal

## **Muestreo**

El tipo de muestreo es no probabilístico, ya que no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegido. Se seleccionan a los sujetos siguiendo determinados criterios procurando que la muestra sea representativa es decir, por contener las características poblacionales y que contengas las variables de estudio.

## **Tipo de Estudio**

### **Descriptivo, prospectivo y transversal.**

Al ser un estudio descriptivo nuestra finalidad será el tratar de describir las características más importantes de nuestro objeto de estudio (relación sub, pluri, desempleo con la labor odontológica) con respecto a su aparición y comportamiento, adicionalmente describir las maneras o formas en que éste se parece o diferencia de

él mismo en otra situación o contexto dado, dejándonos así una aproximación para próximas investigaciones. Para lograr las metas propuestas, se diseñó y se realizó un estudio transversal muestral de odontólogos que acuden al “deposito dental”.

La finalidad es conseguir en un momento dado una visión global de la práctica odontológica entre las personas asistentes al “deposito dental” detallando las características y factores relacionados con ella, a la vez que se detalla la práctica de la misma. Por otra parte se pretende profundizar la posible relación entre las diversas variables y su situación laboral.

El porqué de la selección del depósito dental ubicado en la Calzada de Tlalpan # muy próximo a la línea del Transporte Colectivo Metro número 2 estación villa de Cortez radica en que cumple con las características poblacionales así como su función de distribuidor de material dental que hace que la comunidad odontológica se reúna para abastecerse de material así como más fines, su localización, precios, y prestigio que le precede son factores para considerarlo un punto representativo del gremio dental.

Tamaño de la muestra: 270 odontólogos serán seleccionados con un nivel de confianza de 95%, un error de muestreo de 0.05 y una probabilidad de ocurrencia de 0.50 ocurrencia del total de Odontólogos residentes de la ciudad de México; el cual es 1,128,147 según fuentes de la Asociación Dental Mexicana.

Formula de proporciones (Lind, et al., 2012)

$n = \frac{Z^2 p q}{E^2}$	$n$ es el tamaño de la muestra
	$Z$ es el nivel de confianza
	$p$ es la variabilidad positiva
	$q$ es la variabilidad negativa
	$E$ es la precisión o error

Z= 1.645

E= 0.05

p = 0.5

$n = 1.645 \times 0.5 \times (1-0.05) / (0.05)^2$

q =1- 0.5

$n = 676506.25 / 0.0025 = \mathbf{270}$

Tamaño de la muestra: 270 odontólogos, misma que se conformara de todos aquellos que acuden al “deposito dental”.

### Cronograma de Trabajo

Para que la muestra fuera representativa se tomaron las muestras en diferentes horarios haciendo la división particularmente en Vespertino y Matutino y repartiéndolos en un lapso de 14 días tomando 20 muestras, encuestando 20 individuos por día, los días de recolección, del mes de Julio, fueron escogidos tomando en cuenta el calendario de la mayoría de escuelas de odontología donde se

encontraban en periodo vacacional, asegurando o al menos disminuyendo el índice de estudiantes que pudieran sesgar la muestra. Además de lo anterior se destaca que los días van de lunes a sábado

**Tabla 1. Cronograma de trabajo**

	<b>DIAS</b>	<b>Turnos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Total</b>
<b>JULIO</b>				
<b>14</b>	1°	Matutino	20	20
<b>15</b>	2°	Vespertino	20	40
<b>17</b>	3°	Matutino	20	60
<b>18</b>	4°	Vespertino	20	80
<b>19</b>	5°	Matutino	20	100
<b>20</b>	6°	Vespertino	20	120
<b>21</b>	7°	Matutino	20	140
<b>22</b>	8°	Vespertino	20	160
<b>24</b>	9°	Matutino	20	180
<b>26</b>	10°	Vespertino	20	200
<b>27</b>	11°	Matutino	20	220
<b>28</b>	12°	Vespertino	20	240
<b>29</b>	13°	Matutino	20	260
<b>31</b>	14°	Vespertino	10	270

**Criterios de inclusión:**

- Personas odontólogos que acuden al “deposito dental en la cercanía de villa de cortes” siendo activos
- Personas residentes de la ciudad de México. Ser titulados
- Personas dentro de rango de edad que se considere económicamente activo.

**Criterios de Exclusión**

- Personas fuera del rango de edad que no se consideren económicamente activas
- Estudiantes (Egresados o no titulados )
- Personas que no accedan a contestar el cuestionario

Período de estudio: del 14 de Julio de 2017 al 31 de Julio de 2017

- Selección de la muestra: se obtuvo de personas tituladas estomatólogos, odontólogos, Licenciados en odontología o símiles cuya curricula concuerde con la carrera y desempeño de trabajo que cubren los profesionales de la salud encargados del sistema estomatognático que acuden al “deposito dental ” por cualquier motivo.

## RESULTADOS

A continuación se describe los resultados obtenidos en la presente investigación. Para una mayor descripción y abordaje visual se utilizan gráficas y tablas de las características de la muestra, lo obtenido a partir de la recolección de datos, a través de las preguntas referentes a su empleo, ocupación, horas de trabajo, satisfacción y los análisis estadísticos correspondientes.

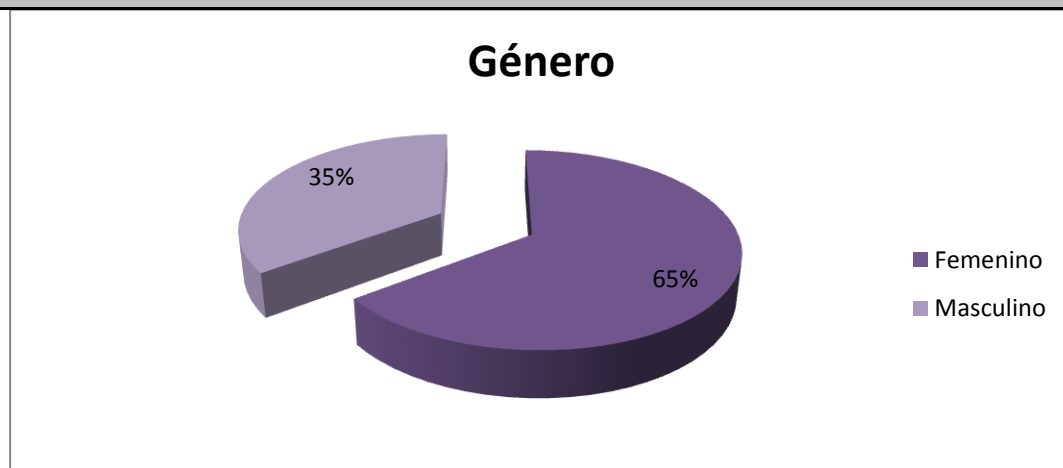
### Descripción de la muestra

La muestra estuvo constituida por 270 profesionales de la salud encargados de la salud buco dental, titulados que acudieron al depósito dental por cualquier aparente que fueran residentes de la ciudad de México

Dentro de la recolección de datos se omitió a aquellos que no fueran titulados (ya sea egresados no titulados o estudiantes), residentes de otra entidad de la república Mexicana (o inclusive de otra nacionalidad) así como profesionistas, empleados o empleadores cuya formación no tuviera que ver con la rama odontológica.

### Gráfica 1. Género de los encuestados

Género	Frecuencia de clase
<b>Femenino</b>	175
<b>Masculino</b>	95
<b>Total de la muestra</b>	270



En cuanto a la muestra en general se tiene que el 65% (representa 175 de las muestras) de sexo femenino y el 35% (95 de las muestras) eran de sexo masculino, mostrándose en la figura 1.

Del total de la muestra 126 estaban en un intervalo de 22 a 32 años, 77 se encontraban en un intervalo de 32 a 42 años, 30 en el intervalo de 42 a 52 años, 29

en un intervalo de 52 a 62 años, solo 6 en un intervalo de 62 a 72 años, y por ultimo 2 se encontraron en el grupo de 72 a 82 años.

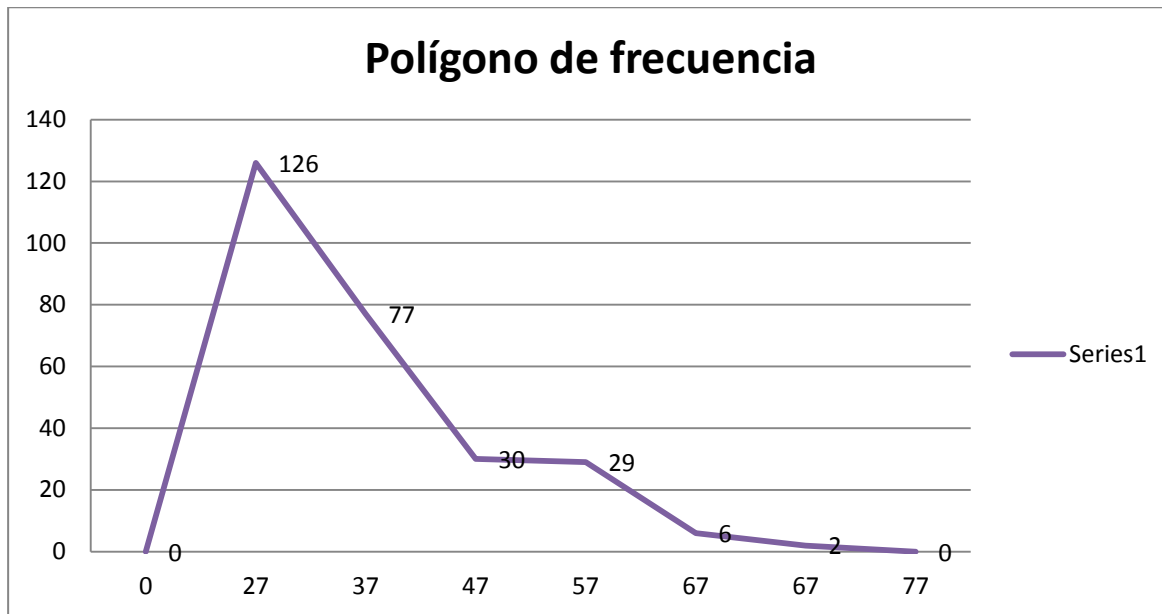
**Tabla 2 .**

**Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de la variable edad**

<i>Edad</i>		
<b>Media</b>	Valor promedio	37
<b>Error típico</b>		0.7
<b>Mediana</b>	Valor central de la Muestra	33
<b>Moda</b>	Valor de mayor frecuencia	26
<b>Desviación estándar</b>	Diferencia promedio de los valores con respecto a la media aritmética (expresada en valores absolutos)	12
<b>Varianza de la muestra</b>		130
<b>Curtosis</b>	Concentración que existe de los datos	0.3
<b>Coefficiente de asimetría</b>	Asimetría positiva	1.05
<b>Rango</b>	Recorrido (valor máximo menos el mínimo)	51
<b>Mínimo</b>	Valor más pequeño	22
<b>Máximo</b>	Valor más Alto	73
<b>Suma</b>	Suma aritmética de los valores	9902
<b>Cuenta</b>		270

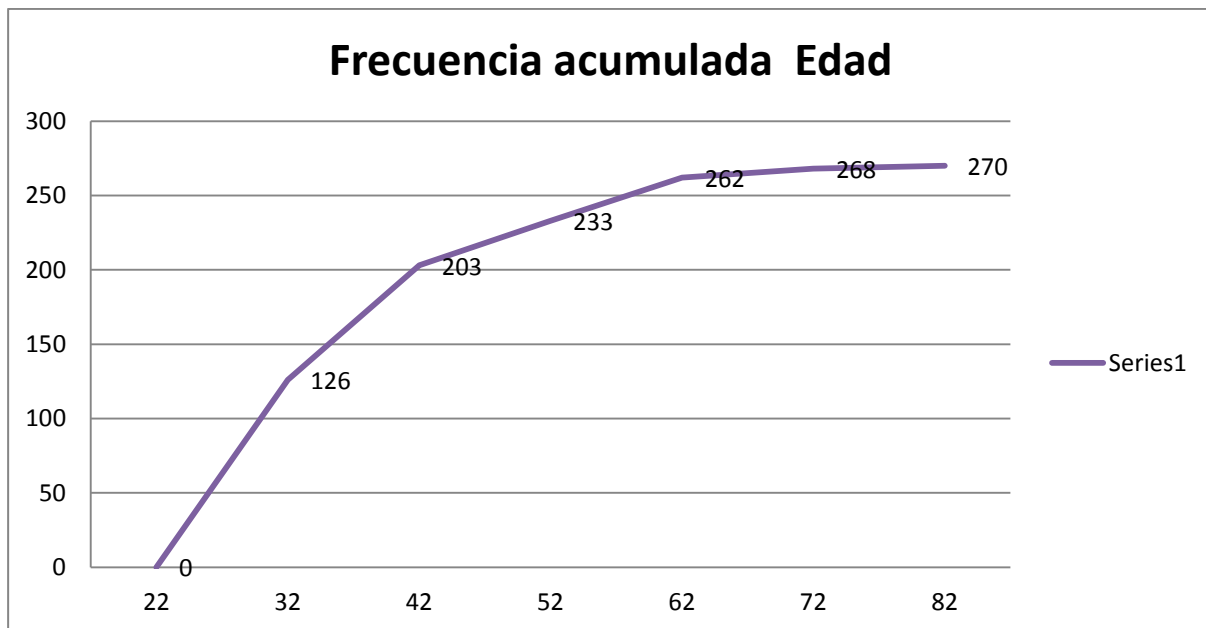
**Gráfico 2 Frecuencia de edad**

Se encontró una frecuencia mayor de 126 individuos que tienen una clase de 27 a 37 años de edad y en disminución progresiva con 77 sujetos dentro de la edad de 37 a 47 años manteniéndose estable en lo que respecta a los 47 a 57 años y de 57 a 67 y solo 2 casos de 67 a 77 años



De igual forma vemos como la ojiva de frecuencia acumulada se eleva a partir de los 22 años que es la edad mínima encontrada y se estanca por las 260 muestras respecto a la edad al encontrarse menos casos que caían en esos rubros.

**Gráfica 3 Ojiva de frecuencia acumulada de la variable edad**

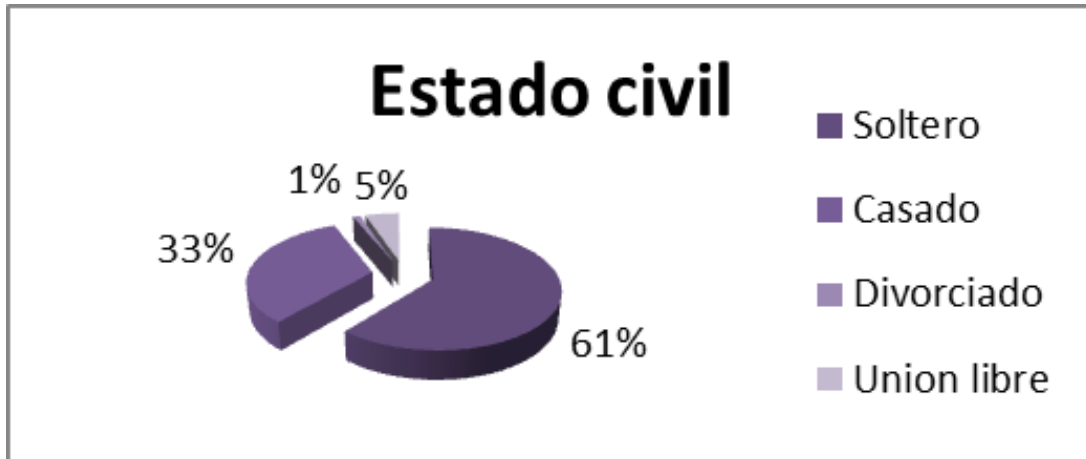


Respecto al estado civil, se encontró que la mayoría se encuentra en la condición de Soltero con el 61% (165), el 33% (88) pertenece al rubro Casado, el 5% a Unión Libre (14) y por último el 1% a la parte de divorciado (3).



Estado civil	Frecuencia	De clase
<b>Soltero</b>	165	
<b>Casado</b>	88	
<b>Divorciado</b>	3	
<b>Unión libre</b>	14	
<b>Total</b>	270	

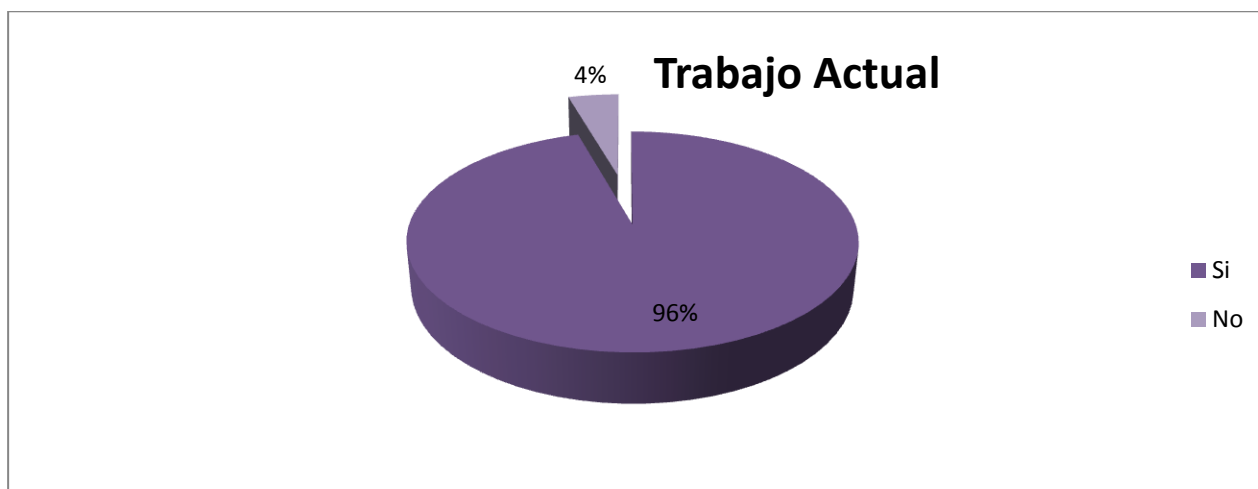
**Gráfica 4 Estado Civil**



Como se observa, el 61% de los encuestados tienen un estado civil soltero, 33% son casados 1% divorciado y el 5% viven en unión libre.

Tabla 4	Frecuencia	de clase
Trabaja actualmente		
<b>Si</b>	260	
<b>No</b>	10	
<b>Total</b>	270	

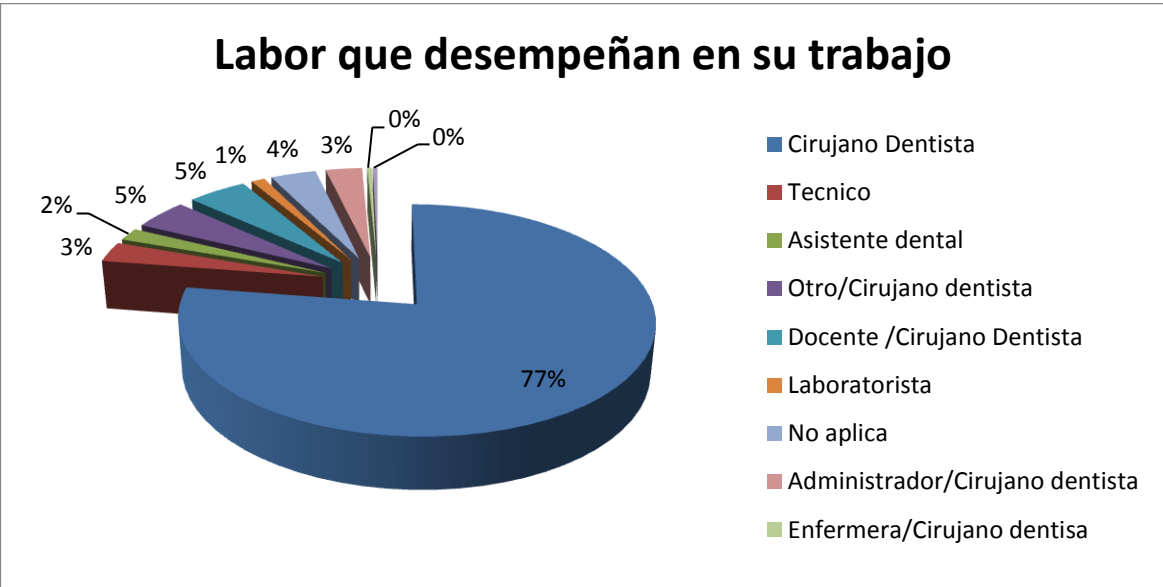
**Gráfica 5 Trabajo Actual**



En lo que concierne a la pregunta sí “Trabaja actualmente”, la gráfica 4, de los 258 encuestados, el 96% de la muestra refirió Sí estar trabajando, ya sea autoempleados o mediante algún contrato; en contraste con esto sólo 12 de los encuestados o sea es decir el 4% de la muestra no se encuentra laborando actualmente.

Labor que desempeñan	Frecuencia de clase
<b>Cirujano Dentista</b>	209
<b>Técnico</b>	8
<b>Asistente dental</b>	5
<b>Otro/Cirujano dentista</b>	12
<b>Docente /Cirujano Dentista</b>	13
<b>Laboratorista</b>	3
<b>No Aplica</b>	10
<b>Administrador/Cirujano dentista</b>	8
<b>Enfermera/Cirujano dentista</b>	1
<b>Representante medico</b>	1
<b>Total</b>	270

**Gráfica 6 Labor que desempeñan en su trabajo**

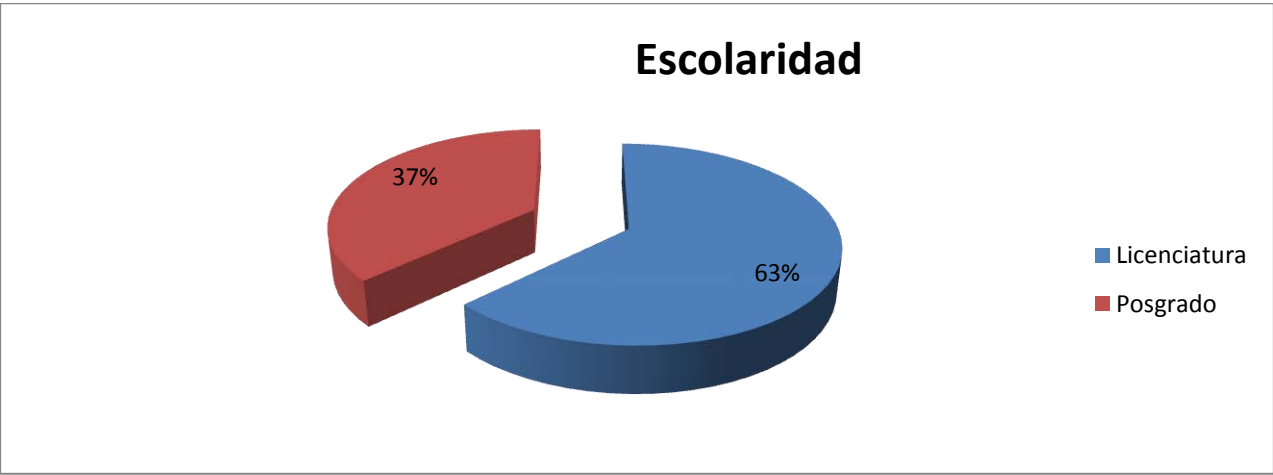


Referente al rubro de la ocupación se encontró que el mayor abanico de características siendo la que tiene un mayor porcentaje la que desempeñan como Cirujano Dentista con un 77% (209 de las muestras) solo ejerciendo su profesión, de aquí se desprenden los demás porcentajes ya que desempeñan otras labores como técnico dental con 3% (8) ,Asistente Dental con 2% (5) Laboratorista 1 % (3) y un menor porcentaje de representante medico 0.05% (1) , sumado a lo anterior hayamos que además de la carrera base y ejercerla tienen otro empleo que apoya o es su ingreso principal como lo es la docencia con 5% (13), otro que no tiene que ver en nada con la carrera con 5% (12) cabe señalar la disparidad.

**Tabla 6. Nivel de escolaridad**

Escolaridad	Frecuencia de clase
<b>Licenciatura</b>	170
<b>Posgrado</b>	100
<b>Doctorado</b>	0
<b>Total</b>	270

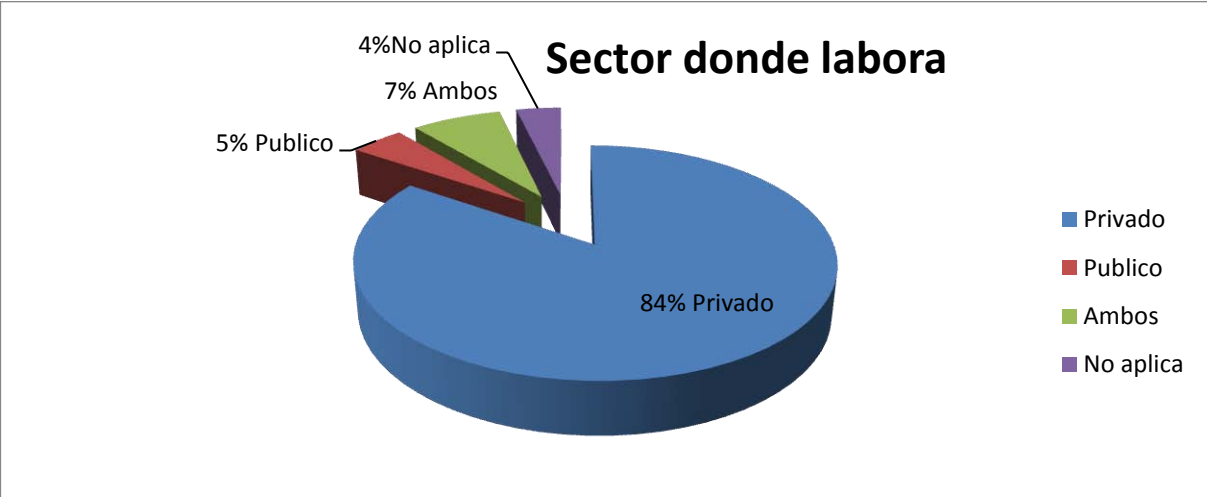
Gráfica 7. Nivel de escolaridad



En cuanto a la escolaridad el 63% (170) poseen solamente la Licenciatura y el 37% (100) un Posgrado, ya sea Maestría o Especialidad, no se consideraron Diplomados o cursos por no tener un valor curricular ni posesión de grado y como curiosidad no fueron encuestados ninguno que hubiera alcanzado el grado de Doctorado

Tabla 7	Frecuencia de clase
Sector donde labora	
<b>Privado</b>	228
<b>Publico</b>	12
<b>Ambos</b>	20
<b>No Aplica</b>	10
<b>Total</b>	270

**Gráfica 8 Sector donde se labora**



Respecto al sector donde labora se encontró el más alto porcentaje en el sector privado con 84% (228) en el sector publico 5% (12) el porcentaje que trabaja en ambos 7 % (20) y los que no aplican al no trabajar con 4% (10)

Horas trabajadas al día	Frecuencia de clase
<b>3 a 5 horas</b>	65
<b>6 a 7 horas</b>	65
<b>8 horas</b>	30
<b>Más de 8 horas</b>	100
<b>No Aplica</b>	10
<b>Total</b>	270

**Gráfica 9 Horas trabajadas al día**

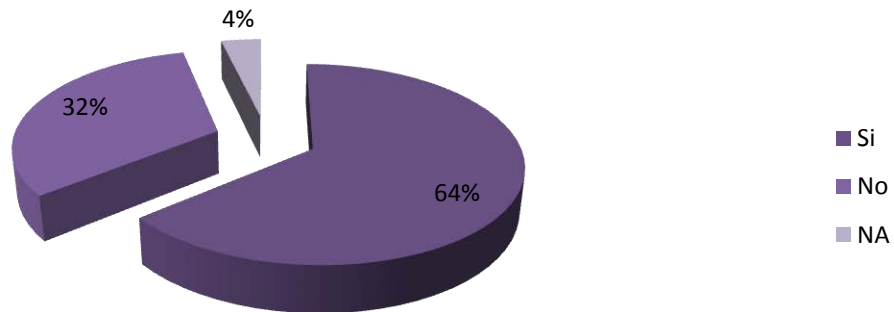


Tratando sobre las Horas trabajadas al día encontramos que el porcentaje que trabaja de 3 a 5 horas al día fue de 24% (65) los que trabajan de 6 a 7 horas de 24% (65) , los que trabajaban 8 horas 11% (30) , aquellos que trabajan más de 8 horas 37%(100), aquellos que no trabajaban ( o no aplicaron a este rubro ) con un 4% (10).

Estaría dispuesto a trabajar más horas al día	Frecuencia de clase
<b>Si</b>	173
<b>No</b>	87
<b>No Aplica</b>	10
<b>total</b>	270

**Gráfica 10. Disposición a trabajar más horas al día**

### Disposición a trabajar más horas al día



En lo que respecta a la Disposición a trabajar más horas al día (por consiguiente un aumento en las horas a la semana) con el fin de ser mejor remunerado encontramos que el 64 % (174) menciona que sí estarían dispuestos a trabajar más horas para ser mejor pagados, el 32 % (87) dijeron que no estarían dispuestos a trabajar más horas al día, mientras el 4% (10) que no aplica al no estar laborando.

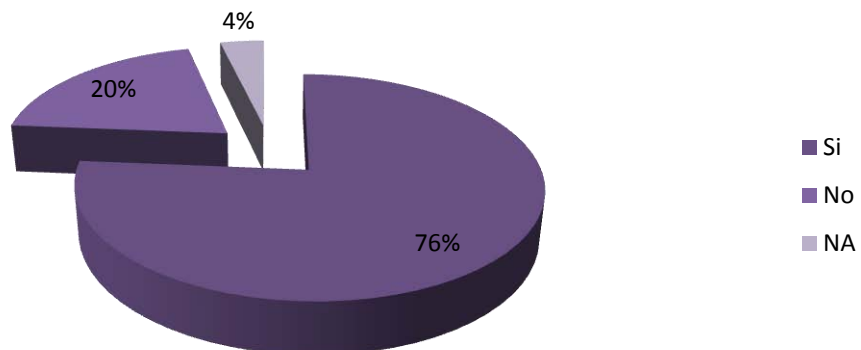
Tabla 10

Satisfecho con las horas y remuneración obtenido	Frecuencia de clase
<b>Si</b>	206
<b>No</b>	54
<b>No Aplica</b>	10
<b>Total</b>	270

Gráfica 11.

### Satisfacción de Horas trabajadas y remuneración económica obtenida

#### Satisfacción horas /remuneración obtenida

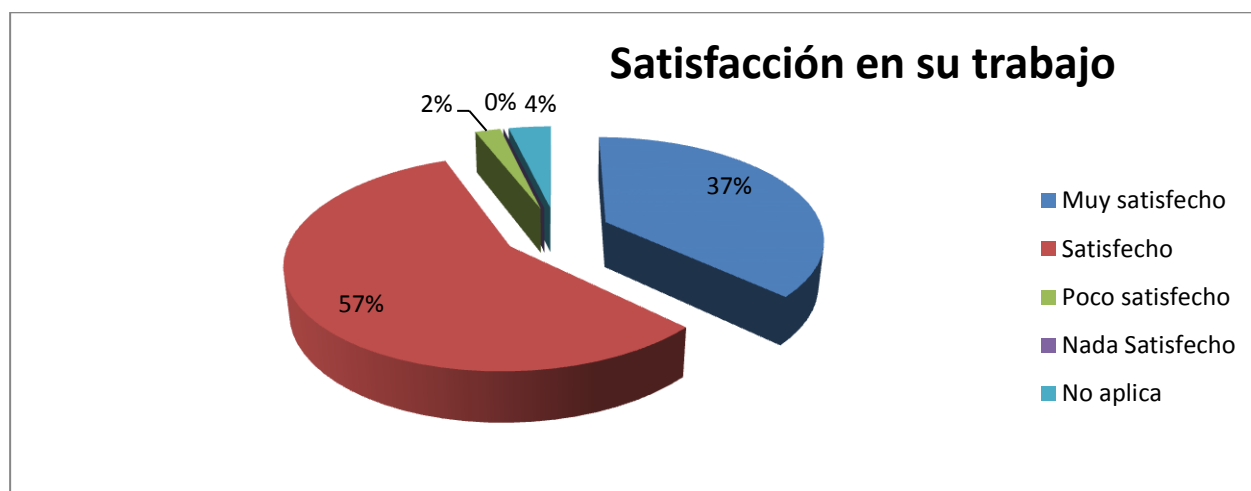


Para medir la Satisfacción con las horas trabajadas y remuneración económica obtenida por ellas reflejo que 76% (206) Si se encuentra satisfecho con la relación horas/ remuneración económica mientras que el 20% (57) no se encuentra satisfecho

con lo obtenido en la jornada de trabajo, el 4% (10) no aplica por la falta de empleo y por consiguiente no haber pago por trabajo.

Tabla 11	
Se encuentra satisfecho con su trabajo	Frecuencia de clase
<b>Muy satisfecho</b>	100
<b>Satisfecho</b>	154
<b>Poco Satisfecho</b>	6
<b>Nada Satisfecho</b>	0
<b>No Aplica</b>	10
total	270

**Gráfica 12 .Satisfacción en el trabajo**

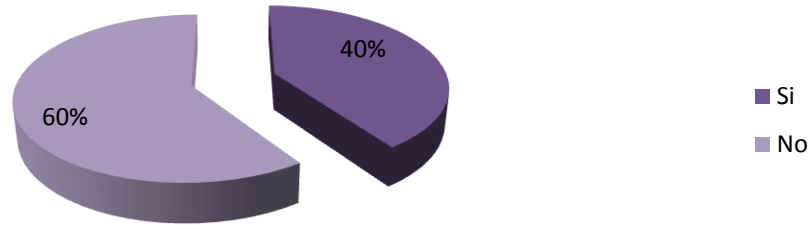


Para medir el grado de Satisfacción con su trabajo dió como resultado que el 37% (100) dijo estar muy satisfecho con su empleo, 57% (154) mencionó estar satisfecho con su labor diaria, 2% (6) dijo estar poco satisfecho con su trabajo mientras 4 % (10) igualmente no se encuentran trabajando por lo que no es representativo.

Tabla 12	
Ha realizado otra actividad fuera de su formación profesional que represente un ingreso	Frecuencia de clase
<b>Si</b>	109
<b>No</b>	161
<b>Total</b>	270

**Gráfica 13. Ha realizado otra actividad fuera de su formación profesional que represente un ingreso**

## Realizado otra actividad fuera de su formación profesional



La gráfica anterior muestra si ha realizado alguna otra actividad fuera de su formación profesional mencionando que el 60 % (161) no ha realizado otra actividad fuera de su formación profesional y el 40 % (109) si ha realizado ninguna actividad fuera de su formación profesional.

### RECOMENDACIONES

Concluida la exposición temática del presente trabajo corresponde emitir las recomendaciones que surgen de manera lógica de todo lo anteriormente planteado, observado y estudiado, todas ellas enfocadas a el sector privado aunque con correspondencia agregada al sector publico debido a la posibilidad de brindar los medios y facilidades deseando que sean de verdadera utilidad para reorientar y eficientar los recursos humanos en materia Odontológica.

#### Por parte de las Instituciones Formadoras

- Reducir el número de ingresos a las facultades de estudio para formar un menor número de Dentistas pero aumentando en competencias y para así proveer a la población profesionales mejor preparados en calidad así como listos a enfrentarse al entorno Mexicano.
- La creación o ampliación de bolsas de trabajo para los recién egresados; se sabe que existe la bolsa de trabajo por parte de las universidades pero en el anexo referente a los cirujanos dentistas es escasa por no decir inexistente por lo que hacer convenios con instancias de gobierno, particulares u otros sector para formar interinatos o pasantías para colocar al recién egresado al entorno laboral , ya dependiendo de este y los contratantes el seguir con el servicio o prescindir de sus servicios.
- Alentar a todas las facultades de odontológica a que desarrollen programas de investigación (científica, educativa y social). Garantizar un sólido vínculo entre los esfuerzos de investigación y los cambios constantes en el tipo de resultados que se exigen de los cuidados odontológicos



- Modificación de planes de estudios: Desde las aulas inculcar además de las materias basadas en teoría y práctica Bio-psico-social, las cuestiones donde hay lagunas o faltos de abordaje, como la creación, instalación y mantenimiento de sus modelos de atención odontológica, además de tocar el tema de la sobresaturación actual en el mercado.

### **Por parte de la secretaria de salud**

- Fomentar a modo de campañas el cuidado Bucodental para que entre la población se forme un sentido de autocuidado y prevención, haciendo énfasis en la visita constante y oportuna con el dentista. Esto da una relación Ganar-ganar (el dentista gana al ser ocupado y el paciente se reduce o evita su Dolor, gasto e inconvenientes causados por el propio descuido)
- Impulsar el turismo Dental; de igual modo que se impulsa la visita turística por el país, dar a conocer los servicios que ofrece el Dentista de práctica privada en relación al costo, calidad y beneficio que les puede traer. El turismo Odontológico se ha visto como una solución en la frontera norte del País , sin embargo no es la único destino turístico por lo que hacer crecer ese Mercado es preponderante.
- Garantizar la integración de la salud bucodental en las políticas de salud general. Desarrollar un modelo de atención odontológica basado en la evidencia empírica que garantice una remuneración justa por cuidados que produzcan resultados sanitarios benéficos y cuantificables.
- Las fluctuaciones de la coyuntura socioeconómica tienen un impacto significativo en las políticas y los recursos destinados a la atención odontológica por lo que contribuir a garantizar la posibilidad de acceso a los servicios odontológicos sería la acción a tomar.
- Creación de estímulos; Los estímulos abordados con anterioridad divididos en estímulos económicos y no económicos, desde becas , apoyo para la edificación de instalaciones , capacitación, y consultoría ,por mencionar algunos de los estímulos que podrían recibir los profesionales de la salud. Resaltando que aunque se hable de estímulo no financiero es necesario cierto capital para hacer a andar determinado proyecto pero lo invertido no es comparable a lo obtenido a posteriori.

### **Por parte de los Profesionales de la salud y prestadores de servicios**

- Fomentar el Turismo Dental: mencionado en el punto anterior corresponde la responsabilidad de los Dentistas hacer crecer esta oportunidad de obtención de recursos del extranjero.
- Realizar adecuados Proyectos de inversión : Aprovechar ventajas competitivas, evaluar , el mercado , lugar donde se establecerá, evaluación de competencia, son solo algunas de las labores ,que serán de vital importancia

para establecer un modelo de servicio de ahí partirá para su fiabilidad, y que de buenos dividendos.

- Desarrollar un plan de marketing, así como el punto anterior será necesario edificar un plan para la posterior inversión es fundamental usar las herramientas del marketing para localizar y posicionar dicha Clínica/centro de atención/consultorio .
- Poner en alto la profesión, aunque suene ambiguo cabe resaltar que se debe ejercer la profesión con responsabilidad, ética y justicia , sin caer en malas praxis ,ni posturas que devalúen la ya muy gasta imagen que se tiene del cirujano dentista. Darle el respeto que se merece tanto a la profesión como a los solicitantes de los servicios. Solo resta que cada uno en su trinchera haga valer su trabajo.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados de este estudio nos permiten apreciar el panorama general y tener un primer acercamiento en cuanto a la situación laboral del recurso humano Odontológico se refiere.

Por su característica como profesión, competencias y Jurisdicción a nivel biológico y bioético se considera que la carrera y la profesión del Cirujano dentista como Independiente por no decir desarticulado de las ramas biomédicas solo en la práctica ya que lo que se ha tratado de enseñar en las escuelas formadoras y en el gremio en general ha sido de tener una labor Multidisciplinaria, lo que conlleva la comunicación y acción con otros profesionales de salud afines.

Este tipo de características particulares y el entorno Mexicano, muy hostil profesionalmente y económicamente hablando ocasionan que el trabajo del odontólogo se relegue a el Auto emplearse, al abrir su consultorio ejercer su carrera base, con sus diferentes vertientes. El crecimiento profesional es común, por no decir necesario en el gremio dental, la especialización para cubrir las necesidades más demandadas, así como las mejor pagadas parece ser una máxima para los Profesionales de la salud.

Sobre su empleo, podemos coincidir mediante la investigación efectuada y la revisión bibliográfica que el desempleo, el subempleo y el multi o pluriempleo está presente en algún momento de su vida laboral, ya sea recién egresado como en sus, tal vez últimos años laborables del dentista.

El desempleo se vio reflejado en un porcentaje muy reducido, tomando en cuenta su total falta de labores y caen en la definición de desempleo abierto, quiere decir que están sin trabajo: Significando que no contaban con un empleo ni realizaban alguna actividad por cuenta propia, disponibles para trabajar; es decir con disponibilidad para

tomar un empleo remunerado o iniciar una actividad por su cuenta y en situación de búsqueda de trabajo; lo que implica el haber realizado alguna acción con la intención de obtener un empleo o intentar comenzar alguna actividad por cuenta propia sin haberlo logrado.

Debido a la capacidad de autoempleo de la profesión misma es difícil hacer en esta clasificación a menos que no se cuente con los medios para autoemplearse, ser el generador de la fuente de trabajo o en su defecto encontrar empleo/empleador y en varios casos lo lleva a subemplearse con el fin de poder ejercer en plenitud su carrera.

Encontramos como tal Subempleo visible porque involuntariamente trabajan a tiempo parcial o durante periodos inferiores al periodo normal de trabajo y al estar laborando en un horario que excede el horario convencional y no tener la remuneración económica obtenida, sumado al sentir de querer trabajar más horas por una mejor paga recae en la clasificación de subempleo encubierto, siendo que las ganancias que obtiene del empleo son anormalmente reducida. Considerando también que al estar empleado en un establecimiento o unidad económica cuya productividad es anormalmente baja se clasifica como subempleo potencial encontramos discrepancias entre la productividad, ganancias y horas laboradas.

Cabe destacar que hubo un porcentaje sobresaliente y que llama la atención al mencionar las horas de trabajo de 3 a 5 horas al día (inclinándose a solo 3 horas) siendo en su mayoría por motivos familiares la razón de la elección del horario en pos de cumplir con sus compromisos con los hijos, pareja etc. Volviendo su profesión de manera involuntaria en un complemento del ingreso familiar. Esto también se ve reflejado en la satisfacción final que resulta ser positiva ya que les permite la flexibilidad necesaria para laborar aunque sea poco tiempo y con poca o bajo desempeño económico pero con la virtud de poder realizar su vida familiar o recreativa.

El Multi o pluriempleo es igualmente común dentro de los profesionales de la salud siendo la combinación Docencia /Practica privada la que más se presenta, así como otro tipo de empleo que inclusive no tiene que ver con su formación profesional, desde caricaturista, pasando por vendedores, ha encargado de tienda de abarrotes son solo algunos de las particularidades encontradas en el estudio de caso efectuado.

En cuanto al pluriempleo, que está presente en más de un tercio de los profesionales encuestados, también puede ser considerado como un indicador de precariedad laboral, con implicancias significativas para la salud del trabajador, su capacidad productiva y la calidad de atención a la población.

La marcada diferencia observada a nivel nacional entre la salud y los otros sectores de la economía ha sido atribuida al trabajo a tiempo parcial, a las bajas remuneraciones que obligan a obtener ingresos de otras fuentes y al desarrollo de un mercado laboral dual, que combina los mejores salarios del sector privado con la protección social y otros beneficios acompañados a los bajos ingresos del sector público.

Por otra parte, cabe señalarse que los profesionales mono empleados son considerados trabajadores independientes en cuanto a sus derechos (no pertenecen a ningún sindicato, no tienen licencias ni vacaciones remuneradas, deben pagar sus propios aportes jubilatorios y el seguro de salud y difícilmente pueden hacer reclamos para mejorar su salario o sus condiciones de trabajo), pero no en lo que respecta a sus obligaciones.

De acuerdo a los resultados obtenidos y a la revisión de material bibliográfico podemos puntualizar que:

- El desempleo de tipo abierto se encontró en un porcentaje inferior
- El subempleo en alguna de sus formas (ya sea visible, encubierto o potencial ) estuvo presente en cierto porcentaje (un 24%) además de un desaprovechamiento de recurso al trabajar más de la jornada laboral promedio, para obtener una remuneración económica por la cual estarían dispuestos a trabajar aún más tiempo.
- Hablando de Multi o pluriempleo encontramos un 12 % del total de la muestra que desempeñan más de una labor que les es remunerada con la adición de que su horario laboral diario se excede de las 8 horas
- La satisfacción fue positiva (entre satisfechos y muy satisfechos ) de un rotundo 90 %
- La disposición a trabajar más horas al día contrasta con la satisfacción entre las horas trabajadas y la remuneración obtenida ya que estarían dispuestos a trabajar más horas pero se encuentran conformes con lo que obtienen actualmente en relación a sus horas, esto se denota mucho en las personas que trabajan de 3 a 5 horas.

Como se hizo mención en el capítulo anterior para medir el Subempleo se puede cuantificar mediante el método de encuesta aunque este medio es muy subjetivo y queda limitado o frenado por sus condicionantes, sin embargo es de importancia abordarlo en el tiempo/espacio adecuado para atender esas necesidades que no son cubiertas en materia de empleo

La información vertida en esta investigación tanto documental como elaborada en la misma espera ser una aproximación para su posterior estudio y profundización del tema ya que es un asunto que afecta directamente y colateralmente a los profesionales de la salud que se ven superados por las inconsistencias de un entorno Mexicano que tiene necesidades que requieren ser cubiertas, con calidad, compromiso y profesionalidad con lo que están formados y así evitar ese desperdicio, ese desaprovechamiento del capital Humano odontológico.

Como conclusiones de esta investigación puede destacarse que de la caracterización de las condiciones de empleo del personal odontológico surge que las proporciones de trabajo no estables y de pluriempleo alcanzan niveles que deberían motivar la formulación de políticas y normativas de mejora de estas condiciones, que garanticen trabajo decente a estos profesionales, a la vez que optimicen los recursos asignados a la atención pública.

Asimismo, la elevada frecuencia con que el personal estudiado percibe la necesidad de trabajar mas horas en su lugar de trabajo para obtener una mejor remuneración económica genera la necesidad de realizar evaluaciones sistemáticas de los mismos mediante metodologías propias para el sector, y a partir de la información obtenida diseñar estrategias de protección a las garantías del profesional de la salud.

## Bibliografía

Cardoso, H., 2012. Vision Empresarial Odontologica. *ADM estudiantil*, Volumen 0, pp. 46-50.

Celis de Soto, F., 2006. La gestión de recursos humanos en las organizaciones de servicio. *Laurus revista de educación*, Volumen 12, pp. 10-27.

Chiavenato, I., 2007. *Administración de recursos humanos, el capital humano de las organizaciones*. 8va Edición ed. México: Mc Graw-Hill.

Consejo Nacional de Población, C., 2016. *La Situación Demográfica en México 2015..* [En línea]

Available at: <http://www.gob.mx/conapo/articulos/la-situacion-demografica-de-mexico-2015-31551?idiom=es>

Edwards Montoya, L., 2015. *Causas que podrían generar desempleo en odontólogos quienes residen en Escazu*, s.l.: s.n.

Gómez Dantés, O., 2011. Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), pp. 220-232.

Hernández y Rodríguez, S., 2002. *Administración, pensamiento, proceso, estrategia y vanguardia*. 1ra edición ed. México: McGraw-Hill.

INEGI, I. N. d. E. y. G., 2015. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.*, Ciudad de México: s.n.

J, B. A., 2010. Odontólogos Denuncian Desempleo. *Revista Científica Odontológica vol.6 Num 2*, pp. 50-51.

Jurado, C., 2004. Cronología de la Historia de la Odontología. *Tribuna Odontológica*, 1(6).

Keynes, J., 2013. *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lind, D., Marshall, W. G. & Wathen, S., 2012. *Estadística aplicada a los negocios y la economía*. 15 va ed. NY, EUA: Mc Graw-hill.

Lizama Portal, L., 2005. *Derecho del Trabajo*. Santiago Chile: Lexis Nexis.

Lloyd L., B. & Rue W., L., 1996. *El desarrollo de carrera*. México: McGraw-hill Latinoamerica.

López Camara, V., 1999. La profesión ,las escuelas y los estudiantes de odontología en México. *Revista ADM*, LVI(3), pp. 118-123.

Marquez Navarro, J., 2004. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?. *Scielo*, Volumen 2, pp. 165-174.

Maupomé , G. & Diez De Bonilla, J., 1997. La educación dental en un momento crítico. Consideraciones generales en el entornoprofesional de América del norte. *Salud Pública de México*, 39(6), pp. 554-564.

Mayores, I. I. N. d. I. P. A., s.f. *Ley de los Derechos de las Personas Adultas*, s.l.: s.n.

Medina Solis, C. E., 2006. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed*, 17(4), pp. 269-286.

Menéndez, E. L., 1981. La Automedicación y los medios de comunicación masiva. *CUADERNOS MÉDICO SOCIALES N° 15*, pp. 1-9.

Mondy, R. W., 2010. *Administración de recursos humanos*. 11va Edición ed. Mexico: Pearson Educación México.

Nigenda, G., Alcalde-Rabanal, J. & González Robledo, L. M., 2016. Eficiencia de los recursos humanos en salud una aproximación a su análisis en México. *Salud Pública de México*, 58(5), pp. 533-542.

Nigenda, G. & González Robledo, L. M., 2013. Recursos Humanos para la salud pública. En: M. Hernandez Avila & E. Lazcano Ponce, edits. *Salud pública teoría y práctica*. México: Manual Moderno, pp. 625-637.

Nigenda, G. & Ruiz, J. A., 2010. *Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica*. 1ra ed. Cuernavaca Morelos México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Otero Blásquez, A., 1999. El egresado de Odontología frente a los cambios Socioeconomicos en Mexico. *Revista ADM*, 44(6), pp. 238-241.

Otero M., J., 2011. Odontología pública y odontología privada. *Revista virtual dontológica Ejercicio profesional*, 12(130), pp. 7-13.

Pavón León, L. M., 2011. La Crisis del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica UV*, pp. 38-52.

Ruiz Nápoles, P. & Ordaz Díaz, j. L., 2010. Evolución reciente del empleo y el desempleo en México. *ECONOMIA unam*, 8(23), pp. 91-105.

Salud, S. d., 2011. *Perfil Epidemiológico de la salud bucal en México*, México: s.n.

Samaniego Breach, N. & Cordera Campos, R., 2012. Empleo y precariedad laboral en México. En: *los determinantes sociales de la salud en México*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 432-460.

Sanchez González, C. L., Moreno Méndez, W. & Herrera Marquez , A. X., 2009. *Competencias profesionales y su vinculación con el mercado laboral en la formación del odontólogo de la facultad de estudios superiores zaragoza UNAM*, México: X Congreso Nacional de Investigación Educativa.

Sanchez Rubio, R., 2012. ¿Ha perdido la profesión odontológica la batalla contra la caries dental? *Universidad Odontológica*, 31(66), pp. 33-40.

Secretaria de Salud, 2011. *Perfil Epidemiológico de la salud bucal en México*, México: s.n.

Teresita Ramírez, B., 2000. Desempeño del sector privado de la salud en México. *Caleidoscopio de la salud*, pp. 153-161.

Trabajo, Organización Internacional del, 1966. *Medición del subempleo. Conceptos y métodos*. Ginebra , XI Conferencia Internacional de Estadígrafos del Trabajo.

Trabajo, O. I. d., 1959. *La normalización internacional de las estadísticas del trabajo*. Ginebra: s.n.

trabajo, O. I. d., 2015. [En línea]  
Available at: <http://www.ilo.org>  
[Último acceso: 09 08 2017].



Universidad Autonoma de Zacatecas, 2012. *Fundamentación del programa de Médico Cirujano Dentista*, Zacatecas: s.n.

Urbina Fuentes , M. & González , M., 2012. *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. México: s.n.

Valdes Olmedo, C. & Ferrari Gleason, R., 1987. La formación de recursos humanos para la salud. *Revista de Administración pública ,Admministración del sector salud*, Volumen 79/60, pp. 187-194.

#### **ANEXO 1 Instrumento de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMÁ DE MÉXICO  
Y ADMINISTRACIÓN**

**FACULTAD DE CONTADURIA**

**Maestría en Administración en Sistemas de Salud**

#### **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Edad:

Escolaridad:

Sexo:

Estado civil:

Actualmente se encuentra trabajando

Sí ( ) NO ( )

Que labor desempeña en su trabajo

Cirujano dentista ( ) Técnico ( ) Docencia ( ) Asistente Dental ( ) Promotor de la salud ( ) Otro ( ) \_\_\_\_\_

Actualmente trabaja en

Sector público ( ) Sector privado ( )

Cuántas horas Trabaja al día

Ninguna ( ) 3 a 5 ( ) 6 a 7 ( ) 8 horas ( ) más de 8 ( )



Estaría dispuesto a trabajar más horas al día con el fin de ser mejor remunerado

Si (    ) NO (    )

Se encuentra satisfecho con las horas trabajadas y la remuneración económico obtenida por el

Si (    ) NO (    )

Ha recibido algún tipo de pago por alguna actividad fuera de las actividades de su formación profesional

Si (    ) NO (    )