

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

T
28

LA PRACTICA DE LA ESTOMATOLOGIA EN MEXICO

ANALISIS DE SU FUNCION SOCIAL

~~124455~~



52515

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MAESTRIA EN --
MEDICINA SOCIAL,

PRESENTA:

MARTHA ELVA VENEGAS AGUIRRE

ABRIL DE 1982.

I N D I C E

1. INTRODUCCION, 1,
 - 1.1. Objetivos generales, 1,
 - 1.2. Planteamiento del problema, 3,
 - 1.3. Metodología de la investigación, 6,

2. MARCO TEORICO DE REFERENCIA, 10,
 - 2.1. El sistema económico social como contexto, 10,
 - 2.2. La práctica estomatológica y su función social:
La oferta de servicios, 24,
 - 2.2.1. La oferta de servicios, 24,
 - 2.2.2. El trabajo profesional, 28,
 - 2.2.3. Los medios de prestación de servicios y
su propiedad, 29,
 - 2.2.4. Los fines de la práctica profesional, 31,
 - 2.2.5. Práctica profesional y división del trabajo, 34,
 - 2.2.6. Las unidades de servicio médico de práctica
profesional, 36,
 - 2.2.7. Modelos de servicio: tipos y formas de práctica, 36,
 - 2.2.7.1. Proceso de clasificación, 36,
 - 2.2.7.2. Criterios básicos de la tipología, 39,

- 2.2.8. Los tipos y formas de organización de la práctica profesional y las unidades de servicio, 45,
 - 2.2.8.1. Formas de Tipo Público, 45,
 - 2.2.8.2. Formas de Tipo Privado, 50,
 - 2.3. Las necesidades estomatológicas:
la demanda de servicios, 56,
 - 2.4. Modelo teórico-hipotético, 63,
3. ANALISIS DE LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA EN MEXICO, 68,
- 3.1. Oferta de servicios y formación de profesionales de la estomatología, 69,
 - 3.1.1. Creación de las escuelas de odontología y su orientación académica, 70,
 - 3.1.2. Odontólogos egresados, 77,
 - 3.1.3. Odontólogos en ejercicio:
Oferta potencial actual, 85,
 - 3.1.4. Localización geográfica de odontólogos en ejercicio profesional, 87,
 - 3.2. Tipos de organización de la práctica estomatológica:
su oferta de servicios, 92,
 - 3.2.1. El régimen de seguridad social: sus formas, 94,
 - 3.2.2. Régimen de asistencia pública: sus formas, 100,
 - 3.3. Gasto público, 108,

- 3.4. Formas de organización y oferta de la práctica privada, 109,
 - 3.4.1. Encuesta piloto, 109,
 - 3.4.2. Entrevistas focalizadas, 125,
 - 3.4.3. Monto de la inversión, 132,
 - 3.4.4. Otras implicaciones jurídicas relativas a la práctica estomatológica, 136,
- 3.5. Oferta Potencial total, 136,
 - 3.5.1. Potencial calculado de odontólogos, 137,
 - 3.5.2. Promedio anual de consultas por odontólogo, 138,
 - 3.5.3. Número de odontólogos en ejercicio y su distribución por tipo de práctica, en años seleccionados, 139,
 - 3.5.4. Oferta potencial de consultas y su distribución por tipo de práctica, en años seleccionados, 140,
- 4. ANALISIS DE LAS NECESIDADES Y DE LA DEMANDA ACTUAL DE SERVICIOS ESTOMATOLOGICOS, 145,
 - 4.1. Estimaciones de las necesidades y la demanda de servicios estomatológicos, 146,
 - 4.1.1. Incidencia y prevalencia de la caries dental, 147,
 - 4.1.2. Caries y repervisiones sistématicas, 151,
 - 4.1.3. Estimaciones específicas, 152,
 - 4.2. Demanda potencial global: Estructura y Dinámica, 160,
 - 4.3. Demanda potencial y factores económicos, 174,
 - 4.3.1. Ocupación e ingresos monetarios, 175,
 - 4.3.2. Distribución del ingreso familiar, 180,
 - 4.3.3. Concentración del ingreso, 192,
 - 4.3.4. Distribución del gasto de los hogares, 194,

- 4.3.4.1. Estructura ingreso-gasto, 194,
 - 4.3.4.2. Gastos en servicios médicos y conservación de la salud, 197,
 - 4.3.4.3. Diferencia entre ingreso y gastos de los hogares, 198,
 - 4.3.4.4. Precios y salarios: la capacidad de compras, 199,
- 4.4. Los factores sociales y la demanda de servicios, 205,
- 4.4.1. Escolaridad de la población, 205,
 - 4.4.2. Alimentación y nutrición, 208,
 - 4.4.3. Condiciones de la vivienda, 214,
- 4.5. Factores políticos-jurídicos, 217,
5. ANALISIS DE LA FUNCION SOCIAL DE LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA EN MEXICO, 219,
- 5.1. Relación oferta-demanda de servicios estomatológicos, 221,
 - 5.2. Tipos y formas de organización de la práctica estomatológica, 227
 - 5.3. Precios de los servicios estomatológicos y demanda efectiva, 229,
 - 5.4. Reflexiones finales, 237,
6. ANEXOS, 241,
- 6.1. Anexos al capítulo 2, 243,

- 6.1.1. Cédula utilizada para el sondeo piloto, 245,
 - 6.1.2. Cédulas utilizadas para la encuesta focalizada, 259,
 - 6.1.3. Cuadro de etiologías orales, 303,
 - 6.1.4. Guía para el análisis de las Unidades de Servicios, 309,
- 6.2. Anexos al capítulo 3, 317,
- 6.2.1. Apéndice al capítulo 3, 319,
 - 6.2.2. Cuadros anexos al capítulo 3, 329,
- 6.3. Cuadros anexos al capítulo 4, 383,
- 6.4. Cuadros anexos al capítulo 5, 443,
7. BIBLIOGRAFIA, 449,

1. INTRODUCCION.

1.1. OBJETIVOS GENERALES.

Un hecho ampliamente conocido es que la mayor parte de la población mexicana no satisface, en lo más mínimo, sus necesidades en materia de salud en lo general ni particularmente, en el orden estomatológico.

Por ello, la elección del tema de investigación obedece, al interés personal que se tiene en el desarrollo cuantitativo y cualitativo de la atención de la salud de la vasta y heterogénea población que la requiere en México. Se considera que, la elaboración de estudios que aborden la problemática de la salud social pueden contribuir, de alguna forma, a dicho desarrollo, analizando crítica y constructivamente la situación imperante y derivando posibles orientaciones y soluciones prácticas dentro de las condiciones objetivas que plantea el contexto socioeconómico de México.

Dado que el interés cubre un territorio muy amplio y de múltiples facetas, el objeto de investigación se ha delimitado al área de atención de la salud estomatológica que, por otra parte, constituye la base profesional de la autora de este estudio. Así, el presente tema de investigación se limita a los tipos de práctica de la estomatología en México y del análisis de su función social.

La investigación pretende revestir no sólo un interés académico o de conocimiento, sino también práctico.

En este orden de ideas se persigue el siguiente objetivo central:

Describir y explicar el objeto de estudio. lo cual comprende analizar las diversas formas en que se manifiesta la práctica estomatológica, así como las premisas y condiciones que social y técnicamente determinan e inciden en sus límites y posibilidades de atención a la población y, por ello, de su función social.

Lo anterior tiene un fundamento ético-social. En efecto, en la actualidad es casi lugar común la aseveración de que la estomatología - como todas las disciplinas de la salud - debe tener un contenido y alcances sociales más amplios, tanto en su enseñanza como en su ejercicio. Sin embargo, son escasos los estudios que abordan la problemática inherente a la salud social - y en este caso en el terreno estomatológico - de manera global y sistemática. Motivo por el cual, se espera que los resultados de esta investigación permitan esclarecer algunos de tales aspectos.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El objetivo de conocimiento arriba señalado se pretende abarcar a través de la respuesta a las interrogantes que a continuación se exponen:

- 1.2.1. ¿Cuáles son las diversas formas en que se manifiesta la práctica estomatológica, así como las condiciones o premisas que determinan e inciden en los límites y posibilidades de su función social, o sea, ofrecer sus servicios de atención a

la salud estomatológica a la población que real y potencialmente la demanda?

Esta interrogante de carácter general y compleja incluye en su interior cuestiones de carácter -- particular y específico.

- 1.2.2. ¿En qué consiste la práctica estomatológica y su función social?
- 1.2.3. ¿Cuáles son los diversos tipos de práctica estomatológica en cuanto a su base técnica y a su organización?
- 1.2.4. ¿Qué función social cumplen los diversos tipos de práctica en cuanto a su cobertura de acuerdo al tipo y número de población que atienden?
- 1.2.5. ¿Qué condiciones o premisas económicas y sociales determinan la práctica estomatológica vigente, así como de su función social?
- 1.2.6. ¿En qué consiste la demanda real y potencial de atención estomatológica de la población?

- 1.2.7. ¿Cuál es el volumen y las características de la población por edad y sexo y sus necesidades de atención estomatológica?
- 1.2.8. ¿Cuál es el volumen y las características económicas y sociales de la población y sus necesidades de atención estomatológicas?
- 1.2.9. ¿Qué premisas económicas y sociales condicionan las posibilidades de acceso de la población para atender su salud estomatológica, de acuerdo a las prácticas estomatológicas prevalecientes?

La investigación de la problemática se demarca, especialmente, al presente histórico de nuestro País. Si bien, para efectos del análisis, por un lado se plantean antecedentes a partir de la década de los setentas, por el otro, en apoyo a nuestro estudio se hacen algunas referencias a otros países.

El universo de estudio comprende dos agregados sociales que, a su vez, son dos unidades básicas y complementarias entre sí: la primera se refiere a los profesionales de la estomatología que, bajo cierta forma de organización, ejercen su

práctica y, consecuentemente, generan la oferta de servicio y realizan cierto tipo de función social. Esto constituye de hecho la oferta de servicios estomatológicos. La segunda se refiere a la población, que abarca el vasto agregado social del que emanan las necesidades de atención de la salud, particularmente - para nuestro estudio - del campo estomatológico y que representa la demanda de servicios estomatológicos.

1.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

La metodología utilizada comprende como procedimiento general el denominado hipotético-deductivo que consiste en tomar ciertas proposiciones en calidad de hipótesis obtenidas del -- marco teórico e histórico planteado. Dichas hipótesis son contrastadas con los hechos, o sea, los datos obtenidos y analizados que sirven de argumentos; y se infiere una serie de conclusiones específicas, en las cuales se expone si las hipótesis fueron comprobadas parcial o totalmente, o bien refutadas. De manera particular se utiliza el método tipológico para establecer las diversas formas de práctica estomatológica, por analogía respecto a las formas históricas de organización social de la producción en el regimen económico y social de México; mé-

todo que se complementa con base en información directa e indirecta, extraída de las prácticas estomatológicas vigentes. - Los tipos obtenidos - sujetos a contrastación - quedan subsumidos en el marco teórico y conceptual de referencia.

Las técnicas fundamentales usadas fueron las de observación y las de análisis de datos. Entre las técnicas de observación o de acopio de información aplicadas están:

A) Las de observación directa, a través de una encuesta piloto, para obtener la visión general de la práctica estomatológica y una encuesta - mediante entrevista - dirigida y focalizada para el estudio de los casos o tipos de práctica estomatológica. Para ambos aspectos se elaboraron los instrumentos (cédulas) respectivos. (1)

B) Técnicas de observación indirecta o documental, tanto de fuentes documentales primarias como secundarias, cuantitativas y cualitativas. Para su aplicación se elaboraron los instrumentos respectivos: fichas bibliográficas y hemerográficas, de trabajo y cuadros de concentración de datos.

(1): Ver apéndice No. 1

Los métodos y técnicas de análisis de los datos comprendieron, tanto los cualitativos como cuantitativos: análisis de contenido y análisis estadístico.

Sumariamente, las etapas seguidas en la investigación se muestran a continuación:

1. Plan o diseño de la investigación:

1.a. -Planteamiento del problema.

1.b. -Marco teórico e hipótesis.

1.c. -Selección de métodos y técnicas y elaboración de instrumentos.

1.d. -Planes de observación o acopio de información y de análisis.

2. Realización de la investigación:

2.a. -Obtención o acopio de la información.

2.b. -Análisis e interpretación.

2.c. -Conclusiones.

3. Comunicación de resultados:

- 3.a. - Redacción del informe.
- 3.b. - Procesamiento mecánico.
- 3.c. - Presentación de resultados.

2. MARCO TEORICO DE REFERENCIA.

El problema se ubica en el marco teórico de referencia - que aquí se expone con el propósito de plantear las líneas seguidas al realizar la investigación. Finalmente, y como pro--ducto formal del mismo, se presenta el modelo teórico hipotético y las variables que lo conforman, así como el enunciado de los indicadores que fueron usados para su medición, en el sentido amplio del término.

2.1. EL SISTEMA ECÓNOMICO SOCIAL COMO CONTEXTO.

"La primera premisa de toda existencia humana y también, por tanto, de toda historia, es que los hombres se hallen, - para 'hacer historia', en condiciones de poder vivir. Ahora - bien, para vivir hace falta comer, beber, alojarse bajo un te-cho, vestirse y algunas cosas más. El primer hecho histórico es, por consiguiente, la producción de los medios indispensa--bles para la satisfacción de estas necesidades, es decir, la - producción de la vida material misma, y no cabe duda de que es

éste un hecho histórico, una condición fundamental de toda historia, que lo mismo hoy que hace miles de años, necesita cumplirse todos los días y a todas horas, simplemente para asegurar la vida de los hombres". (1)

De lo anterior se desprende, por un lado, que el hombre, ineludiblemente, tiene necesidades que cubrir y, entre esas necesidades vitales o existenciales (2) está la del mantenimiento de la salud como ser biológico y éste es un hecho indiscutible que se tiene que cumplir para la propia vida del hombre.

Por el otro, correlativamente, el hombre tiene, pues, -- que realizar una actividad fundamental: trabajar. La práctica de la producción o trabajo es la actividad consciente del hombre cuya finalidad es la producción de bienes o servicios para la satisfacción de sus necesidades.

El proceso de la práctica de la producción o del trabajo comprende los siguientes factores simples: (3)

-
- (1): Marx, Carlos y Engels, Federico.- La Ideología Alemana. México, Ediciones de cultura popular, 1974, p.28.
- (2): Heller, Agnes.- Teoría de las necesidades en Marx, Barcelona, España, Ediciones Península. 1978. p.171.
- (3): Marx, Carlos.- El capital, México, F.C.E., 1959. T.I-Cap V, p. 130.

A) La fuerza de trabajo.- Constituida por personas con ciertos conocimientos y experiencia, capaces de realizar la -- transformación o producción de objetos en condiciones determinadas. La fuerza de trabajo fundamental o directa incide y controla de manera inmediata la producción del objeto; la auxiliar coopera cercanamente, pero bajo las instrucciones y supervisión del anterior; la complementaria, a pesar de su utilidad en la producción como coadyuvante, no es esencial ni participa directamente en la producción (personal administrativo).

B) Los medios de trabajo.- Se conforman por los instrumentos que recaen en la transformación del objeto. Los medios directos o básicos son aquellos que inciden o entran en contacto inmediato con los objetos a través del hombre (herramientas y máquinas); los medios auxiliares facilitan la realización - de las operaciones básicas (mobiliario, equipo e instalaciones); los medios complementarios incluyen todos aquellos elementos - materiales que confortan facilitando las operaciones básicas y auxiliares (mobiliario de oficina y otras instalaciones).

C) Los objetos de trabajo.- Formados por las substancias o elementos sobre los que recae la acción de la fuerza de

trabajo a través de los instrumentos. El objeto directo o básico es aquel elemento o substancia que sufre la transformación (materia prima); el objeto o materia auxiliar coadyuva incorporándose a la materia prima o conteniéndola (envases, empaques, colorantes, etc.).

D) El resultado o producto.- Constituye el saldo final del proceso siendo éste un nuevo objeto, situación o condición, que se erige como satisfactor de necesidades o valor de uso.

Hasta aquí se ha planteado de manera general y abstracta: las necesidades y la práctica del trabajo; sin embargo, tanto las necesidades como el trabajo mismo son sociales e históricos.

En efecto, en el proceso de desarrollo histórico, en el hombre no sólo se satisfacen necesidades sino que se crean necesidades, así como las actividades y los medios para satisfacerlas; asimismo, la práctica del trabajo y la satisfacción de ciertas necesidades, no se da de manera individual o aislada por el hombre, sino en relación con otros hombres, esto es, reviste siempre una forma social concreta. (1)

(1): Marx, Carlos.- La Ideología Alemana, Op. Cit. p. 28-30; y Heller, Agnes.- Op. Cit. p. 25 y 44.

Se asume, pues, que las necesidades y práctica del hombre dirigida a satisfacerlas (función social) se desenvuelve siempre en un contexto social dado. Que éste tiene una estructura definida de sus componentes (económica, de clases sociales, jurídica, política e ideológica) y que está sujeto a las leyes rectoras de su desarrollo global y de las interrelaciones que se dan en su seno.

Como consecuencia de lo anterior, la práctica de la salud - incluyendo la estomatología - y su función social, así como la demanda o expresión de necesidades se ven condicionadas por dicho contexto social. Que en el caso de México, que es el que se trata, es el sistema económico y social capitalista.

El sistema económico-social capitalista se generaliza y domina mundialmente hacia las postrimerías del siglo XIX. Entre sus características más relevantes se tienen las siguientes:

A) Creación y desarrollo de medios de producción (máquinas, herramientas y técnicas) sensiblemente más avanzados que los existentes en los sistemas precedentes y se ve impulsado a

trocarse el taller artesanal por la gran fábrica o empresa industrial, pasando por la producción manufacturera.

B) La división social y técnica del trabajo se profundiza y ensancha, en proporciones incomensurables respecto al pasado de la humanidad. El desarrollo tecnológico, consecuentemente, especializa no sólo a las empresas sino a los propios hombres. Así, las unidades de producción se vuelven interdependientes y, para poder competir con eficiencia en su mercado, requieren de la introducción de nuevos y mejores medios de producción, así como de la capacitación adecuada y permanente de los trabajadores.

La división social del trabajo por sectores actualizada, queda como a continuación se expone:

. Sector primario o agropecuario (agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca).

. Sector secundario o industrial (Industrias extractivas y de transformación).

. Sector terciario o de servicios (comunicaciones, transportes, comercio, banca, Gobierno, salud y otros).

Consideradas en su conjunto, estas actividades históricamente se han venido desarrollando con formas y ritmos desiguales, debido a la propia naturaleza del sistema; puesto que se tiende a invertir en las que arrojen mayores utilidades monetarias, o que reduzcan las fricciones sociales como es el caso - de la inversión pública.

C) La práctica de la producción se realiza por la combinación de dos factores básicos: el capital y el trabajo, bajo el régimen de propiedad privada. Comprende, pues, una gran división social de clases, los propietarios del capital (medios de producción) los trabajadores que únicamente poseen su capacidad de trabajo (fuerza de trabajo). Estas clases fundamentales, a su vez, pueden ser subdivididas a su interior en diversos estratos sociales, en función del monto de ingresos que - perciben por su participación en el proceso de producción.

D) La producción de bienes y servicios está destinada - al cambio. Por la mediación de los mercados se expande tal -

sistema y el intercambio se generaliza y domina.

La producción social de bienes y servicios no persigue la satisfacción de las necesidades sociales que la demanda; -- el capitalismo no produce para las necesidades, ni tampoco -- para su satisfacción. El fin de la producción es la valorización del capital y la satisfacción de las necesidades consiste únicamente en un medio para ello.

En efecto, el fin principal de la producción de bienes y servicios capitalista es la obtención de ganancias (D-M-D') ó (D-S-D') y de acumulación de capital.

"En el desarrollo alienado, ésto es, en la 'condición' - de enajenación de la riqueza, todo fin se convierte en medio y todo medio en fin. Esta 'inversión' entre medio y fin encuentra su expresión en cada momento de la esencia humana... la - alienación transforma también en medio ese objetivo máximo, el hombre se convierte en un simple medio para el otro hombre; un medio para la satisfacción de sus fines privados, de su avidez"

(1): Heller, Agnes.- Op. Cit. p. 54.

De esta forma la práctica de la producción de bienes y servicios en el capitalismo no tiene la función social de satisfacer las necesidades sociales desde un punto de vista humanista; su función social es la producción y reproducción de la esencia del sistema capitalista, y que se manifiesta, por un lado, como reproducción de la clase trabajadora y por ende de la fuerza de trabajo y, por el otro, como reproducción de la clase social capitalista concomitante a la acumulación de capital.

E) En las actuales sociedades de mercado, el Estado tiene una participación cada vez más profunda en todos los órdenes de la vida social. En efecto, habiendo dejado atrás la etapa del liberalismo (*laissez-faire-laissez passer*) el Estado supera su papel de carácter "policial", para participar no sólo en la regulación del orden social, sino para hacerlo incluso directamente en la producción de bienes y servicios, mediante el establecimiento y la operación de empresas que son de su propiedad. Esto lo realiza sin menoscabo de sus demás funciones tradicionales, como el control político e ideológico, tendientes a la conservación y reproducción del sistema. Una vez que el Estado alcanza esta etapa de intervención, el sistema recibe la denominación de sistema mixto de mercado o capital

talismo de Estado. Ya que en él participan en la producción - de bienes y servicios, tanto los particulares, como el órgano de referencia, e incluso en no pocas ocasiones actúan asociados en diversas empresas.

F) De acuerdo con el desarrollo de la fase alta del capitalismo, existe una tendencia definitiva a la concentración del capital, en sus distintas manifestaciones: comercial, industrial, financiero. Por ello, la competencia que se da en las empresas es de tipo monopolista o imperfecta. Este fenómeno se manifiesta en la concentración del capital en pocas manos, lo que da lugar a la formación de grandes empresas, que dominan el mercado y controlan la producción.

G) Con la formación de los mercados internacionales, surge y se desarrolla una amplia división internacional del trabajo. Fenómeno que el capitalismo en su fase imperialista ha llevado a que, en tanto que unas naciones son desarrolladas o industrializadas, las demás - en la mayoría de los casos - son subdesarrolladas o primarias. Así, con la vigencia de las llamadas 'ventajas comparativas', en tanto que las primeras producen bienes industriales y han alcanzado un gran desarrollo tecnológico, las segundas son productoras, fundamentalmente, -

de materias primas y no poseen una tecnología propia.

Como resultado de este proceso, las últimas se encuentran en una situación desventajosa respecto a las primeras y, por lo tanto, dependen de aquéllas en muchas formas: inversiones, comercio desequilibrado, transferencias y compras de tecnología, producción de conocimiento científico, sistemas educativos y sanitario asistenciales, equipo e instrumental, etcétera.

H) Con el objeto de regular diversas formas de relación entre los países, se ha llegado al establecimiento de múltiples organismos de tipo internacional. Así, unos se ocupan del comercio, otros de conflictos bélicos, territoriales y políticos, otros más de estimular la economía mundial, la alimentación, la salud, etcétera. En no pocas ocasiones, algunos de estos organismos dan más atención a los intereses de los países desarrollados que a los de sus propias funciones y al objeto para el que fueron creados. De esta suerte, muchas veces operan como medios de penetración hacia los países dependientes, para imponerles o inducirles a desarrollar actividades, programas o líneas de organización y control social interno, que van en franca merma de su potencial de desenvolvimiento.

1) Otro aspecto importante del sistema capitalista es - la formación de la fuerza de trabajo y su relación con la su-
perestructura ideológica. Un papel determinante al respecto -
lo tiene la educación formal. En efecto, la educación formal
en el capitalismo es aquella actividad consciente del hombre --
cuya finalidad es producir fuerza de trabajo con ciertos cono-
cimientos, destrezas y actitudes para el mercado de trabajo.

No pretende, pues, como fin desarrollar integralmente en
el hombre la capacidad de actuar en libertad y comunidad, la -
educación del hombre y del ciudadano, la formación mediante el
trabajo y despliegue completo de la personalidad. (1)

Asimismo, la educación capitalista constituye un vehícu-
lo fundamental, junto con otros medios, de control social: -
"Por una parte, asegura una distribución material, una reparti-
ción de individuos en los dos polos, en las dos clases socia--
les fundamentales de la sociedad; por otra parte, asegura una
función política e ideológica de inculcación de la ideología -
burguesa". (2)

(1): García Galló, Gaspar Jorge: La Concepción Marxista Sobre
la Escuela y la Educación. México, Ed. Grijalbo, 1974.p.

(2): Baudelot, Ch. y Establet, R.- La Escuela Capitalista, -
México, Siglo XXI Editores, 1975. p. 239.

"La ideología es: a) un conjunto de ideas acerca del mundo y la sociedad que: b) responde a intereses, aspiraciones o ideales de una clase social de un contexto social dado y que c) guían y justifican un comportamiento práctico de los hombres acorde con esos intereses, aspiraciones o ideales". (1)

De esta forma aparecen, al menos, dos ideologías: la dominante que es el caso de la burguesa y la subordinada que es la del proletariado, en la situación de hegemonía⁽²⁾ del capital.

La ideología capitalista, pues, cumple una triple función: "1) Efectúa la disimulación u ocultamiento de la estructura real de la sociedad, así como las contradicciones sociales que se dan en su seno...; 2) Legitima al sistema social vigente...; 3) Promueve la integración y cohesión entre las clases por una convicción de pertenencia a una unidad más amplia y que robustece el complejo de las relaciones sociales vigentes". (3)

(1): Sánchez Vázquez, Adolfo. "La Ideología de la Neutralidad Ideológica' en las Ciencias Sociales". En Historia y Sociedad México. Segunda Epoca, Núm. 7, 1975 p. 13.

(2): Portelli, Hugues. Gramsci y el bloque histórico. México Siglo XXI editores, 1976 p. 67-68.

(3): Dancel Janet, Fernando. Ideología y Epistemología, México, ANUIES, 1977. p. 69-70.

En suma, la educación capitalista tiene como finalidad la reproducción de la fuerza de trabajo y, concomitantemente, las relaciones sociales capitalistas y de la estructura de clases ligada a ellas.

De las características antes expuestas sobre el sistema capitalista en general, dado que el de México es de este mismo tipo, se puede inferir que:

A) Lo que en general es válido sobre el sistema socioeconómico capitalista es vigente para el régimen que priva en México. Aunque ciertamente, debe tenerse presente que este país tiene peculiaridades que se derivan de la singularidad de su devenir histórico. (1)

B) Asimismo, y aplicable para el caso mexicano, lo que en general es válido para la producción de bienes y servicios en el sistema capitalista en su conjunto, asimismo, vale para sus especies. Es decir, el proceso de producción de bienes y servicios para la atención de la salud, en general, y de la estomatología en particular, se corresponde -

(1): Cabe hacer notar que una formación socioeconómica no aparece históricamente en forma pura; ésto es, con un modo o régimen de producción exclusivo, sino que siempre hay uno que es el dominante y coexiste con otros modos de producción en proceso de desaparición o de formación. Como es el caso Mexicano que, junto al capitalista que es el dominante, existen formas precapitalistas como el de la pequeña burguesía (trabajo independiente), la de las comunidades indígenas y la ejidal.

con las formas de organización productivas que, en lo general se dan en todo sistema de esta naturaleza para cualquier tipo de bien o de servicio.

2.2, LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA Y SU FUNCION SOCIAL: LA OFERTA DE SERVICIOS,

La práctica profesional que interesa a este estudio, es aquella que genera la oferta de servicios estomatológicos y por ello, de manera inmediata o directa, se enfoca a la previsión y promoción de la salud, la terapia o curación de los padecimientos orales y a la rehabilitación, (1).

2.2.1, LA OFERTA DE SERVICIOS.

Acorde a lo anterior, la oferta se entiende como el conjunto de servicios de atención estomatológica que producen los profesionales de la odontología. destinado a satisfacer las necesidades de la población a través de las modalidades de intercambio vigentes en el sistema socioeconómico de México.

Como en este país el Estado participa directamente en el proceso de producción de estos servicios, la oferta total de los mismos comprende dos segmentos: el público y el privado.

(1): Existen otras formas de ocupación para los estomatólogos pero no se toman en cuenta en esta investigación, por no estar relacionada directamente con la formación de recursos humanos para la práctica profesional, o si no se ejerce en la producción de servicios en algunos de los niveles de atención.

El primero tiene un cierto grado de socialización por la propia naturaleza del aparato gubernamental que, entre sus funciones, asimila un cierto grado de mantenimiento y conservación de la salud de la población en general, y de manera concreta establece un régimen de seguridad social --- enfocado en esencia a la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo y del sistema. En la práctica es una oferta complementaria de la privada, aunque plantea ciertos antagonismos y fricciones entre ambas.

La participación del Estado Mexicano en la oferta de servicios estomatológicos, a su vez, está segmentada por -- grupos específicos de atención. Por una parte, hacia quienes son sujetos del llamado Régimen de Seguridad Social, como -- conjuntos definidos de trabajadores y sus dependientes económicos directos, en dos modalidades; trabajadores al servicio del Estado, vía el ISSSTE, y trabajadores que por Ley es tán afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Por otro lado, ofrece servicios a la población general bajo el sistema de Asistencia Pública. (1).

Salvo por situaciones de emergencia y como excepción, los servicios estomatológicos del Estado no se otorgan de manera.

(1): En el Sector Público existen variantes de los servicios ofrecidos a los trabajadores, como prestación laboral convenida con sus sindicatos, como son los casos de PEMEX, SEDENA. En el Sector Privado los bancos que se encuentran incluidos en el apartado "A" del Art. 123 Constitucional, no están sindicalizados sus empleados ni tampoco gozan del servicio médico del IMSS, sino que éstos llegan hacer convenios con Instituciones médicas privadas para que les proporcionen dicho servicio.

gratuita, sino mediante el pago de las diferentes modalidades de precios establecidos al respecto: de cuotas obrero patronales, en el caso del IMSS y del ISSSTE; de los cuales por mandato de la Ley al trabajador le son deducidos de su salario. En el caso de la asistencia pública, el paciente usuario del servicio debe pagar un precio variable, convencionalmente establecido y denominado: cuota de recuperación.

El otro segmento fundamental de la oferta, es la producción privada de servicios, con diferentes variantes, que concurre al mercado, mediante el sistema de precios que a su libre arbitrio establecen los odontólogos (1).

Un segmento de la oferta, complementario de los dos ya referidos, es el que integran las clínicas de las escuelas y facultades de odontología existentes en el país, públicas y privadas. La oferta de estas unidades de producción tiene un doble carácter, ya que en parte es servicio al público que asisten a ellas para atenderse y, en parte, satisface prioritariamente los requerimientos de práctica - experimental académica - de los futuros profesionales. En estas instituciones también se cobra el servicio prestado a sus usuarios.

El último segmento de la oferta, corresponde a la modalidad poco difundida de la beneficencia pública y privada. Por

(1); En México no existe ninguna reglamentación en materia de tarifas para este tipo de servicios. De manera que el precio de los mismos queda sujeta al llamado juego de las libres fuerzas del mercado.

lo regular, esta práctica se ejerce en los llamados "dispensarios" y en ellos, la mayor parte de las veces también se cobra por los servicios realizados; aunque técnicamente sus precios son inferiores a los que privan en los otros tipos de práctica.

Estos segmentos dominantes de la oferta, comprenden un proceso de producción que, como el de cualesquier otra actividad económica, se desarrolla en condiciones dimanantes de las Relaciones Económicas que privan en el país (relaciones de producción, de distribución y de circulación entre otras). Sus diversas manifestaciones obedecen al carácter de la propiedad, la estructura de los fines de la actividad que lo origina, las formas y condiciones en las cuales se organiza el proceso de trabajo en sus unidades de producción o de servicio (consultorios, clínicas, etc.). Los productos y resultados obtenidos están en función de lo anterior, por una parte, y, por otra, de las clases y cantidades de trabajo ejercido con la ayuda de los medios de prestación de servicios.

El proceso de trabajo de la práctica estomatológica, se lleva a efecto, mediante el concurso del trabajo profesional y con el auxilio de los medios de prestación de servicios. (1).

(1): Oscar Lange establece esta clasificación para los medios de trabajo, a fin de distinguir en este rubro a los que se dedican a la generación de servicios y por contrapartida; dejar la denominación "medios de producción" para los que se aplican a la creación de bienes materiales. Cit. en Economía Política, México, Ed. F.C.E., 1963, p. 11.

2.2.2. EL TRABAJO PROFESIONAL.

En el caso de este tipo de servicios, se integra -- con el trabajo fundamental o directo que es el realizado por - los profesionales de la odontología que están en contacto inme_{di}ato o directo con los usuarios del servicio (pacientes). El trabajo auxiliar lo proporcionan los técnicos medios, o asisten_{tes} directos, así como los mecánicos dentales, bajo las instruc_{ci}ones y supervisión directa de los primeros. El trabajo comple_{me}ntario, corresponde al que ejecuta otro tipo de personal para facilitar el proceso de trabajo, pero que a pesar de su utili_{dad} dentro de la unidad de servicio (empresa odontológica), no es esencial para la atención directa de los pacientes, v. gr. - recepcionistas, administración, limpieza y vigilancia.

El trabajo fundamental puede ser realizado en forma inde_{pe}ndiente, o bajo la modalidad del salario. Los demás tipos de trabajo, en general se realizan en forma asalariada; exceptuando algunos casos de relación familiar entre el odontólogo inde_{pe}ndiente y personas que le auxilian_{te} gratuitamente en labores - de administración, de recepción y eventualmente de asistencia - (sin capacitación formal). En otros casos, es frecuente la cola_{bo}ración gratuita de estudiantes, que sin remuneración asisten al titular del negocio; es una forma transitoria de aprendi₋₋₋zaje. También existen algunas modalidades de cooperación simple, no asalariada, entre ciertas formas de asociación profesional, para interconsulta o asistencia,

2.2.3. LOS MEDIOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y SU PROPIEDAD.

Dentro del proceso de trabajo de esta profesión, el objeto de trabajo es propiamente el paciente. Sobre él recaen las acciones y la atención del profesional, la cual se ejerce con el auxilio de los demás tipos de trabajo y los medios de prestación de servicios.

De acuerdo con la clasificación utilizada éstos medios son: medios directos, comprenden el instrumental y equipo profesional, utilizado en general como extensión corporal del odontólogo: la unidad, el sillón dental, el amalgamador, los ejectores quirúrgicos, el cavitron, el instrumental en general (forceps, pinzas, cucharillas, espejos, piezas de mano, fresas y otros). Los medios auxiliares son todos aquellos que facilitan el diagnóstico, pronóstico y realización de las operaciones y el uso del instrumental y equipo, tales como: cucharillas de impresión, "alambres de ortodoncia", diques de hule; bases; selladores de fisuras, resinas, amalgamas y otros materiales para obturación, algodón, los aparatos: rayos X y megatoscopio, agua, luz, escupideras y lámparas del equipo .

Los medios complementarios, incluyen todos aquellos elementos materiales y servicios que facilitan la práctica profesional, como: los locales, lámparas, muebles y equipo de oficina, de recepción y el teléfono.

Como es característico del sistema mexicano, para el caso de estos medios, la propiedad de los mismos está subdividido en las esferas privada y pública (social). No se tienen datos -----

sobre propiedad mixta, exceptuando quizás algunos casos de dispensarios que no son una forma generalizada, sino más bien excepcional de práctica profesional, en la cual sólo parte de los medios pueden ser propiedad del odontólogo como particular (algun instrumental y parte o todos los medios auxiliares).

Para el caso de la propiedad privada ésta puede ser: individual, ó en alguna variante de asociación.

Para ejercer la profesión no se requiere detentar la propiedad sobre todos los medios, como es el caso de los locales o inmuebles, ya que se pueden rentar.

Igualmente, la práctica privada independiente, no siempre supone la propiedad de los medios de prestación de servicio, ya que existe la posibilidad de arrendarlos a su propietario original, en forma transitoria o permanente, por tiempo fijo o variable.

Excepto la tenencia general de los inmuebles, la propiedad pública, por lo general queda referida a entidades individualizadas (IMSS, ISSSTE, SSA), que no la comparten con otro organismo público.

Por otra parte, en las unidades de servicio privado, se suele realizar trabajo profesional independiente sin que medie la propiedad directa de la misma y sin que exista relación de subordinación laboral por la vía del salario. En este caso, el profesional que atiende el servicio comparte el resultado monetario de su trabajo con el propietario de dicha unidad, conforme a ciertas proporciones previamente establecidas. Esta forma tiene ciertas variantes ya que se puede aportar sólo el trabajo

profesional, o éste y parte de los medios de producción. Se pueden compartir el ingreso bruto obtenido y los gastos de financiamiento de la unidad, o sólo una parte de los ingresos netos (después de que el odontólogo que la trabaja, cubre todos los gastos),

2.2.4. LOS FINES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

La práctica profesional en México, como oferta de servicios, por la naturaleza propia del sistema social, obedece al carácter de la propiedad y a la estructura de los fines que corresponden a cada una de sus formas de propiedad.

En consecuencia, la oferta, vista según el ámbito de su procedencia, tiene como fines inmediatos no la satisfacción de las necesidades sociales, sino los fines objetivos que persiguen sus respectivos productores. (1).

La práctica privada de servicios estomatológicos tiene -- como fin último de su actividad la obtención de un ingreso -- monetario. Ingreso que es el fin vital, a través del cuál -- los odontólogos independientes o asalariados realizan todos los demás fines económicos y al cual se subordina su econó--

(1): Para el caso de la práctica privada, véase: Oscar Lange: "separación entre actividad lucrativa y actividad doméstica en la economía mercantil y monetaria. Cambio de la estructura de los fines de la actividad monetaria". En Economía Política, México, Ed. F.C.E., 1963, pp. 139 y siguientes.

mía doméstica.

Para el caso de las unidades privadas de servicio que están organizadas como típicas empresas capitalistas, su fin último es el beneficio, en su expresión de ingreso monetario. Por ello, la actividad lucrativa es el fin y la prestación del servicio profesional es el medio para alcanzarlo. (1).

Como necesidad histórica de la producción capitalista, todos los medios y aspectos relativos a la práctica profesional de los odontólogos, así como la totalidad de su técnica, al enfocarse hacia los pacientes, está subordinada a este fin. "La obtención de un ingreso en dinero.... es siempre y en todas partes el mismo, independientemente de la forma concreta que revisa la actividad para el lucro... ya sea la prestación de servicios médicos o artísticos... su fin es siempre el mismo: Obtener un ingreso en dinero... El fin clave de este sistema... llega a ser el centro de la actividad económica de los hombres: la actividad para el lucro, viene a ser la base de toda actividad económica. (1).

El fin de la oferta del sector público no es el lucro, sino una estructura integrada de fines: económicos, políticos y sociales. En última instancia su fin emana de los objetivos y políticas que el Estado Mexicano reserva a su acción en la esfera de la salud; en esencia: el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo y el atemperamiento de los conflictos sociales. De ello se sigue que tampoco promueve, previene y conserva la salud de la población como un fin último por sí mismo.

(1): Lange, O., Op. Cit. pp. 139-140

En paralelo a estas dos partes sustantivas de la oferta, los segmentos menores de la misma, de alcance social -- restringido no persiguen propiamente los fines arriba anotados. Por una parte, está la asistencia privada que dice no ser lucrativa; aislada y fragmentariamente se ejerce en dispensarios, con un carácter parcial de beneficencia.

En cuanto a la práctica restringida que se produce en las escuelas públicas y privadas de odontología, en estricto sentido no es una oferta de servicio que persiga la salud integral o parcial de los pacientes, sino que se enfoca a sentar condiciones físicas y técnicas que permiten realizar "en vivo" el proceso de enseñanza aprendizaje con un mínimo de -- práctica profesional para sus educandos.

De acuerdo con los fines de la práctica profesional, casi sin excepción, los servicios privados que ésta crea tienen un carácter netamente mercantil. Son el medio que permite acceder a los fines de sus productores. Por ello la relación estomatólogo-paciente, incorporada la acción del Estado, puede -- asumirse como sigue:

a) Ingreso monetario para el odontólogo individual, vía sistema de precios y/o salario.

b) Beneficio para la unidad de servicio organizada como empresa capitalista típica, vía: sistema de precios.

c) Ingreso monetario - fin político para la oferta pública, vía: cuotas de servicio: obrero-patronal o de recuperación.

d) Ingreso monetario - práctica académica para los centros de enseñanza, vía: cuotas de recuperación.

e) Asistencia (beneficiencia) privada-ingreso - monetario, en dispensarios privados (y en su caso públicos), vía: cuotas de recuperación.

Esta estructura de fines económicos y políticos que caracteriza a la práctica profesional de la estomatología en México, hace ver que, por la naturaleza del sistema social dominante en el país, no obstante la participación del Estado en la práctica profesional, en este campo como en las demás actividades económicas, sigue persistiendo la contradicción fundamental del capitalismo, persiste el antagonismo entre la producción social de los servicios estomatológicos y la apropiación privada de lo producido, el servicio.

2.2.5. PRÁCTICA PROFESIONAL Y DIVISIÓN DEL TRABAJO.

La Estomatología en sí, es una rama especializada de las ciencias médicas o de la salud.

Como tal, es producto de la división social del trabajo (1).

En tal razón la división del trabajo que se da en su seno, es una división técnica, que especializa ciertas opera-

(1): En países tales como Inglaterra y Suecia y otros, esta profesión es una especialidad terminal de la medicina general. En México, como en varios países latinoamericanos se estudia y ejerce como rama relativamente autónoma de la medicina.

ciones o funciones por nivel de complejidad del saber médico-odontológico o de la experiencia específica que se refiere a ciertas actividades.

Esta división del trabajo, tiene como referencia a la práctica general de la profesión, ejercida por cirujanos dentistas en nivel de licenciatura; es decir que todos los que ejercen en esta forma hacen el mismo tipo de labor que viene a ser por la división horizontal; con esta referencia surge la división vertical, que comprende⁽¹⁾;

a) División a planos superiores de complejidad para ser atendidos por los especialistas de áreas restringidas de la misma profesión: V. Gr. Ortodoncia y Parodoncia. Por lo regular esta implica cursos formales de nivel superior a la licenciatura (especialidad de posgrado, maestría o doctorado), o una amplia experiencia en el campo de servicio seleccionado por el profesional.

b) División a planos inferiores, o descentralización de labores menos complejas, referidas en general al personal medio supervisado por el odontólogo (2).

(1): Ver: Samuelson, P., Curso de Economía Moderna, Madrid, Ed. Aguilar, pp. 55 y 56.

(2): Ver Sistema de Salud Ciudad Nezahualcoyotl, Programa de Formación de Personal Técnico Medio en Odontología, México, Departamento de Odontología, 1974.

2.2.6. LAS UNIDADES DE SERVICIO; MÉDICO DE PRÁCTICA PROFESIONAL.

La oferta total con distintos segmentos que la integran, para materializarse requiere estar organizada en diversas unidades de producción o de servicio; las cuales son el medio idóneo para realizar la práctica profesional. En ellas se combina el trabajo con los medios de prestación de servicios para satisfacer las necesidades a través de las modalidades de intercambio existentes en México.

La práctica profesional efectuada en estas unidades de servicio tiene varios tipos y formas en cuanto a su organización, las cuales están referidas a las manifestaciones generales del sistema, en las distintas etapas de su desarrollo histórico.

2.2.7. MODELOS DE SERVICIO; TIPOS Y FORMAS DE PRÁCTICA.

2.2.7.1 PROCESO DE CLASIFICACIÓN.

En México, como en otros países latinoamericanos capitalistas, la producción de servicios estomatológicos se realiza en diversos tipos de unidades de servicios, los cuales no son otra cosa que la expresión de las variadas modalidades que asume la práctica profesional para organizar su proceso de trabajo.

Estas van desde la manifestación más pura del llamado ejercicio liberal, hasta aquellas variantes que, algunos secto

tores de la población califica de socializadas para referirse a la práctica estatal.

En efecto, es frecuente encontrar un consultorio, a cuyo frente está un profesional, que ejerce la práctica general, o es especialista, el cual ostenta bien visible su título profesional y uno o varios diplomas de cursos de especialidad, o de postgrado; constancias de seminarios, congresos y otros eventos académicos nacionales y extranjeros de igual corte. Este odontólogo, en ocasiones, no dispone de persona alguna que le ayude; excepcionalmente, su personal se reduce a un familiar que hace las veces de recepcionista y asistente para labores menores. Los medios con los que trabaja pueden ser de lo más moderno y sofisticado, o bien equipo simplificado actual o de épocas ya idas; por su cantidad pueden ser abundantes y variados o limitados en número.

En el extremo opuesto, se tiene a los superespecialistas, algunos de los cuales son poseedores de las técnicas más recientes. Ejercen en un campo muy delimitado, con ayuda de un equipo de alto nivel y con los medios más avanzados, como la práctica hospitalaria del sector público y eventualmente del privado.

Entre estos extremos, se presentan varias modalidades del ejercicio profesional que se realizan de manera privada independiente. Hay algunas variantes de asociación, o se ejercen al servicio y bajo las órdenes de terceras personas físi-

cas o morales, del sector público o del privado.

En un primer acercamiento a estas formas reales de organización, pueden aparecer confusas, difuminadas y no perceptibles de manera directa. Sin embargo, aplicando la abstracción para aislar la esencial de lo que en ellas es accidental y secundario, es posible construir modelos comunes y diferenciados de las unidades de servicios estomatológicos, que se manifiestan en las condiciones específicas de la sociedad mexicana.

A diferencia de otros esquemas de clasificación de los que se tiene referencia, en este trabajo los modelos se diseñan utilizando el método tipológico.

Se llega así a los tipos y formas de organización que revisten la práctica y unidades de servicio, no en sus manifestaciones técnico-administrativas, sino para representar las condiciones generales y el carácter que asumen en un contexto históricamente determinado de relaciones económicas que son dominantes en las condiciones actuales del país. (1).

(1): Cf. con enfoque individualizado del profesional, en diversas etapas de organización de la unidad de servicios, las cuales manifiestan aparentemente una evolución ideal mecanista; de Gómez H., B. Dr., Etal., Un Nuevo Sistema de Atención Odontológica, Caracas, Ed. Los Cabos, 1975.

2.2.7.2. CRITERIOS BÁSICOS DE LA TIPOLOGÍA.

Los criterios básicos que se aplicaron para establecer la tipología de la práctica y organización de las unidades de servicio odontológico fueron:

a) El carácter de la propiedad de los medios de trabajo y los fines del servicio.

Con estas referencias se hace una primera clasificación denominada tipos de servicio. En ella, se encuentran en primera instancia:

La práctica pública, cuya propiedad tiene un carácter social (estatal) y los fines son de orden eminentemente políticos e ideológicos, para reproducir y mantener el sistema en general y en particular, a la fuerza de trabajo, así como contener y paliar ciertos conflictos sociales.

La actividad de los odontólogos que ejercen como particulares y tiene como fin último el lucro, en sus formas de ingreso monetario y beneficio (valorización del capital).

b) Las formas de control de la propiedad y organización de la producción de los servicios.

En este rubro, la práctica pública de la estomatología se organiza en unidades complejas de servicio, en las cuales el control de la propiedad se puede clasificar por su función política en dos grandes grupos: uno corresponde al Régimen de Seguridad Social y, el otro, al Régimen de Asistencia Pública. En el primer caso de la organización administrativa se efectuá en forma descentralizada a escala nacional y en el segundo, de manera descentralizada, en los planos nacional y locales, así como en autonomía relativa para los centros superiores de enseñanza y algunos vestigios de asistencia, que funcionan como beneficiencia pública. (1).

En todos estos casos, y para todos los niveles se hace uso de trabajo asalariado para organizar y proporcionar los servicios. Esta situación es extensiva a las clínicas de las escuelas y facultades de odontología, en las cuales los alumnos realizan su práctica directa sobre pacientes supervisados por maestros, personal auxiliar y complementario, que trabajan a sueldo, por horas o de tiempo completo.

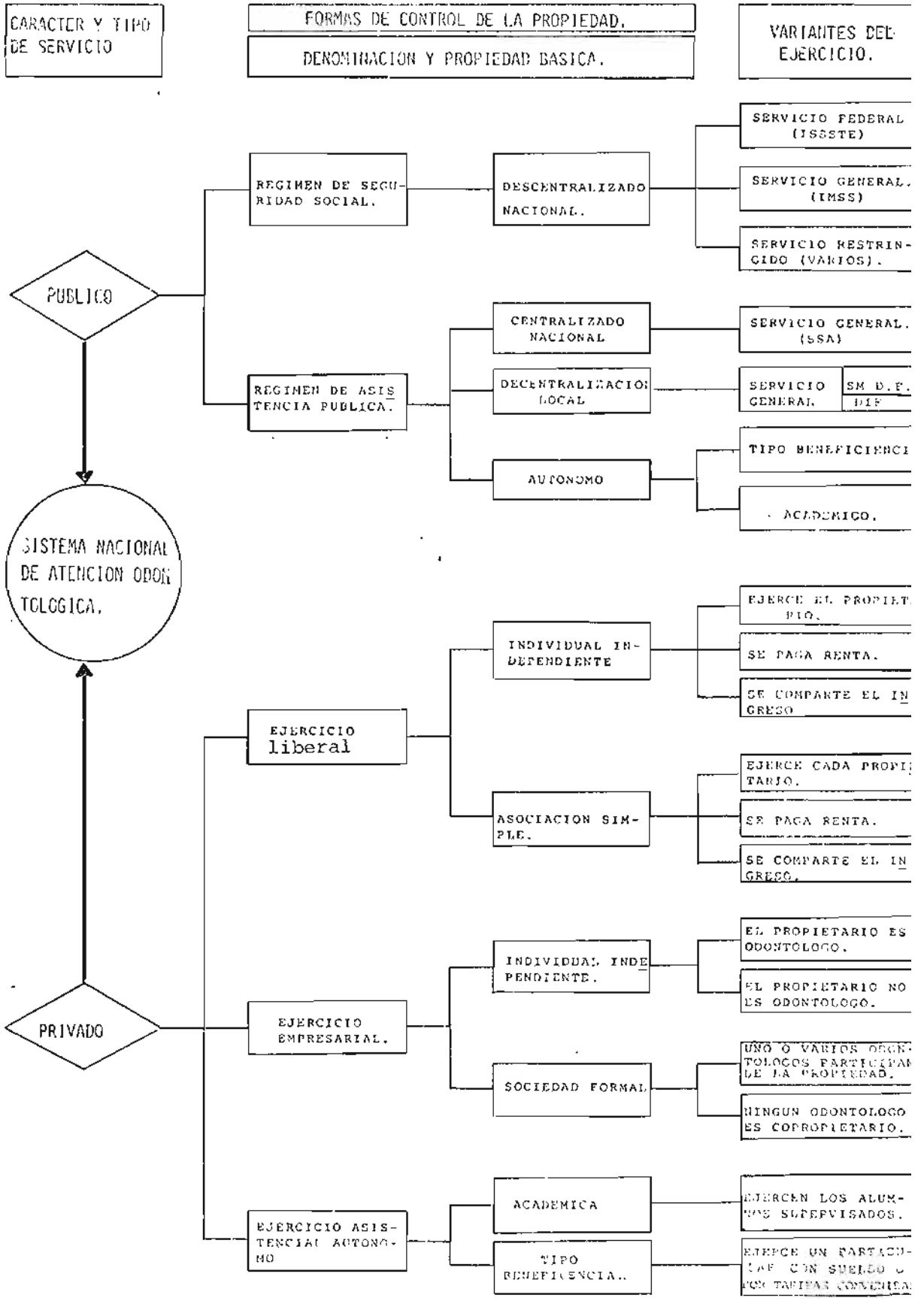
(1): La autonomía universitaria y de las instituciones de enseñanza superior que tienen este carácter, se refiere únicamente a la autonomía para organizarse en lo académico y administrativo, pero cuando son de propiedad pública, de hecho y por derecho son organismos descentralizados. V. Gr La UAM, véase el Acuerdo Presidencial que le dió origen y el artículo 10. de la Ley Orgánica.

En el sector privado el control de la propiedad de los medios de prestación de servicios reviste la forma individual independiente, el arrendamiento, la participación por trabajo (1); algunas variantes de asociación simple entre odontólogos y médicos y la sociedad formalizadas con personas morales, en la cual puede participar algún odontólogo. En todas estas variantes de propiedad, el proceso de producción de servicios puede realizarse con el uso de trabajo asalariado, auxiliar y -- complementario, sin embargo, sólo en las formas capitalistas más definidas, el trabajo fundamental - el del - odontólogo - es realizado también en forma asalariada.

En síntesis, con los criterios de la tipología y --- retornando las características más generales de la práctica profesional y su proceso de trabajo, se llega a los siguientes cuadros:

(1): Algunos odontólogos, sin ser asalariados, trabajan en el consultorio de otro colega y con él comparten el - fruto de su trabajo, en proporciones previamente convenidas.

PROPIEDAD DE LOS MÉDICOS DE TRABAJO.



11

008 11
12/11/11

TIPOS Y FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA PRIVADA.

(MEXICO: CUADRO RESUMEN III).

CARACTER Y TIPO	PROPIEDAD DE LOS MEDIOS DE TRABAJO		PERSONAL OCUPADO ADICIONAL.		DIVISION TECNICA DEL TRABAJO.	FINES QUE SE PERSIGUEN AL PROPORCIONAR EL SERVICIO (2)
	FORMAS DE CONTROL DE LA PROPIEDAD	VARIANTES DEL EJERCICIO.	TIPO Y CONDICION (1)	FEED. AUX. COMPL.		
P	EJERCICIO LIBERAL.	INDIVIDUAL INDEPENDIENTE.	EJERCE EL PROPIETARIO	A-Na	EN GENERAL ES DE TIPO HORIZONTAL.	OBTENER UN INGRESO MONETARIO PARA MANTENER Y REPRODUCIR CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO PROFESIONAL.
			SE PAGA RENTA AL DUEÑO ORIGINAL.	A-Na		
R	EJERCICIO LIBERAL.	ASOCIACION SIMPLE	SE COMPARTEN EL INGRESO CON EL PROPIETARIO, EN PROPORCION CONVENIDA.	A-Na	EN GENERAL ES DE TIPO HORIZONTAL.	OBTENER UN INGRESO MONETARIO PARA MANTENER Y REPRODUCIR CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO PROFESIONAL CON LA PROPIEDAD PARCIAL DE ALGUNOS MEDIOS DE TRABAJO Y GASTOS PARA REDUCIR COSTOS.
			EJERCE CADA PROPIETARIO SE PAGA RENTA AL DUEÑO ORIGINAL.	A-Na		
I	EJERCICIO EMPRESARIAL	INDIVIDUAL INDEPENDIENTE	EL PROPIETARIO NO ES ODONTOLÓGICO.	A-Na	VERTICAL EN AMBOS SENTIDOS; AFUERE PREDOMINA LA HORIZONTAL.	VALORIZAR EL CAPITAL PARA OBTENER EL MAXIMO BENEFICIO MONETARIO POSIBLE.
			NO O MAS GENTILISTAS PARTICIPAN EN LA PROPIEDAD SON PROPIETARIOS LOS PROPIETARIOS NO SON ODONTOLÓGICOS.	A-Na		
A	EJERCICIO ASISTENCIAL AUTONOMO	ACADEMICA TIPO BENEFICEN CIA.	EJERCEN LOS ALUMNOS SUPERVISADOS POR DOCENTES.	ASALARIADO(A) EN TODOS LOS CASOS.	PREDOMINA LA HORIZONTAL Y, EVENTUALMENTE, SE DA LA VERTICAL HACIA ABAJO (A TECNICOS) EN ESCUELAS.	PROPORCIONAR UN VOLUMEN DE PRÁCTICA A LOS ALUMNOS.
			EJERCE UN PARTICULAR A SUeldo O FIJANDO SUS TARIFAS SEGUN CONVENIO.	A-Na		
A	EJERCICIO ASISTENCIAL AUTONOMO	ACADEMICA TIPO BENEFICEN CIA.	EJERCEN LOS ALUMNOS SUPERVISADOS POR DOCENTES.	A-Na	PREDOMINA LA HORIZONTAL Y, EVENTUALMENTE, SE DA LA VERTICAL HACIA ABAJO (A TECNICOS) EN ESCUELAS.	PROPORCIONAR UN VOLUMEN DE PRÁCTICA A LOS ALUMNOS.
			EJERCE UN PARTICULAR A SUeldo O FIJANDO SUS TARIFAS SEGUN CONVENIO.	A-Na		

(1): Personal Ocupado Adicional: Fund. Fundamental: Odontólogos. Aux. Auxiliares: Asistentes, Técnicos medios y enfermeras, con capacitación formal y sin ella; Compl. Complementario: Médicos Dentales, Administración y Recepción, Intendencia y Vigilancia. A = Asalariado y Na = No asalariado, por ser familiares del odontólogo, estudiantes que colaboran a título gratuito o por estar en práctica académica.

(2): Excepto asistencia en el que se cobra una cuota de recuperación por los servicios, en todos los demás se cobra una tarifa o precio al libre arbitrio de cada unidad.

2.2.8. LOS TIPOS Y FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y LAS UNIDADES DE SERVICIO.

En resumen, la tipología elaborada persigue clasificar en un esquema lógico-histórico, las modalidades de esta práctica profesional en México.

En consecuencia, las referencias conceptuales son: Los "tipos" y "formas". Así, el "tipo":

Ubica la organización de la práctica odontológica y sus unidades de servicio, en una primera clasificación basada en el carácter de su propiedad, pública o privada y en la naturaleza de sus respectivos fines de servicio. Las formas vienen a ser subdivisión de los tipos, de acuerdo con las modalidades concretas que éstas adoptan en el control de su propiedad y la organización de su proceso de prestación de servicios

De manera condensada, la caracterización de los tipos y formas definidas es como sigue.

2.2.8.1. FORMAS DE "TIPO PÚBLICO"

Comprenden a un conjunto de consultorios, clínicas y hospitales propiedad del Estado, que producen sus servicios en todos los niveles mediante el sistema de trabajo asalariado. En México están muy difundidas, relativamente, y su magnitud varía desde la mediana a la gran unidad de servicio, lo cual depende de su ubicación geográfica y el monto de la población que cubra.

En conjunto forman el sistema institucional de salud, o sanitario asistencial. Su producción de servicios se realiza en unidades que integran la medicina en campos básicos y de especialidad, junto a la estomatología. En general se organizan técnicamente de manera departamentalizada, por especialidad

Los regímenes de seguridad social y asistencia pública, integran el sistema institucional de salud en México. Por la división de funciones de este sistema, surgen las diferentes formas de organización de la práctica estomatológica pública, como sigue:

a] Formas del Régimen de Seguridad Social,

A su cargo queda encomendada la atención de los trabajadores y sus dependientes económicos directos, que juntos constituyen la población derechohabiente.

Para quienes están amparados por el apartado "A" del Artículo 123 Constitucional, la prestación del servicio se hace a través de IMSS; son trabajadores en general del sector privado, aunque los de algunos organismos descentralizados y paraestatales están incluidos en esta institución; la afiliación al servicio tiene vías: la obligatoria, la voluntaria y la llamada de solidaridad social (1); mismas que están especificadas en la Ley que rige a este organismo descentralizado. Al personal federal, sujeto al apartado "B" del artículo 123 de

(1) La solidaridad social se refiere al Programa IMSS-COPLAMAR que opera en zonas rurales y marginadas.

la Constitución Política, se le otorgan las prestaciones a través del ISSSTE.

En ambos casos, el servicio se proporciona mediante la clínica de adscripción que corresponda al trabajador, previa cita o por razones de emergencia. En primera instancia la atención odontológica es de práctica general y existen hospitales de zona y de especialidad para casos de accidente laboral o tratamiento más complejos.

Unas formas particulares de prestación de servicios odontológicos de carácter laboral, se otorgan en las Secretarías de Marina y de la Defensa Nacional (SEDEMA y SEDENA, respectivamente) y en algunos organismos descentralizados como la Comisión Federal de Electricidad y Petróleos Mexicanos.

En los dos casos, el sistema de cobertura se efectúa, mediante el pago de las cuotas que fija la Ley respectiva, deducidas de los sueldos y salarios. A cambio, el asegurado y sus dependientes económicos, reciben atención médica y estomatológica, además de otras prestaciones.

b) Formas del Régimen de Seguridad Pública.

La más importante y desarrollada de éstas, es la que corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.; como

Órgano dependiente del Ejecutivo Federal es parte del sector central. Esta ofrece servicios de atención médica general y estomatológica a toda la población independientemente de que tenga derecho al IMSS o al ISSSTE, lo hace a través de su amplia organización fincada en varios niveles de centros de salud y hospitales generales, la atención se ofrece cobrando cuotas de recuperación por el servicio prestado.

Analógicos a la acción y organización de la S.S.A., en forma descentralizada local operan los Servicios Médicos del Distrito Federal y en un plano más restringido el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

La académica, es otra peculiar forma de unidad de servicios estomatológicos. Corresponde a las que son operadas por los centros públicos de enseñanza superior de la estomatología,

En ellas, la producción estomatológica es ofrecida como un servicio al público en general, mediante el pago de cuotas variables. Su existencia obedece a la necesidad que tienen las mismas de proporcionar un mínimo de práctica a sus educandos, en condiciones apropiadas para su adiestramiento profesional, a lo largo de los ciclos lectivos. Razón por la que el lucro no es su móvil.

Por otra parte, y siguiendo las líneas generales del sistema socioeconómico, el adiestramiento del factor trabajo, para el caso de los profesionales de la disciplina que nos ocupa, como ya se apunta arriba, se realiza en los establecimientos educativos, públicos y privados. En ellos tiene lugar, no sólo la formación de los recursos humanos desde el punto de

vista técnico científico, sino también la transmisión de la ideología dominante en el sistema así como del conjunto de valores y actitudes que caracterizan a este gremio profesional. Pasan así todos estos elementos a ser parte integrante de la 'personalidad profesional' de la mayor parte de los egresados; y por lo tanto tiene repercusiones en la práctica correlativa, al actuar en el proceso de producción de bienes y servicios para la atención estomatognática.

Finalmente, aunque no es una forma muy difundida, existen en el sector público algunas formas de asistencia de tipos beneficencia, dispensarios dentales que ofrecen servicios a personas de escasos recursos.

Por lo expuesto, y debido en esencia a su propio origen, estas unidades de producción no persiguen su beneficio monetario, sino la prestación de sus servicios, como medio de los fines políticos y académicos que de ello se derivan. Motivo por el cual su presupuesto de operación, en la mayor parte de los casos está subsidiado por el erario público.

Aparte de las funciones glosadas, los organismos citados participan en el ámbito de su competencia, en la realización de las campañas sanitario-asistenciales y las políticas de salud en general, que el Estado emprende a través de la S.S.A.

(2).

(1): Conforme a la Ley Organica de la Administración Pública Federal a esta Secretaría compete la conducción de las políticas nacionales; de salud pública. Recientemente se fundó la Coordinación General del Sistema de Salud que especifica la fracción f del Artículo 73 Constitucional.

2.2.8.2. FORMAS DE TIPO PRIVADO.

Comprenden la producción conjunta de los consultorios, clínicas, hospitales, centros y sanatorios particulares, los cuales ofrecen sus servicios en todos los niveles de atención, en diversas modalidades. En México está muy difundida la acción de sus unidades de servicio; concentrandose fundamentalmente en los médicos urbanos.

Las unidades públicas y privadas en conjunto integran el "sistema de salud estomatológica".

Las formas fundamentales de la organización de la práctica privada se distribuyen en dos grupos:

A) El ejercicio liberal,

Se subdivide, a su vez, en dos formas básicas de trabajo pequeño burgués, con ligeras variantes en el control de la propiedad:

a.1. Ejercicio liberal individual.

El estomatólogo como trabajador independiente, es propietario de los medios de prestación de servicio con los que opera. Aunque también existe el sistema de arrendamiento, que no está muy generalizado. Eventualmente se apoya en el trabajo asalariado de personal auxiliar, enfermeras, y/o recepcionistas. Su titular puede ser especialista o estomatólogo general. La división técnica del trabajo prácticamente no existe.

Esta forma, en general, surge en la fase baja o inicial del sistema capitalista. Su fin primordial es obtener un ingreso monetario, a través de la venta de su servicio y, en esencia, corresponde al tradicionalmente llamado ejercicio liberal

típico de las profesiones. Hasta la actualidad tiene una gran importancia numérica en México.

a.2.) Ejercicio liberal en asociación simple (1).

Es una variante de la anterior, de tipo privado liberal; sólo que en éste se agrupan dos o más estomatólogos, o propietarios conjuntos de los medios de producción, abatiendo así sus costos de producción y ampliando la escala de sus servicios; generalmente emplean auxiliares y/o recepcionistas, como trabajo asalariado. Eventualmente comparten gastos generales del local y cierto tipo de personal, pero retienen la individualidad de la propiedad sobre los medios de trabajo y la atención de los pacientes.

Esta forma surge más o menos en la misma época de la anterior y su móvil también es el lucro. No está muy generalizada en México. A diferencia del primero, en el que la división técnica del trabajo es muy simple cuando se cuenta con auxiliares, en éste puede ser mayor si existen especialistas complementarios entre sí, o dividiendo su trabajo por etapas, inclusive tiene la posibilidad de integrarse con un 'laboratorio dental', que realice sus propios trabajos, en lugar de darlos a otras empresa para su elaboración.

(1): A esta forma en Estados Unidos se le llama "Group's Practice" o práctica de grupo, cuando es asociación de especialistas, según: Gómez, H., Et. Al, Op. Cit., p. 27.

También en esta forma existe el arrendamiento del consultorio con todos sus medios de trabajo y la participación de ingresos cuando el propietario conviene con un colega para que lo trabaje.

b) Formas de ejercicio empresarial.

En estas formas de ejercicio el afán de lucro es más claro y mayor que en las dos anteriores, en las cuales se conjuga una mezcla de "negocio y medio profesional de vida". En tanto que éstas son majenadas como un negocio típico, que persigue la valorización del capital invertido, (D-D'), bajo la forma del beneficio monetario capitalista. En ellas, los propietarios respectivos no sólo son dueños de los medios de producción, sino que fundan el proceso de producción de los servicios en el trabajo asalariado que comprende desde el odontólogo mismo, hasta el personal de intendencia, pasando por los técnicos medios, asistentes y auxiliares dentales y demás empleados. El trabajo asalariado ciertamente es requisito indispensable para lograr el fin último: el beneficio mercantil capitalista (1).

b₁) Ejercicio empresarial individual.

Se distingue en que por lo regular el propietario es odontólogo y ejerce profesionalmente en su unidad de servicios. Ocupa asalariados en los términos antes mencionados y

(1): En las otras formas el trabajo fundamental: el del odontólogo es independiente, no asalariado.

y ofrece servicios de práctica general y la de especiali-
dad. (1).

b₂) Ejercicio empresarial en sociedad formal.

En esta forma la propiedad es de varias personas y está formalizada como sociedad anónima o alguna figura jurídica similar. En ella, pueden participar uno o más odontólogos como copropietarios, hecho que es irrelevante en última instancia, pues no es en esencia un medio de trabajo profesional, sino una empresa dedicada al lucro.

En ambas formas suele existir mayor división del trabajo que en las precedentes; aunque en México no se lleva a cabo de manera extensa como en otros países, debido a la carencia de técnicos estomatológicos medios, de suerte que la división técnica es más notoria a nivel de especialidades. Así mismo, la práctica de la estomatología en estos casos es frecuente que se integre con laboratorio dental y la venta de medicamentos y muchas veces se hace en paralelo a la producción de

(1): También existen unidades de servicio en las cuales el propietario es una persona física ajena a esta profesión.

servicios médicos generales y de especialidad, incluyendo hospitalización.

Respecto al sistema de mercado en general, la última forma correspondiente a la llamada "sociedad mercantil capitalista", la cual nace en la fase media del sistema, cobrando mayor vigor hacia la última etapa y, actualmente, existe en su forma más desarrollada bajo la figura jurídica de la sociedad y similares análogas. En ella se concentra el capital y la tecnología y puede fortalecer el adiestramiento de la fuerza de trabajo que ocupa. Generalmente, produce en gran escala con lo cual reduce sus costos de operación, compete fuertemente en su mercado y maximiza su ganancia.

b₃) Formas privadas complementarias: Ejercicio asistencial privado autónomos.

Finalmente, las formas de práctica privada se complementan con las dos que corresponden al "ejercicio asistencial privado, y que se da, por una parte, en las escuelas y facul-

des establecidas, coordinadas y dirigidas por el sector privado para formar sus cuadros técnicos medios y la asistencia de tipo beneficencia.

En general funcionan igual que las formas correlativas del sector público, aunque el proceso de ideologización prosector y propiedad privada es más acentuado en estos casos.

La operación conjunta de los tipos y formas de organización de la práctica profesional, pública y privada, genera la oferta total de servicios estomatológicos para el mercado de consumo (1).

La confrontación de esta oferta, con las necesidades reales y la demanda de la población mexicana, con datos de la realidad es la que permitirá evaluar la función de la práctica profesional de la estomatología de este país. (2).

(1): Además del mercado de consumo existen los mercados de factores de la producción de servicios: el del trabajo profesional y el de medios de prestación de servicios. En el mercado del trabajo, los profesionales de esta carrera y el personal auxiliar son los oferentes. En el de los medios de servicio, la oferta es de otras empresas y los odontólogos son los demandantes.

(2): Con la exposición hecha por la oferta y la tipología se hizo una guía de datos básicos para caracterizar los tipos de unidades de producción de servicios estomatológicos, la cual se sirvió para elaborar las Cédulas, Ver Anexo 1.

2.3. LAS NECESIDADES ESTOMATOLÓGICAS: LA DEMANDA DE SERVICIOS

Toda demanda, pues, tiene un carácter social y expresa las necesidades de los individuos o de la colectividad. Necesidades que son de diversa índole y niveles, como la alimentación, vestido, vivienda, salud y educación, entre otras. A su vez, la demanda como categoría de análisis resume condiciones socioeconómicas de una sociedad históricamente determinada. La demanda es, resultante de las manifestaciones concretas de las relaciones sociales de producción, de distribución y de circulación, así como de otras relaciones sociales como las culturales, ideológicas y políticas y de condiciones geográficas y demográficas.

Todo ser humano tiene necesidades de servicios estomatológicos que satisfacer. Premisa que socialmente es indiscutible y es plenamente reconocida a nivel mundial y que, en la Carta de las Naciones Unidas y Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud, textualmente dice: "El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica o social". (1)

(1): A su vez, en el plano interno, algunos países como es el caso de México, lo ratifican en sus planes de gobierno y leyes reglamentarias. Cf. SPP, Plan Global de Desarrollo, México, Ed. Talleres Gráficos de la Nación, 1988, p. 380; "Políticas de Salud".

Las necesidades de servicio, según la clasificación de Leavell y Clark, alcanzan su mayor magnitud que comprende prácticamente a la población total, en la prevención primaria, o sean los niveles 1 y 2: promoción de la salud y protección específica. En seguida, por su magnitud están las necesidades relativas a la prevención secundaria, que comprende: el tercer nivel de diagnóstico y tratamiento precoz; para llegar a la prevención terciaria, formada por los niveles cuarto y quinto: limitación del daño y rehabilitación, respectivamente. Los niveles se ilustran como sigue: (1)

TRANSICION DE SALUD A ENFERMEDAD

ESTADIO PRECLINICO		ESTADIO CLINICO		ESTADIO FINAL
		TEMPRANO	AVANZADO	
NIVELES DE PREVENCION				
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	CUARTO NIVEL	QUINTO NIVEL
Promoción de la Salud	Protección Específica	Diagnóstico y Tratamiento Precoces	Limitación de la Incapacidad	Rehabilitación
PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIARIA

(1): Katz, S., Et. Al., Odontología Preventiva en Acción, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1975, Cap. 5, p. 25.

En la medida que no se atiendan las necesidades mediante la prevención primaria, será mayor el número de personas que, en forma acumulativa, requieran atención en los demás niveles.

Por otra parte, algunas personas precisarán el servicio de otros niveles, no obstante la atención preventiva que reciban. En efecto, la etiología de los padecimientos o necesidades orales, obedece a factores internos y externos, que son biopsicosociales. A vía de ilustración comprenden: los padecimientos hereditarios y congénitos, edad y sexo; el saneamiento ambiental, las etiologías y traumatismos, el régimen alimentario y la nutrición, la educación, los hábitos e higiene personal. (1)

Las variantes antes enunciadas intentan caracterizar el universo de las necesidades reales que requieren atención de la práctica odontológica. A éstas se puede agregar otro grupo que sería el de las necesidades "atribuidas" como las del paciente hipocondríaco y aquellas que se generan por razones de status social y apariencia física (estética).

(1): Ver cuadro No. 2.3.1, Anexo 2.

En el sistema capitalista la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas se realiza a través del intercambio predominantemente. Con excepción de los bienes libres o gratuitos que el individuo se apropia directamente de la naturaleza, o que puede producir por sí mismo para su consumo, todos los demás se adquieren mediante el cambio; es decir tienen un precio monetario.

En consecuencia, las necesidades ya sean individuales ó colectivas requieren traducirse en demanda para ser satisfechas. Sin embargo, en el contexto capitalista para que las necesidades se satisfagan, la demanda que generan debe estar respaldada por una capacidad de compra. (1)

A lo anterior se le denomina demanda efectiva o real y siempre se apoya en el ingreso monetario de los consumidores. Se distingue de la llamada demanda potencial, porque en esta última los consumidores teniendo necesidades no las traducen en demanda efectiva, por carecer de capacidad de compra o bien si teniéndola no la ejercen, ya sea por ignorancia o cualquier otro motivo. Por ello conviene hacer explícitos los principales elementos que la configuran.

(1): "...La demanda se entiende como demanda respaldada por suficiente dinero para pagar el bien demandado"., Stonier, A.W., y Hague, D., -- Manual de Teoría Económica, Madrid, Ed. Aguilar, 1960, p. 16.

Concurren a integrar la demanda efectiva global: el tamaño, la dinámica de la población, su ubicación geográfica; el disponer de un ingreso monetario, la estructura y los niveles de precios de los bienes y servicios; la concepción que tanto los individuos como la colectividad tengan sobre sus necesidades y los medios para satisfacerlas, conforme a su educación - en sentido amplio; la disponibilidad o accesibilidad a los me di os de satisfacción; la edad y el sexo de los consumidores, entre otros elementos.

Las variables independientes e intervinientes arriba -- enunciadas, impuestas por el sistema capitalista, no son sim-- ples sino compuestas. Así, el ingreso monetario a su vez está en función de la posición que se ocupe en el proceso de producc ió n, la cual determina la distribución del ingreso social generado en el proceso productivo, entre las clases fundamentales de la sociedad capitalista: propietarios de los medios de produ cc ió n y asalariados.⁽¹⁾ El ingreso también está condicionado - por el tipo de actividad económica que se desempeñe; la educa cc ió n en sentido amplio; el régimen fiscal vigente, así como el tipo y amplitud de las llamadas prestaciones laborales que existan en un momento determinado. Igualmente participa como variable interviniente el nivel y la estructura de los pre ci os

(1): Además de las clases fundamentales, existen estratos de la población que trabajan en forma independiente, como los artesanos y profesionales liberales, entre otros.

de los servicios.

Conviene recalcar que a mayor magnitud del ingreso, mayor será la posibilidad de ejercerlo como demanda efectiva y, por ello, será factible satisfacer una gama más amplia de necesidades. En contraparte, a menor ingreso la demanda efectiva será reducida y mayor cantidad de necesidades quedarán insatisfechas.

Dada la tendencia a la concentración del ingreso en pocas personas, que conlleva el sistema capitalista, la demanda efectiva se manifiesta sólo como una fracción de la demanda potencial, que representaría la totalidad de las necesidades de la sociedad en su conjunto.

De lo anterior se sigue que: a mayor concentración del ingreso, mayor es la cantidad de consumidores que no pueden ejercer una demanda efectiva, situación que tiende a generar conflictos sociales de diversa magnitud y profundidad. En el caso, de la odontología mayores serán los padecimientos no atendidos.

Ante esta última eventualidad y acorde a su papel, el Estado concurre a mitigar ciertos tipos de necesidades que, sujetas al libre juego de las fuerzas del mercado, ciertos grupos sociales no podrían satisfacerlas. Por ello, algunas de sus acciones se enfocan a la participación directa en la producción de algunos bienes y servicios, entre los cuales se incluyen los de la salud.

En suma, la demanda de los servicios, producto de la práctica estomatológica capitalista como la de otros bienes y servicios en general, está determinada por la acción de los factores expuestos y la dinámica propia de este sistema.

En México, la demanda de los servicios estomatológicos se realiza hacia dos vertientes básicas: la libre concurrencia a las unidades de servicio privadas y a las estatales. En el primer caso, predominantemente es demanda efectiva, respaldada por capacidad de pago para cubrir las tarifas que fijan estos profesionales. La demanda por servicios públicos para ser atendida debe reunir como requisitos el ser trabajador sujeto al régimen de seguridad social, ó tener la capacidad de pago para cubrir las cuotas de recuperación que se cobran en los servicios asistenciales públicos. (1)

(1): Por excepción, para casos aislados tanto en el sector privado como en el público, se puede llegar a dar servicio gratuito en casos simples de emergencia.

De los planteamientos antes referidos se desprende el sistema de hipótesis, con sus respectivas variables e indicadores, tal como enseguida se expone:

2.4. MODELO TEÓRICO-HIPOTÉTICO

A) La práctica profesional de la estomatología, en México, al igual que la de cualquier otra actividad productiva, está determinada por los factores del sistema capitalista del mercado imperante en el país y, por lo tanto, se encuentra sujeta tanto a las leyes del sistema, a las fuerzas de la oferta y la demanda, así como a la regulación que de ellas hace el Estado mexicano.

B) La función social de la estomatología está condicionada por las formas y tipos en los que la práctica estomatológica organiza su producción de servicios, los cuales, a su vez, tienen una correspondencia definida y funcional con el proceso general de producción del sistema capitalista de mercado.

C) La práctica profesional de la estomatología - y sus

relativas modalidades - se relaciona con la formación de los - recursos humanos para la atención estomatológica, bajo los principios y orientaciones que el sistema mexicano imprime a la capacitación, en general, de la fuerza de trabajo utilizada en -- cualesquier otra actividad productiva, que requiera de una 'educación formal'.

D) La producción de servicios estomatológicos en México, está orientada en su oferta, hacia los consumidores que de una u otra forma monetaria pueden pagar por ellos.

Las proposiciones generales que anteceden, en un nivel -- más específico, pueden enunciarse en el siguiente esquema de -- hipótesis:

A) La función social de la estomatología, en México, -- está determinada por la correspondencia que exista entre la --- oferta de servicios y las necesidades reales de la población -- del país. (demanda).

B) Por su parte, la oferta de servicios estomatológicos está determinada por variables sociales, económicas y político-jurídicas.

C) Asimismo, las necesidades reales o demanda potencial de la población y su demanda real de servicios estomatológicos, está determinada por variables biológicas, demográficas, económicas, sociales y político-jurídicas.

Los indicadores seleccionados para efectuar la 'medición' de las variables (en el sentido amplio del término), tanto de la oferta como de la demanda de servicios, se exponen en los dos cuadros siguientes.

VARIABLES E INDICADORES DE LA PRACTICA PROFESIONAL (OFERTA)	
VARIABLES.	INDICADORES.
Sociales:	Número de escuelas de odontología y su orientación académica, número de odontólogos egresados de las mismas y en ejercicio, así como su distribución geográfica.
Económicas:	Tipos y formas de organización de la práctica y las unidades de servicio. Gasto e Inversión en Infraestructura. Servicios ofrecidos y tarifas. Oferta real y potencial de servicios.
Jurídico-Políticas:	Legislación vigente para regular la práctica profesional y la oferta de servicios.

VARIABLES E INDICADORES DE LA DEMANDA
DE SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS.

VARIABLES.	INDICADORES.
Biológicas:	Estructura cuantitativa de las patologías bucales e índice CPOD y CEO.
Demográficas:	Tamaño de la población, estructura por sexos y edades, distribución geográfica: por entidad federativa, rural y urbana y según el tamaño de la localidad de residencia y dinámica de la población: crecimiento, natalidad, mortalidad, morbilidad y esperanza de vida al nacer.
Económicos:	Estructura ocupacional, distribución del ingreso, estructura del gasto y precios - salarios
Sociales:	Escolaridad de la población: incluyendo alfabetismo y analfabetismo (EP): alimentación y nutrición (AN) y condiciones de la vivienda (V).
Político-Jurídicos:	Régimen de seguridad social y Régimen de asistencia pública.

3. ANALISIS DE LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA EN MEXICO

Para apreciar la función social que cumple la práctica - estomatológica en México, es necesario analizarla a la luz del concepto teórico de la oferta, pero desagregada de acuerdo con los estratos que concurre a integrarla. En el caso de la - economía Mexicana de carácter capitalista con ingerencia del - Estado en la regulación y, además, la participación directa en la producción y prestación de servicios, la práctica estomato- lógica se desagrega en los dos tipos antes definidos: la -- práctica privada o sea la que ofrecen los profesionales a tra- vés de consultorios particulares, vía honorarios y la práctica pública o gubernamental, vía impuestos a los trabajadores y pa- trones, así como por cuotas de recuperación.

Por ello, en el plano real se procedió al análisis de - los factores que determinan la práctica profesional, sus tipos y formas y, por ello, su oferta, para llegar a complementar la visión sobre cómo incide socialmente su práctica estomatológi- ca.

3.1. OFERTA DE SERVICIOS Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA ESTOMATOLOGÍA.

La formación de personal para el área de servicios odontológicos depende directamente por una parte de la fundación de escuelas de odontología y por otra del grado de capacidad de funcionamiento de las mismas.

3.1.1. CREACIÓN DE LAS ESCUELAS DE ODONTOLOGÍA Y SU ORIENTACIÓN ACADÉMICA.

En 1904 se fundó la primera escuela de odontología en la Universidad Nacional Autónoma de México; le siguen en orden de antigüedad la de la Universidad de Yucatán en 1922, la de la Universidad de Guadalajara en 1925, la de la Universidad Autónoma de Puebla en 1937, la dependiente de la Universidad de Nuevo León en 1939, la de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí en 1943; las restantes fueron iniciando su apertura a partir de la década de los 50's como fueron la de la Universidad Veracruzana en 1951 y la dependiente de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en 1954, hasta la Escuela de Odontología perteneciente a la Universidad de Hidalgo que se fundó en el año 1975. A partir de entonces han iniciado sus operaciones aproximadamente otras 20 escuelas de odontología en el país.

En los últimos años bastante se ha hablado acerca de que las instituciones de enseñanza superior y, entre ellas las Universidades, requieren abandonar prácticas tradicionales en la enseñanza, la investigación e incluso en el servicio y difusión; así como su carácter casi autárquico, que las desvincula de la realidad social y concreta en la que se encuentran inmersas.

De lo anterior se ha derivado que la planificación y los programas universitarios no se hallan totalmente acordes con las necesidades sociales.

Algunas escuelas de odontología, han propuesto alternativas para superar esa contradicción, mas sin embargo, no están ajenas a las posibilidades de perfeccionar sus planteamientos y, para lo cual, requieren realizar estudios e investigaciones --- acerca del nivel de adecuación entre sus propósitos o fines básicos plasmados en sus planes y programas, frente a la demanda social y la práctica profesional de sus recursos humanos internos y de los egresados⁽¹⁾.

(1) Ver planes y programas de las escuelas de odontología: UAM-X_o chimilco y ENEP-Zaragoza. (cuadro 3.1).

No se duda que, cotidianamente, se motiva la reflexión y se llevan a cabo acciones tendientes a mejorar el sistema académico y superar, en la medida de lo posible, las contradicciones referidas. Esto no descarta, sino incluso presupone necesariamente, la realización de investigaciones, estudios o diagnósticos tanto globales como parciales que sirvan de fundamento para la planificación y programación de estas instituciones académicas.

En el sistema social de México, de manera general, las -- instituciones de educación superior y, entre ellas, las Universidades tienen plasmado en sus planes generales o directrices, -- como fines o propósitos básicos: a) la enseñanza, b) la investigación y difusión y c) el servicio.

De las escuelas de estomatología, egresan profesionales; que necesariamente se incorporan al mercado de trabajo, cuya alternativa es ó el sector público: Secretarías de Estado, Departamentos, organismos descentralizados y empresas paraestata--les ó el sector privado: organismos y empresas privadas y el traabajo independiente o ejercicio libre de la profesión.

Esta alternativa del mercado de trabajo, que impone el sistema económico social, plantea la necesaria adecuación entre los planes y programas de formación profesional (que constituye, como resultado, la oferta,) y la demanda de trabajo.

En general, la inadecuación de los planes y programas de enseñanza vigentes respecto a la calidad y/o cantidad de odontólogos que se demandan socialmente, acarrea en el profesionista -- las siguientes consecuencias.

a) En el caso de ocuparse en el campo profesional, si es inadecuada su formación, su práctica profesional tiene un bajo, e incluso deficiente rendimiento, asimismo, se pueden suscitar implicaciones legales y morales dado que se trata de la salud de seres humanos.

b) Si se ubica en su campo pero realizando actividades que no corresponden a su supuesto nivel por baja calificación y/o por la excesiva competencia, motiva, en lo general, estados de -- disgusto y de frustración en su actividad que, las más de las veces, promueve la ineficiencia conciente o inconciente.

c) Colocado en un área de otro campo, ya sea por su baja calificación y/o por el exceso de oferta, se da una situación extrema de subocupación, que asimismo agudizará sus actitudes de frustración e ineficacia.

d) Por último, puede estar en la posición extrema de la desocupación abierta.

En suma, cualquiera de las situaciones, producto o resultado de la inadecuación entre planes y programas de la formación del cirujano dentista respecto a la demanda social del sistema, representan problemas tanto individuales como sociales; entre los individuales, como ya se han mencionado, promueve personalidades desajustadas, frustradas e ineficientes; colectivamente, representa un costo social elevado, ésto es, de inversión desperdiciada y la magnificación de problemas que ya se viven como lo son la subocupación y la desocupación⁽¹⁾.

(1) Arriagazzi I.,L. et al Utilización de los recursos humanos altamente calificados, Washington, D.C., Ed. O.E.A. (De IPE-
#3: abril de 1972), 1972, p.19

Las inadecuaciones de los planes y programas de formación con respecto a la demanda (en calidad) del sistema son, entre otras las siguientes:

a) Enseñanza fundamentalmente informativa o teórica. Se tienen conocimientos pero no se desarrollan capacidades, destrezas y pericias, ésto es, aplicar prácticamente los conocimientos de manera controlada y sistemática.

b) Enseñanza fundamentalmente práctica. Se desarrollan destrezas y pericias, pero no se tienen conocimientos teóricos - suficientes para orientar y resolver problemas.

c) La enseñanza es teórico-práctica, pero no se modifica la conciencia, es decir, las actitudes egoístas y de lucro, de carácter privado y pseudo liberal.

d) Enseñanza teórico-práctica, en donde se modifican actitudes en el sentido de efectuar una praxis no sólo en beneficio propio sino también de beneficio social. Pero dicha formación -

no debe ser idealista, sino estar acorde con los modelos de servicio vigentes, aprovechando y optimizando la utilización social de las condiciones y recursos existentes.

En efecto, para tener una idea más completa del tipo de profesionales de odontología que forman las diferentes escuelas que imparten la carrera, basta con observar los principales resultados que se desprenden del análisis de los planes de estudio de 20 escuelas de odontología del país⁽¹⁾

- 1.- El mayor porcentaje de planes de estudio da énfasis a las materias básicas sólo durante los primeros niveles, mismas que van desapareciendo a medida que las clínicas se amplían; con ello, el estudiante pierde de vista el aspecto integral de la estomatología.

(1) Ver cuadro 3.1

- 2.- Las materias tales como odontología - sanitaria, epidemiología y estadística se imparten en horarios reducidos y esporádicos, por lo que el estudiante no se forma suficientemente en la práctica de la estomatología preventiva.
- 3.- Predominan las escuelas o facultades con materias o cátedras, en donde el profesor "expone su suficiencia" y transmite su ideología a través de la exposición magistral y demostraciones clínicas, perpetuando la práctica liberal que atiende a la población en forma espontánea por falta de conocimiento de las necesidades de la comunidad, así como la ausencia de conocimientos administrativos que les permita planear actividades para ampliar la cobertura del servicio.
- 4.- No existen salidas laterales para los alumnos que no terminan la carrera a lo cual es un desperdicio social.

En cuanto a la investigación se tiene que las más de la

veces constituyen estudios de gabinete sin contacto directo con la realidad efectiva. Otras, si bien incluyen también la actividad de campo, generalmente sus resultados se dirigen al autoconsumo; así, su uso queda restringido al ámbito académico para el consumo discriminado y selecto de las universidades, ya sea por la naturaleza misma de la investigación, o bien, por la falta de difusión. Tampoco existe intercambio informativo entre escuelas.

Esto es resultado de la inadecuación entre los planes y programas de investigación que se llevan a cabo con respecto a problemas socialmente demandados y necesarios. Se planea "a espaldas" de la realidad y de los requerimientos sociales.

En cuanto al Servicio Social de los estudiantes, éste, aparece como un requisito formal que debe cumplirse y, en algunos casos, se efectúa como labor que corresponde en poco o casi nada a las actividades que debería desempeñar el estomatólogo; lo cual no contribuye, en la formación práctica del profesional, ni en los resultados mismo del servicio, en beneficio social.

3.1.2. ODONTÓLOGOS EGRESADOS.

La Dirección General de Profesiones de la Secretaría de --

Educación Pública tiene registrados 20,532 títulos de Cirujanos Dentistas, durante el período 1945-1980. Esta cifra es, en cierto modo consecuente con la cifra estimada de alumnos egresados de las diferentes escuelas de odontología, pues en principio aún no se tiene conocimiento de los títulos registrados en el año -- 1981; por otra parte, es de suponer que existen algunos odontólogos titulados que por alguna razón no se hayan registrado, además existen muchos más casos de egresados de la carrera de cirujano dentista que no se titulan sino que ejercen sin título o desempeñan tareas ajenas a los servicios de salud odontológica. -

De la facultad de la UNAM durante el período 1948-1979 se registraron aproximadamente 10,305 egresados de cirujanos dentistas, de los cuales sólo 7,953 se titularon, lo que indica que en el período indicado sólo se tituló un 77.18% de los egresados. - Existen razones suficientes para esperar que el resto de la población tenga un comportamiento similar al mencionado si tenemos en cuenta, que durante el período 1968-1979 los cirujanos dentistas egresados de la Universidad Nacional representaron un promedio anual del 52.29% total de egresados de las universidades e institutos de enseñanza superior de la República Mexicana. (1)

(1): Ver cuadro 3.2.

En 1968, de 416 egresados de odontología, de las diferentes escuelas del país, 198 cirujanos dentistas egresaron de instituciones diferentes de la UNAM, mientras que de ésta egresaron 218; lo que revela que en la escuela (facultad actualmente y las ENEP de la UNAM se concentra la mayor proporción respecto al total nacional de la formación de cirujanos dentistas. (1)

De igual manera, en el año 1971 de un total de 926 egresados en total, 577 fueron de la UNAM y sólo 369 cirujanos dentistas representan el egreso conjunto de diez universidades diferentes de la UNAM. En 1975, de un total de 1 541 egresados, 831 correspondieron a egreso de la UNAM y 710 egresaron de 14 universidades diferentes de la UNAM. (2)

Así pues, la participación de las instituciones de enseñanza superior diferentes de la UNAM tienen una baja participación en el total nacional de egresados en relación a la proporción que corresponde a la UNAM. Así por ejemplo, en 1971, mientras el 60.2% de los egresados fueron de la UNAM, la Universidad de Yucatán sólo aportó el 1.4%, la Universidad de Guadalajara el 6.4%, la Universidad Autónoma de Puebla el 6.8%, la Universidad Autónoma de Nuevo León el 7.8%, la Universidad Autónoma de San Luis Potosí el

(1): Ver cuadro 3.3.

(2): Idem.

3.1%; otras tuvieron en ese año una mínima aportación como son la Universidad Autónoma de Zacatecas con el 0.6% y la Universidad Autónoma del Estado de México que aportó el 0.9% del total nacional de egresados.

Para el año 1973 el total de egresados se distribuyó como se indica en seguida: La UNAM aportó un 53.9%, la Universidad de Yucatán el 1.3%, la Universidad de Guadalajara el 9.3%, la Universidad Autónoma de Puebla el 6.5%, la Universidad Autónoma de Nuevo León el 4.9%, la Universidad Autónoma de San -- Luis Potosí aportó el 4.5%, la Universidad Veracruzana el 4.6%, la Universidad Michoacana 5.1%, la Universidad Autónoma de Coahuila el 3.4%, la Universidad Autónoma de Zacatecas el 1.2%, la Universidad Autónoma del Estado de México el 0.9%, la Universidad Autónoma de Tabasco el 0.9% y la Universidad del Sureste -- aportó el 2.4%.

En el año 1976: la UNAM aportó el 48.1%, la Universi--dad de Guadalajara el 7.6%, la Universidad Veracruzana el 5.1%, la Universidad Michoacana el 8.5%, las Universidades restantes que se citan para este año tuvieron aportaciones menos -

Es de esperar este rápido crecimiento continúe vigente - en los años próximos, pues no se vislumbra disminución ni medida alguna para contenerlo; sobre todo si se considera la fundación de 31 escuelas de odontología, en el lapso 1960-1980, - de las cuales 18 fueron creadas después del año 1975. Esto último; obedece en parte a que la Universidad Nacional Autónoma de México ha limitado el ingreso a su Facultad de Odontología a los aspirantes de la provincia y, por otra parte, las nuevas escuelas deben responder a intereses internos de sus respectivas Universidades y Estados.

Independientemente de esos supuestos, por el alto número de educandos y egresados de la carrera de Cirujano Dentista, - se detecta que la formación de recursos humanos profesionales es tan anárquica, como la producción de bienes y servicios en general. Cada escuela y facultad 'produce' los estomatólogos que sus recursos le permiten, sin tener idea de los requerimientos existentes.

Tal contradicción es consecuente en todo país capitalista como México; mismo en el que al gobierno y las escuelas - aparentemente no les interesa conocer cuál es la corresponden-

cia aproximada entre el número de odontólogos requeridos por la población y la cantidad de éstos que estudian y egresan de los centros nacionales de enseñanza superior. Tal presunción parece no estar alejada de la realidad ya que, no obstante la existencia de organismos tales como la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES), la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Odontología (ANFEO), las asociaciones y colegios profesionales de esta carrera, no existe ninguna coordinación que regule la formación de recursos humanos para la profesión de la odontología. Actividad que favorecería a la población y a los propios profesionales que la ejercen.

En este contexto se explica que mientras en 1970 se disponía de un odontólogo egresado por cada 7,958 habitantes, en 1981 sólo corresponden 2,176 habitantes por egresado, esto a pesar de que la población nacional se incrementó en 44 % de 1970 a 1981. (1)

De continuar esta tendencia creciente en la formación de

(1): No todos los egresados ejercen necesariamente, así que la relación citada no debe verse en otro sentido.

odontólogos aunada a tasas decrecientes de crecimiento de la población es posible que se llegue en pocos años a una situación de plétora relativa, es decir, a un exceso virtual o real de profesionales de la odontología. Ello, es obvio, que implica graves consecuencias para los cirujanos dentistas y - para el país en general, en cuanto que estará enfocando inadecuadamente sus recursos humanos. (1)

3.1.3. ODONTÓLOGOS EN EJERCICIO: OFERTA POTENCIAL ACTUAL.

Dada la dificultad de obtener una cifra exacta de la cantidad de cirujanos dentistas que actualmente se hallan en ejercicio en México, por no existir datos concretos de fuente confiable, se efectuó una aproximación mediante algunas estimaciones.

A) Se estimó una edad promedio de 25 años para los egresados de las diferentes escuelas; asumiendo además que, el odontólogo como la mayor parte de las personas culmina su ejercicio activo hacia los 65 años de edad. En consecuencia, al término de 1981 son potencialmente activos todos aquellos que han egresado de la carrera desde 1941. Los que según el cálculo elaborado ascendieron a 33,158.

(1): El término plétora profesional es usado por Mario M. Chávez, para expresar la saturación del mercado de los servicios odontológicos desde el lado de la oferta de trabajo profesional, que rebasa su demanda -- Cit. por el mismo en: Odontología Sanitaria, Washington, D.C., OPS, 1962, pp. 201-203.

b) Durante ese horizonte de tiempo, 1941-1981, se aplicó la tasa diferencial de mortalidad a cada generación egresada.

El resultado que se obtuvo fue que, para 1981 existen alrededor de 31,890 dentistas egresados, mismos que constituyen la oferta potencial total de trabajo profesional. Su distribución estimada por grupos de edad se muestra en el siguiente cuadro (1):

ESTRUCTURA POR EDADES DE LOS CIRUJANOS
DENTISTAS QUE POTENCIALMENTE ESTAN EN EJERCICIO
PROFESIONAL. MEXICO: 1981

GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD (EN AÑOS)	NUMERO DE DENTISTAS	PARTICIPACION EN %	
		AL TOTAL	ACUMULADO
25 a 29	18 761	59.0	59.0
30 a 34	6 866	21.5	80.5
35 a 39	2 740	8.5	89.0
40 a 44	1 468	4.6	93.6
45 a 49	795	2.5	96.1
50 a 54	553	1.7	97.8
55 a 59	310	1.0	98.8
60 a 64	397	1.2	100.0
T O T A L	31 890	100.0	100.0

FUENTE: Cuadro 3.7

(1) En el apéndice del anexo No. 3 se expone en detalle el procedimiento seguido al respecto.

3.1.4. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DE ODONTÓLOGOS EN EJERCICIO PROFESIONAL.

La falta de disponibilidad de información a nivel censal, por entidad federativa, de los odontólogos en servicio activo, nos obliga a estimar en forma indirecta la distribución geográfica de la oferta de servicios estomatológicos.

a) Estomatólogos en práctica privada.

En febrero de 1982 se realizó un conteo de unidades de servicios odontológicos registrados en la sección amarilla del Directorio Telefónico. Se estima que no es el total de profesionistas en servicio, pero si se aproxima a la apreciación de su distribución geográfica.

Este conteo reportó 5,161 unidades de --
servicio registrados en 26 entidades federa-
tivas de la República Mexicana, el 29% ----
(1,516) de las mismas están registradas en -
el Distrito Federal, siguiéndolo en orden de
importancia Jalisco, con el 11% (555), se--
gún se muestra en el cuadro siguiente:

ENTIDADES CON MAYOR CONCENTRACIÓN DE UNIDADES
DE SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS REGISTRADOS EN EL DIRECTORIO TELEFÓNICO

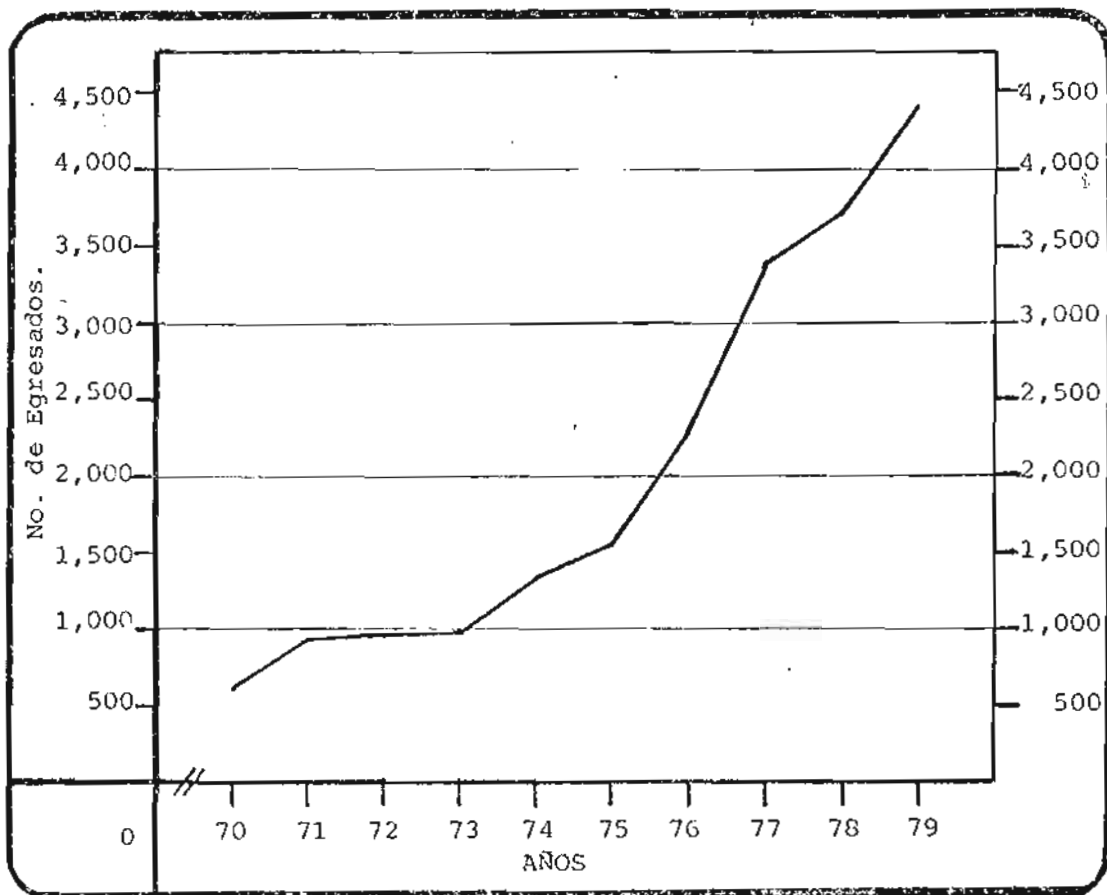
ENTIDAD	UNIDADES DE SERVICIO	%
Distrito Federal	1 516	29
Jalisco	555	11
Nuevo León	329	6
Baja California Norte	313	6
Tamaulipas	245	5
Puebla	213	4
México	196	4
Sonora	182	4
Otras 18 Entidades	1 612	31
T O T A L	5 161	100

FUENTE: Directorios Telefónicos; ver cuadros en el anexo 3, Nos
3.8 y 3.9. Sección Amarilla, 1981-1982.

de 1940 a 1981, egresaron en México 33,158 odontólogos. (1)

En consecuencia la década de los setenta reviste una --- notable expansión en el número de egresados de la carrera de Cirujano Dentista. Los incrementos más altos se registraron en - 1971, 1976 y 1977 ya que se observan tasas de crecimiento anual del 53 %, 47 % y 49 % respectivamente. (1) Este movimiento - explosivo se aprecia en la siguiente gráfica:

TOTAL DE ALUMNOS EGRESADOS DE LAS
ESCUELAS DE ODONTOLOGIA: 1970-1979



FUENTE: ANUIES, ver cuadro No. 2 apéndice 3.

(1): Ver cuadro 3.7.

nal o local predomina el tipo de consultorio pequeño con promedio de 1.4 personas ocupadas en cada uno. Aún en el Distrito Federal, donde existen clínicas grandes, se observa ese promedio

b) En Servicio Activo Institucional.

Para tener un acercamiento más confiable a la distribución de odontólogos por entidades federativas, las estadísticas institucionales no están actualizados, ya que la fuente directa son los censos de servicios y el último disponible que reporta estos datos es el de 1971. El censo de 1975 aún no reporta datos a este nivel de desagregación.

Los últimos datos que reporta el cuaderno de Información Oportuna del Sector Salud son en el sentido de que en 1979 las Instituciones del Sector Salud y Seguridad Social empleaban a 3,468 odontólogos lo que duplica la cantidad reportada en los censos de 1971. Por ello, suponemos que la distribución geo-

gráfica de cirujanos dentistas que prestan sus servicios en forma institucional no se ha modificado substancialmente hasta el momento, dándose como sigue:

CIRUJANOS DENTISTAS QUE PRESTAN SUS SERVICIOS
EN UNIDADES MÉDICAS DE INSTITUCIONES DE SEGU-
RIDAD SOCIAL Y ASITENCIA

(PRINCIPALES ENTIDADES FEDERATIVAS)

ENTIDAD	1970		1971	
	ABS	%	ABS	%
Distrito Federal	512	39	551	35
Veracruz	101	8	129	8
Nuevo León	53	4	82	5
Jalisco	62	5	77	5
Tamaulipas	52	4	57	4
Puebla	48	4	56	3
Coahuila	35	3	54	3
México	45	3	52	3
Michoacán	36	3	51	3
Guanajuato	24	2	43	3
Otras	331	25	438	28
T O T A L	1 299	100	1 590	100.

FUENTE: Estadísticas hospitalarias 1971, México Ed. - DGE, SERIE V No. 1, 1975.

3.2. TIPOS Y FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA: SU OFERTA DE SERVICIOS.

Los tipos y formas de organización de la práctica y servicios odontológicos, como se esquematiza en el cuadro II: Resumen Global del capítulo Marco Teórico, se clasifican, en rigor, a partir de la categoría propiedad de los medios de trabajo (propiedad pública o propiedad privada) y por las formas de control de la propiedad.

En el caso de el tipo público de los servicios odontológicos, estos se subdividen en dos formas:

- 1.- Régimen de Seguridad Social, bajo el cual quedan cubiertos los trabajadores y sus dependientes económicos directo, previo descuentos de su salario de la cuota respectiva, y
- 2.- Régimen de Asistencia pública, que ofrece atención médica general y estomatológica a toda la población, sea derechohabiente o no lo sea.

La administración pública federal, así como los poderes ejecutivos de las entidades federativas en el ámbito de su competencia, además de las actividades tradicionales del Estado relativo a la seguridad nacional, defensa del territorio, impartición de justicia, fijación y cobro de contribuciones, etc., realizan la prestación de servicios públicos, entendiendo por ellos la acción concertada de la administración pública para satisfacer

necesidades colectivas (1), mismas que por su magnitud y complejidad prácticamente resulta imposible que sean satisfechas por las actividades o empresas privadas. Entre los servicios públicos que presta el estado se encuentra el referente a la atención a la salud que comprende, entre otros renglones, los servicios estomatológicos.

En materia de Salud, el Estado Mexicano, participa de diversas maneras, En primer término corresponde al Congreso de la Unión, por disposición de la Fracción XVI del artículo 73 -- Constitucional, Legislar sobre la Salubridad general de la República, precepto en el que se ordena la creación del Consejo de Salubridad General, organismo que depende directamente del Presidente de la República y que se encarga de establecer las políticas generales, sobre Salubridad. En segundo, el Estado Mexicano, interviene en la prestación de los servicios de salud, directamente a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y conjuntamente con trabajadores y patrones quienes aportan cuotas para sufragar los costos de tales servicios. En tal contexto jurídico - político puede afirmarse que en México existen -- dos sistemas que integran la prestación de los Servicios de Salud: el régimen de Seguridad Social y el Régimen de Asistencia pública.

(1): Serra Rojas Andres, Derecho Administrativo, Editorial Porrú México, 1959. p. 259

3.2.1. EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL : SUS FORMAS

A) SISTEMA DEL SEGURO SOCIAL.

El régimen del seguro social tiene su fundamento en la Fracción XXIX del apartado "A" del artículo 123 constitucional, en la cual se determina que: "es la utilidad pública, la ley del seguro social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades, de accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, compensaciones a asalariados y otros sectores sociales y sus familias".

Con base en esa disposición jurídica, el Congreso de la Unión expidió la Ley del Seguro Social que creó el organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

El seguro social se financia en forma tripartita con --- aportaciones de los trabajadores, cuya relación de trabajo se -

regula por las disposiciones del apartado "A" del artículo 123 constitucional y de su ley reglamentaria, la Ley Federal del Trabajo, de los patrones y del Estado.

Aunque el seguro social tiene una cobertura amplia de a filiación de la población mexicana, sin embargo, no llega a -- asegurar a todos los trabajadores sujetos al apartado "A" del artículo 123 constitucional, toda vez, que a pesar de su carác ter obligatorio y pretensión de ser un servicio nacional, en muchos lugares, no se ha implantado, por lo que se desprende - que este sistema tiene como finalidad, reproducir la fuerza de trabajo en forma selectiva preferentemente asalariados. En las regiones en donde no se ha implantado, los trabajadores quedan sometidos a las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo que, en materia de salud, sólo contempla indemnizaciones por acci-- dentes de trabajo y enfermedades no profesionales, eventos que solo pueden surgir en ejercicio o con motivo del trabajo desem peñado, y las prestaciones relativas en los casos de maternidad.

Entre 1980 y 1981, el Gobierno Federal empezó a instrumen-- tar el llamado Plan Global de Desarrollo (PGD), una de cuyas po-- líticas es la que se refiere a la Salud y Seguridad Social. De entre las metas que se propone alcanzar el PGD, destacan las de:

"Proporcionar atención curativa y rehabilitatoria a la po blación que lo solicite", y

"Extender los servicios básicos indispensables en las zonas marginadas que carecen de ellos".⁽¹⁾

Para alcanzar estas ambiciosas metas, el Gobierno Federal puso "en marcha el convenio IMSS-COPLAMAR, para ampliar la cobertura de servicios médico asistenciales... A través de 2 104 unidades médicas y 52 clínicas hospital de campo incluyendo las que ya funcionaban dentro del programa de solidaridad social, se incide sobre las condiciones de salud de 11.8 millones de personas, principalmente en localidades rurales prácticamente sin atención sanitaria hasta esta década."⁽²⁾

Es de suponerse que la implantación de este programa derivó en un incremento en cantidad de odontólogos prestando sus servicios en las Instituciones de Seguridad y Asistencia Social, básicamente IMSS y SSA.

El IMSS, que en 1975 registraba en su nómina 617 odontólogos⁽³⁾, pasó a 710 en 1979 y a 1 386 en 1981. Habría que aprovechar que en el IMSS los servicios odontológicos a nivel foráneo están dados por pasantes de odontología que están cumpliendo con

(1) S.P.P. Plan Global de Desarrollo. Edición de Bolsillo de talleres gráficos de la Nación. México 1980 p. 353.

(2) Ibidem p.32

(3) Ver cuadro 3.

su servicio social. En la práctica odontológica, dentro de esta Institución, el cirujano dentista es auxiliado en los procedimientos técnicos por personal supuestamente bien adiestrado para una mayor cobertura y calidad del servicio, asimismo, se apoya en el manual de procedimientos y en los recursos materiales para tres niveles de atención:

1er. nivel.- Prevención operatoria, exodoncia, parodoncia

2o. nivel.- Prostodoncia y endodoncia. En caso de accidente laboral cuando el derecho-habiente, lo solicite. Dichas actividades se realizan en hospital de zona por odontólogos de práctica general.

3er. nivel.- Cirugía buco-dento-maxilar. En caso de necesidades específicas como traumatismos, neoplasmas, etc., y se realizan en hospital general por especialistas.

En las clínicas de primer nivel los auxiliares carecen de preparación específica de asistencia dental, por lo tanto no hay técnica a 4 manos. En las clínicas de 2o y 3er nivel si hay --- asistentes capacitados y las citas son programadas a 20 pacientes por cirujano en turno, más emergencias, dedicándole un prome

dio de 15 minutos por paciente.

B) SISTEMA DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO.

En la fracción XI del apartado "B" del artículo 123 constitucional, se establece que los trabajadores al servicio de -- los Poderes de la Unión, y del Gobierno del Distrito Federal, -- tienen derecho a la seguridad social, entre otros seguros comprende los de accidentes y enfermedades profesionales, las -- enfermedades no profesionales y la maternidad; y jubilación, -- invalidez, vejez y muerte.

El organismo encargado de prestar la seguridad social a los trabajadores al servicio del estado es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, -- que es un organismo público, descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Todo trabajador al servicio del estado aporta al instituto, una cuota obligatoria del 8% del sueldo básico que se aplica según el artículo 15 de la Ley del ISSSTE, en la siguiente forma: 2% para cubrir el seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad. 6% como aportación para tener derecho a las siguientes prestaciones: Servicios que eleven los -- niveles del servidor público y su familia, e Indemnización global).

Por último, la Institución de Seguridad Social 3a. en su importancia, el ISSSTE, también ha elevado su nómina de odontólogos en los últimos años, pasando de 366 en 1974, a 409 en 1978 - y 795 en 1981⁽¹⁾.

Los servicios odontológicos se iniciaron en 1961. En el área metropolitana del D.F. se imparte el servicio a través de clínicas con módulos de servicio de 3 niveles:

- Contacto primario - clínicas de adscripción
- Contacto secundario - clínicas de especialidades
- Contacto terciario - Hospital de especialidades.

En las áreas foráneas se da la siguiente distribución:

- Contacto primario - Clínica de adscripción.
- Contacto secundario - Hospital de concentración
- Contacto terciario - Hospital regional

El Hospital de Concentración hace las veces de clínica de especialidades.

En el ISSSTE la carga de trabajo por odontólogo es la siguiente:

en 3 horas - 9 pacientes más 1 urgencia
en 4 horas - 12 pacientes más 1 urgencia

El gobierno aporta los siguientes porcentajes sobre el sueldo básico de los trabajadores: 6% para cubrir el seguro de enfermedades profesionales y de maternidad. 0.75% para cubrir integralmente el seguro de accidente del trabajo y profesionales y 6% para cubrir otras prestaciones, tales como: - créditos hipotecarios, prestamos a corto plazo, jubilación, - seguros de vejez, invalidez y muerte.

El sistema de seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado, tiene el propósito de conservar y reproducir la fuerza de trabajo burocrática, además de entrañar connotaciones político - ideológicas, tendientes a mantener la hegemonía política y la legitimación del Estado mexicano.

3.2.2. RÉGIMEN DE ASISTENCIA PÚBLICA: SUS FORMAS.

A) SISTEMA DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

El artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración - Pública Federal confiere a la Secretaría de Salubridad y Asistencia las siguientes atribuciones:

- a) Crear y administrar establecimientos de salubridad, - de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar -- del territorio nacional.
- b) Organizar la asistencia pública en el Distrito Federal.
- c) Aplicar a la beneficencia pública los fondos que le -- proporciona la Lotería Nacional.
- d) Planear y conducir la política de saneamiento ambiental.
- e) Impartir asistencia médica y social a la maternidad y la infancia y vigilar la que se imparta en instituciones públicas o privadas.

f) Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la república.

g) Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales.

h) Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud de los trabajadores del campo y la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo.

i) Realizar la vigilancia sobre el cumplimiento del Código Sanitario y de sus reglamentos.

Los servicios de atención a la salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia son financiados por el pueblo mexicano por medio de los impuestos. En la ley de egresos que anualmente expide el Congreso de la Unión, se fija una partida para la Secretaría de Salubridad y Asistencia con el fin de -- que ésta realice los servicios públicos que tiene encomendados.

La prestación de servicios de salud de esta Secretaría,

en términos generales deben ser gratuitos para quien lo solicite. Sin embargo, tal protección en la mayoría de los casos resulta falsa, ya que, por regla general, en los centros hospitalarios que administra la Secretaría de Salubridad y Asistencia a los solicitantes les cobran, por los servicios prestados, la llamada "cuota de recuperación".

Por otro lado, la SSA que contaba en 1974 con 426 odontólogos, en 1978 casi no variaba su nómina (457); pero, en el período 1979-81, elevó su cifra de odontólogos en servicio a 1 256 (1).

La SSA que se creó en 1940 absorbiendo la función Médico - Social de beneficencia pública, como obligación reconocida por el Estado de suministrar ayuda a los menesterosos e inválidos -- desheredados, dirige sus acciones de salud a toda la población, orienta sus acciones hacia la prevención más que a la curación, -- visualizando a la enfermedad como un problema colectivo.

La práctica preventiva la realiza la SSA a través de auxiliares de higiene dental que visitan escuelas promoviendo la enseñanza de aseo bucal, realiza limpiezas dentarias a embarazadas y niños, hace aplicaciones tópicas de fluor y efectúa pláticas - informativas.

(1) Ver cuadro 3.10

La SSA cuenta con 54 centros de Salud en el D.F., de los cuales 42 ofrecen servicios odontológicos. Cuenta además con 176 centros de salud en áreas marginadas, donde laboran 102 -- odontólogos.

B: ASISTENCIA EN LAS ESCUELAS O FACULTADES DE ODONTOLOGÍA. FORMAS AUTONOMAS DE EJERCICIO.

Con el objeto de correlacionar las materias clínicas y preclínicas y apoyarlas con la práctica, las escuelas de -- odontología otorgan servicios al público que se presenta en forma espontánea, contra pago de cuota de recuperación o -- bien exentándolos del pago, a criterio del docente que supervisa los servicios.

Este modelo de servicio puede variar de una escuela a otra dependiendo del tipo de organización administrativa interna y del sistema de enseñanza que se siga. La Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco -, es un caso relevante de las escuelas donde se pretende integrar el conocimiento clínico y básico desde los inicios de la carrera de estomatología, dándole un enfoque más acorde con la práctica real.

En el cuadro siguiente se muestran las acciones de servicio de las clínicas odontológicas de la UAM-Xochimilco en 5 clínicas de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud.

PACIENTES TRATADOS, CONSULTAS Y ACCIONES DE
SERVICIO DE LAS CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA - UNIDAD XOCHIMILCO
1981

CONCEPTO	NUMERO	%
1. <u>Pacientes:</u>		
1.1. Nuevo Ingreso	2,319	100.0
1.2. Datos de Alta	315	13.6 ^{1/}
2. Consultas		
Otorgadas:	18,565	-
3. Acciones de Servicio		
3.1. Prevención:	3,911	22.1
3.2. Curación:	11,017	62.3
3.3. Rehabilitación:	<u>2,769</u>	<u>15.6</u>
3.4. T O T A L:	17,697	100.0

FUENTE: Cuadro de Concentración elaborado a partir de los reportes cuatrimestrales del año referido.

(1): Como se desconoce el total real de pacientes tratados en la clínicas, se considera a los de nuevo ingreso como 100%, Para calcular el % de pacientes dados de alta.

La eficacia del modelo técnico administrativo de servicios estomatológicos en escuelas y facultades, depende tanto de la administración como del personal capacitado que apoye las prácticas de los alumnos. En un cuadro comparativo donde

se observaron 3 clínicas de escuelas se observó que a mayor número de personal, mejor organización y mayor cobertura, ya que esto permite mayor control de pacientes e historias clínicas - y mejor aplicación de las técnicas a 4 manos.

Hasta el momento, la calidad de estos servicios deja mucho que desear, la efectúan los alumnos con supervisión de los docentes y no pocas veces se ocasionan iatrogenias pasando de nivel preventivo a nivel de exodoncia o reabilitativo. Las observaciones aconsejan que se debe concientizar (y sobre todo una amplia supervisión) a los elementos del proceso enseñanza aprendizaje, por las implicaciones de un buen tratamiento en todos los casos, para evitar la falta de responsabilidad con los pacientes, ya que estos confían en el buen criterio y conocimientos tanto de alumnos como docentes. Asimismo, deben de existir políticas claras de precios o exenciones, bajo control administrativo.

En general en nivel de precios de los servicios de las escuelas públicas y privadas, es inferior al registrado en las formas de práctica del sector privado, según se desprende del cuadro de la página siguiente.

TARIFAS POR SERVICIOS ODONTOLÓGICOS EN ESCUELAS
DEL SECTOR PÚBLICO.

<u>SERVICIOS.</u>	<u>PRECIOS</u>	
	<u>UAM-X,</u>	<u>UNAM.</u>
AMALGAMA.	40.00	60.00
RESINA.	40.00	60.00
FLUOR (INCLUYE DETECCIÓN Y REMOCIÓN DE PLACA D.B.)	10.00	50.00
SELLANTES DE FOSETAS Y SIFURAS (POR C/O DENTARIO).	10.00	-.-
BANDAS DE ORTODONCIA.	50.00	
ACTIVIDADES QUIRÚRGICAS (MORALES, CÁNINOS, REGULARIZACIÓN ETC.).	150.00	250.00
CORONAS ACERO CROMO C/U.	50.00	50.00
CORONAS POLICARBONATO.	50.00	50.00
PROVISIONALES DE ACRÍLICO.	50.00	50.00
OBTURACIÓN CON I.R.M.	10.00	-.-
EXTRACCIONES 1a. y 2a. DENTICIÓN C/U.	40.00	40.00
IMPRESIONES CON ALGINATO (PARCIALES O TOTALES).	40.00	-.-
IMPRESIONES CON ELASTOMEROS (PARCIALES O TOTALES).	60.00	-.-
ODONTÓXESIS (INCLUYE DETECCIÓN Y REMOCIÓN DE PLACA Y SARRO).	50.00	50.00
PLANOS INCLINADOS.	50.00	-.-
TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS (INCLUYE 4 RX).	120.00	80.00 C/U.
PULPOTOMÍAS CON FORMOCRESOL.	20.00	50.00
RADIOGRAFÍAS PERIAPICAL (T. INFANTIL O ADULTO).	20.00	10.00 15.00
RADIOGRAFÍA OCLUSAL.	40.00	50.00
SERIE RX.	150.00	-.-

FUENTE: Jefatura de enseñanza de la clínica "Santo Domingo" de la facultad de Odontología UNAM. Para la UAM-X, investigación directa.

3.3. GASTO PUBLICO

En 1981, el sector salud y seguridad recibió como presupuesto total la cantidad de \$ 211 mil millones en números redondos (1). De ellos, el 55.1% corresponde al IMSS, el 29.6% al ISSTE, el 13.4% a la SSA y el 1.9% al D.F.

De este presupuesto total, el 13.9% es gasto de inversión y el 86.1% de gasto corriente.

El % del gasto corriente que el Sector Salud y Asistencia Pública canaliza hacia los servicios estomatológicos, no se conoce porque no hay programa exclusivo o definido para esta área de la salud.

No obstante, se puede hacer una estimación indirecta -- confrontando el total de consultas otorgadas contra aquellas -- que se dieron por servicios estomatológicos, que es un dato que si se tiene, aunque sea solamente para el Instituto Mexicano -- del Seguro Social.

(1): FUENTE: Quinto Informe de Gobierno, México 1981, Sector Salud y Seguridad Social. p. 11

Así, de 54.3 millones de consultas externas que impartió el IMSS en 1979, más 7.4 millones de consultas de urgencia, dan un total de 61.7 millones de consultas impartidas en dicho año.

De este total de consultas, solamente 1.3 millones 2% -- fueron de odontología.

3.4. FORMAS DE ORGANIZACIÓN Y OFERTA DE LA PRÁCTICA PRIVADA.

El tipo privado de servicios estomatológicos en México, adopta una serie de formas que van de acuerdo al número de individuos que laboran en la unidad de servicio y la forma en que se ejerce la propiedad de los medios de producción, aunque todas, claro, tienen como móvil principal el lucro o ganancia.

3.4.1. ENCUESTA PILOTO.

Con el objeto de tener un panorama general de la práctica privada de servicios estomatológicos, en febrero de 1982 se -- realizó una encuesta piloto a 84 unidades del Distrito Federal y, aunque la muestra no es aleatoria y por lo mismo los resultados no pueden generalizarse para toda la población, sí representan un valioso auxiliar para el conocimiento de las características generales de este tipo de práctica.

a) Características personales del odontólogo.

Del total de casos encuestados el 61% tiene una edad que incide entre los 22 y 30 años, el 33% se refieren a profesionales de la estomatología cuya edad oscila entre los 31 y 40 años. Sólo el 4% caen dentro del intervalo de edad de 41 a 50 años; - por último, el 2% con una edad superior a los 51 años.

En lo referente al sexo de los entrevistados los resultados arrojan una proporción del 59.5%, del sexo masculino, y el 40.5% del femenino.

Dado que la mayor proporción de los encuestados es de profesionistas relativamente jóvenes, los resultados obtenidos indican que el 88 % terminó todas las materias de su carrrera profesional en el nivel de licenciatura después del año 1970 y sólo el 12% reporta haber terminado todas sus materias curriculares en el período 1960-1969.

El 24% de los profesionales expresaron haber cursado alguna especialidad de postgrado; el 95% de ellos finiquitaron sus estudios de grado en la década de los 70's.

En relación al lugar donde cursaron la carrera a nivel licenciatura existe un predominio absoluto de preferir el Distrito Federal como lugar de los estudios profesionales, pues en este lugar estudió el 92 % . El 6% indica haber egresado de la ENEP Ixtacala, en el Estado de México. Solamente el 2% realizaron estudios en Morelia, Michoacán.

De las personas que cursaron algún nivel de postgrado que se indica líneas arriba, el 75% realizaron este tipo de estudios también en el Distrito Federal y el restante lo hicieron en el extranjero. Asimismo, de ellos, el 80% han obtenido la modalidad de diploma en alguna especialidad; por otra parte el 25% expresan haber culminado el grado de maestría, y el 20% indica haber concluido el grado de doctor. Se indica en este mismo sentido que las personas con estudios de postgrado, 20% de ellos cursaron doble especialización. Entre las especialidades cursadas por los postgraduados los resultados indican que el 30% cursaron odontopediatría, el 15% ortodoncia, el 10% endodoncia, el 10% - cirugía máxilo-facial, el 10% lo hicieron en parodoncia, por mencionar las más relevantes.

El 89% de los entrevistados manifestaron tener menos de 12 años de ejercicio y sólo el 1% tiene más de 32 años en ejercicio activo. Esta respuesta es congruente en la edad predominante de los encuestados según se expresa más arriba.

El 88% indican haber efectuado su examen profesional después del año 1969, 11% en la década de los 60"s y sólo el 1% en el período 1940-1949.

Al inquirirles sobre su membresía en asociaciones profesionales, el 64% indicó ser socio de alguna. El 22.6% respondieron no pertenecer a asociación alguna y los demás no dieron -- respuesta.

En relación a actividades académicas de actualización, el 83% indica haber participado en cursos o actividades de -- actualización. Los restantes expresan no haber tenido participación alguna.

b) Propiedad del consultorio

Por lo que se refiere a la propiedad de la unidad en la que ejercen su profesión, las respuestas fueron como sigue:

75% trabajan en consultorio de su propiedad.

6% trabajan en consultorio privado pero pagan renta por derecho de hacer uso de él.

19% Trabajan en consultorio privado pero pagan una proporción del ingreso obtenido.

Además de lo anterior, el 25% de ellos 21 desarrollan -- actividades en institución de enseñanza profesional

c) Condiciones de trabajo y personal ocupado

Cabe observar que, algunos odontólogos entrevistados realizan su labor profesional en más de un lugar. Así el 30% indicó desarrollar su profesión en dos lugares, 10% en 3 lugares y el 5% indicó más de tres lugares en el desempeño de su labor -- profesional.

En relación a la modalidad con la que ejercen la profesión los resultados fueron como se indica en seguida:

Un 21% lo hacen como especialistas.

El 79% del total encuestado, se desempeña profesionalmente como cirujano dentista de práctica general.

De la muestra encuestada, 77% manifestaron disponer profesionalmente de personal auxiliar. Cabe indicar que es muy variable el personal auxiliar por odontólogo. Así, mientras uno manifiesta disponer solamente de una persona, otro indica contar con 73 individuos. Los datos registrados arrojan un promedio de 3.6 auxiliares por cada odontólogo que dispone de personal auxiliar en el desempeño de su práctica profesional.

A la cuestión de cuántos días laboran a la semana la muestra encuestada constituida por 84 casos respondió como sigue:

2% trabajan uno o dos días por semana, 10% manifestó -- trabajar 3 ó 4 días por semana, el 42% de la muestra, in--
dicar trabajar 5 días a la semana, y el 46% de los en---
cuestados, registraron una respuesta en el sentido de que
trabajan 6 días por semana.

Respecto a las horas trabajadas por día, el 24% dió res-
puesta a la interrogante indicando que dedican de 3 a 4 horas
diarias en el ejercicio de su profesión; 18% emplean 5 ó 6 horas
por día en su trabajo profesional; el 32% dice dedicar de 7 a 8
horas diarias al empleo de su profesión, y la cuarta parte, ma-
nifiesta emplear más de 8 horas diarias.

c) Servicios.

En relación al número de consultas que el profesional de
la odontología realiza por semana se obtuvieron los resultados
siguientes:

30% respondió la pregunta indicando proporcionar de 11 a 20 consultas por semana, el 19% de profesionales indica tener de 21 a 30 consultas a la semana, el 20% -- registra en su respuesta más de 50 consultas a la semana.

Respecto a la atención de nuevos pacientes los profesionales de la estomatología anotaron sus respuestas como se indica en seguida:

El 38% de los entrevistados indican atender hasta 5 pacientes por semana. El 8% manifiesta que atiende de 6 a 10 nuevos pacientes a la semana y el 8% indica tener de 21 a 30 nuevos pacientes a la semana.

Al hacer una consideración sobre cuáles son los tratamientos más frecuentemente solicitados por el público usuario, la encuesta indica que el 61% registra al servicio de operatoria como el más frecuentemente demandado por el público; los servicios que siguen en forma descendente en cuanto a frecuencia de demanda se refieren son la endodoncia, la aplicación de pró-

ca de fluor, la exodoncia, la prótesis y la ortodoncia respectivamente.

d) Medios de prestación del servicio.

Referente a los medios de servicios empleados por los entrevistados la encuesta arrojó los siguientes resultados:

El 61% utilizan equipo de fabricación nacional en el ejercicio de su trabajo profesional. El 30% restante hacer uso de equipo de fabricación extranjera. El 71% reporta tener Rayos X para auxiliarse en sus diagnósticos.

El 39% de los casos, hacen uso de material de origen nacional y el 61% restante emplea material extranjero, predominantemente. En cuanto al instrumental predomina el extranjero en el 90% de los casos.

e) Tarifas que se cobran

En cuanto a las tarifas que los odontólogos cobran por proporcionar los diferentes servicios profesionales se detecta en general una gran disparidad entre los diferentes precios.

Los precios que registraron los encuestados por proporcionar el servicio de exodoncia por pieza normal oscilan entre los \$ 100.00 y los \$ 5,000.00 inclusive hubo un caso cuya tarifa rebasa los \$ 5,000.00 por este mismo servicio. El 62% de quienes contestaron este renglón, tienen tarifas que oscilan entre \$ 100.00 y \$ 500.00. Por otra parte, las tarifas del 12% se ubican entre \$ 500.00 y \$ 1,000.00.

La extracción por tercer molar o pieza incluida registra una oscilación entre \$ 150.00 y los \$ 8,250.00. El 44% declaró cobrar entre \$ 150.00 y \$ 1,500.00; los restantes tienen precios más altos.

En prótesis por unidad fija, el precio, oscila entre los \$ 250.00 y los \$ 5,050.00. El 48% de los casos se ubica entre \$ 250.00 y \$ 1,500.00; el 13% declaró cobrar entre \$ 1,500.00 - y \$ 2,750.00; el 26% expresó tener su tarifa localizada entre \$ 2,750.00 y \$ 4,300.00 y los demás por encima de esta última cifra.

En cuanto a prótesis por unidad removible los resultados observados son:

El 44% tiene su tarifa entre \$ 150.00 y los \$ 700.00; el 19% entre \$ 700.00 hasta \$ 1,250.00. El 6% manifiesta tener una tarifa superior a \$ 2,350.00. Los demás no hacen este trabajo.

Para aplicación de selladores de fosetas y fisuras las tarifas fueron:

El 37% de los casos manifiestan una que oscila entre \$ 150.00 y \$ 500.00; el 12% entre los \$ 500.00 y \$ 850.00, y el 9% entre \$ 851.00 y \$ 1,200.00. El 42% no hace esta labor.

Las tarifas que se cobran por una aplicación tópica de fluor según las respuestas emitidas por los profesionales se distribuyen como sigue:

El 48% indica tener una tarifa que oscila entre \$ 150.00 y \$ 500.00; el 21 % una tarifa que va de \$ 501 a \$ 850.00; el 7 % cobra por este servicio entre \$ 851.00 y \$ 1,200.00. El 24 % no respondió a esta pregunta.

Para el caso del servicio de endodoncia por conducto las tarifas se distribuyen como sigue:

33% indico . tener una tarifa que oscila entre \$300.00 y \$ 1,000.00; 30% cobran un precio que va de \$ 1,001.00 a los \$ 1,700.00, el 10% tiene una tarifa superior que inclusive alguna de ellas alcanza los \$ 3,100.00. El 27% no respondió a esta pregunta.

Por último, las tarifas vigentes por el servicio de obtu

ración con resinas por cavidad se distribuyen del modo siguiente:

El 64% indicó una tarifa comprendida entre \$ 200.00 y \$ 900.00; el 11% anotó una tarifa que va de \$ 901.00 a los \$ 1,600.00. Las tarifas del 4% son superiores al último límite referido. El 21% no respondió a esta pregunta. Debe tenerse presente que el 21% de los odontólogos encuestados son especialistas, por lo que las respuestas anteriores no totalizan el 100%.

En el cuadro de la página siguiente se expone la tarifa promedio por tipo de servicio:

PRECIOS PROMEDIO DE ALGUNOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE
LA PRÁCTICA PRIVADA EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO: --
1982 (1)

SERVICIOS,	PRECIO MEDIO, ^{1/}
Exodoncia por pieza normal.	\$ 661.00
Exodoncia por tercer molar o pieza in- cluida:	1,871.00
Prótesis por unidad fija:	2,396.00
Prótesis por unidad removible:	805.00
Aplicación de selladores de fosetas y- fisuras:	571.00
Aplicación tópica de fluor.	512.00
Endodoncia por conducto:	1,167.00
Obturación de amalgama por cavidad:	720.00
Obturación con resinas por cavidad:	764.00
Tratamiento de ortodoncia simple:	16,333.00
Tratamiento de ortodoncia complejo:	40,228.00
Costo por placa total:	7,689.00
Detartraje:	1,109.00

1/ Los precios promedio fueron calculados mediante la --
fórmula de la media ponderada $\bar{X} = \frac{\sum f_i (X_i)}{\sum f_i}$ a partir-

de los precios recabados por la encuesta.

FUENTE: Encuesta piloto realizada en el Distrito Fede-
ral, constituida por 84 observaciones. -----
Febrero de 1982.

Al inquirir sobre los criterios tomados en cuenta para la determinación de los precios que cobran a sus pacientes, el 24% de ellos indicaron establecerlos en función de los gastos de -- operación. El 12 % toma como criterio los precios de la compe-- tencia en la zona donde desarrolla su ejercicio profesional. -- Finalmente, el 30 % respondió que considera varios criterios -- diferentes de los ya mencionados para fijar los precios de los servicios profesionales que porporcionan.

F) Potencial de Servicios.

Los datos reportados por la encuesta permiten estimar los siguientes indicadores:

Cada cirujano dentista en promedio trabaja 5 días por se-- mana, lo que arroja 260 días por año. Esta cifra es coinciden-- te con la información proporcionada por el VII Censo de Servi-- cios efectuado en 1975 por la entonces Secretaría de Industria y Comercio⁽¹⁾ donde se señala que los consultorios (unidades de servicios) trabajaron en ese año 259 días.

(1): Ver apéndice. Secretaría de Industria y Comercio. VII -- Censo de Servicios 1975, pp. 275-276

En ese mismo contexto cabe agregar que de la encuesta se deriva que cada odontólogo trabaja en promedio seis y media horas diarias. Paralelamente las cifras permiten conocer un promedio de 25 consultas por odontólogo a la semana.

Es a partir de los datos anteriores que, para la muestra, se concluye que cada odontólogo realiza en promedio 0.77 consultas por cada hora individual de trabajo efectivo. Por 6.5 horas implica: 5 consultas por día, o sean 1,301 consultas anuales.

3.4.2. ENTREVISTAS FOCALIZADAS.

Con la finalidad de contrastar y comparar las diferentes formas de modelos teóricos de servicios con las formas concretas que ocurren en la práctica de la estomatología en México, se utilizó como recurso para la captación de la información de aplicación de cédulas de entrevistas focalizadas por cada una de las formas de organización de las unidades de servicios odontológicos, en el Distrito Federal, a saber: liberal individual⁽¹⁾ de asociación simple, empresaria individual, empresaria en sociedad, de asistencia privada y de asistencia pública. En base a los datos recabados se efectúan las siguientes semejanzas y/o diferencias:

A) Propiedad de las unidades de servicios.

La forma típico liberal así como de la forma empresarial individual, poseen la característica de que existe un solo dueño del consultorio y de los demás medios utilizados para la prestación de los servicios odontológicos. En cuanto a la forma de asociación simple

(1): También suele denominarse como típico-liberal.

los asociados se comparten la propiedad del equipo e instrumental, así como los gastos por concepto de utilización del local y pago de salarios a trabajadores auxiliares, situación que se confirmó en la práctica.

En cuanto a la forma empresarial en sociedad la propiedad de los medios de prestación de los servicios estomatológicos se refiere a una sociedad o persona moral. La unidad de asistencia privada, por su parte, reporta que la propiedad del consultorio es de una institución religiosa, mientras que la unidad de asistencia pública dispone de un consultorio - proporcionado por una Delegación Política.

B) Medios de trabajo.

Los datos de la encuesta señalan que las seis formas de organización referidas anteriormente hacen uso de equipo simplificado. En relación a la procedencia del equipo utilizado sólo las unidades de asociación simple encuestadas reportan que su equipo es de fabricación extranjera, los demás tipos de unidades disponen de equipo de fabricación nacional.

La procedencia del instrumental es extranjera en las formas típico liberal, de asociación simple y el de asistencia pública; las formas restantes manifiestan hacer uso de instrumentos nacionales.

El material utilizado por las seis formas de organización apuntadas es predominantemente de producción nacional.

c) Personal Ocupado.

Dada la diferente magnitud de las formas señaladas son evidentes las diferencias existentes en este renglón: Así, mientras en las unidades encuestadas típico liberal, de asistencia privada y la de asistencia pública labora sólo un profesional de la odontología, en las unidades de los tipos de asociación simple, empresarial individual y empresarial en sociedad trabajan en promedio 3 odontólogos por cada unidad de servicios odontológicos.

p) Tipo de servicios realizados.

En relación al tipo de servicios proporcionados por las diferentes formas de organización entrevistadas; solamente la típico liberal y la de asociación simple reportan realizar servicios odontológicos generales y especiales, mientras que las demás sólo registran servicios de odontología general.

E) Tarifas.

Respecto al precio que cobran las distintas unidades de servicio encuestadas por los servicios que realizan, se distribuyen como sigue:

Por exodoncia de pieza normal las formas típico liberal y de asociación simple entrevistadas dicen cobrar \$ 500.00; mientras que las formas empresarial individual y empresarial en sociedad muestran una tarifa comprendida entre \$ 200.00 y \$ 1,000.00. Cabe aclarar que las tarifas de la forma empresarial en sociedad, que son de \$ 1,000.00, son mayores que su homólogo individual, aproximadamente en \$ 400.00.

Las formas asistenciales tanto pública como privada expresan una tarifa de \$ 50.00 por el mismo servicio, antes referido.

La exodoncia por tercer molar o pieza incluida tiene una tarifa, según la encuesta, que oscila entre \$ 300.00 y \$ 4,500.00, correspondiendo el precio más bajo a las formas empresarial individual y la asistencia pública, y el más alto a la forma típico liberal.

En el caso del servicio de prótesis por unidad fija, el precio más bajo corresponde a la forma de asistencia privada con \$ 250.00, y el precio mayor es el de \$ 3,000.00 de la forma de asociación simple. En este mismo renglón conforme a los datos de la encuesta se observa que

la forma empresarial individual cobra aproximadamente tres veces más en relación a la unidad de asistencia pública, cuya tarifa es de \$ 500.00.

Por realizar el servicio de prótesis por unidad removible - las tarifas son: de \$ 250.00 en la unidad de asistencia privada, ----- \$ 325.00 aproximadamente en la empresa en sociedad, mientras que la forma de asociación simple cobra \$ 2,000.00, éste es el precio mayor de la - muestra.

La aplicación de selladores de fosetas y fisuras tiene una tarifa que ésta comprendida entre \$ 100.00, en el caso de la forma empresarial en sociedad, y \$ 600.00 que cobra por este servicio la forma de asociación simple.

El rango de los precios vigentes en el caso del servicio - odontológico de aplicación tópica de flour es de \$ 550.00, pues mientras la unidad empresarial en sociedad reporta una tarifa de \$ 50.00, la forma de cooperación simple expresa el precio mayor de la muestra con --- \$ 600.00 por la realización del servicio mencionado.

En el caso de endodoncia por conducto el precio menor es - de \$100.00 y corresponde a la unidad de asistencia privada, mientras que el mayor que es de \$ 2,000.00 corresponde a la unidad típico liberal -- entrevistada.

Por obturación de amalgama por cavidad la forma de asociación simple es la que reporta el precio mayor, igual a \$ 800.00, mientras que el menor precio \$ 200.00 es el que sostiene la unidad empresarial en sociedad.

La obturación con resinas por cavidad tiene una tarifa que oscila entre \$ 250.00 y \$ 700.00, precios de las unidades de asistencia pública y típico liberal respectivamente.

La forma empresarial individual fue la única que registró precios por los tratamientos de ortodoncia simple y complejo, expresando un promedio de \$ 2,750.00 y \$ 4,250.00 para el primero y segundo casos respectivamente.

Respecto a los precios por placa total, éstos corresponden como se anota a continuación:

La unidad de asistencia pública cobra \$ 800.00; la forma de asistencia privada así como la empresarial individual duplican el precio anterior. Las unidades entrevistadas tanto tipo liberal como empresarial individual registran un precio aproximado a los \$ 4,000.00. La forma de asociación simple, por su parte, anota una tarifa que alcanza los \$ 10,000.00.

El servicio de detartraje u odontosexis de acuerdo a las

entrevistas focalizadas sigue tarifas de \$ 120.00, \$ 800.00 y \$ 1,500.00, correspondientes a las unidades de asistencia pública, empresarial individual y de asociación simple respectivamente.

F) Volumen de servicios.

Este indicador manifiesta un comportamiento distinto en cada una de las formas-tipo de organización de servicios odontológicos.

De acuerdo a los datos de la encuesta la unidad típico liberal proporciona de 1 a 4 consultas por cada hora-odontólogo. La forma relativa a asociación simple es la que registra el más alto índice de servicios por cada unidad de tiempo. Dice atender de 5 a 12 pacientes por hora-odontólogo. Las unidades encuestadas del tipo empresarial individual proporciona servicios estomatológicos a razón de 1 a 3 consultas por hora-odontólogo. Por su parte las unidades empresarial en sociedad, de asistencia privada y de asistencia pública proporcionan atención de 2 a 4 pacientes por hora laborada por cada odontólogo

3.4.3. MONTO DE LA INVERSIÓN.

Los datos del Censo de Servicios de 1976 (con datos de 1975) indican que la inversión en mobiliario, equipo y otros activos fijos tangibles alcanzó un promedio de 44 mil pesos. A esta cantidad, habría que agregar los gastos de arrendamiento y trámites administrativos, para determinar el monto de la inversión necesario para instalar la más simple de las unidades de servicios estomatológicos. (1)

Para el presente, 6 años después del momento de los datos arriba citados, la elevación constante de los precios llamada inflación, sobre todo para el equipo, instrumental y materiales para servicios estomatológicos, que en buena proporción son importados, por lo menos ha quintuplicado la cantidad que se requiere invertir para instalar una unidad de práctica liberal.

Aunque en el mes de marzo de 1982 se acudió a preguntar personalmente sobre los precios, instrumental y materiales, -- las cosas distribuidoras no quisieron proporcionarlos por expectativas de incrementos de precios que ha provocado la devaluación.

ción reciente del peso mexicano.

Sin embargo, se estima, que sin tomar en cuenta el gasto de arrendamiento, de energía eléctrica, agua, teléfono y gastos administrativos de trámites, en este momento se requiere -- aproximadamente de \$ 250 mil para instalar un consultorio modesto, distribuidos como sigue:

<u>C O N C E P T O</u>	<u>PRECIO APROXIMADO</u>
a) Mobiliario:	
Sillón	60,000.00
Unidad	60,000.00
Rayos X	60,000.00
Esterilizador	7,500.00
Cavitron	7,500.00
Gabinete tipo móvil	5,000.00
b) Instrumental	30,000.00
c) Materiales	20,000.00
	<hr/>
T O T A L	250,000.00
	<hr/> <hr/>

3.4.4 OTRAS IMPLICACIONES JURÍDICAS RELATIVAS A LA PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA.

El Decreto de reformas a la ley reglamentaria del artículo quinto constitucional al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 1974, en su artículo segundo transitorio dice: "En tanto se expidan las leyes a que se refiere el artículo 2º reformado, las profesiones que en sus diversas ramas necesitan título para su ejercicio son las siguientes: ... Cirujano Dentista".

Además, el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos establece que el título de Cirujano Dentista, entre otros, debe ser registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia para ejercer legalmente en dicha profesión.

La profesión de Cirujano Dentista ha sido reglamentada tanto en los requisitos académicos para ostentar el título, por la legislación universitaria como por la ley de profesiones y el código sanitario para su ejercicio. Sin embargo, no-

existe disposición normativa que regule el monto de los honorarios que los profesionales de la estomatología deban percibir por los servicios que prestan. Esta es una laguna jurídica que destacamos la cual permite que en materia de honorarios exista una diversidad notable en la cuantía de los cobros que efectúan. El precio de los servicios profesionales de los cirujanos dentistas, incide tanto en la oferta como en la demanda de los servicios estomatológicos, concluyéndose que entre más altos sean los honorarios, la demanda se reduce. Con ello se impide el acceso de sectores importantes de la población, a esos servicios, por carecer de capacidad económica para obtenerlos.

3.5. OFERTA POTENCIAL TOTAL.

Con excepción de los datos estadísticos globales eventualmente reportados por las instituciones del sector público, sobre el total de consultas proporcionadas y el número de cirujanos dentistas que las generan, no existe un marco de referencias concretas para el ejercicio privado que permita estimar con cierta precisión el quantum de la oferta real: número de personas atendidas, consultas otorgadas por tipo de tratamiento, edad, sexo, etc. de las personas que demandan su servicio.

Se desconoce cuantos odontólogos están en ejercicio activo, la estructura y volumen de los servicios que realmente ofrecen a la población mexicana.

En consecuencia, únicamente, pueden elaborarse algunas hipótesis respecto al monto de la oferta potencial total, apoyándose en las estadísticas del sector público y los datos del sondeo piloto.

Según este último, el promedio por odontólogo es de

0.77 consultas - hora, trabajan en promedio 6.5 horas al día, durante 260 días al año. Esto arroja: 5.005 consultas - por día y 1,301 al año, en promedio, para las unidades privadas.

Por su parte, los datos de la practica pública (sector salud) presentan una alta variación, entre sí y para los años que reportan, con promedio de consulta - año por odontólogo que fluctúa entre 603 y 2,380. En consecuencia, se toma la medida calculada para el período 1979-1980, del IMSS y el ISSSTE, que ascendió a 1908 consultas año por odontólogo. ⁽¹⁾

El esquema hipotético comprende, por una parte, el número supuesto de odontólogos en ejercicio y, por otro lado, las medias anuales de consulta por cada uno de ellos; llegándose a las siguientes estimaciones.

3.5.1. Potencial calculado de odontólogos.

(1): Ver cuadro 3.11.

a) Hipótesis 1:

Todos los egresados de las escuelas de odontología del país están activos⁽¹⁾ y se subdividen entre la práctica pública y la privada⁽²⁾. En la primera, ejercen aquéllos que reportan las instituciones del sector salud: -- IMSS, ISSSTE y SSA. La segunda diferencia respecto al total de egresados que se suponen vivos, para cada año calculado. -- Se abstrae la posibilidad de que trabajen en dos lugares.

b) Hipótesis 2:

El total de cirujanos dentistas que ejercen en el país, para cada año calculado, es equivalente al total de cirujanos dentistas titulados⁽³⁾.

3.5.2. Promedio anual de consultas por odontólogo.

a) Para el sector público se considera una media de 1,908 consultas y 1,301 para el privado.

(1): De la serie calculada discriminando mortalidad.

(2): Esta parte de las hipótesis es la que varía, los demás supuestos permanecen constantes.

(3): Conforme a los registros la S.E.P., ver cuadro 1 del -- apéndice 3.

b) Se considera un promedio general de 1908 - consultas por odontólogo independientemente del tipo de práctica.

Con combinación de estas hipótesis se llega a los siguientes resultados, sobre la oferta potencial total para México.

3.5.3. Número de odontólogos en ejercicio y su distribución por tipo de práctica, en años seleccionados. (1)

a) Hipótesis 1a: Todos los egresados ejercen:

A Ñ O S .	ODONTOLOGOS EN EJERCICIO POR TIPO DE PRACTICA.					
	PUBLICA.		PRIVADA.		TOTAL.	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1970.	1,099	18.9	4,730	81.1	5,829	100.0
1975.	1,452	12.8	9,856	87.2	11,308	100.0
1980.	3,400	12.0	24,895	88.0	28,295	100.0
1981.	3,437	10.8	28,453	89.2	31,890	100.0

FUENTE: Cuadro N° 3.

(1): Ver cuadro 3.15.

b) Hipótesis 1b: ejerce un número equivalente al de títulos profesionales registrados.⁽¹⁾

AÑOS.	ODONTOLOGOS EN EJERCICIO POR TIPO DE PRACTICA.					
	PUBLICA.		PRIVADA.		TOTAL.	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
1970.	4,136	79	1,099	21	5,235	100.0
1975.	7,730	84	1,452	16	9,182	100.0
1980.	17,132	83	3,400	17	20,532	100.0
1981.	20,563	86	3,437	14	24,000	100.0

3.5.4. Oferta potencial de consultas y su distribución por tipo de práctica, en años seleccionados:⁽²⁾

a) Hipótesis 1a: todos los egresados ejercen, combinada con la hipótesis 2a: la consulta anual media por odontólogo privado es de 1,301 y 1,908 consultas para los de la práctica pública:

(1): Ver cuadro 3.17.

(2): Ver cuadro 3.15 a 3.18.

AÑOS.	OFERTA POTENCIAL DE CONSULTAS POR TIPO DE PRACTICA (MILLONES).					
	1908 PUBLICA.		1301 PRIVADA.		TOTAL.	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
1970.	2,097	25.4	6,154	74.6	8,251	100.0
1975.	2,770	17.8	12,823	82.2	15,593	100.0
1980.	6,487	16.7	32,388	83.3	38,875	100.0
1981.	6,558	15.0	37,017	85.0	43,575	100.0

b) Hipótesis 1a: todos los egresados ejercen, combinada con la hipótesis 2b: en promedio todos los odontólogos realizan 1,908 consultas anuales:

AÑOS.	OFERTA POTENCIAL DE CONSULTAS POR TIPO DE PRACTICA (MILLONES).					
	PUBLICA.		PRIVADA.		TOTAL.	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
1970.	2,097	18.9	9,025	81.1	11,122	100.0
1975.	2,770	12.8	18,805	87.2	21,575	100.0
1980.	6,487	12.0	47,500	88.0	53,987	100.0
1981.	6,558	10.8	54,288	89.2	60,846	100.0

c) Hipótesis 1b: el número de odontólogos que ejerce equivale al total de títulos registrados en la SEP, combinado con el supuesto 2a: el promedio anual de consultas por odontólogo de práctica privada de 1,301 y --- 1908 para los de la pública:

AÑOS.	OFERTA POTENCIAL DE CONSULTAS POR TIPO DE PRACTICA (MILLONES)					
	PUBLICA.		PRIVADA.		TOTAL.	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
1970.	2.1	28	5.4	72	7.5	100.0
1975.	2.8	22	10.1	78	12.9	100.0
1980:	6.5	23	22.3	77	28.8	100.0
1981.	3.5	20	26.8	80	33.3	100.0

d) Hipótesis 1b: combinado con 1a 2b: todos los dentistas realizan 1908 consultas anuales, en promedio:

AÑOS.	OFERTA POTENCIAL DE CONSULTAS POR TIPO DE PRACTICA (MILLONES).					
	PUBLICA.		PRIVADA.		TOTAL.	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
1970.	2,097	21	7,891	79	9,988	100.0
1975.	2,770	16	14,749	84	17,519	100.0
1980.	6,487	17	32,688	83	39,175	100.0
1981.	6,558	14	39,234	86	45,792	100.0

Debido a la expansión que registra el número de egresados de las escuelas a partir de los '70s y al lento ritmo de absorción de esta fuerza de trabajo profesional, por el sector público, bajo todas las hipótesis expuestas se aprecia - que: dentro de la oferta conjunta potencial del país, la del sector público reduce su aporte proporcional a medida que -- pasa el tiempo.

En consecuencia, la mayor parte de los odontólogos que egresan cada año, están obligados a trabajar en alguna de -- las formas de la práctica privada, la que por los promedios de consultas proporcionadas - según el sondeo piloto - puede

reflejar que ya hay subocupación de este tipo de trabajo y - que en las condiciones del mercado, puede estarse llegando a la plétora profesional, relativa. Situación que para los próximos años puede llegar a ser una cruda realidad para quienes cursen la carrera.

Ya existen signos al respecto y deberán ser tomados en cuenta a corto plazo por quienes deseen estudiar esta profesión y, principalmente, por los centros educativos y el sector público cuya oferta real está creciendo a un ritmo menor que el de la población total y la de derechohabientes del régimen de salud.

La plétora profesional, en principio, puede beneficiar a los consumidores ya que al aumentar la oferta de servicios pudiera registrarse una reducción en las tarifas que actualmente se cobran. Sin embargo, la oferta excedente debe tener un límite desde el punto de vista social, a fin de evitar -- despilfarros en la formación de recursos humanos y la subsecuente frustración de los subocupados o desocupados con estudios superiores.

4. ANALISIS DE LAS NECESIDADES Y DE LA DEMANDA ACTUAL DE SERVICIOS ESTOMATOLOGICOS

Para poder evaluar la función social de la práctica estomatológica en México, como en cualquier otro país, no sólo en el plano teórico, sino en la realidad, es necesario analizar la estructura de las necesidades reales de la población nacional y así llegar a una estimación del volumen y composición de la demanda potencial.

Para acceder a tal análisis se requiere disponer de un acervo de datos que, siendo confiables, caractericen con un mínimo de precisión la situación epidemiológica oral de la población; para conocer la incidencia y prevalencia de cada tipo de afección, por sexo, edad, tipo de alimentación y estado nutricional, educación, herencia, ocupación y ubicación geográfica, entre otros aspectos primordiales.

Desafortunadamente, en el país, aún no existen estudios epidemiológicos integrales en este campo. La información disponible es escasa, está dispersa y es asistemática en su mayor

parte; en ocasiones es contradictoria o poco confiable, por lo regular es de circulación y difusión restringida. Todo lo cual dificulta su acceso para el investigador particular.

La carencia de datos e indicadores confiables y representativos sobre la situación epidemiológica oral de la población mexicana, obliga a elaborar estimadores al respecto, partiendo de los datos a los que se tuvo acceso y que analizados a la luz de algunas inferencias cruzadas, supuestos y extrapolaciones, - permiten tener un acercamiento al volumen y estructura de las - necesidades reales y la demanda de servicios estomatológicos.

Sujeto a esas limitaciones, el examen de las necesidades odontológicas y la demanda potencial se realiza mediante los - indicadores disponibles de las variables que contribuyen a su - determinación; siguiendo el modelo diseñado para ese propósito.

4.1. ESTIMACIÓN DE LAS NECESIDADES Y LA DEMANDA DE SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS.

Las necesidades ó demanda potencial global de la población:

mexicana se estimaron como sigue:

4.1.1. Incidencia y prevalencia de la caries dental.

Conforme a los índices CPOD y ceo, publicados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1968, en una muestra de 6,000 niños del Distrito Federal, realizada en 20 escuelas de zonas urbanas y semiurbanas, la incidencia y prevalencia de lesiones cariosas es significativamente alta. (1)

La edad de los niños del estudio fluctuaba entre 7 y 12 años, para los cuales el CPOD en promedio fue de 3.4 y el ceo de 2.8, suman 6.2, es decir del total de sus piezas dentales, el 28 % estaba afectado.

Para los de 7 años de edad, el CPOD fue de 1.4 y el ceo de 4.8, es decir presentaron el nivel de afectación del promedio antes expuesto. En el rango superior los de 12 años tuvieron un CPOD de 5.5. y un ceo de 0.4, lo que implica un índice conjunto de 5.9, representando el 23 % del total de sus piezas.

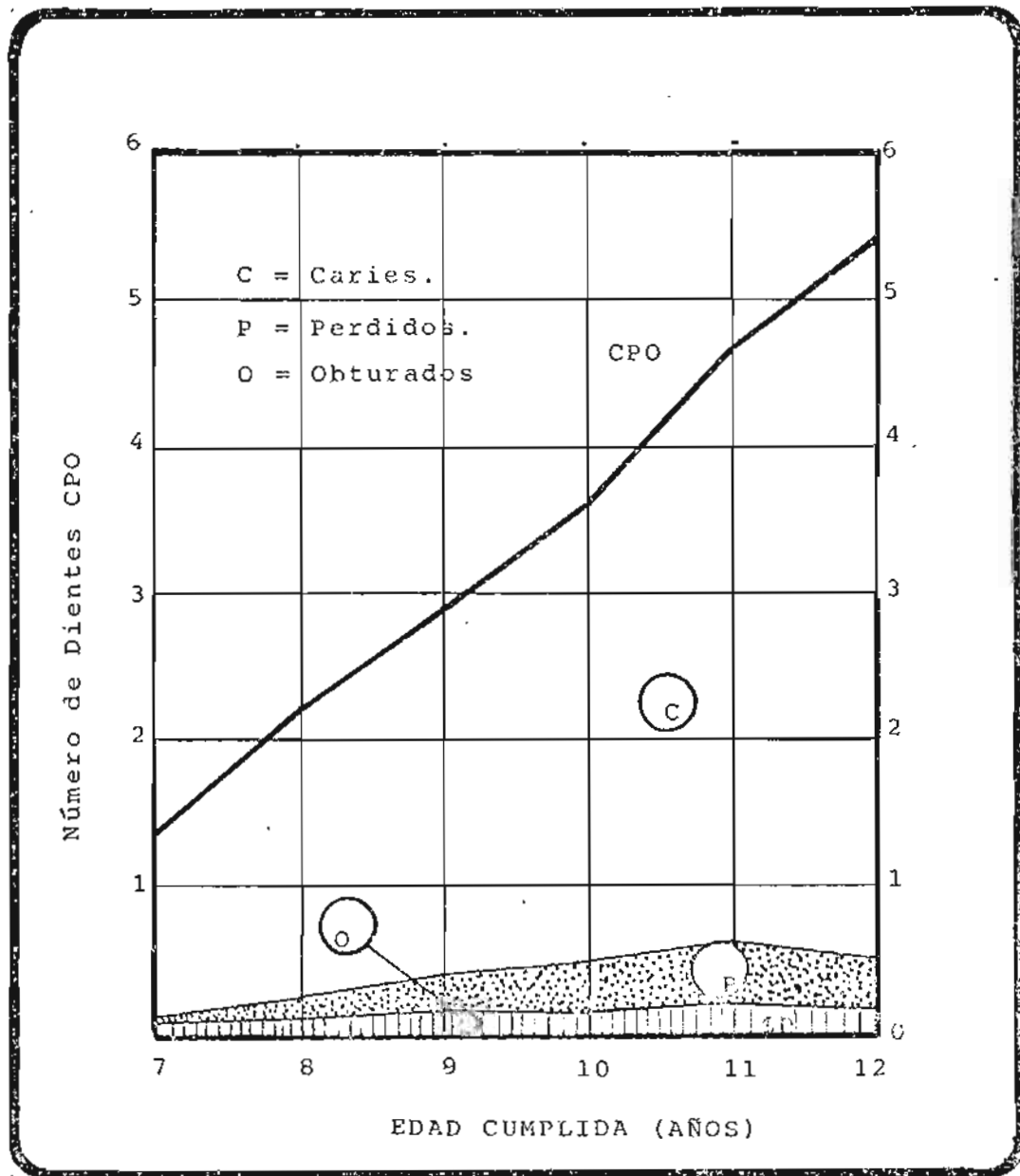
(1): Ver cuadros 4.1 al 4.3.

El CPOD muestra una tendencia definida al alza, ya que de 1.4 en los de 7 años, llega a 5.5. en los de 12 años; es decir que en promedio prácticamente se acumula una pieza por año al número de las ya afectadas. Tendencia que obedece a la incidencia y prevalencia cariosa. Por su parte, el ceo muestra una tendencia inversa en relación al incremento de la edad, pasando del 4.8 en niños de 7 años, a 4 en los de 12, que en esta última edad alcanzan un promedio de 25 piezas permanentes y sólo una temporal, en tanto que a los 7 años era de 6.4 y 13.7, respectivamente.

De los índices expuestos se desprende un hecho irrefutable: en promedio todos los niños padecen la patología de la caries en una alta proporción respecto al total de sus órganos dentarios, lo que se traduce en una necesidad manifiesta de atención que se incrementa año con año.

Esta evidencia se convalida con el informe publicado por el Centro Odontológico Nexzahualcoyotl, que reporta lo siguiente:

INDICES CPO Y CEO EN 6000 NIÑOS EXAMINADOS EN 20 ESCUELAS DEL DISTRITO FEDERAL DE ZONAS URBANAS Y SEMIURBANAS EN FEBRERO DE 1966.



FUENTE: S.S.A., Indices, Op. Cit.

Revisión en 1976 de los escolares atendidos en 1975.

Tipo de Atención	Promedio por niño	% de dientes
Reincidencia de lesiones cariosas:	1.7	7.0
Nuevas lesiones cariosas:	1.9	7.9
Restauraciones facturadas:	0.8	3.2
Total de dientes que requieren restauración un año después del tratamiento:	3.4	18.0

FUENTE: Hermosillo, G. et al., Formación y utilización de Recursos Humanos Odontológicos en México; en: Educación Médica y Salud, Washington, D.C., Ed. OPS, 1978, Vol. 12, pp. 489.

El contenido de este cuadro hace evidente la prevalencia de enfermedades de origen carioso, no obstante la atención recibida.

Para configurar con mayor claridad la magnitud de la -- ocurrencia y constancia de este fenómeno, se tienen presentes los datos que reporta la Oficina de Análisis Estadístico de la

Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva del I.M.S.S. para 1980. De 827,086 consultas realizadas en ese año, los motivos de las mismas fueron: 639,678 consultas, 77.3 % del total, - se motivaron por enfermedades de los tejidos dentarios duros; 101,725 consultas (12.3 %) por enfermedades de la pulpa y de - los tejidos periapicales; es evidente que, la caries en estos dos niveles de desarrollo cubre el 89.6 % del total de las -- consultas reportadas durante ese año. Cífra muy similar al - 88.4 % que por los mismos conceptos se registró en el Valle - de México, por este mismo instituto. (1)

De otra parte, en aquel total: 55,223 consultas (el -- 6.7 %) fueron motivadas por enfermedades periodontales y de la encía, cuya etiología al igual que para la caries, en esencia, es la placa dentobacteriana. Así, como motivo de consulta entre placa dentobacteriana y caries manifiesta, según los dos - niveles arriba citados, se llega al 96.3 % de los casos tratados.

Conforme con datos de pacientes atendidos por el IMSS en el Valle de México, durante 1980, las afecciones cariosas y de

(1): Ver cuadro 4.4.

placa dentobacteriana, manifiestan una estructura de padecimientos por edades en la cual se observa que, en 24,701 consultas realizadas de primera vez, el 0.1 % de los pacientes tenían - hasta 1 año de edad, el 5.8 % tenían entre 1 y 4 años, el -- 37.7 % eran de 5 a 14 años, el 48.5 % de 15 a 44 años, el - 6.7 % correspondía al grupo de 45 a 64 años y el 1.2 % a más de 65 años. (1)

Esta estructura, que representa el 88.4 % del total de consultas efectuadas, indica que las personas de todas las edades - de un año en adelante y parte de éstos mismos - padecen afecciones cariosas, acentuándose entre los 5 y 44 años (86.2% del total).

4.1.2. Caries y repercusiones sistémicas.

Etiológicamente, se considera a la caries dental como -- factor desencadenante, no solamente de las patologías de localización estomatológica, sino que también deriva en enfermedades sistémicas. Así, según reporte de 5,091 diagnósticos ---

(1): Ver cuadro 4.5.

efectuados en el Centro Odontológico de Netzahualcoyotl, de junio a noviembre de 1977, resalta que el 11.4 % de estos diagnósticos, se refieren a enfermedades del aparato respiratorio, que el 3.8 % son casos de enfermedades del aparato digestivo; trastornos del desarrollo y erupción de los dientes. (1)

Estos dos tipos de diagnósticos que suman el 15.2 % de la muestra total significan el 21.3 % del total de los padecimientos sistémicos derivados de las lesiones odontológicas -- diagnosticadas. Por otra parte, y como un padecimiento no derivado de la caries, el estudio reporta que un 7.9 % de los casos diagnosticados corresponde a anomalías dentofaciales, incluso la maloclusión. (2)

4.1.3. Estimaciones específicas.

La argumentación expuesta sirve de base para la estimación cuantitativa de las necesidades reales de servicios esto-

(1): Para testimoniar la relación focos sépticos orales - enfermedades sistémicas, ver DIAZ PEDROZA et. Al, Focos Sépticos Orales y su Asociación con Faringo Amigdalitis, Medellín: Colombia, 1979, Vergas A., Nartha, focos sépticos bucales y su trascendencia sistémica, México UNAM, Tesis de Licenciatura, 1971.

(2): Ver cuadro 4.6.

matológicos que tiene la población mexicana, bajo las siguientes conclusiones.

Se asume que, la magnitud y tendencia de los padecimientos registrados por los niños de entre 7 y 12 años, según los índices de la S.S.A., son representativos no sólo para los niños de igual edad, sino para la población en general, que por lo menos presentará las condiciones patológicas que se reportan en dicha investigación. (1)

De los motivos de consulta del IMSS, en general y por grupos de edad, emerge con claridad que la caries y placa dentobacteriana representan el 96.7 % de las causas de 827 mil consultas, muestra necesariamente significativa.

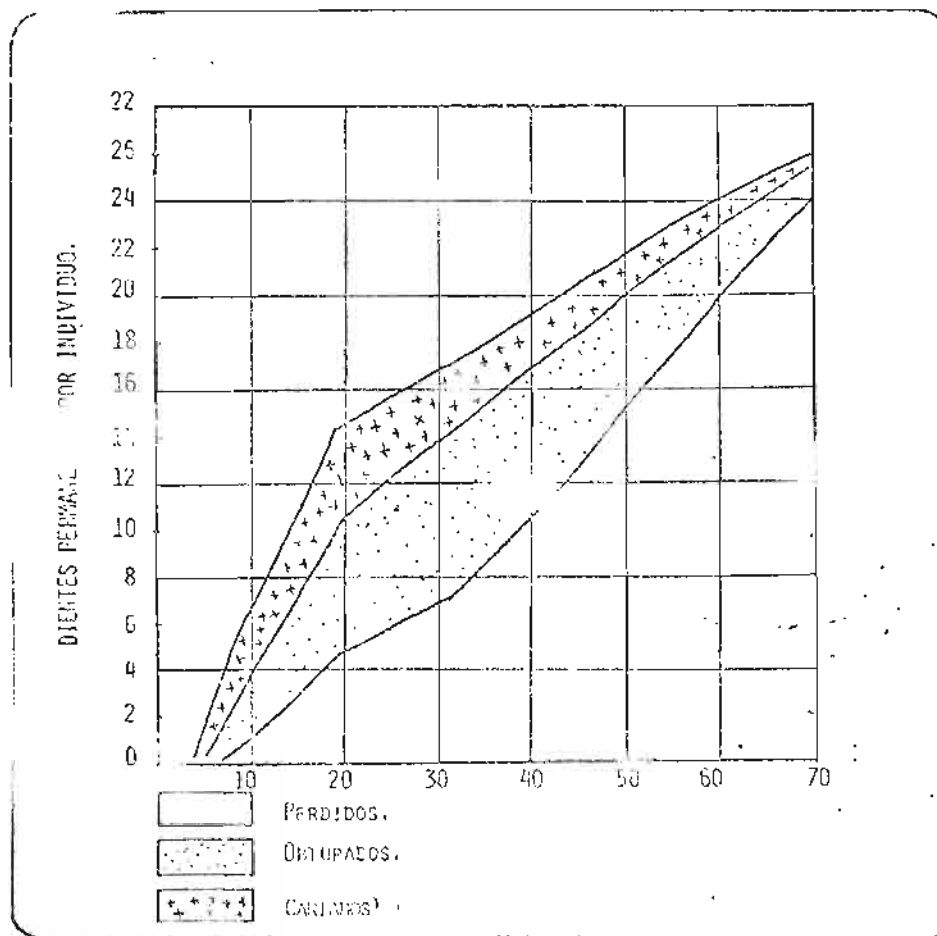
Además de los padecimientos arriba mencionados, se manifiestan otras afecciones ocasionadas por ellos, con alta incidencia (CO-Netza): Anomalías dentofaciales, incluyendo la maloclusión; repercusiones sistémicas, de atención especial al niño, a la embarazada y otros.

(1): No obstante el limitado tamaño de la muestra, se considera válida - dada su ubicación en el Distrito Federal, metrópoli en la que se tienen mayores facilidades y acceso a los servicios de atención oral, ya que en ella se concentran los servicios y recursos de la salud, lo cual no sucede en otras zonas semiurbanas y rurales. Cf. CO-Netza, op. cit., loc. Cit.

Se tiene presente que, el índice CPO es insuficiente para caracterizar totalmente el comportamiento de las necesidades de servicio; por ello, es pertinente efectuar algunas consideraciones sobre la evolución del índice mencionado durante la vida.

Para un estudio sobre necesidades la visión de conjunto de la morbilidad y mortalidad dental, permite una mejor aproximación al conocimiento del problema. Existen algunos trabajos enfocados a mostrar la evolución del índice CPO durante la vida. La gráfica siguiente, preparada por Peltón, ilustra muy bien este concepto e incluye también la composición del índice CPO

DIENTES PERMANENTES, CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS POR PERSONA Y POR EDAD.



(1): Cfr. MARIO Chávez, Op. Cit. pp. 83 y 55.

Aunque los datos que soportan dicha gráfica se refieren a los Estados Unidos, pueden representar una situación universal en las zonas de media y alta prevalencia de caries dental. Por otra parte es preciso tener presente que en México no se han efectuado estudios de naturaleza tal que permitan reflejar el comportamiento real de las necesidades de la población mexicana, por lo que se recurre a este ejemplo.

De la gráfica se derivan las siguientes proposiciones:

1.- El ataque de la caries decrece generalmente en intensidad cuando el individuo entra en la edad adulta. Ocurre un ataque intenso en los primeros 15 años de vida de la dentición permanente, durante ese período la mayor parte de los dientes y superficies susceptibles son atacados. Pasados los 20 años, las superficies intactas continúan expuestas al riesgo y son más resistentes al ataque; como consecuencia, el ritmo de aumento anual del índice CPO es mucho menor.

2.- La mortalidad dental (P) evoluciona durante la vida en forma semejante al CPO, o sea, en progreso creciente.

Se puede ver que en la primera mitad de la vida, es decir, cuando predomina en el índice CPO la caries dental como causa de la morbilidad, la mortalidad dental depende

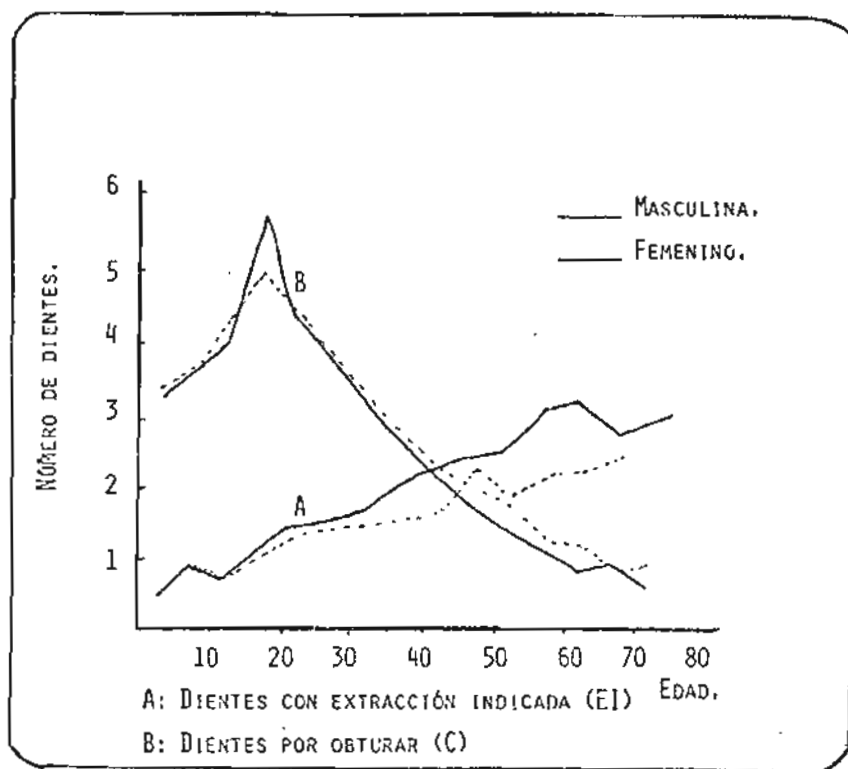
principalmente de los factores cantidad y calidad de tratamiento dental.

En la segunda mitad, cuando predominan las enfermedades parodontales, la mortalidad dental tiende a aumentar en ritmo más acentuado que en la primera, llegando a representar el 80% del índice CPO en la quinta década, y casi la totalidad al comenzar la séptima.

3.- Por lo dicho anteriormente, se ve con claridad que es preciso revisar el concepto del índice CPO, como índice de caries dental, ya que incluye un componente P, el cual a su vez, comprende dientes ausentes (E) por múltiples causas, cada vez más importantes a medida que el individuo avanza en edad. Se puede decir que el índice CPO hasta los 20 años, puede ser considerado para efectos prácticos, como representativo del ataque de la caries dental. De los 20 a los 30 años sufre una interferencia cada vez mayor de diferentes factores, y de los 30 años en adelante, ya pasa a ser un índice del estado de la dentadura en su conjunto en el que el factor parodontal y el factor protésico, entre otros, imposibilitan la interpretación del índice CPO en términos de morbilidad por caries dental.

En la siguiente figura se presenta una gráfica en la que aparecen simultáneamente las necesidades de obturaciones y extracciones.

DIENTES POR OBTURAR Y CON EXTRACCION INDICADA
EN PACIENTES BLANCOS POR SEXO Y POR EDAD.



Esta gráfica también es resultado de estudios efectuados en los Estados Unidos, aunque las conclusiones reportan cierta indicación para el caso de México.

Según se aprecia en la gráfica, las necesidades de obturación llega a su punto máximo en el período comprendido entre los 15 y los 19 años. La relación entre el número de obturaciones necesarias y el número de dientes por obturar, tam-

bien alcanzó el máximo en este grupo. La necesidad de coronas resultó tres veces mayor en adultos que en niños menores de 15 años; la de puentes fijos, mayor de la segunda a la tercera década de vida, y la de dentaduras completas, progresivamente ascendente.

En estudios correlacionados a los anteriormente referidos se obtuvieron las siguientes conclusiones:

La necesidad de obturaciones alcanza un máximo alrededor de los 15 años, después del cual comienza a decrecer. La necesidad de puentes fijos comienza tempranamente en la vida del niño, después de que comienzan a afectarlo las causas de mortalidad dental. La necesidad de dentaduras empieza relativamente pronto y aumentó en forma continua durante toda la vida. Efectuando una generalización se puede decir que las necesidades se suceden en tres ciclos conforme a la importancia relativa de cada tipo de trabajo: un ciclo de obturaciones, que alcanzaría su máximo alrededor de los 20 años; otro de 40 años y uno final de dentaduras, de esa edad en adelante.

Así pues, existe un alto grado en la incidencia y prevalencia de la caries en todas las edades con diferentes mani-

festaciones; sin embargo dado que en México no existen ni estudios ni registros sistemáticos referentes a las implicaciones del índice CPO en diferentes edades, los indicadores elaborados se basan en la derivación de los datos disponibles, tomando en consideración estos puntos arriba vertidos.

La evidencia de los hechos anteriores, permite arribar a los siguientes parámetros específicos para la población de México; en términos que se estiman ideales.

A) Por lo menos en 96.7 % de la población tiene la necesidad de ser atendida bucodentalmente en forma preventiva y para reforzar la promoción de su salud; con la incidencia y prevalencia de las caries alcanza un índice de 2 consultas por año. (1)

B) Alrededor del 96.7 % de la población presenta la enfermedad caries y/o placa dentobacteriana. (2)

C) El índice CPOD de la población afectada, (96.7 %) en promedio, es de 6 y tiene una tendencia acumulativa de una pieza por año. (3)

(1): Por condiciones específicas de la erupción y desarrollo de los dientes y el proceso de gestación, algunos niños y embarazadas pueden requerir más de dos consultas anuales.

(2): Cf. Indices SSA y conclusiones del mismo Op. Cit.

(3): Cf. CO - Netza, Op, Cit., Loc. Cit.

D) Por patologías provocadas por la placa dentobacteriana y el proceso carioso, así como por otras etiologías, a las necesidades anteriores se agregan requerimientos del orden de un 20 % adicional de consultas, para integrar el volumen ideal de ellas. (1).

4.2. DEMANDA POTENCIAL GLOBAL: ESTRUCTURA Y DINÁMICA.

Las cifras preliminares del X Censo General de Población y vivienda reportan, para 1980, un total de 67.4 millones de habitantes, 19.2 millones (39.8 %) más que en 1970, año en el que se censaron 48.2 millones de personas. La tasa anual media de incremento fue del 3.3. %, por lo que cada año en promedio hubo 2.1 millones más de personas. (2)

Con base en las tasas de crecimiento estimadas por el Consejo Nacional de Población, al año 1985 el país tendrá 77.8 millones de habitantes, con un incremento anual medio del 2.9% y 2.8 millones de personas. En 1990 serán 90.7 millones, con una tasa de crecimiento anual medio del 3.1 % y 2.6 millones de personas. (3)

(1): Ver: CO-Netza, cuadro 4.6 y gráfica de la siguiente página.

(2): Ver cuadros 4.6 y 4.7

(3): Ver cuadro 4.8

Conforme a la clasificación de niveles de prevención según Leavell y Clark, la demanda potencial global - puede representarse como sigue:

LA DEMANDA IDEAL DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS*				
ESTADIO PRECLÍNICO.		ESTADIO CLÍNICO.		ESTADIO FINAL.
		TEMPRANO.	AVANZADO.	
CONSULTAS ANUALES POR PERSONA				
2		2		
POBLACION NECESITADA: 96.7				
96.7%		96.7%		
CONSULTAS ANUALES ADICIONALES.				
1				
POBLACION NECESITADA:				
20%				
NIVELES DE PREVENCIÓN				
PRIMERO.	SEGUNDO.	TERCERO.	CUARTO.	QUINTO.
PROMOCION DE LA SALUD.	PROTECCION ESPECÍFICA	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZES.	LIMITACION DEL DAÑO.	REHABILITACIÓN.
PREVENCIÓN PRIMARIA.		PREVENCIÓN SECUNDARIA.		PREVENCIÓN TERCARIA.

(*): Adaptado del esquema: "La prevención en práctica estomatológica", de Katz, S. A., Odontología preventiva en acción, Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1975.

En 1980, la estructura de la población por sexos, reportó el 50.5 % de hombres y el 49.5 % de mujeres; por grupos de edades no se registraron variaciones muy significativas entre sí.

El examen de la composición de las edades refleja una población joven para el país, con un alto potencial de crecimiento a futuro. La población de hasta 15 años, representó el 46.1 % y hasta 19 años el 57 %, es decir 31.1 y 38.2 millones, respectivamente. La población en edad fértil de 15 a 49 años fue el 44.5 %, es decir 30 millones de personas; de ellos, las mujeres son el 22 %: 14.8 millones. Por su parte, los menores de un año sumaron el 3.24 %, 2.2 millones de infantes. (1)

Esta población de 1980 estaba - y sigue - distribuida territorialmente en forma muy desigual. En tanto que en el Distrito Federal se tenía el 13.9 % del total nacional, en el Estado de México, el 11.2 %, en Veracruz el 7.81 % y juntos el 32.9 % (22.2 millones de personas); contrariamente, en Quintana Roo se encontraba el 0.31 %, en Baja California Sur el 0.33 % y éstas sumadas a Aguascalientes, Campeche, Colima y Tlaxcala arrojaron sólo el 3.2 %, o sean 2.2 millones en 6 entidades, -

(1): Ver cuadros 4.9 y 4.10

equivalentes a los menores de un año y al número de personas -- con las que anualmente se incrementó la población entre 1970 y 1980. Las demás entidades fluctuaron entre 700 mil y 3 millones de habitantes. (1)

En cuanto a los asentamientos urbanos y rurales, para -- 1980 no se tienen todavía cifras preliminares del censo; sin embargo, es de esperar que se siga una tendencia similar a la de los últimos decenios de alta emigración del campo hacia las ciudades. Movimiento que se origina por la descapitalización del campo, la alta concentración del desarrollo urbanístico e industrial, que crea expectativas al campesinado. En 1970 el 58.7 % de la población era urbana y la rural el 41.3 % del -- total. (2)

Los movimientos poblacionales referidos son resultado de la dinámica de la Ley del desarrollo desigual y combinado de -- la economía capitalista del país. Situación que cobra mayor -- realce si se considera que el fenómeno de las megalópolis se -- acompaña, en contraparte, de un alto grado de dispersión de la población rural. Aún no están disponibles datos censales para

(1): Ver cuadro 4.11

(2): Ver cuadro 4.12

1980, sin embargo los de 1970 son suficientemente ilustrativos al respecto. (1)

Para ese año había 97,580 localidades: 55,650 tenían el 3 % de los habitantes (1.5 millones), siendo de 1 a 99 personas el tamaño del asentamiento. En otras 28 mil, de 100 a 499 habitantes, el 14.3 % de la población (6.9 millones); en conjunto, los núcleos rurales eran 95,410 comunidades con el 41.3% de los habitantes y 2,170 localidades tenían más de 2,500 habitantes, por lo que se les clasificó como urbanas. Sin embargo, en éste último rango sólo 34 tenían más de 100 mil habitantes; de ellas tenían entre 250 mil y 499,999 pobladores y únicamente 4 eran de 500 mil o más personas.

Entre los principales indicadores demográficos, destaca que: el crecimiento intercensal de la población ha sido con tasas anuales crecientes, en 1930 fue del 1.6 %, en 1950 del 2.7 %, en 1960 de 3.1 %, en 1970 del 3.4 % y en 1980 alcanza a registrar una ligera contracción al llegar al 3.3. %. La de natalidad ha descendido de 1950, con 45.6 por mil, llega a -- 46.1 en 1960, al 44.2 en 1970 y para 1980 se estima en 34.4. -

(1): Datos del IX Censo General de Población y Vivienda, 1970. Ver cuadro No. 4.13

La mortalidad general pasó del 16.1 al millar en 1950, al 10.1 en 1970 y al 7.5 en 1980. Así, el crecimiento natural, en por ciento, que de 1940 pasa del 2.1 al 2.9 en 1950, al 3.5 en 1960, para 1970 llega al 3.4 y sigue decreciendo ligeramente para alcanzar el 2.9 para el año de 1980. Y, por otro lado, la esperanza de vida al nacer ha mejorado en los últimos años, al pasar de 36.9 años en 1930, a 64.2 años en 1980. (1)

Con los parámetros señalados se integra la demanda potencial global de servicio estomatológico como sigue:

CIFRAS IDEALES.
DEMANDA POTENCIAL GLOBAL

C O N C E P T O	CONSULTAS AÑO POR PERSONA	% NECESITADO DE LA POBLACIÓN.
- Promoción, prevención y protección específica:	2	96.7 <u>a/</u>
- Remoción y tratamiento de caries y/o parodontopatías:	2	96.7 <u>b/</u>
- Otras patologías:	1	20.0

a/: Excluye menores de un año: 3.24 % del total de la población según datos preliminares del Censo de Población de 1980.

b/: Se abstrae que según el CPOD promedio de 5 y su tendencia, - suponiendo que entre las dos consultas de promoción, prevención y protección específica y estas dos pudiera controlarse.

(1): Ver cuadro 4.14. En el cuadro No. 4.15, se exponen algunas cifras demográficas comparativas, con 26 países, en las cuales destaca que su tasa media de natalidad es una de las más elevadas y su tasa de crecimiento sólo fué superada por la de Nicaragua.

De igual forma, la erupción de los terceros molares puede llegar a ser problemática en un alto número de casos, independiente del sexo. Si se asume que la ocurrencia de este suceso se da entre los 15 y los 30 años, con datos para ese mismo año, el 26.9% de la población total: 18.1 millones de personas estuvieron expuestas a este riesgo. Es altamente probable que una porción considerable de ellas precisaron atención, por necesidades específicas en este sentido.

La suma de los grupos anteriores asciende al 69.8% de la población total para ese año, lo que representa 47 millones de habitantes, contra 67.4 millones de personas. Dentro de ese conjunto de personas, está el de las mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años; mismas que para 1980 fueron el 22% de la población nacional, o sea: 14.8 millones de personas de sexo femenino que estuvieron en condiciones de procrear, en cuyo caso eventualmente requerirían tratamiento especial para atenderles. Ilustrando este dato con mayor concreción para 1980, según levantamiento censal, se registraron 2.2 millones de menores de un año de edad, lo cual dimensiona el universo potencial de madres, entre las cuales algunas pudieron requerir atención odontológica durante el estado grávido.

De acuerdo con los criterios utilizados debe entenderse que éste es el volumen de las necesidades reales, que pueden integrar la demanda potencial global para la población mexicana, en términos ideales.

De lo anterior se infiere que, por el alto ritmo de incremento de la población mexicana, el volumen de sus necesidades de servicio odontológico es, asimismo, creciente en proporción directa. La concentración de los habitantes en algunas urbes, compacta territorialmente las necesidades reales o demanda potencial, lo cual se acelera por el proceso de emigración del campo a la ciudad; situación esta última que facilita la traslación de la demanda a los canales de servicio. Por el contrario la dispersión de los pobladores rurales en un gran número de localidades, atomiza geográficamente la demanda potencial de los mismos, haciendo problemática su traducción o demanda efectiva.

El volumen de la población para diferentes momentos temporales, permite mensurar la magnitud de las necesidades reales por año o demanda potencial ideal del país. De acuerdo con los estimadores específicos determinados, se calcula como sigue: 4 consultas por año para el 96.7 % de los habitantes,

más un 20 % respecto al total de lo anterior (20 % de 4 consultas por persona afectada).

A partir de esas cifras y aplicando un factor simplificado se calculó la magnitud de la demanda potencial global de consultas para varios años, entre los cuales se anota el siguiente cuadro, en cifras ideales (1):

MEXICO: DEMANDA POTENCIAL GLOBAL DE
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS, 1970-1990.

A Ñ O S	P O B L A C I O N *		CONSULTAS: NECESIDADES REALES (MILLONES)	
	MILLONES	% DE AUMENTO	TOTAL ANUAL	INCREMENTO ANUAL MEDIO DEL PERÍODO
1970	48.2	3.4	223.7	--
1980	67.4	2.9	312.8	8.9
1985	77.8	3.0	361.1	9.7
1990	90.7	3.1	421.0	12.0

(*): La población y la demanda crecen con la tasa anual de incremento demográfico. Sus especificaciones están en el cuadro 4.16.

(1): La base general para calcular este factor es: Población del año en estudio (Poi) X % de población afectada por caries y placa dentobacteriana (% Poi) x Número de consultas estimadas que requiere esta población afectada (NC) + número de consultas que se requirieron para otro tipo de etiologías (OC). De acuerdo a la simbología la fórmula aplicada es: $FN = (Poi) (\% Poi) (Nc + Oc)$. Esta misma, aplicando el valor de los estimadores se aplicó como sigue: $F_n = (Poi) (0.967) (4+0.2) = (Poi) (4.6416)$.

Del cuadro anterior resalta que, conforme a los parámetros aplicados para calcular las necesidades de consultas, la demanda potencial global de la población de México en 1970 alcanzaba un nivel aproximado de 223.7 millones de consultas, necesarias para satisfacer los requerimientos mínimos de atención de su salud y con un incremento anual medio de 8.9 millones de consultas hasta 1980 resultante del crecimiento anual medio de la población. En este último año la demanda potencial global ascendía a 312.8 millones de consultas, 89.1 millones más que en 1970.

Para el año 1985 se estima que, las necesidades llegarán a 361.1 millones de consultas, con un ritmo de crecimiento del orden de 9.7 millones de consultas adicionales por año, desde 1981. De 1986 a 1990 el incremento anual medio de consultas es de 12 millones, para llegar en 1990 a un requerimiento de 421 millones.

Para el caso específico de 1982⁽¹⁾, las necesidades reales, se calculan sobre 330.3 millones de consultas, en cifras ideales.

(1): Ver cuadro 4.16.

Según los parámetros y convenciones establecidas, su distribución por nivel aproximadamente es el siguiente:

DEMANDA POTENCIAL GLOBAL DE CONSULTAS
ODONTOLÓGICAS, MEXICO, 1982. (1)

CIFRAS IDEALES.

ESTADIO PRECLINICO		ESTADIO CLINICO		ESTADIO FINAL
		TEMPRANO	AVANZADO	
A: <u>MILLONES DE CONSULTAS:</u>				
275.4				
B: <u>POBLACION NECESITADA:</u>				
68.9 Millones de personas				
		C. <u>MILLONES DE CONSULTAS ADICIONALES</u>		
		55.1 (20% de A).		
N I V E L E S D E P R E V E N C I O N .				
I	II	III	IV	V
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamientos precoces	Limitación del daño	rehabilitación
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria

(1): Ver cuadro 4.16

Las consideraciones anteriores se refieren a una situación ideal. A continuación se exponen otras estimaciones más realistas, para fijar 2 consultas por año para -- las personas afectadas (96.7) de la población, cifra que sería razonable para atender en buen grado las necesidades de la población, siempre y cuando mediaran acciones intensivas y extensivas de atención en nivel primario: -- promoción y protección oral. Como requerimiento mínimo se precisaría una consulta anual por persona afectada según la proporción de la población antes referida.

En base a lo anterior se muestran las cantidades necesarias de consultas, tanto para el caso de requerimiento mínimo de atención odontológica de la población afectada (una consulta anual), como en el caso de 2 consultas anuales por persona afectada.(1)

(1): Esto mismo se parecía con mas detalles en los cuadros C. 4.16.a . y C. 4.16.b.

MEXICO: REQUERIMIENTOS MINIMOS DE
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS, 1970-1990

(SUPONIENDO UNA CONSULTA ANUAL POR PERSONA AFECTADA)

AÑOS	POBLACION		CONSULTAS	
	MILLONES	% DE AUMENTO.	TOTAL ANUAL (MILLONES).	INCREMENTO ANUAL MEDIO 1/
1970	48.2	3.4	46.61	- 0 -
1980	67.4	2.9	65.18	18.57
1985	77.8	3.0	75.23	2.01
1990	90.7	3.1	87.71	2.50

MEXICO: DEMANDA DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS, 1970-1990.

(SUPONIENDO 2 CONSULTAS ANUALES POR PERSONA AFECTADA)

AÑOS	POBLACION		CONSULTAS	
	MILLONES	% DE AUMENTO.	TOTAL ANUAL (MILLONES).	INCREMENTO ANUAL MEDIO
1970	48.2	3.4	93.22	- 0 -
1980	67.4	2.9	130.55	37.13
1985	77.8	3.0	150.46	4.02
1990	90.7	3.1	175.41	4.99

1/: El incremento anual medio se calculó mediante la media aritmética de los incrementos anuales comprendidos en el período. Ver C. 4.16.a. y C. 4.16.b.

La distribución espacial de la población refleja directamente, cuál es la estructura geográfica de las necesidades reales de la misma. Así, por ejemplo en el Distrito Federal, para 1980 se tenía el 13.9% del volumen de la demanda potencial: --- 43.5 millones de consultas y si, como es de suponer, se mantiene esta proporción de habitantes, en la capital del país, la demanda potencial para 1982 asciende por lo menos a 45.9 millones de consultas, dentro del total general estimado en 330.5 millones.

Por lo que se refiere a destacar algunas necesidades especiales por grupos de personas, derivadas de las variables --- edad y sexo, puede mencionarse que en virtud del proceso de --- erupción y desarrollo de la dentición y la gestación materna, - la demanda potencial total puede expandirse. Datos preliminares del censo de 1980, indican que en ese año el 46.1% de la población correspondía a menores de 16 años, es decir 31.1 millones de niños; deduciendo los menores de un año (3.24%) que suman -- 2.2 millones, entre los restantes 28.9 millones - 42.86% del total nacional - algunos de ellos seguramente tuvieron problemas por la erupción y desarrollo de su dentición primaria o de la - permanente y tal vez en ambos casos; a pesar de que pudieran -- haber estado atendidos en el nivel de promoción y prevención (1)

(1): No se tienen parámetros para cuantificar la frecuencia y número de ---- casos en la práctica. Simplemente se menciona como un hecho factible.

Las contingencias citadas son permanentes para toda población, de manera que son dignas de tomarse en cuenta, tanto en su carácter de necesidades reales, como en su posible conversión a demanda efectiva.

Como la demanda potencial aquí calculada, en esencia, expresa la cuantificación general de las necesidades potenciales de servicio en función del tamaño y la dinámica de la población, además de estos factores demográficos, es fundamental analizar las demás variables que contribuyen a configurarla, lo mismo que a facilitar o restringir sus posibilidades para llegar a manifestarse como demanda efectiva. Análisis que, de otra parte, es indispensable para conferir su carácter histórico social de multicausalidad al proceso salud enfermedad oral de la población mexicana actual.

4.3. DEMANDA POTENCIAL Y FACTORES ECONOMICOS.

Las variables económicas tienen un peso elevado para determinar las posibilidades de traducir las necesidades reales en demanda efectiva; principalmente por lo que se refiere al ingreso.

4.3.1. OCUPACION E INGRESOS MONETARIOS.

En las sociedades capitalistas, para que las necesidades reales - o demanda potencial - se manifiesten como demanda efectiva, se requiere que los consumidores dispongan de ingresos monetarios, o sea capacidad de pago, para adquirir a través del cambio los bienes o servicios que requieren. Situación que obviamente priva para los servicios odontológicos.

Según la posición que se ocupe en el proceso de producción, en este sistema, existen dos fuentes básicas para tener capacidad de compra; por una parte, el salario que obtienen los trabajadores por la venta de su fuerza de trabajo y, por la otra, el beneficio o ganancia que perciben los capitalistas, en su carácter de propietarios de los medios de producción. Otras fuentes son la producción o servicios generados por los trabajadores independientes y el régimen de transferencias y/o subsidios, manejados principalmente por el Estado. En consecuencia, la población económicamente activa es la que genera el ingreso monetario social.

En México, el rápido crecimiento de la población ha - -

hecho que se incremente en términos absolutos el número de personas que están en edad de trabajar y que participan en el proceso de producción.

A) Población económicamente activa e inactiva y tasa bruta de participación.

La población económicamente activa de 12 años y más para 1970 fue 12.9 millones de personas y en 1980, llegó a 23.7 millones de habitantes. Es decir, su tasa bruta de participación registrada en 1970 fue de 26.8%, en tanto que para 1980 se incrementó en un 8.4%, llegando a 35.2%, según se aprecia en el siguiente cuadro.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA E INACTIVA EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS PARA LOS AÑOS 1970 Y 1980.

(MILES DE PERSONAS) (1)

Año	Población Total	P. E. A. de más de 12 años	P. E. I. de más de 12 años	Tasa Bruta de Participación
1970	46,275	12,910	33,743	26.8
1980	67,233	23,663	43,975	35.2

(1): El dato de PEA en 1970 excluye a los trabajadores familiares que laboraron menos de 15 hrs. en la semana anterior al levantamiento censal.

FUENTE: SIC, IX Censo General de Población y vivienda 1970, Dirección General de Estadística, encuesta continua sobre ocupación.

SPP, México Estadística Económica y Social por Entidad Federativa, México, Ed. CONEGI, 1981, pp. 14 a 17.

Como se ve en el cuadro anterior, en 1970 de cada trabajador dependían 3.7 personas y en 1980: 2.8. También se aprecia que, aunque la tasa bruta de participación se elevó del --- 26.8% al 35.2% entre 1970 y 1980, en cifras absolutas la población inactiva se incrementó en 2.2 millones de personas, ya que pasó de 16.8 millones de población económica inactiva a 19 en dicho lapso. (1)

B) Población ocupada por rama de actividad.

La distribución sectorial de la PEA para 1977, sigue reflejando la estructura primaria de la economía mexicana, ya que el 40.3%, 7.3 millones de personas estaban ocupadas en el sector agropecuario (rama en la cual existe una alta proporción de subocupados); en la industria sólo el 21.6%, ---- 4.5 millones de individuos y el 35% restante en los servicios: 6.3 millones de personas en el sector no productivo. (2)

C) Población económicamente activa según posición en el trabajo.

La mayor proporción de la población económicamente activa-

(1): La estructura ocupacional por edad se muestra en el cuadro No. 5.4.1.

(2): Ver cuadro 5.4.2.

de más de 12 años en la República Mexicana, para 1977 tiene - - como posición en el trabajo la de "obrero o empleado", con 7.7 millones de trabajadores; de los cuales 5.2 millones son ----- hombres y 2.5 son mujeres. Sigue en importancia el jornalero o peón de campo con 3.6 millones de personas, las cuales con 1.1 millones de ejidatarios, suman 4.7 millones de campesinos; el - tercer lugar corresponde a quienes trabajan por su cuenta y --- suma 3.4 millones de personas, como se puede apreciar en el cuadro siguiente:

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA SEGUN POSICION
EN EL TRABAJO 1977.

(MILES)

POSICION EN EL TRABAJO.	TOTAL.	HOMBRES.	MUJERES.
T O T A L .	18,042	13,897	4,145
PATRON, EMPRESARIO O EMPLEADOR.	1,116	835	281
OBREIRO O EMPLEADO.	7,652	5,161	2,491
JORNALERO O PEON DE CAMPO.	3,597	3,333	264
TRABAJADOR POR SU CUENTA.	3,394	2,642	752
EJIDATARIO.	1,100	1,039	61
AYUDA A LA FAMILIA SIN RETRIBUCION.	1,183	887	296

FUENTE: SPP, Agenda estadística 1978, México, CGSNEGEl, 1979.

De este cuadro se aprecia que después del Censo de 1970, los datos sobre población económicamente activa en años posteriores se alteran, por razones políticas, para dar la impresión de que por la política laboral se crearon más empleos de lo que realmente sucedió en la práctica. Así, en 1977 se incluye a --- 1.2 millones de personas que ayudan a su familia sin retribu--- ción; situación que no los llega a disponer de ingreso moneta--- rio directo por esta pseudo ocupación. Si se deduce esta cifra, la PEA de 1977 fue de 16.9 millones de personas.

De este último total, aunque no especifica con plena claridad cuál es el número real de los propietarios de los medios de producción, si se ilustra que sólo 1.1 millones de personas de aquel total son patrones, empresarios o empleadores, es ---- decir sólo el 6.7% de la PEA. (1). Los trabajadores por su --- cuenta son el 20.1%, cifra magnificada ya que en ella se incluye a artesanos y vendedores ambulantes, de escasa relevancia -- económica, así como a los profesionales que ejercen en forma -- liberal. Los asalariados - obreros, empleados y jornaleros agrí--- colas - son el 61.7% de la PEA y el restante 6.5%, son ejidata--- rios que se caracterizan por tener una minúscula porción de terreno para ocuparse en la producción.

(1): Esta porción se antoja que oculta la realidad de la concentración ---- efectiva de la propiedad. Ya que en este rubro se registran adminis--- tradores a sueldo y pequeña burguesía que ocupa asalariados.

Estas referencias sobre la estructura ocupacional de México, -- reflejan las fuentes esenciales de donde proviene el ingreso monetario de su población y la forma clasista en la cual se distribuye entre la misma, como en seguida se aprecia.

4.3.2. Distribución del ingreso familiar.

A) Distribución del ingreso por estratos.

En el año de 1968 438 mil familias que representaron el 5.4% del total nacional, sólo percibieron el 0.6% del ingreso total, o sea un ingreso promedio familiar de \$ 231.71 al mes cifra muy inferior al salario mínimo que ascendía a \$600.00. El estrato de mayor ingreso, constituido por el 2% del total de las familias percibió el 17.1% del ingreso total, correspondiente a un ingreso promedio familiar superior a \$18,210.81 pesos mensuales, o sea 30 veces el salario mínimo (1)

En las siguientes consideraciones, por ingreso se hace referencia a las: "percepciones monetarias y en especie que reciben los miembros del hogar en forma regular u ocasional, por participar directamente en el proceso productivo, ya sea con trabajo o con activos físicos o no físicos; por transferencias de seguros contra riesgos o por transferencias corrientes sin contrapartida". En: SPP, "Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares 1977", Vol. II. Informe Metodológico, México, Ed. CCSNEI, P. 45.

(1): Ver cuadro 4.19.

En el año 1975 se acentuó la concentración del ingreso. Mientras el 15% de las familias sólo percibieron el 1% del total, el 3.4% de las familias de ingreso más alto - el estrato superior percibió el 25.6% del total del ingreso, con una cifra de más de 24 mil pesos mensuales.

En el año 1977 en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares reporta que, el 10% de los hogares con menores ingresos percibieron sólo el 0.9% del ingreso total de los hogares, correspondiéndole un ingreso promedio familiar de \$405.80 pesos mensuales. El decil II obtuvo el 2%, equivalente a un ingreso promedio mensual de \$994.00 por familia. El 40% de los hogares tuvo un ingreso mensual muy inferior al salario mínimo o general de \$2,626.80. Contrariamente el 20% de las familias de mayor ingreso captaron el 54.4%.⁽¹⁾

B) Distribución del ingreso por nivel de instrucción del jefe del hogar.

De acuerdo con los datos de la citada encuesta de 1977 a

(1): Ver cuadros 4.19 a 4.22.

nivel nacional, el 28% de los jefes de hogar no tiene ningún -- grado de instrucción formal. En el caso del decil I de menores- ingresos el 61%, de los jefes de hogar no había recibido ningun- na instrucción. En el otro extremo, del 10% de los jefes de ho- gar de mayores ingresos, sólo el 6% de ellos no reportaron esco- laridad alguna. (1).

La relación entre la educación y los niveles de ingreso- se aprecia en el cuadro referido: el porcentaje de jefes de ho- gar sin instrucción decrece, sistemáticamente, conforme se pasa de deciles de bajos ingresos a deciles de altos ingresos. El -- porcentaje de jefes de hogar que reportaron tener estudios de - primaria incompleta pasa del 34.52 en el primer decil, al 52.31 en el decil III y posteriormente decrece en los hogares de mayo- res ingresos, mientras que el por ciento de jefes de hogar con- primaria completa aumenta del primer decil (2.62%) hasta el de- cil VIII (24.37%), decreciendo en los deciles de mayores ingre- sos.

La propoción de jefes de hogar con instrucción media y - media superior, completa e incompleta, se incrementa de bajos - a altos deciles hasta alcanzar un máximo de 31.02%.

(1): Ver cuadro No.4.23.

C) Distribución del ingreso por regiones geográficas.

Los contrastes existentes en los niveles de ingreso se observan también entre las regiones geográficas. La encuesta de 1977 muestra para 8 regiones geográficas, los niveles promedio de ingreso corriente monetario semestral obtenido por los hogares. El ingreso promedio más elevado del país lo registran el área metropolitana de Monterrey: 48,314 pesos semestrales; seguido por el área metropolitana de la Ciudad de México con 46,947 pesos por semestre y por el área metropolitana de Guadalajara: 40,485. Esos ingresos promedio por hogar son el 75 y 46 por ciento mayores que el nivel de ingreso promedio a nivel nacional que fue de 27,740 pesos (1).

Entre las regiones, la número 1 - que comprende los Estados de Baja California, Sinaloa, Nayarit-, tiene también ingresos superiores al promedio nacional: 34,997 pesos y la región 2 - que incluye los Estados de Tamaulipas y Nuevo León (excluyendo el área metropolitana de Monterrey)-, tiene ingresos similares al ingreso promedio de los hogares del país: 27,994 pesos.

(1): Ver cuadro 4.24.

El resto de las regiones tienen niveles significativamente menores de ingresos por hogar. La región 8 -Chiapas, Guerrero y Oaxaca- y la región 6 -Tabasco y Veracruz - tienen un ingreso promedio por hogar que es sólo la mitad del promedio nacional: 15,604 pesos y 16,028 pesos, respectivamente. Las entidades federativas que componen esas regiones son las más pobres del país.

D) Distribución del ingreso por tamaño de los municipios.

La misma encuesta de 1977, revela que según el tamaño del asentamiento de la población, en este caso por municipio, existen relaciones directas entre el estrato del ingreso y el tamaño del asentamiento: a menor número de habitantes - por municipio es más reducido el nivel de ingresos de los hogares y a la inversa sucede lo mismo. Mientras mayor es el número de habitantes en los municipios, se manifiesta una tendencia a mayores ingresos (1).

E) Estrato de ingreso según tamaño de los hogares.

(1): Para mayores detalles ver cuadros 4.25 y 4.26

En la encuesta de 1977 se ve que en México predominan las familias con más de 5 miembros, las cuales representan el 59.7% del total nacional. Las de 1 a 3 miembros fueron el 26%, las de 4 el 14.3%, las de 5 a 6 personas el 26.8%; con 7 miembros el 10%, entre 8 y 9 el 13.6% y de 10 ó más el 9.3%. En todos los estratos de ingresos existen los diversos números de miembros que se citan; sin embargo, se aprecia que, en los tres últimos estratos de mayores ingresos el número de familias grandes es más reducido que para los estratos de ingresos medios y bajos.

Es evidente que, siendo la familia la unidad de consumo en general, a medida que sea mayor el número de miembros que la componen se reduce la disponibilidad media de ingreso por persona. Situación que lógicamente deprime en mayor proporción los niveles de consumo de las familias que están en los estratos de menores ingresos⁽¹⁾.

F) Distribución del ingreso familiar por ocupación del jefe de la familia.

Por el tipo de ocupación del jefe de la fa-

(1): Ver cuadros 4.27 y 4.28.

milia se observan comportamientos específicos de la distribución del ingreso. La Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares de 1975, efectuada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, manifiesta lo que sigue.

Los trabajadores en labores agropecuarias correspondientes al 31% del total de las familias obtuvieron un ingreso promedio familiar igual a 1,972.30 mensuales ⁽¹⁾.

Los trabajadores en servicios diversos y conductores de vehículos que integraban el 13.5% de los hogares percibieron un ingreso promedio familiar de 2,834.06 pesos mensuales. Los artesanos, obreros de producción calificados y no calificados con el 22.2% del total de las familias recibieron aproximadamente 3,074.09 pesos por mes.

Por su parte los comerciantes, vendedores y similares integrantes del 8.6% de las familias tuvieron un ingreso promedio familiar 3,564.52 pesos mensuales. El personal administrativo correspondiente al 5.8% de las familias recibieron como ingreso promedio por hogar 5,389.24 pesos mensuales.

(1): Ver cuadro 4.29.

Los profesionistas y técnicos que para ese entonces componían el 5.2% de las familias tuvieron un ingreso promedio familiar de 8,198.01 pesos mensuales. Los funcionarios superiores y personal directivo público y privado, que en 1975 integraban el 2% de las familias del país, recibieron un ingreso promedio de 10,194.74 pesos mensuales por familia.

El grupo de los desempleados integrantes del 11.2% del total de familias recibieron un ingreso promedio familiar igual a 2, 844.59 pesos mensuales. Cabe aclarar que el hecho de que el jefe no haya tenido trabajo no implica que la familia haya carecido de ingresos, ya que en esos caso otros miembros de la familia lo aportan (1).

Como se aprecia en estos datos, el tipo de ocupación que se tenga es una variable importante en el nivel de ingreso que puede llegar a percibirse. Aspecto que influye determinante en la capacidad de compra y, por ello mismo, en la posibilidad de satisfacer las necesidades por la vía de la demanda efectiva.

(1): En el cuadro 4.30 se presenta la distribución del ingreso en algunos países de América, para facilitar su comparación.

G) Distribución del ingreso en el trabajo y el capital.

Para tener una visión más completa, es indispensable recurrir al examen de la distribución del ingreso entre las clases fundamentales del sistema. Reparto que asume la forma del salario para la fuerza de trabajo y el beneficio para los propietarios capitalistas.

Como la información de la encuesta de 1977 que se viene comentando, es poco precisa al respecto, se recurrió al análisis de algunos datos al respecto, correspondientes a la industria de alimentos y bebidas, la cual no deja de ser representativa de lo que sucede en el resto de las ramas de actividad de la economía mexicana.

Según datos del X Censo Industrial, para 1975 se tenía la siguiente situación:

DATOS BASICOS DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS
Y BEBIDAS EN MEXICO PARA 1975 (1).

CONCEPTO .	CIFRAS .
Número de establecimientos:	57,703
Personal ocupado: (promedio)	373,625
Pagos totales al personal:	12,756 *
Valor agregado bruto (2)	34,654 *
Producción bruta total:	109,815 *

XOCHIMILCO SERVICIO DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

(*): Millones de pesos

FUENTE: X Censo Industrial; en SPP, El Sector Alimentario en México, México, Ed. CGSNEGI, 1981, p. 209.

De los 34,654 millones de pesos que reportó el valor agregado bruto de esta rama industrial, sólo el 2.2% fue aportado por los establecimientos artesanales (66.9% de ellos); el

(1): Ver cuadros 4.31 y 4.32.

(2): Ingresos brutos que se distribuyen entre el trabajo y el capital después de retirar este el importe de la depreciación y amortización de los medios de producción.

11.8% correspondió a los pequeños (31.1%) y entre los dos generaron el 14%, siendo el 98% de los establecimientos. Los medianos tuvieron el 24.1%; los grandes el 23.1% y los gigantes el 38.3%, que sólo tienen el 0.1% de los establecimientos. En conjunto los dos últimos, con el 0.4% de los establecimientos reportaron el 61.9% del valor agregado y el 61.5% de la producción total de 109,815 millones de pesos (1).

Del valor agregado neto total por 32,800 millones de pesos, al trabajo correspondió el 38.9% y al capital en sentido amplio: el 61.1%. Por segmento fueron como sigue:

ESTABLECIMIENTOS.	DISTRIBUCION PORCENTUAL: 1975.		
	AL TRABAJO.	AL CAPITAL.	TOTAL.
(Millones)			
ARTESANALES:	23.1	76.9	100.0
PEQUEÑOS:	40.2	59.8	100.0
MEDIANOS:	51.7	48.3	100.0
GRANDES:	47.8	52.2	100.0
GIGANTES:	26.7	73.3	100.0
TOTAL (Millones):	12,756	20,044	32,800

(1): Ver cuadros 4.31 al 4.35.

Finalmente, la distribución del valor agregado entre establecimientos fue como sigue: de los 32,800 millones de pesos, a los 173 establecimientos grandes correspondieron 7,592 millones: 43.9 millones en promedio para cada uno; a los 58 gigantes 13,000 millones: 224 millones por empresa. Para los 953 medianos fueron 7,591 millones en conjunto: 8.2 millones cada uno. Para los pequeños y artesanales fue:

SEGMENTOS.	VALOR AGREGADO NETO. (Miles de Pesos).	
	T O T A L .	CADA UNO (en promedio)
ARTESANALES:	712'186	18.5
PEQUEÑOS:	3,904'318	217.6
SUMA:	4,416'540	81.6

Lo anterior expresa, de una parte, las tendencias existentes en México hacia la concentración industrial, capitalismo monopólico y una profunda desigualdad en la repartición del ingreso entre el trabajo y el capital (1).

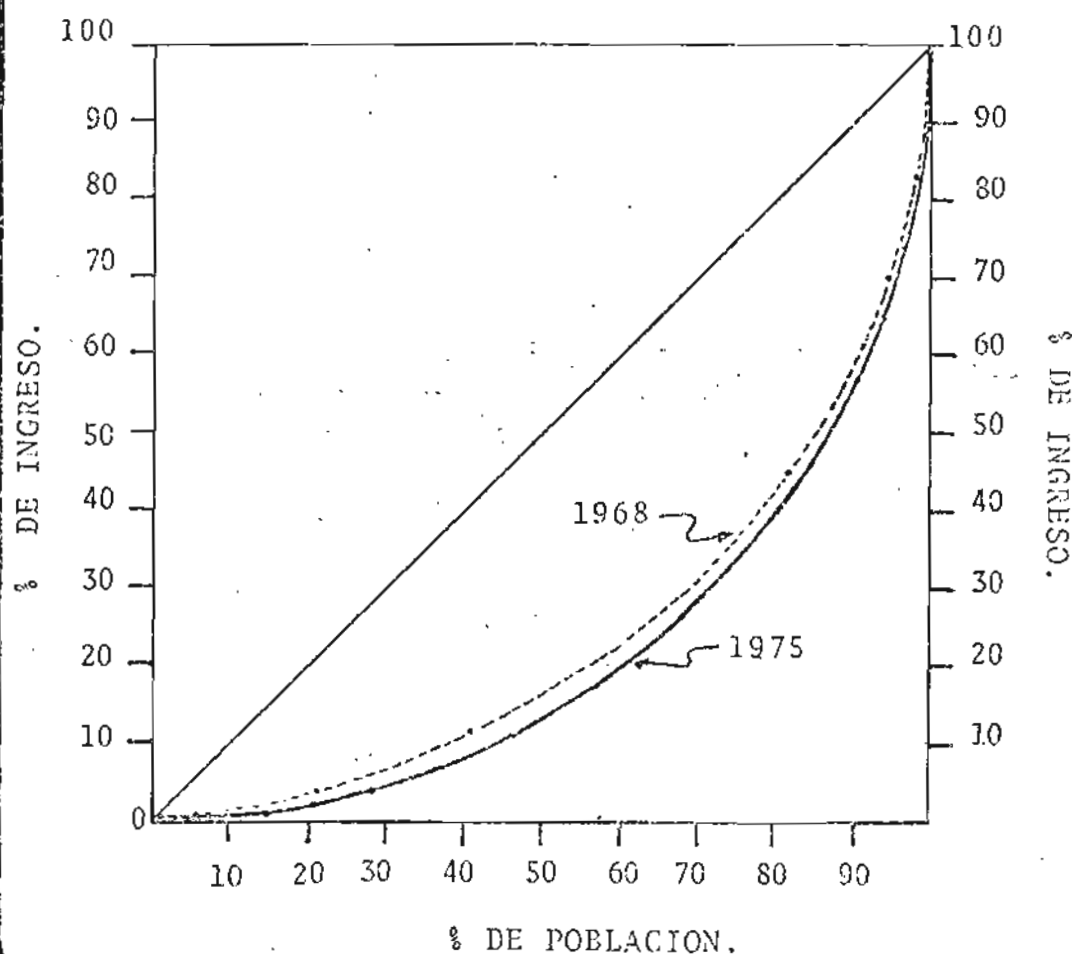
(1): En los cuadros de referencia se aprecia que en 1970 tenía una mejor posición el trabajo.

4.3.3. Concentración del ingreso.

El análisis arriba efectuado permite concluir - que, en razón de las desigualdades existentes en la propiedad de los medios de producción, son palpables las diferencias - de participación en la generación del producto social, en la - distribución del ingreso y, consecuentemente, en la capacidad de compra; haciendo manifiesta las abismales diferencias eco- - nómicas, entre los polos opuestos en las clases sociales y en sus segmentos de ingresos, en las familias, las regiones, el - tamaño de las localidades, la ocupación, la educación y la po - sición en el trabajo.

En la gráfica que sigue, las curvas de Lorenz, exponen - claramente que en México existe una tendencia definida hacia - una mayor concentración del ingreso en grupos reducidos de - - personas, incrementándose en este proceso la depauperación de los grupos mayoritarios de población.

MEXICO: CURVAS DE DISTRIBUCION DEL INGRESO
- 1968 - 1975



Lo anterior se precisa con el coeficiente de Gini. Considerados los niveles por grupos de familias de ingresos en orden creciente, con el 20% de ellas cada uno, se observa un deterioro en la distribución del ingreso entre 1968 y 1975. En el primero se tuvo un coeficiente de 0.4926, en tanto que en el segundo fue de 0.525, lo cual refleja una mayor concentración del ingreso en 1975, ya que el coeficiente de este año se acerca más a la unidad. (1).

(1): Véanse los datos de los cuadros 4.36 y 4.37.

4.3.4. Distribución del gasto de los hogares.

El gasto de los hogares representa el ejercicio de la capacidad de compra como demanda efectiva, para adquirir los medios para satisfacer sus necesidades colectivas. -- El gasto familiar esta determinado, en principio, por el conjunto de las necesidades de los individuos que integran esta unidad de compra, por sus hábitos de consumo y su educación, entre otros factores, pero principalmente por el monto de los ingresos permanentes y eventuales que recibe cada familia.

4.3.4.1. Estructura ingreso-gasto (1).

La estructura del gasto semestral de los hogares en 1977, a nivel nacional fue la siguiente:

(1): SPP, Encuesta Cit., 1977.

ESTRUCTURA NACIONAL MEDIA DEL GASTO DE LOS HOGARES

MEXICO 1977 (1).

R U B R O S .	PROMEDIO NACIONAL. %
Alimentos y bebidas:	44.66
Transporte y comunicaciones:	11.75
Prendas de vestir, calzado y accesorios:	10.53
Enseres domésticos, muebles, accesorios- y mantenimiento:	8.19
Alquileres, electricidad, combustibles y reparaciones:	6.53
Otros bienes y servicios:	4.86
Esparcimiento:	3.98
Cuidados médicos y conservación de la -- salud:	3.25
Educación:	2.08
Transferencia a otros hogares:	4.17

La importancia de los distintos tipos de gasto varía - entre los estratos de ingreso, así en tanto que el 40% de las familias destinaron cerca de las 2 terceras partes de su gas- to en alimentos y bebidas, el 5% de las familias de ingreso - más altos sólo dedican alrededor de la cuarta parte de su gas

(1): Ver cuadro 4.38.

to a este rubro. A las variaciones cuantitativas del gasto deberán agregarse diferencias cualitativas en el renglón alimentario, ya que la dieta de la mayor parte de las familias de bajos ingresos se basa en el maíz, el frijol y chile, sólo eventualmente consumen leche, carnes, huevo, pescados y mariscos, en tanto que las familias de mayores ingresos habitualmente sí consumen este tipo de productos, inclusive en sus formas más sofisticadas. (1).

En los demás renglones del gasto ocurre lo contrario, las familias de menores ingresos destinan un porcentaje menor de su presupuesto comparado con el que les dedican las de altos ingresos. A este respecto, la única salvedad, lo constituye el gasto en servicios médicos y conservación de la salud en la que es mayor la razón porcentual que gastan las capas sociales de recursos económicos inferiores.

El gasto de las familias más pobres sólo alcanza para adquirir los satisfactores más esenciales. Las familias de escasos recursos, además de lo precario de sus niveles absolutos:

(1): Esto se explica porque en lo general tienen una mayor propensión a enfermarse, dada su dieta y otras condiciones de vida.

de gasto, no destinan proporciones de importancia a la adquisición de satisfactores como esparcimiento, educación o cuidados médicos y atención de la salud.

Conforme se asciende en la escala de ingresos, las familias además de aumentar su nivel absoluto de gasto, destinan -- proporciones crecientes a la adquisición de bienes y servicios no esenciales, de manera superflua. La electricidad, los combustibles, los cuidados médicos, el esparcimiento y la educación, cobran mayor importancia relativa.

También se aprecia que, el estrato de mayores ingresos - gasta el 3.45% en cuidados médicos y conservación de la salud, - que en números absolutos representó una cantidad cercana a los 1,000.001 pesos mensuales, en tanto que en el primero se gastaron 25 pesos al mes.

4.3.4.2. Gastos en servicios médicos y conservación de la salud. (1).

En 1977, poco más de las tres cuartas partes

(1): Ver cuadros 4.38 y 4.39.

de los hogares tuvieron gastos en servicios médicos. Esto no implica que el resto de la población no haya tenido necesidades de atención de la salud, sino más bien que no tuvieron ingreso disponible para pagar estos servicios.

A medida que se asciende en la escala de ingresos aumenta la proporción de familias que efectúan gastos en este renglón. Así en el estrato de menor ingreso (con ingreso semestral entre 1 - 4,200 pesos por hogar), sólo el 61% de las familias tuvieron disponibilidad para gastos en servicios médicos; mientras que, en el estrato con un ingreso semestral mayor a 108,000 pesos por hogar el 94% de las familias registraron egresos por este concepto.

4.3.4.3. Diferencia entre ingreso y gasto de los hogares.

Al comparar los diferentes niveles de ingreso y gasto se observa que en el 75% de los hogares el gasto familiar resulta superior al ingreso. Esto significa que esas familias viven endeudadas permanentemente por el contrario, conforme se pasa a estratos de ingresos más altos el excedente de in-

grosos es cada vez mayor (1).

4.3.4.4. Precios y salarios; la capacidad de compra.

El nivel del ingreso familiar no expresa totalmente la capacidad de compra, ya que los precios de los bienes y servicios constantemente están variando en México. Es decir el ingreso monetario es una cantidad nominal de dinero, pero su poder real de compra depende del movimiento que sufran los precios, situación que se mide a través de los índices respectivos de cada grupo de bienes, o del índice general.

Los cambios en el tamaño del ingreso nominal son una "ilusión monetaria" cuando la variación de los precios es más que proporcional a los de aquél y en términos reales la capacidad de compra se reduce. Si el ingreso cambia en la misma proporción que el índice de precios, se está en una situación estacionaria y si el ingreso aumenta más rápidamente que los precios, se incrementa la capacidad adquisitiva y por ende el nivel de vida puede mejorarse.

(1): Ver cuadros 4.40 y 4.41. Este fenómeno de endeudamiento con ligeras variaciones se presenta en todas las encuestas que se han efectuado en México desde 1963, año en que sucedió igual con el 70% de los hogares. En el cuadro 4.42 se muestra un comparativo de la estructura del gasto en países seleccionados.

Como no existen datos para 1981 y 1982 sobre la distribución del ingreso, la situación que existe en México, puede exponerse mediante la relación salarios - precios, para examinar someramente que ha pasado en el último decenio.

A) Inflación.

La inflación se manifiesta como un incremento generalizado y persistente de los precios. Con ello se genera un efecto social pernicioso que afecta a los grupos de menores ingresos.

La inflación, desde hace lustros ha afectado a la economía mexicana. Sin embargo, ha crecido en forma alarmante a partir del año 1973, pues en ese año se registró un incremento del 12.04% en el índice nacional de precios al consumidor, en relación con el año anterior. Desde entonces, dicho índice se ha incrementado persistentemente, hasta registrar un incremento del 28% en 1981, respecto de 1980. Cabe mencionar que - en el año 1977 se tuvo un incremento del 28.9%, en relación - al registrado en 1976. Tal parece que esto obedeció en gran -

parte a la devaluación del peso en 1976 (1).

Por su parte, el índice nacional de alimentos, bebidas y tabaco ha sufrido incrementos similares a los del índice general, aunque han prevalecido durante los últimos 11 años - tasas de crecimiento un poco menores. Solamente en los años - 1970, 1973 y 1974 los alimentos, bebidas y tabaco incrementaron sus precios proporcionalmente más de lo que lo hizo el - total de la economía (2)

En relación a los servicios médicos y conservación de la salud, el incremento de sus precios aunque ha seguido muy de cerca el crecimiento general de los precios, en los dos - últimos años lo han rebasado igual que al de los alimentos (3).

(1): Es de esperarse que con la devaluación del año en curso, 1982, esta situación será más delicada para las familias, los asalariados, jubilados y trabajadores independientes no profesionales, los ejidatarios y peones del campo, que en conjunto son la mayor parte de la población nacional.

(2): Ver cuadro 4.43.

(3): Ver cuadro 4.44.

Esta situación obviamente tiene repercusiones en los servicios estomatológicos, su oferta y demanda.

B) Capacidad de compra de los salarios mínimos.

La capacidad de compra de los salarios mínimos se ha visto reducida en forma creciente, con el proceso inflacionario; sobre todo a partir de 1977 año en el que se inició un período de freno al crecimiento de los salarios, que supone la suspensión de aumentos de emergencia y a la vez se establecieron topes máximos para su incremento.

El concurso del proceso inflacionario y de la política salarial restrictiva, ha redundado en una disminución del salario real. En efecto, no obstante que tanto el índice nacional de precios al consumidor creció en igual magnitud que el índice del salario mínimo nominal, el del salario real, que refleja su poder adquisitivo se ha visto mermado constantemente (1).

(1): Ver cuadro 4.45.

En el período 1970-1976 el poder de compra del salario mínimo aumentó en un 30%. A partir de esa fecha ha disminuido crecientemente, a tal grado que en el lapso 1976-1981 su poder adquisitivo ha disminuido en un 23.4%. Así el salario mínimo de un trabajador en 1981, sólo pudo comprar en el mercado tres cuartas partes de las mercancías que podía comprar en 1976 (1).

Si se tiene presente que el salario mínimo nominal en 1977 fué de 2,627 pesos mensuales, (15,761 semestrales), significa que alrededor del 50% de los hogares mexicanos percibían un ingreso igual o menor que el salario mínimo. Y como es altamente probable que la estructura de la distribución del ingreso de 1981 sea cuando más igual a la de aquel año, quiere decir que alrededor del 60% de las familias del país se encuentran en esa situación: ingreso igual o menor al salario mínimo (2).

La conclusión sólo puede ser que, fuertes indicios de que el ingreso cada vez se concentra más en el país, en detri

(1): Idem.

(2): Según los datos del cuadro 4.40, el decil VI tenía 20,470 pesos semestrales de ingreso, si el poder real de compra de este ingreso se reduce en 1/4, equivale a 15,352 pesos; cifra inferior a los 15,761 pesos arriba citados.

mento del grueso de su población y con una inflación creciente, su capacidad de compra es menor a medida que pasa el tiempo, lo cual necesariamente afecta su demanda efectiva en general y la de servicios estomatológicos, en particular.

4.4. LOS FACTORES SOCIALES Y LA DEMANDA DE SERVICIOS.

Tal como señala el modelo de la demanda potencial (necesidades reales), ésta se encuentra multicausalmente determinada, así pues, los factores sociales también tienen una participación relevante.

4.4.1. Escolaridad de la población.

La educación es un factor fundamental en el desarrollo del individuo. Influye no sólo en el tipo de trabajo que se realice, sino que integra su sistema de vida en general. En el caso específico de la conservación de la salud, por lo tanto, confluyen aspectos derivados de la educación, formal como de la no formal. Así, por

ejemplo, el tipo de alimentos y bebidas y la forma de prepararlos, la higiene de la persona, de la ropa, de la vivienda y la recreación y la forma de conservar o restituir la salud son aspectos claramente influidos por la educación.

En el caso concreto de México, se temía que en 1970, del total de la población de 6 años y más (38.4 millones de personas), el 35% no tenía instrucción alguna; el 0.01% sólo tenía algún curso de adiestramiento sin primaria; el 43% tenía primaria incompleta - la mayoría como máximo el 3er grado; el 13% primaria completa el 9% tan sólo tenía alguna instrucción postprimaria (1).

Para ese año el analfabetismo absoluto comprendió el 28.3% de la población de 6 años o más de edad y los alfabetas el 71.7%. En 1980, se dice que sólo el 16% de los habitantes de 15 y más años no sabían leer ni escribir (2); sin embargo, para este último año, se soslaya la inflación respecto a los de 6 a 14 años, que fueron alrededor del 28% de la población censada, lo cual necesariamente implica un au-

(1): SIC, IX Censo General de Población 1970, (resumen general) México, Ed. D.C.E., 1972, p.299.

(2): Ver cuadro No. 4.46.

mento sustantivo de personas analfabetas.

Asimismo, existen algunos factores incidentes que reducen los efectos escolares, como son el analfabetismo funcional y las deficiencias del propio sistema educativo; que permiten la enajenación de un alto porcentaje de los habitantes, de tal manera que éstos se ven influenciados por algunos de los medios publicitarios y otros, masivos de comunicación, deformando sus patrones de consumo y normas de salud e higiene y alimentación, en ocasiones hasta en detrimento de su salud. Tal es el caso de consumo de refrescos y golosinas, "productos pocotilla", que van en detrimento de su salud.

Las deficiencias del sistema educativo, al menos, se manifiestan en dos sentidos: existe una marcada carencia de contenidos y modelación de actitudes respecto a la promoción y prevención de la salud, la formación de hábitos apropiados de alimentación e higiene y de las deformaciones consumistas. Por otro lado, es muy limitada la infraestructura escolar, en cuanto a escuelas y maestros para lograr una mayor cobertura (1).

(1): Ver cuadros 4.47 y 4.48.

4.4.2. Alimentación y nutrición.

La alimentación y nutrición son también factores sociales fundamentales en el proceso salud - enfermedad, de la colectividad y de los individuos.

La alimentación balanceada y un estado nutricional equilibrado, proporcionan defensa y reservas al organismo - para combatir patologías en general y orales en particular. La alimentación y, en gran medida, la nutrición son variables que dependen a su vez del ingreso como de la educación, la cultura, los hábitos y creencias de las familias.

En relación a la correspondencia funcional existente entre nutrición y conservación de la salud se considera pertinente efectuar las siguientes referencias:

Aunque la existencia de una correlación definida - - entre consumo de proteínas y caries no ha sido jamás demostrado, por lo menos la información sugiere que las proteí--nas pueden ejercer una influencia protectora sobre la dentiición.

Por otra parte estudios efectuados en este contexto sugieren la existencia de una asociación entre el consumo de dietas con 70 a 80% de grasas y una baja incidencia de caries. Por supuesto que estas dietas tienen una escasa cantidad de carbohidratos, y la relativa carencia de caries podría ser tanto el resultado del déficit en hidratos de carbono como del uso excesivo de grasas. En general, los estudios en animales proveen resultados similares a los indicados: cuando se aumentan las grasas, el nivel de caries decrece.

El estudio de la historia de la caries dental sugiere que esta afección prevaleció muy poco en la prehistoria y la edad antigua. Fué hasta mucho tiempo después que la incidencia de la caries comenzó a aumentar en forma alarmante en coincidencia con un incremento, también muy acentuado, del consumo de azúcar en todo el mundo. En general existe el consenso de la existencia de la relación entre dieta y caries.

Experimentos realizados con animales hembras en período de embarazo y de lactancia orientados a provocar deficiencias nutricionales relativamente ligeras han permitido-

concluir que éstas dan como resultado la alteración del tamaño y forma de los molares de la cría y, a veces, originan también un aumento de la susceptibilidad a la caries. Estos cambios han sido atribuidos a factores como la deficiencia de vitamina A, la ingestión de calcio y fósforo en proporciones inadecuadas.

Estos hechos remarcan que el régimen nutricional -- adoptado incide directamente en la salud del individuo, no sólo en lo general, sino del aparato estomatognático.

En el caso de México, es deficiente el estado nutricional de su población. Por una parte, como resultado de la alta concentración del ingreso y el proceso inflacionario y, por otro, debido a déficits internos en la producción de alimentos, por la contracción de la producción agropecuaria desde 1965.

Al analizar el consumo medio mensual de alimentos seleccionados según estratos de ingreso en 1975, se observa que los estratos de más altos ingresos consumen carne, leche y huevos en mayor proporción, que los grupos de bajos -

ingresos. Por otra parte se observa que, la población de -
bajos ingresos consume en grandes cantidades alimentos deriv
vados del maíz; producto que tiende a reducirse en la dieta
de los grupos de ingresos más altos. Igual diferencia se --
aprecia entre el consumo urbano y el rural, siendo más defici
ciente en este último⁽¹⁾.

Por la gravedad que reviste este problema, el Estado
Mexicano se vió comprometido a examinarlo más de cerca, ---
para paliarlo. En 1979, se hizo una encuesta para determi--
nar el perfil alimentario de la población mexicana y para -
definir los requerimientos mínimos de alimentación ⁽²⁾.

Comparados los resultados obtenidos de la encuesta -
antes mencionada, con investigaciones somejantes que ha ve-
nido realizando el Instituto Nacional de la nutrición desde
1959 y tomando en cuenta principalmente la de 1979, se en--
contraron cambios sustanciales en las dietas rurales y urba

(1): Ver cuadros 4.49 al 4.52.

(2): Datos recabados del documento intitulado: Primer Planteamiento de Metas de Consumo y Estratégias de Producción de Alimentos Básicos para 1980/1982, del Sistema Alimentario Mexicano, (SAM), México 5 de marzo de 1980. En esta encuesta participó el instituto citado.

nas, particularmente durante los últimos 5 años, en los -- que el problema aumentó.

En las zonas rurales, un poco menos del 90% de la población contaba con un grave déficit de calorías que fluctuaba entre el 25% y 40%, con respecto al consumo mínimo necesario establecido por el Instituto, el cual asciende a -- 2,750 calorías diarias per-cápita.

Entre las áreas urbanas encuestadas se encontró que, en el Distrito Federal, existe por lo menos un millón de -- personas con un consumo inferior a las 2,000 calorías diarias, por lo que se deduce que en las zonas urbanas también se encuentran niveles muy deficientes de nutrición.

En las grandes regiones del país, el perfil nutricional de 1979 con respecto al de 1959, indica que sólo en la región norte aumentó el consumo de calorías de un promedio de 2,131 a 2,222 por persona al día; en el Golfo y Occidente el promedio se mantuvo constante, pero disminuyó en la zona centro de 1,901 a 1,752, en la zona sur de 1,911 a ---

1,755 y, particularmente en el sureste donde disminuyó de 2,007 a 1,577.

El problema se agrava aún más al constatar que la población de la República Mexicana es predominantemente infantil. Etapa de desarrollo en el que la alimentación es más importante y a futuro la desnutrición o malnutrición, afecta en un grado mayor.

En 1979 aproximadamente 32 millones de mexicanos: el 53.4% del total, no cubrían sus mínimos nutricionales de 2,750 calorías y 80 grs. de proteínas en la ingesta diaria (1)

Hasta ahora los esfuerzos estatales por mejorar esta situación parecen ser inferiores a la agudización de los problemas de alimentación, desnutrición y mal nutrición que secularmente ha padecido el pueblo mexicano, ya que la inflación en 1982 ha cobrado el mayor ritmo que registra la historia del país, polarizando más la concentración de la

(1): Idem.

riqueza en un reducido grupo de personas que siempre se favorecen de los padecimientos del pueblo. (1).

4.4.3. Condiciones de la vivienda.

La vivienda constituye un elemento vital para el ser humano, como medio de satisfacción de necesidades tanto primarias, como sociales. En consecuencia, las condiciones que ésta reúna son un factor que facilita o restringe el bienestar individual y familiar.

Entre las condiciones fundamentales de este bien, se tienen:

A) Los materiales que predominan en su construcción, en paredes, piso y techos. La protección sanitaria y ambiental de éstos es básica. Por ejemplo, una choza de --

(1): En 1976, de 2.23 millones de pacientes egresados del sistema hospitalario nacional, entre las causas de morbilidad según la lista c de 70 causas de la "CIE", se presentaron 67,600 casos de avitaminosis y otras deficiencias nutricionales y 62,499 casos de anemias, juntas suman poco más de 130 mil personas afectadas, es decir el 6% del total de pacientes egresados.

FUENTE: SIC, Estadísticas Hospitalarias 1971, México, Ed. D.G.E., Serie V, Núm. I, 1975, pp. 205 y 213.

paga o en barro en paredes y techo, con piso de tierra apisonada, actualmente en las economías de mercado, es un bien inferior si se compara con una que esté edificada con paredes de ladrillo, techo y pisos de concreto o de otros materiales acordes a la región reúnen mejores condiciones para habitarla y protegerse del medio ambiente, así como para efectuar su aseo.

B) Servicios disponibles:

La toma de agua dentro de la casa y el drenaje, posibilitan una sanidad mayor, que el no contar con ellos. La energía eléctrica indudablemente es importante, no sólo por motivos de iluminación, sino incluso de comunicación⁽¹⁾, al igual disponer de gas para cocinar es preferible a hacerlo con leña o carbón.

C) Espacios y números de habitaciones.

El hacinamiento es una lacra para el

(1): La energía eléctrica es más económica en servicio doméstico que comprarla en forma de pilas para la radio.

desarrollo familiar y facilita la insalubridad y otros problemas. En consecuencia, contar con espacios mínimos de servicio y un cierto número de habitantes que sean funcionales, relativamente, para llenar requerimientos elementales, es preferible y necesario.

Por otra parte, para la higiene doméstica y personal la disponibilidad de agua contribuye a tener mejores condiciones sanitarias, en general. Para el caso particular de las necesidades de servicio estomatológicos, es una vía insustituible para efectuar el proceso de fluoruración y ayudar así a prevenir la caries.

En México en 1980, de 12.2 millones de viviendas se registró un 29% de ellas sin agua entubada, dentro o cerca de la vivienda. Un 52% con drenaje y un 75% con energía eléctrica (1).

Estos datos reflejan que se han logrado algunos avan

(1): Ver cuadros 4.53 y 4.54.

ces en este renglón de servicios, susceptibles de aprovecharse para mejorar las condiciones de vida de los mexicanos y su situación de salud. Sin embargo, datos de la misma fuente expresan que respecto a los materiales predominantes en la construcción, prácticamente no se ha progresado (1).

4.5. FACTORES POLITICOS-JURIDICOS.

Las necesidades reales y la demanda efectiva de la población se ve, también, influenciada en varios aspectos por variables políticas y jurídicas que, indudablemente tienen impactos directos en la economía y en la situación social de la población: ocupación, ingreso, precios, producción de bienes y servicios en general, educación, alimentación, vivienda y otros aspectos.

En lo que se refiere concretamente a la situación de salud de los mexicanos, estos factores jurídicos - políticos, entre otros aspectos, se vierten en el régimen de seguridad y en el de asistencia pública, los cuales pueden incidir al respecto.

(1): Idem.

Las condiciones, favorables y restrictivas de atención pública de la salud están señaladas en el capítulo 3. De ellas, eventualmente, se desprende la posibilidad de que parte de la población canalice sus necesidades reales como demanda efectiva, en función de sus relaciones laborales, o bien pagando las cuotas de recuperación que existen en el régimen de asistencia pública. Cuando lo anterior no sea factible o voluntariamente no se utilicen, se tiene que recurrir al segmento de la práctica privada, mediante la demanda efectiva.

En grandes rasgos, con lo anterior se concluye el análisis global de las necesidades reales de la población de México, cuantificando el volumen de su demanda potencial global, para diferentes años. Asimismo, se examinan las principales variables que contribuyen a determinar el tránsito de la demanda potencial hacia sus formas concretas de demanda efectiva.

En el siguiente capítulo, se efectúa la confrontación de la oferta y la demanda, para arribar a la evaluación de la función social de la práctica estomatológica en este país.

5. ANALISIS DE LA FUNCION SOCIAL DE LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA EN MEXICO.

Para proceder al análisis concreto de la función social que tiene la práctica de la estomatología en el caso particular de México, conviene retomar las premisas que orientan esta investigación según se plantearon en el marco teórico.

Para poder dar una respuesta social al proceso salud en enfermedad oral de la población mexicana, el primer requisito es la producción de los servicios estomatológicos indispensables para satisfacer la necesidad social de los mismos, - en sus diferentes niveles. Este es un hecho fundamental que precisa cumplirse de manera permanente, por lo menos para - asegurar las posibilidades de atención. Hecho que se muestra irrevocable para una sociedad como la mexicana, que presenta altos índices de morbilidad oral y de mortalidad dental.

De ello, se desprende que, existe un cúmulo de necesidades que, ineludiblemente, los mexicanos tienen que cubrir.

Por lo cual tienen que desarrollar la producción de los servicios correspondientes, mediante la conjunción del trabajo y de los medios de prestación de servicios especializados - para este propósito. Proceso de trabajo que para el efecto es la práctica profesional de la estomatología, cuya fun---ción social es dar una respuesta organizada a las necesidades de los habitantes del país.

Puesto que las necesidades estomatológicas y la práctica profesional dirigida a satisfacerlas se desenvuelven en un contexto social, históricamente determinado, sujeto a -- Leyes que rigen su desenvolvimiento global y el de los elementos que estructuran su sistema capitalista.

Como consecuencia de lo anterior, la práctica de la estomatología y su función social, así como la demanda de servicios - expresión de las necesidades - están condicionadas por este sistema social.

De acuerdo con esas determinaciones generales, propias del capitalismo mexicano, el análisis de la función social de la estomatología, se aborda específicamente a partir de los postulados hipotéticos de esta investigación, como sigue:

5.1. Relación oferta - demanda de servicios estomatológicos.

En el marco teórico se planteó como hipótesis de trabajo que:

La función social de la estomatología en México, está determinada por la correspondencia tanto cualitativa como cuantitativa que existe entre la oferta de servicios y las necesidades reales de la población del país, o sea, la demanda de los mismos.

Dado que no se tienen datos siquiera aproximados para analizar el aspecto cualitativo arriba citado, este se tendrá que inferir a partir de la relación cuantitativa que en forma potencial se calculó al respecto.

Los tipos y formas de organización que asume la práctica estomatológica en México, tal como se mencionó en el capítulo respectivo, en su conjunto generan la oferta global de servicios estomatológicos, que únicamente se pudo estimar en términos potenciales, bajo cuatro hipótesis combinadas entre sí.

La comparación de estas cifras, con las que se determinaron por el lado de la demanda potencial, se resume en los cuadros y la gráfica que siguen:

OFERTA Y DEMANDA POTENCIALES DE CONSULTAS
ODONTOLÓGICAS A NIVEL NACIONAL, MÉXICO.

(MILLONES DE CONSULTAS).

ESQUEMAS HIPOTÉTICOS Y AÑOS	OFERTA GLOBAL	DEMANDA GLOBAL (CONSULTAS POR- PERSONA),		DEFICIT GLOBAL DE CONSU (SEGUN DEMANDA POR PERS)		
		1	2	1		2
				ABS.	%	ABS.
I. HIPOTESIS 1A-2A						
1970	8.3	46.6	93.2	38.3	461	84.9
1975	15.4	57.9	115.8	42.5	276	100.4
1980	38.9	65.2	130.4	26.3	68	91.5
1981	43.6	67.1	134.2	23.5	54	90.6
II. HIPOTESIS 1A-2B						
1970	11.1	46.6	93.2	35.5	320	82.1
1975	21.6	57.9	115.8	36.3	168	94.2
1980	54.0	65.2	130.4	11.2	21	76.4
1981	60.9	67.1	134.2	6.2	10	73.3
III. HIPOTESIS 1B-2A						
1970	7.5	46.6	93.2	39.1	521	85.7
1975	12.8	57.9	115.8	45.1	352	100.0
1980	28.8	65.2	130.4	36.4	126	101.6
1981	33.3	67.1	134.2	33.8	102	100.9
IV. HIPOTESIS 1B-2B						
1970	10.0	46.6	93.2	36.6	366	83.2
1975	17.5	57.9	115.8	40.4	231	98.3
1980	39.2	65.2	130.4	26.0	66	91.2
1981	65.8	67.1	134.2	21.3	47	83.4

I: Todos los egresados de las escuelas ejercen y el promedio de consultas por odontólogos es de 1,301 para la práctica privada y 1908 para la pública.

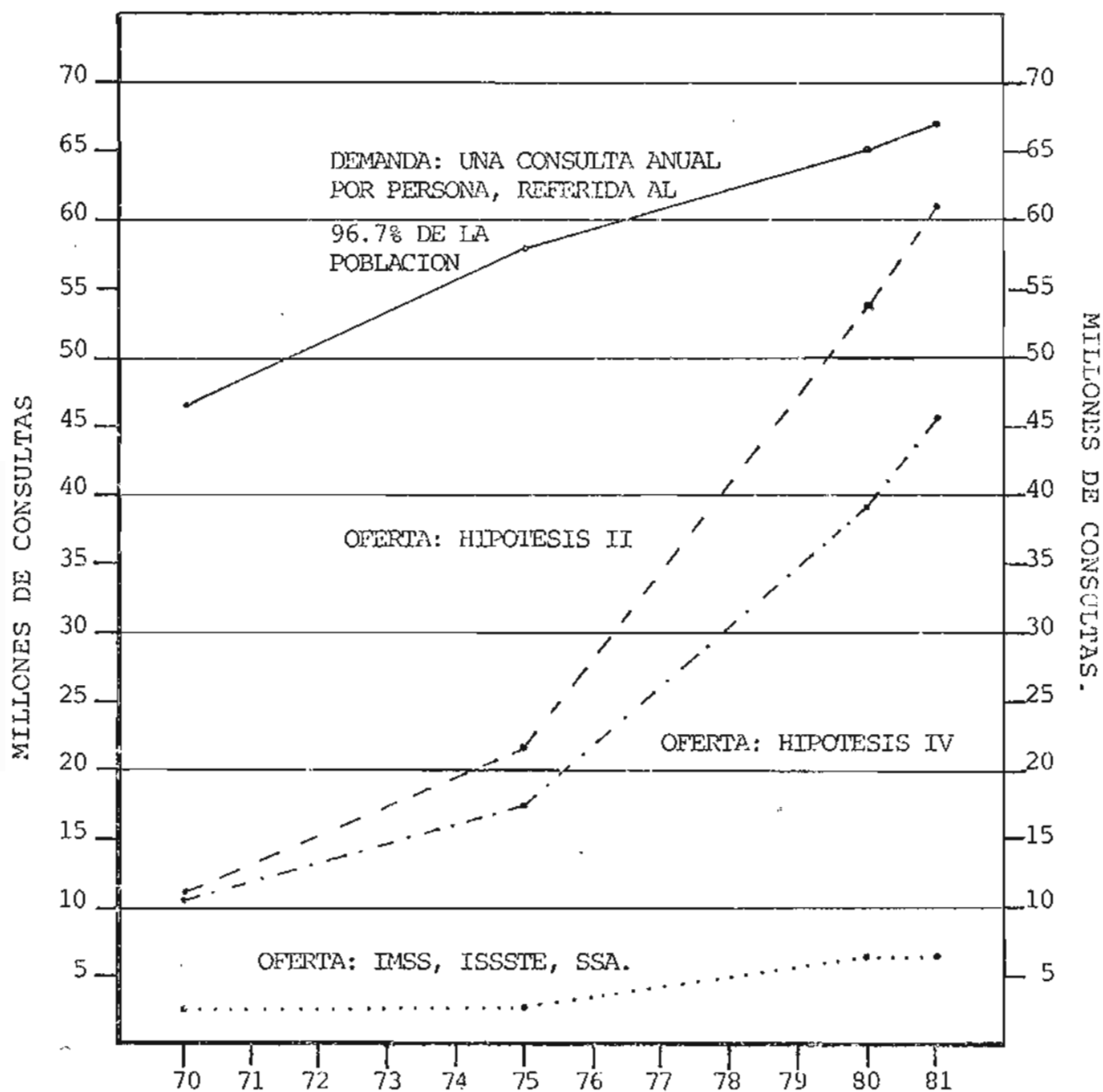
II: Todos los egresados ejercen y su promedio anual de consultas es de 1408 por cada uno.

III: El número de odontólogos en ejercicio equivale al de títulos profesionales registrados y su media anual de consultas es la que se anota en la hipótesis I.

IV: El número de odontólogos que ejercen equivale al de títulos y su media anual de consultas es de 1908 para cada uno.

FUENTE: Cuadros 3.12 al 3.15, 4.11 y 4.11 b.

OFERTA Y DEMANDA POTENCIALES
DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EN
MEXICO.
1970-1981



La gráfica y los cuadros anteriores hacen evidente la enorme brecha que existe entre el potencial de la oferta global y la demanda de consultas calculada en términos relativamente conservadores.

En virtud de los supuestos excesivos del quantum de la oferta, se tiene la impresión de que sus enormes diferencias respecto a la demanda, tienden a disminuir. Sin embargo, la oferta potencial, en ninguno de los supuestos ilegales, siquiera a representar el 50% de las necesidades potenciales, estimadas en 2 consultas anuales por persona, que es el mínimo real que se requiere para lograr una atención preventiva de cierta eficacia.

Así, en el ámbito de las instituciones oficiales se observó que, a pesar de que la cobertura del sistema de seguridad social ha pasado de 12.4 millones de derechohabientes en 1970 a 32.8 millones en 1981, la oferta de servicios estomatológicos ha sido capaz de cubrir sólo el 8% de la demanda potencial de los derechohabientes, en el supuesto de que esa población derechohabiente sólo recibiera una consulta anual por persona. En el supuesto de que la población protegida debiera ser atendida con dos consultas anuales por persona, que es el coeficiente de atención necesario para realizar una práctica estomatológica preventiva, la oferta real en 1981 sólo estaría cubriendo el 4% de la de-

manda potencial.

Según reportes de estas instituciones, en 1970 sus derechohabientes significaban el 23% de la población nacional y su cobertura se ha ampliado al 40.28% en 1979 (1). Sin embargo, por lo que se refiere a su oferta de servicios odontológicos, se pasó de 19 mil derechohabientes por odontólogo en 1970, a 30 mil en 1979 en el IMSS y en el ISSSTE de 15 mil a 21 mil, en el mismo período (2).

En el cuadro que sigue se aprecia además que, la oferta potencial de estas formas públicas de la práctica estomatológica tiene una brecha cada vez mayor, con respecto a las necesidades potenciales de su población derechohabiente (3).

Por lo expuesto, es evidente que el régimen de seguridad social en México, tiene una cobertura real muy modesta-exigua y decreciente en relación a las necesidades objetivas de aquellos a quienes dice proteger. Por ello, su función social es manifiestamente restringida y se orienta fundamentalmente, por parte del IMSS, a paliar necesidades ---

(1): SPP, Cuaderno de información oportuna..., p.33.

(2): Ver cuadro 5.1.

(3): Ver cuadro 5.2.

emergentes de los núcleos de trabajadores que se ubican en los mayores centros de trabajo, dejando realmente desamparada a la fuerza de trabajo que más la necesitan los ejidatarios, peones agrícolas y grupos marginados de los centros urbanos.

Hasta ahora, la "filosofía política" y los fines de corte pseudo humanista que enuncia el Estado Mexicano en materia de salud, por lo menos en la bucodental, parecen ser retórica pura, demagogia hecha una constante que, pretende encubrir la obscura realidad de sus fines: la reproducción y mantenimiento del sistema capitalista, con su actual estructura de clases, en general. Y en particular, la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo asalariada en condiciones de subsistencia, paliando sólo sus carencias más elementales y evidentes de orden estomatológico.

Lo anterior, se convalida examinando la acción de su órgano que a nivel central, desde su fundación, ha sido el responsable de definir y conducir las políticas nacionales en materia de salud. No obstante la Secretaría de Salubridad es la institución estatal que mayor volumen de servicios odontológicos genera, no lo hace a título gratuito o accesible para la reducida capacidad real de compra de la población de menores ingresos (1).

(1): Ver cuadro 5.3.

Asimismo, desde el punto de vista de la generación de empleos, en este caso, personal profesional que puede participar activamente en el proceso de producción de servicios estomatológicos, en cantidades crecientes, el Estado soslaya su responsabilidad; su tasa de captación de odontólogos, es decididamente baja en relación a la enorme oferta de trabajo que él mismo ha propiciado, subsidiando la apertura de un número creciente de escuelas para esta carrera; pese a que los egresados de esos centros educativos contribuyen mediante su servicio social, pésimamente remunerado, año con año generan una parte significativamente alta del total de los servicios odontológicos que ofrece la práctica pública en su conjunto.

En suma, media una gran desproporción entre las necesidades potenciales mínimas de servicio que tiene la población y la oferta total que ofrece la práctica profesional en el país.

5.2. Tipos y formas de organización de la práctica estomatológica.

La organización de la práctica estomatológica en México, para generar su oferta de servicios, reviste los tipos y --

formas que tienen mayor correspondencia con el sistema capitalista que priva en el país, el grado de su desarrollo.

Dado que la práctica pública de la estomatología no tiene como fin incrementar la cobertura de la demanda y las necesidades sociales, su oferta es permanentemente reducida, en términos relativos, para paliar requerimientos emergentes de los asalariados, en forma selectiva. Por ello, el régimen de seguridad se enfoca principalmente a cubrir riesgos de trabajo, no requerimientos de servicios estomatológicos que considera asilados y secundarios para la salud y, por lo mismo, la reglamentación que regula el ejercicio de la práctica profesional en esencia marca requisitos académicos, dejando la fijación de los precios del servicio al libre arbitrio de quienes desempeñan esta actividad.

Lo anterior explica el predominio que tiene la práctica privada, en el mercado de estos servicios.

Asimismo, la forma liberal independiente es la más difundida en este segmento de la oferta, en virtud de la orientación tradicionalista de los planes y programas de estudio y la "filosofía" de la mayor parte de las escuelas de odontología del país; que trabajan de manera anárquica.

El sistema socioeconómico crea y reproduce sus propias formas de organización de la oferta.

5.3. Precios de los servicios estomatológicos y demanda efectiva.

Puesto que no existe información "oficial" clara respecto a todo el sistema de precios de los servicios estomatológicos y de la demanda efectiva que realmente ejerce la población, se contrastan los siguientes datos indirectos, -- que son ilustrativos al respecto.

Como ya fue expuesto, dada la estructura clasista de la sociedad mexicana y su correlativa desigualdad en la distribución del ingreso y la manifiesta concentración del mismo en pocas manos, la mayor parte de las familias disponen de ingresos muy reducidos en relación a sus necesidades básicas. Por ello, se ven precisadas a gastar la mayor parte de su ingreso en alimentación, vestido y vivienda, dejando al último y, por razones de emergencia, el cuidado y la atención de su salud mediante servicios médicos.

El panorama aproximado que se tiene actualmente en México, se puede inferir de las siguientes estimaciones al gas-

to mensual en salud que realizó cada familia en 1977, según la multicitada encuesta de la Secretaría de Programación y Presupuesto, se le aplicó el índice de inflación de "servicios médicos y conservación de la salud" que publica el --- Banco de México.

Así, se tiene una serie histórica de los valores monetarios que representa dicho gasto para los años 1978 a 1981, - por deciles de familias en el supuesto de que prosiguieron - destinando igual proporción de su presupuesto a la adquisición de estos servicios. Los resultados se exponen en los - cuadros de las siguientes páginas, incluyendo el de los pre - cios promedio de algunos servicios odontológicos, que se re - gistraron en el sondeo piloto efectuado en febrero de 1982.

De esos datos, basta con referirse al año de 1981. En - el cuadro No.1 se aprecia que sólo el 20% de las familias - de mayores ingresos tienen capacidad de compra para pagar - el equivalente a una extracción de pieza normal ó la aplica - ción de selladores de fosetas y fisuras, ó en su caso una - aplicación tapia de fluor, por mes, o sea 12 de cualquiera - de esos servicios al año; lo que equivale a 2 tratamientos - por cada uno de sus miembros, considerando un promedio de - seis personas.

GASTO CORRIENTE MENSUAL EN SALUD POR FAMILIA *
POR DECILES
(PESOS)

C.1...

DECIL	1977	1978	1979	1980	1981	
					FAMILIAR	PER CAPITA
- I	24.50	28.03	32.18	40.93	54.10	9.66
- II	74.75	85.53	98.18	124.87	165.07	29.48
- III	59.16	67.69	77.71	98.83	130.64	23.33
- IV	69.33	79.32	91.06	115.81	153.10	27.34
- V	90.66	103.73	119.08	151.45	200.20	35.75
- VI	91.58	104.78	120.29	152.98	202.23	36.11
- VII	148.16	169.52	194.61	247.50	327.17	58.42
- VIII	174.83	200.03	229.64	292.05	386.07	68.94
- IX	230.33	263.54	302.54	384.76	508.62	90.83
- X a	398.93	456.43	523.98	666.39	880.91	157.31
- X b	711.92	814.55	935.11	1 189.25	1 572.09	280.73
PROM. NAL.	145.67	166.67	191.34	243.34	321.67	57.44
PROM. NAL. PERCAPITA **	26.01	29.76	34.17	43.45		

* Estimado mediante el algoritmo: $GS = \frac{Gos \times 2 \times rS}{12}$ IS; donde:

GS = Gasto corriente mensual en salud por familia

Gos = Gasto corriente semestral por familia enero-junio 1977. Fuente: cuadros 5.5.1.1

2 = Coeficiente para anualizar el gasto semestral

rS = Porcentaje del gasto total dedicado a la salud. Fuente: 5.5.1.2

IS = Índice de precios de servicios médicos y conservación de la salud. Indicadores Económicos. BANAMEX-SIE. Cuadernos serie de información económica. Varios números 1981.

** El promedio nacional dividido entre la familia promedio 5.6 personas.

GASTO CORRIENTE ANUAL EN SALUD POR FAMILIA
POR DECILES
(PESOS)

C.2.

DECIL	1977	1978	1979	1980	1981	
					FAMILIA	PERCAPITA
I	294	335	386		649	115.89
II	897	1 026	1 178	1 498	1 981	353.75
III	710	812	933	1 186	1 568	280.00
IV	832	952	1 093	1 390	1 837	328.05
V	1 088	1 245	1 429	1 817	2 402	428.83
VI	1 099	1 257	1 443	1 836	2 427	433.39
VII	1 778	2 034	2 335	2 970	3 926	701.07
VIII	2 098	2 400	2 756	3 505	4 633	827.32
IX	2 764	3 162	3 630	4 617	6 103	1 089.82
X a	3 947	5 477	6 288	7 997	10 571	1 887.68
X b	8 543	9 775	11 221	14 271	18 865	3 367.14
PROM. NAL.	1 748	2 000	2 296	2 920	3 860	689.29
PROM. NAL. PERCAPITA *	312	357.14	410.0	521.43		

FUENTE: Cuadro ... anualizado

* El promedio nacional dividido entre la familia promedio: 5.6 personas.

PRECIOS PROMEDIO DE ALGUNOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE
LA PRÁCTICA PRIVADA EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO: --
1982 (1)

C.3.

SERVICIOS,	PRECIO MEDIO. ^{1/}
Exodoncia por pieza normal.	\$ 661.00
Exodoncia por tercer molar o pieza incluida:	1,871.00
Prótesis por unidad fija:	2,396.00
Prótesis por unidad removible:	805.00
Aplicación de selladores de fosetas y fisuras:	571.00
Aplicación tópica de fluor..	512.00
Endodoncia por conducto:	1,167.00
Obturación de amalgama por cavidad:	720.00
Obturación con resinas por cavidad:	764.00
Tratamiento de ortodoncia simple:	16,333.00
Tratamiento de ortodoncia complejo:	40,228.00
Costo por placa total:	7,689.00
Detartraje:	1,109.00

^{1/} Los precios promedio fueron calculados mediante la --
fórmula de la media ponderada $\bar{X} = \frac{\sum f_i (X_i)}{\sum f_i}$ a partir-

de los precios recabados por la encuesta.

FUENTE: Encuesta piloto realizada en el Distrito Federa-
l, constituida por 84 observaciones. -----
Febrero de 1982.

El resto de las familias; 80% del total, no pueden - - afrontar el costo de este reducido nivel de atención. Situación que se hace más difícil a medida que se pasa a grupos de menores ingresos.

Así, las familias de bajos ingresos que no tengan acceso a la reducida oferta de servicios públicos, no tienen capacidad de pago para cubrir las tarifas que cobra la práctica privada, razón por la que sus necesidades emergentes y - manifiestas sólo pueden atenderse sacrificando la satisfacción de otras necesidades apremiantes que deberán ser postergadas, o bien recurrir al endeudamiento.

Así es como las Leyes del mercado coartan el cumplimiento de la función social de la práctica estomatológica en -- México. Máxime que, la población en su mayor parte está mal alimentada, desnutrida ó mal nutrida y carece de educación - para tomar algunas medidas preventivas de autoprotección. - Motivo por el cual está expuesta en mayor medida a padecer y soportar todo tipo de patologías en general y particularmente de tipo oral.

De esto último resulta que la producción de los servicios estomatológicos, en México, está orientada fundamentalmente hacia aquellos consumidores que pueden pagar por ella,

o que, tienen acceso al régimen de seguridad social, el cual les puede paliar requerimientos eventuales.

En otros términos la respuesta social de la práctica profesional a las necesidades de la población de este país, vista en términos de las interrogantes del servicio: Qué producir, cómo producir y para quién producir, son las siguientes.

a) En cuanto a qué produce, son servicios destinados hacia mercados de consumo formalmente diferenciados, complementarios y antagónicos entre sí. Estos servicios estomatológicos, se orientan a sus propios fines a través del cambio. En el caso de la práctica privada por medio de precios altos para la capacidad de compra de la población, en parte, se orientan a un grupo de 'consumidores o usuarios' que en cierto sentido forman un mercado 'cautivo', toda vez que su cuota les es descontada por mandato jurídico. En el resto de este sector, se realiza en un mercado 'diferencial' de precios relativamente bajos ('cuotas de recuperación').

b) En relación a cómo produce, baste señalar que ello ya está relatado, al hablar de los tipos y formas que asumen las unidades de producción de los servicios estomato

lógicos. Es decir en formas y tipos de organización que tiene plena correspondencia con las unidades de producción-dominantes y vigentes del sistema de economía capitalista. Las técnicas varían en éstas de conformidad con las dimensiones de su planta y la posición que ocupan en el mercado.

c) La respuesta al 'para quién producir', aparece con claridad. Es decir, se produce para los privilegiados que o bien, por el monto de sus ingresos tienen acceso a las unidades privadas de producción de servicios estomatológicos, o bien están registrados efectivamente en alguna institución pública, con motivo de su trabajo. E incluso en lo que puede parecer el caso extremo, si se tiene la capacidad mínima de pago requerida para asistir a cualquiera de las otras formas institucionales de servicio mediante cuotas reducidas. Por el contrario, existe una gran cantidad de mexicanos que no tienen acceso a los servicios de la salud bajo ninguna de esas formas que han sido descritas; y ello ocurre, pese a que en un gran número de casos esas personas -- por Ley deberían tener derecho a disfrutar de los servicios públicos institucionalizados.

Con lo anterior, y de manera muy sucinta se aprecia que la modalidad de estas repuestas son consecuentes y típicas-

del sistema socioeconómico de México.

5.4. Reflexiones finales.

No obstante los problemas encontrados para recabar información más precisa y sistemática, en torno al objeto central de esta investigación, se cree haber podido probar la validez del sistema de hipótesis que orientaron su desarrollo.

Como el objeto de este trabajo no consistió en integrar finalmente un cuerpo de proposiciones y políticas de salud, en el área de la estomatología, simplemente se asientan las siguientes reflexiones.

Se advierte que, la función social que está realizando la práctica estomatológica en su conjunto, no obstante sus determinaciones del contexto social capitalista, aún presenta ciertos visos de posibilidad para superar en cierta medida las negativas consecuencias en las que ya está inmersa actualmente, dejando al descubierto las necesidades vigentes de una gran cantidad de mexicanos que no tienen alternativa de solución a sus necesidades, por la vía del mercado dados los niveles de precios y la raquítica oferta del

sector público.

Problema que tiene mayor realce en los últimos años, debido a la creación de un alto número de escuelas que han venido a potenciar la cifra de alumnos egresados de esta carrera; propiciando en forma anárquica una plétora profesional, relativa, que si no se ha alcanzado ya al presente, de continuar sus tendencias en pocos años más puede llegar a ser una irrevocable realidad (1).

La oferta de trabajo profesional excedente, porque la población carece de capacidad de compra, no es benéfica para ninguna de las partes del sistema social.

En consecuencia, tanto el Estado como las escuelas de odontología tienen que asumir una posición más conciente ante los problemas reales de la población, referente a la cantidad y a la calidad de los alumnos y los tipos de los mismos.

La planificación integrada de la investigación, la docencia y el servicio, en cada una de las escuelas de odonto

(1): Una proyección simple del número de egresados para el año 1985 indica que pueden llegar a existir casi 38 mil egresados potencialmente activos, uno por cada dos mil habitantes y para 1990, casi 50 mil egresados, uno por cada 1,800 habitantes.

logía, dentro de un esquema de coordinación nacional, puede resultar productiva, si se lleva a efecto y en cierta medida debe ser concertada con el Estado en varios aspectos, - fundamentalmente para elaborar diagnósticos, pronósticos y planes de salud oral de la población, vinculados con la realidad de la misma sus ingresos, educación, etcétera. - El énfasis debe darse a la promoción y prevención.

Lo anterior no implica, por necesidad, el hecho de --- abandonar, la condición de tener escuelas críticas y actuales, con Autonomía; sino por el contrario aprovechar las -- condiciones planteadas por el sistema en beneficio de una - población mayoritaria que requiere ser auxiliada y de las-- propias escuelas. Mismas que requieren hacer énfasis en la enseñanza de la odontología preventiva y la formación de un mínimo de conciencia en sus pupilos y maestros.

En estricto sentido, el Estado tiene una mayor responsa bilidad que cumplir. Es necesario que aprehenda con preci-- sión los problemas existentes y realice un esfuerzo crecien-- te y serio, en su participación, ya sea para ampliar-- la escala de sus servicios, como para regular los niveles - de precios de los servicios estomatológicos, arbitrariamen-- te altos y desproporcionados con la capacidad real de pago-- de la mayor parte de los mexicanos.

En sus programas de infraestructura básica; pueden mejorarse condiciones coadyuvantes de costo relativamente bajo, como lo es la fluoruración del agua potable y la realización intensiva y permanente de labores de difusión, para promover y fomentar la salud oral y general de la población, como un proceso educativo básico y permanente.

Cierto es que, no fácilmente se cambian las actitudes estatales, profesionales y educativas, puesto que obedecen en esencia a la estructura de sus propios fines vitales. Sin embargo, las deficientes condiciones actuales de salud oral de los mexicanos en general, como en otros aspectos relevantes, seguramente llevarán a la toma de medidas, así sea para seguir dando paliativos a problemas de fondo, que por el proceso inflacionario están haciéndose más agudas a medida que discurre el tiempo y tarde o temprano tendrá que ajustarse en mayor medida la práctica estomatológica a las necesidades mínimas de una población hoy desatendida.

6. ANEXOS.

6.1. ANEXOS AL CAPITULO 2.

6.1.1.1 CEDULA UTILIZADA PARA

EL

SONDEO PILOTÓ.

LA PRACTICA DE LA ESTOMATOLOGIA EN MEXICO, ANALISIS DE SU FUNCION SOCIAL. CEDULA PARA RECABAR DATOS BASICOS SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL. 1982.

INSTRUCCIONES DE LLENADO: En el espacio que lo requiera por favor escribir con números claros y letra de molde. En los demás señale su respuesta cruzando con "equis" (X) el paréntesis () que corresponda. Por favor no use la columna del margen derecho "uso técnico". La información que usted gentilmente proporciona es estrictamente confidencial ya que no se requiere su identidad personal. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta y, en su caso las opciones de respuesta, para seleccionar la que corresponda a su caso. Las hojas tienen preguntas en sus dos lados, por favor contéstelo completo.

I. CODIFICACION TECNICA DEL CUESTIONARIO:

II. DATOS GENERALES:

USO TECNICO.

- 1. EDAD _____ AÑOS.
- 2. SEXO: Masculino: (); Femenino: ()
- 3. NACIONALIDAD: Mexicana (); Extranjera ()
- 4. LUGAR ACTUAL DE RESIDENCIA: _____
(Ciudad y Estado)

1 2 L
1 2 L
1 2 L

En el Distrito Federal anotar Delegación Política.

U

- 5. Ocupación de sus padres: Sirvase anotar la última o principal ocupación:
 - a) Del padre: _____
 - b) De la madre: _____
- 6. Si esta casado (a) anote la ocupación de su conyuge. Ocupación del conyuge _____

L
1,2,3,4,5,6,7,8,9.
L
1,2,3,4,5,6,7,8,9.
L
1,2,3,4,5,6,7,8,9.

USO TECNICO.

7. Aparte de usted existe (n) otros odontólogo (s) en su familia:
En caso afirmativo anote su número en el renglón correspondiente:

Número.

a) Con más años de ejercicio profesional que usted: _____

b) Con menos de ejercicio profesional que usted: _____

1,2,3,4,5,6,7, L

1,2,3,4,5,6,7, L

III. ESTUDIOS CURSADOS:

8. SEÑALE EL TIPO DE ESCUELA DONDE ESTUDIO USTED: OFICIAL PRIVADA

a) Bachillerato o Vocacional: () () 1 2

b) La carrera profesional: () () 1 2

c) El postgrado o especialidad: () () 1 2

9. NACIONALIDAD DE LA ESCUELA EN QUE CURSO: NACIONAL EXTRANJERA

a) La carrera: () () 1 2

b) La especialidad o postgrado: () () 1 2

10. ANOTE CON NUMEROS EL AÑO EN QUE TERMINO TODAS LAS MATERIAS DE: (No el de recepción del grado)

a) La carrera: _____

b) La especialidad o postgrado: _____

11. NOMBRE, CIUDAD Y ESTADO DE LA INSTITUCION EN LA QUE CURSO:

a) La carrera: _____

b) El postgrado o especialidad: _____

12. GRADO QUE OBTUVO EN SUS ESTUDIOS DE POSTGRADO: (cruce uno o más - según su caso).

a) Diploma por especialización: () 1

b) Maestría: () 2

c) Doctorado: () 3

d) Otro (especifique): _____ 4,5,6,7,8,9,

13. INDIQUE EL AREA DE ESPECIALIDAD DE SU CURSO DE POSTGRADO:
ANOTANDO SU GRADO MAS ALTO DE ESTUDIOS.

- 1) Odontopediatría: ()
- 2) Endodoncia: ()
- 3) Exodoncia: ()
- 4) Cirugía máxilo facial: ()
- 5) Ortodoncia: ()
- 6) Protesista: ()
- 7) Prostodoncia: ()
- 8) Salud pública: ()
- 9) Otra (especificar) : _____

1
2
3
4
5
6
7
8
9,10,11,12,13,14,
16,17.

14. TIEMPO QUE NORMALMENTE SE REQUIERE PARA TERMINAR LOS ESTUDIOS DE-
POSTGRADO QUE USTED CURSO: ANOTE PARA SU GRADO MAS ALTO: _____

Especificar en años o meses:

1,2,3,4,5,

15. EL PAGO DE COLEGIATURAS Y CUOTAS DE INSCRIPCION EN LA EPOCA QUE -
REALIZO SUS ESTUDIOS DE POSTGRADO O ESPECIALIZACION TUVO UN COSTO
APROXIMADO DE: _____

Seleccione la respuesta que corresponda a su grado más alto de es-
tudios:

- 1) Fué gratis. ()
- 2) Menos de 50 mil pesos. ()
- 3) Entre 50 001 y 100 mil pesos. ()
- 4) Entre 100 001 y 150 mil pesos. ()
- 5) Entre 150 001 y 200 mil pesos. ()
- 6) Más de 200 mil pesos. ()

1
2
3
4
5
6

IV. EJERCICIO PROFESIONAL:

16. ANOTE CON NUMERO LOS AÑOS QUE TIENE DE EJERCER COMO CIRUJANO DEN-
TISTA:

Años de ejercicio: _____

1,2,3,4,5,6,7,8,9,
11.

17. ANOTE CON NUMEROS EL AÑO EN QUE PRESENTO SU EXAMEN PROFESIONAL:

- a) De licenciatura: _____
- b) De postgrado: _____

1,2,3,4,5,6,7,8,9,
1,2,3,4,5,6,7,8,9

USO TECNICO.

18. NUMERO DE EMPLEOS O LUGARES EN LOS QUE EJERCE LA PROFESION:
(cruce con X la respuesta).

- 1) Trabaja sólo en un lugar. ()
2) Trabaja en dos lugares. ()
3) Trabaja en más de dos lugares. ()

1
2
3

19. SI ADEMÁS DE EJERCER LA PROFESIÓN TIENE OTRO TIPO DE OCUPACIÓN DIFERENTE QUE LE PROPORCIONE INGRESOS EN FORMA PERMANENTE INDIQUE CUAL ES:

Otra ocupación: _____

1,2,3,4,5,6,7,8,9

20. ASOCIACIONES PROFESIONALES EN LAS QUE ES SOCIO(A) ACTIVO(A):

a) Nombre: _____
Dirección: _____

1,2,3,4,5,6,7,8,9,

b) Nombre: _____
Dirección: _____

21. ANOTE EL NOMBRE DE DOS REVISTAS O PUBLICACIONES ESPECIALIZADAS EN ESTOMATOLOGÍA QUE RECIBA USTED, O LEA CON FRECUENCIA.

a) Datos: _____

1,2,3,4,5,6,7,8,9

b) Datos: _____

22. NUMERO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS DE ACTUALIZACIÓN QUE HA TENIDO USTED EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS: Indique con número en la columna que corresponda:

- a) Cursos cortos de actualización ()
b) Seminarios: ()
c) Congresos: ()
d) Simposium: ()
e) Otros: () Especifique _____

1,2,3,4,

23. SI USTED EJERCE EN HOSPITAL, CLINICA, O CONSULTORIO PARTICULAR POR FAVOR MARQUE CON X CUAL ES EL TIPO DE UBICACION:

- 1) Colonia popular: ()
- 2) Colonia de clase media. ()
- 3) Colonia de clase alta. ()

1
2
3

24. MARQUE CON X EN QUE TIPO DE LUGAR(ES) EJERCE SU PROFESION:

- 1) Consultorio de su propiedad. ()
- 2) Consultorio privado, propiedad de otra persona, a la cual - usted paga.
 - a) Renta por el local, equipo e instrumental. ()
 - b) Una cierta proporción del ingreso obtenido. ()
- 3) Consultorio, propiedad de otra persona a cuyo servicio trabaja usted profesionalmente, recibiendo usted. ()
 - a) Un sueldo fijo ()
 - b) Una participación de los ingresos. ()
- 4) Consultorio o clínica privada, la cual es propiedad de usted y de otros cirujanos dentistas o médicos. (sociedad o asociación profesional). ()
- 5) En un sanatorio o clínica particular recibiendo usted:
 - a) Un sueldo fijo ()
 - b) Una proporción del ingreso obtenido con su trabajo ()
- 6) En una institución de enseñanza profesional como:
 - a) Catedrático. ()
 - b) Funcionario. ()
 - c) Investigador. ()
- 7) En un sanatorio, hospital, clínica o consultorio del Sector Público:
 - a) En el I.M.S.S. ()
 - b) En el I.S.S.S.T.E. ()
 - c) En la Secretaría de Salubridad. ()
 - d) En la Comisión Federal de Electricidad, Pemex, Ferrocarriles, Secretaría de Marina o Secretaría de la Marina o Secretaría de la Defensa.
- 8) Otras (especificar): () _____

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16,17,18,19,20.

ATP XOCOMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

USO TECNICO.

25. MARQUE CON X LA (s) MODALIDAD (es) CON LA (s) QUE EJERCE LA PROFESION:

LL

a) Especialista ()

Indique en que área: _____

1,2,3,4,5,6,7,8,9

11,12,13,14,15.

b) Cirujano Dentista de práctica general. ()

16

c) Funcionario o personal directivo. ()

17

d) Otros. ()

18,19,20,21,22,

Especifique.

26. Si usted realiza su ejercicio profesional como especialista o cirujano de práctica general, en consultorio, clínica, hospital o sanatorio, sirvase anotar el número de personas de que dispone -- para que le auxilien:

PERSONAL A SU SERVICIO.

ANOTE EL NUMERO.

L

a) Recepcionista(s): _____

1,2,3,

L

b) Secretaria(s): _____

1,2,3,

L

c) Técnico(s) medio(s): _____

1,2,3,4,5,

L

d) Mecánico(s) dental(s): _____

1,2,3,

L

e) Otro(s) cirujano(s) dentista(s): _____

1,2,3,4,5,

L

f) Otro personal (especifique): _____

1,2,3,

L

g) _____

1,2,3,

L

h) _____

1,2,3,

L

27. Número de días que trabaja a la semana en el ejercicio de su profesión: _____

1,2,3,4,5,6,7,

L

28. Número de horas diarias que trabaja en el ejercicio de su profesión.

1,2,3,4,5,6,7,8,

L

USO TECNICO.

29. Si usted trabaja directamente con pacientes, anote en promedio aproximado el número de consultas que realiza por semana: _____ 1,2,3,4,5,6,7,8,9

30. Si ejerce en consultorio, hospital o clínica anote -- aproximadamente cuál es el número de nuevos pacientes que atiende por semana: _____ 1,2,3,4,5,6,7,8,9

31. Numere en orden de importancia los cinco tratamientos que realiza con mayor frecuencia. En el paréntesis que corresponda anote el número 1 para el de mayor frecuencia, el 2 para el segundo, etc..... _____

TRATAMIENTO:

1) Exodoncia. () 1,2,3,4,5, _____

2) Operatoria. () 1,2,3,4,5, _____

3) Endodoncia. () 1,2,3,4,5, _____

4) Ortodoncia. () 1,2,3,4,5, _____

5) Prostodoncia. () 1,2,3,4,5, _____

6) Prótesis fija () 1,2,3,4,5, _____

7) Prótesis removible. () 1,2,3,4,5, _____

8) Aplicación tópica de fluor y selladores. () 1,2,3,4,5, _____

9) Cirugía. () 1,2,3,4,5, _____

Otros:

Anote el nombre y orden.

10) _____ () 1,2,3,4,5, _____

11) _____ () 1,2,3,4,5, _____

12) _____ () 1,2,3,4,5, _____

13) _____ () 1,2,3,4,5, _____

14) _____ () 1,2,3,4,5, _____

15) _____ () 1,2,3,4,5, _____

V. EQUIPO DE TRABAJO Y MATERIAL PROFESIONAL.

32. Si usted ejerce en hospital, clínica o consultorio, indique el lugar de fabricación del equipo, instrumental y material que predomina: (cruce con X el paréntesis -- respectivo).

<u>EQUIPO Y MATERIAL.</u>	<u>NACIONAL.</u>	<u>EXTRANJERO.</u>	
a) Unidad dental.	()	()	1 2
b) Sillón dental.	()	()	1 2
c) Rayos X.	()	()	1 2
d) Cavitron.	()	()	1 2
e) Amalgador.	()	()	1 2
f) Ejecutor quirurgico.	()	()	
g) Esterilizador.	()	()	
i) Composites.	()	()	
j) Selladores.	()	()	
k) Fluoruros.	()	()	
l) Silicatos.	()	()	
m) Acrílicos.	()	()	
n) En instrumental que predomina.	()	()	

VI. OBSERVACIONES PROFESIONALES.

33. En relación al profesional de la Odontología, la formación de técnicos medios representa: (marque la respuesta que se ajuste más a su opinión).

- | | |
|--|---|
| 1) Es una competencia innecesaria. () | 1 |
| 2) Es una ayuda para que usted se dedique a las actividades más complejas. () | 2 |
| 3) No significa ninguna ayuda importante. () | 3 |
| 4) No es necesario. () | 4 |

USO TECNICO.

34. Cómo es el servicio privado comparado con el de las siguientes - instituciones (anote con X en cada caso).

<u>PRIVADO RESPECTO A</u>	<u>INFERIOR.</u>	<u>IGUAL.</u>	<u>MEJOR.</u>		
a) IMSS.	()	()	()	1,2,3,	L
b) ISSSTE.	()	()	()	1,2,3,	L
c) Salubridad y Asistencia.	()	()	()	1,2,3,	L
d) Pemex, CFE, SHCP, SMN.	()	()	()	1,2,3,	L
e) Centros de Salud.	()	()	()	1,2,3,	L

35. Marque con X cómo considera usted que son los cursos, seminarios y congresos de actualización:

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| 1) No sirven. () | 1 | |
| 2) Le son indiferentes. () | 2 | |
| 3) Son algo útiles. () | 3 | |
| 4) Son muy útiles. () | 4 | |

36. Para dar atención y servicio odontológico eficaz a la población del país, qué considera usted que se necesite: (seleccione una - respuesta cruzando con X):

- | | | |
|---|---|--|
| 1) Abrir más consultorios y clínicas privadas: () | 1 | |
| 2) Abrir más clínicas del Gobierno, tipo IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc....., () | 2 | |
| 3) No es necesarios abrir más consultorios y clínicas. () | 3 | |
| 4) Abrir más clínicas y consultorios públicos y privados: () | 4 | |

37. Para disponer de una relación adecuada entre el número de odontólogos, y la población total, se requiere: (seleccione una o más- respuestas).

- | | | |
|---|---|--|
| 1) Abrir más escuelas de odontología. () | 1 | |
| 2) Se requieren más odontólogos y más escuelas. () | 2 | |
| 3) Se requieren más odontólogos pero no más escuelas. () | 3 | |
| 4) Se debe limitar el ingreso de nuevos alumnos. () | 4 | |
| 5) Con mantener el número actual de odontólogos es suficiente () | 5 | |
| 6) Es necesarios limitar el crecimiento de la población. () | 6 | |

VII. GASTOS REALIZADOS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL.

38. Los gastos que realiza en el ejercicio de su profesión cómo se distribuyen por rubros:

- | | |
|---|-------------------|
| a) Renta del local ó impuesto predial: \$ _____ | 1,2,3,4,5,6,7,8,9 |
| b) Luz, agua y teléfono: \$ _____ | 1,2,3,4,5,6,7,8,9 |
| c) Renta o pago del equipo y mobiliario \$ _____ | 1,2,3,4,5,6,7,8,9 |
| d) Sueldo y salarios del personal que ocupa. \$ _____ | 1,2,3,4,5,6,7,8,9 |
| e) Gastos de laboratorio dental. \$ _____ | 1,2,3,4,5,6,7,8,9 |
| f) Compras de material dentales: \$ _____ | 1,2,3,4,5,6,7,8,9 |
| g) Otros gastos propios de la profesión: \$ _____ | 1,2,3,4,5,6,7,8,9 |

VIII. INGRESOS Y TARIFAS PROFESIONALES.

39. Indique en forma aproximada, a cuanto asciende el total de ingresos que usted percibe por el ejercicio de la profesión, (seleccione el nivel que más se ajuste a su caso).

P E S O S .

- | | |
|------------------------------|----|
| 1) De 1 a 1,580 | 1 |
| 2) entre 1,580.01 y 2,260 | 2 |
| 3) entre 2,260.01 y 3,150 | 3 |
| 4) entre 3,150.01 y 4,090 | 4 |
| 5) entre 4,090.01 y 5,420 | 5 |
| 6) entre 5,420.01 y 7,110 | 6 |
| 7) entre 7,110.01 y 9,700 | 7 |
| 8) entre 9,700.01 y 12,925 | 8 |
| 9) entre 12,925.01 y 16,930 | 9 |
| 10) entre 16,930.01 y 22,910 | 10 |
| 11) entre 22,910.01 y 30,250 | 11 |
| 12) entre 30,250.01 y 40,635 | 12 |
| 13) más de 40,635 | 13 |

USO TECNICO.

40. Aproximadamente cuál es la tarifa que usted cobra por los siguientes servicios profesionales:

<u>TRATAMIENTO O SERVICIO.</u>	<u>PRECIO EN PESOS.</u>		
1) Exodoncia por "pieza normal"	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
2) Exodoncia por 3er. molar ó pieza incluida.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
3) Prótesis por unidad fija.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
4) Prótesis por Unidad removible.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
5) Aplicación de selladores de fosetas y fisuras:	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
6) Aplicación tópica de fluor.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
7) Endodoncia por conducto.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
8) Obturación de amalgama por cavidad.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
9) Obturación con resinas por cavidad.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
10) Tratamiento de ortodoncia.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
a) "simple" entre \$ _____ y \$ _____	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
b) "complejo" entre \$ _____ y \$ _____	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
11) Costo por placa total.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
12) Detartaje.	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
Otros (especificar)	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
14)	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
15)	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
16)	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
17)	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
18)	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
19)	\$ _____	1,2,3,4,5,	L
20)	\$ _____	1,2,3,4,5,	L

41. Si usted ejerce en consultorio hospital, o clínica particular, escriba con letra de molde cuál(es) criterio(s) aplica para establecer los precios o tarifas que cobra a sus pacientes.

(Puede continuar al reverso).

6.1.2. CEDULAS UTILIZADAS PARA

LAS

ENTREVISTAS FOCALIZADAS.

LA PRACTICA DE LA ESTOMATOLOGIA EN MEXICO.

CEDULA PARA RECABAR DATOS BASICOS SOBRE LOS MODELOS DE SERVICIO

PRACTICA PRIVADA: EJERCICIO LIBERAL

CUESTIONARIO

MODELO: TÍPICO LIBERAL.

NÚM. _____

I. CARACTERISTICAS FISICAS Y EQUIPAMIENTO.

1. Número y tipo de locales de que consta el consultorio:

<u>Tipo de locales.</u>	<u>Número.</u>
1.1. Recepción:	_____
1.2. Gabinete exclusivo para Rayos X:	_____
1.3. Gabinete(s) para consulta	
a) con Rayos X:	_____
b) Sin Rayos X:	_____
1.4. Quirófano:	_____
1.5. Otros (especificar): _____	
_____	_____
_____	_____

2. El local del consultorio es:

2.1. Propiedad del dueño del consultorio ()

2.2. Alquilado ().

3. Tipo, número y origen del equipo de que dispone el consultorio:

<u>Equipo.</u>	<u>Núm.</u>	<u>Procedencia.</u>	
		<u>Nal.</u>	<u>Extranjera.</u>
		<u>Con número.</u>	
3.1. Unidades dentales.	_____	_____	_____
3.2. Sillones dentales.	_____	_____	_____
3.3. Rayos X:	_____	_____	_____
3.4. Cavitron:	_____	_____	_____
3.5. Amalgamadores:	_____	_____	_____
3.6. Eyectores quirúrgicos.	_____	_____	_____
3.7. Autoclaves:	_____	_____	_____

4. El equipo es simplificado:

_____ si _____ no

5. En el instrumental predomina el de origen:

5.1. Nacional: (), ó

5.2. Extranjero : ().

6. En los materiales utilizados predominan los de origen:

6.1. Nacional: (), ó

6.2. Extranjero : ().

II. PROPIEDAD DEL CONSULTORIO.

7. El consultorio es propiedad:

- 7.1. Del profesional que lo atiende ().
- 7.2. Se comparte la propiedad con persona(s) ajenas a la profesión ().
- 7.3. Si la propiedad es compartida, con persona ajena a la profesión: ¿qué aporta el odontólogo?
 - a) Parte de la inversión del consultorio ()
 - b) Inversión y trabajo profesional ().
 - c) Sólo el trabajo profesional ().
 - d) El instrumental y su trabajo ().

- 7.4. Si la propiedad es compartida: ¿qué recibe el odontólogo que atiende el consultorio?
 - a) Retribución por su trabajo profesional y parte de las utilidades ().
 - b) Sólo retribución por el trabajo profesional ()
 - c) Sólo una parte de las utilidades ().

8. Grado máximo de estudios del odontólogo titular del consultorio:

- 8.1. Licenciatura ().
- 8.2. Licenciatura y cursos de postgrado ().
- 8.3. Maestría ().

III. PERSONAL OCUPADO.

9. Además del titular del consultorio: ¿qué otras personas --
prestan su servicio en el mismo?

<u>Tipo de personal.</u>	<u>Número de personas.</u>
9.1. Otro(s) odontólogo(s)	_____
9.2. Recepcionista(s)	_____
9.3. Secretaria(s)	_____
9.4. Enfermera(s)	_____
9.5. Técnico(s) medio(s)	_____
9.6. Mecánico(s) dental(s)	_____
9.7. Otro personal (especificar).	_____
a) Administrativo. _____	_____
b) De limpieza. _____	_____
c) Otro: _____	_____
d) _____	_____

IV. ADMINISTRACION.

10. El control de los pacientes se realiza con:

a) La historia clínica y libro de citas ().

b) Otro sistema (especificar en qué consiste):

11. La administración del consultorio, o sea: el control de ingresos y gastos, pago de impuestos, etc; la realiza:

- a) El propietario sólo (); ó
- b) El personal administrativo que trabaja en el consultorio (), ó
- c) El propietario con la ayuda del personal que ocupa en el consultorio (), ó
- d) Una persona ajena al consultorio, mediante pago de honorarios ().

V. PRESTACION DE SERVICIOS.

12. Qué tipo de servicios se realizan en el consultorio:

12.1. De odontología en general ().

12.2. De especialidad ().

13. En que área de especialidad se atiende a los pacientes:

13.1. Odontopediatria ().

13.2. Endodoncia ().

13.3. Exodoncia ().

13.4. Cirugía Máxilo facial ().

13.5. Ortodoncia ().

13.6. Prótesis ().

13.7. Prostodoncia ().

13.8. Parodoncia ().

13.9. Periodoncia ().

13.10. Otras (): (especificar) _____

14. ¿Cuáles son los cinco tratamientos que se realizan con mayor frecuencia? en el paréntesis que corresponda ----- anotar el número 1 para el más frecuente, el 2 para el segundo, etcétera:

14.1. TRATAMIENTOS DE PRACTICA GENERAL:

- a) Exodoncia ()
- b) Operatoria ()
- c) Endodoncia ()
- d) Ortodoncia ()
- e) Prostodoncia ()
- f) Prótesis fija ()
- g) Prótesis removible ()
- h) Aplicación tópica de fluor y selladores ()
- i) Cirugía ()
- j) Otros (especificar):

14.2. TRATAMIENTOS DE ESPECIALIDAD:

Especificar especialidad y los tratamientos en orden de mayor a menor frecuencia.

- 1. _____

- 2. _____

- 3. _____

- 4. _____

- 5. _____

15. Horario de trabajo del consultorio:

De las _____ hrs. a las _____ hrs.

16. Número de días de la semana que se trabajan en el consultorio. _____

17. Número aproximado de pacientes atendidos en los 3 últimos meses: _____

18. Número aproximado de consultas que se dieron en los 3 últimos meses: _____

19. Aproximadamente cuál es la tarifa que cobra por los siguientes servicios profesionales:

19.1. En especialidad: especificar los cinco tratamientos más frecuentes que se realizan y la tarifa correspondiente:

<u>Tratamiento.</u>	<u>Tarifa en pesos.</u>
1. _____ _____	_____
2. _____ _____	_____
3. _____ _____	_____
4. _____ _____	_____
5. _____ _____	_____

200.
 § 19.2. En práctica general:

<u>TRATAMIENTO O SERVICIO.</u>	<u>TARIFA EN PESOS.</u>
1) Exodoncia por "pieza normal"	\$ _____
2) Exodoncia por 3er. molar o pieza incluída.	\$ _____
3) Prótesis por unidad fija.	\$ _____
4) Prótesis por unidad removible.	\$ _____
5) Aplicación de selladores de fose tas. y fisuras:	\$ _____
6) Aplicación tópica de fluor.	\$ _____
7) Endodoncia por conducto.	\$ _____
8) Obturación de amalgama por cavi dad.	\$ _____
9) Obturación con resinas por ca- vidad.	\$ _____
10) Tratamiento de ortodoncia.	\$ _____
a) "simple" entre \$ _____ y	\$ _____
b). "complejo" entre \$ _____ y	\$ _____
11) Costo por placa total.	\$ _____
12) Detartaje:	\$ _____
Otros (especificar)	\$ _____
14) _____	\$ _____
15) _____	\$ _____
16) _____	\$ _____
17) _____	\$ _____
18) _____	\$ _____
19) _____	\$ _____
20) _____	\$ _____

20. Las tarifas que se cobran a los pacientes :

a) Son uniformes por tipo de tratamiento () ó

b) Se diferencian según el tipo de paciente que se atien-
da (), ó

c) Varían por el tiempo que se lleve el tratamiento ()

21. Qué criterios se utilizan para establecer los precios o
tarifas que se cobran a los pacientes:

22. Además de atender su consultorio ejerce usted profesional
mente en otra parte: _____

si

no

22.1. En caso afirmativo especifique en donde:

a) En otro consultorio particular ()

b) En clínica particular ()

c) En hospital o sanatorio particular ()

d) En alguna de las siguientes instituciones
públicas:

- I.M.S.S. ()

- I.S.S.S.T.E. ()

- S.S.A. ()

- C.F.E., PEMEX, FF.CC. ()

- Institución de enseñanza ()

e) Otras (especificar): _____

22.2. Si tiene otro trabajo, usted ejerce como:

- a) Odontólogo de práctica profesional ().
- b) Odontólogo especialista ().
- c) Otra labor (especificar): _____

22.3. Si tiene otra ocupación trabaja usted:

- a) Como socio. ()
- b) Con sueldo fijo ()
- c) Con participación de ingresos por consultas ()
- d) Paga renta del otro consultorio o clínica ().

23. Si usted trabaja en otro lugar su consultorio:

- 23.1. Permanece cerrado ().
- 23.2. Lo renta a otro dentista ().
- 23.3. Lo usa otro dentista pagando a usted participación del cobro de las consultas ().

24. Los servicios de laboratorios (mecánico dental) se realizan en:

- a) Su propio laboratorio ().
- b) Laboratorio ajeno ().

25. Domicilio del consultorio: _____
Calle y número

Colonia y zona ó código postal.

LA PRACTICA DE LA ESTOMATOLOGIA EN MEXICO.

CEDULA PARA RECABAR DATOS BASICOS SOBRE LOS MODELOS DE SERVICIO.

PRACTICA PRIVADA: EJERCICIO LIBERAL
SERVICIOS EN ASOCIACIÓN.

CUESTIONARIO
NÚM. _____

A. PRIMERA PARTE.

I. DATOS BASICOS DE LA ASOCIACION:

1. Domicilio: _____

2. Nombre (si lo tiene): _____

3. Tipo de asociación formal: _____

a) Asociación civil ()

b) Asociación profesional ()

c) Sociedad anónima ()

d) Otro tipo de asociación (especificar): _____

4. La asociación está formada entre:

a) Odontólogos ()

b) Odontólogos y médicos ().

c) Odontólogos, médicos y otro tipo de profesionales y -
profesionales ajenos al campo de la salud ().

d) Odontólogos y profesionales o personas ajenas al campo
de la salud ()

5. Cuantas personas forman la "asociación", como titulares de la misma:

a) Odontólogos _____

b) Médicos _____

c) Otros (especificar): _____

6. El local que ocupa la asociación es:

6.1. Rentado por todos los asociados ().

6.2. Propiedad de uno de los socios ().

6.3. Propiedad en condominio de todos los asociados ().

6.4. Propiedad en condominio de algunos de los asociados ().

7. Los gastos del local derivados de la propiedad del mismo: renta, mensualidades, impuesto, etc, se cubren:

a) Por partes iguales ().

b) En proporción al espacio específico que cada asociado ocupe ().

c) Otra forma (especificar): _____

8. Los servicios y gastos generales del local que siguen --
cómo se pagan:

<u>Servicio.</u>	<u>Cada uno Paga el suyo.</u>	<u>Se comparte</u>	
		<u>Por igual.</u>	<u>Por proporción.</u>
8.1. Equipo y mobiliario de la Recepción.	()	()	()
8.2. Limpieza:	()	()	()
8.3. Mantenimiento:	()	()	()
8.4. Agua y Luz:	()	()	()
8.5. Teléfono:	()	()	()
8.6. Vigilancia:	()	()	()

9. Los gastos de personal como se cubren:

<u>Personal.</u>	<u>Cada uno Paga el suyo.</u>	<u>Se comparte</u>	
		<u>Por igual.</u>	<u>Por proporción.</u>
9.1. Recepcionistas.	()	()	()
9.2. Secretarias.	()	()	()
9.3. Enfermeras.	()	()	()
9.4. Aux. directo.	()	()	()
9.5. Aux. Administrativos.	()	()	()
9.6. <u>Otros (especificar)</u>	()	()	()

10. Número y tipo de personal que se utiliza en común por los asociados:

<u>Tipo de Personal.</u>	<u>Número.</u>
10.1. Recepcionistas.	_____
10.2. Secretarias. (además de recepcionistas)	_____
10.3. Limpieza.	_____
10.4. Enfermeras.	_____
10.5. Otros (especificar):	_____
a) _____	_____
b) _____	_____
c) _____	_____

11. Como se realiza la administración de cada consultorio asociado: (control de ingresos, pagos por salarios, impuestos, etc.).

- a) Cada asociado lleva la suya (), ó
 b) Entre todos pagan la administración ().

12. Cuántos consultorios ejercen en consulta general y cuántos en especialidad:

<u>Consultorios.</u>	<u>C o n s u l t a</u>		
	<u>General.</u>	<u>De especialidad.</u>	<u>Total.</u>
a) Odontológicos:	_____	_____	_____
b) Médicos:	_____	_____	_____
c) Otros (especificar): _____	_____	_____	_____

13. Servicios que ofrece la asociación.

- a) Dental ()
 - b) Médico ()
 - c) Laboratorio de análisis clínicos ()
 - d) Rayos X ()
 - e) Otros (especificar): _____
-
-

14. Número y tipo de locales de que dispone la asociación:

<u>Tipo de locales.</u>	<u>Número.</u>
14.1. Recepción.	_____
14.2. Gabinetes exclusivos Rayos X.	_____
14.3. Laboratorios:	
a) Análisis clínicos:	_____
b) Dentales:	_____
c) Otros: (especificar):	_____

14.4. Quirófano.	_____
14.5. Gabinetes para consulta.	_____
a) Dental.	_____
b) Médica.	_____
c) Otra.	_____
14.6. Otros (especificar):	_____

B. SEGUNDA PARTE: A PARTIR DE LA PREGUNTA 15, TODAS SE REFIEREN SOLAMENTE AL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA.

II. EQUIPAMIENTO DE LOS CONSULTORIOS DENTALES.

15. Tipo, número y origen del equipo de que disponen los consultorios:

<u>Equipo.</u>	<u>Total Núm.</u>	<u>Procedencia.</u>	
		<u>Nal.</u>	<u>Extranjera</u>
		(anotar con número).	
15.1. Unidades dentales.	_____	_____	_____
15.2. Sillones dentales.	_____	_____	_____
15.3. Rayos X.	_____	_____	_____
15.4. Cavitron:	_____	_____	_____
15.5. Amalgamadores:	_____	_____	_____
15.6. Eyectores quirúrgicos.	_____	_____	_____
15.7. Autoclaves:	_____	_____	_____

16. El equipo es simplificado:

Si.

No.

17. En el instrumental predomina el de origen:

17.1. Nacional: (), ó

17.2. Extranjero: ().

18. En los materiales utilizados predominan los de origen:

18.1. Nacional: (), ó

18.2. Extranjero: ().

19. El equipo de los consultorios dentales:

- a) En cuantos casos es propiedad exclusiva del -- titular del respectivo consultorio, anotar con número: _____
- b) En cuantos consultorios se comparte la propiedad del equipo con otro(s) odontólogo(s), _____
- c) En cuantos consultorios se comparte la propiedad del equipo con persona(s) ajena(s) a la profesión. (anotar en cuántos casos): _____

20. El instrumental del (los) consultorio(s) dental(es)

- a) En cuantos casos es propiedad exclusiva del -- titular del respectivo consultorio: _____ y/o
- b) En cuantos consultorios se comparte la propiedad del instrumental con otro(s) odontólogo(s): _____; y/o
- c) En cuantos consultorios se comparte la propiedad del instrumental con persona(s) ajena(s) a la profesión. (anotar con números): _____

21. Los odontólogos que atienden los consultorios:

- a) Cuántos son propietarios directos del que atiende: _____
- b) Cuántos lo rentan a su propietario original: _____?
- c) Cuántos no son propietarios directos y comparten los ingresos de las consultas y tratamientos con el propietario --- original del consultorio correspondiente: _____

III. ASOCIACION DE ODONTOLOGOS.

22. En caso de que la propiedad de algun(os) consultorio(s) - se comparta(n), la asociac. comprende:

22.1. La copropiedad de todos los bienes: equipo, instrumental, materiales, etc. (), ó

22.2. Cada socio aportó diferentes bienes: uno el equipo, otro el instrumental y local, etc. ().

22.3. Un socio aporta sólo el trabajo profesional ().

23. En el caso de que exista sociedad de odontólogos en algun(os) consultorio(s).

¿Trabajan todos los socios en el mismo consultorio?

23.1. No. _____

23.2. Si. _____ En este caso:

a) Trabajan en forma simultánea y cada uno atiende a sus propios pacientes: ().

b) Trabajan en forma simultánea y no existe exclusividad de pacientes ().

c) Cada uno atiende el consultorio en horario distinto y con sus propios pacientes ().

d) Cada uno atiende el consultorio en horario diferente, sin individualización de los pacientes ().

24. En el mismo caso de asociación entre odontólogos, en ---
algún(os) consultorio(s):

24.1. ¿Cómo se comparten los gastos siguientes?

<u>Gastos.</u>	<u>P a g a n</u>		
	<u>Cada uno el suyo.</u>	<u>Por partes iguales.</u>	<u>Por parte proporcional.</u>
a) Renta, o mensualidad del local.	()	()	()
b) Agua, luz y teléfono:	()	()	()
c) Limpieza y vigilancia:	()	()	()
d) Recepcionista.	()	()	()
e) Secretaria.	()	()	()
f) Enfermeras o auxiliar directo:	()	()	()
g) Mecánico dental.	()	()	()
h) Personal administrativo.	()	()	()

24.2. ¿Cómo se distribuyen los ingresos?

a) Cada quien se queda con lo que directamente le
pagan sus pacientes (), ó

b) Suman el total de ingresos del consultorio y -
se lo reparten en proporciones convenidas de -
antemano ().

IV. PERSONAL OCUPADO.

25. Además de los odontólogos titulares de cada consultorio:
¿En conjunto, qué cantidad y tipo de personal tienen ---
contratado los consultorios dentales?

<u>Tipo de personal.</u>	<u>Número de personas.</u>
25.1. Otro(s) odontólogo(s)	_____
25.2. Recepcionista(s)	_____
25.3. Secretaria(s)	_____
25.4. Enfermera(s)	_____
25.5. Técnico(s) medio(s)	_____
25.6. Mecánico(s) dental(s)	_____
25.7. Otro personal (especificar).	_____
a) Administrativo. _____	_____
b) De limpieza. _____	_____
c) Otro: _____	_____
d) _____	_____

26. Grado de estudios que tienen los odontólogos titulares de los consultorios:

26.1. Cuántos sólo tienen licenciatura: _____

26.2. Cuántos licenciatura y cursos de postgrado o especialidad: _____

26.3. Cuántos Maestría: _____ (especificar en que: _____)

27. El control de los pacientes de los consultorios dentales se realiza con:

- a) La historia clínica y libro de citas ().
- b) Otro sistema (especificar en qué consiste):

V. PRESTACION DE SERVICIOS.

28. Qué tipo de servicios se realizan en los consultorios dentales:

28.1. De odontología en general: _____ (Cuántos consultorios)?

28.2. De especialidad: _____

29. En que área de especialidad se atiende a los pacientes:

29.1. Odontopediatria ().

29.2. Endodoncia ().

29.3. Exodoncia ().

29.4. Cirugía máxilo facial ().

29.5. Ortodoncia ().

29.6. Prótesis ().

29.7. Prostodoncia ().

29.8. Parodoncia ().

29.9. Periodoncia ().

29.10. Otras (): (especificar) _____

30. Entre los consultorios dentales:

- a) Cada uno atiende sus propios pacientes sin canalizar hacia los otros ningún caso ()
- b) Existe interconsulta y/o transferencia de pacientes entre los consultorios asociados ().

31. ¿Cuáles son los cinco tratamientos que se realizan con mayor frecuencia en los consultorios? en el paréntesis-- que corresponda anotar el número 1 para el más frecuente, el 2 para el segundo, etcétera:

31.1. TRATAMIENTOS DE PRACTICA GENERAL:

- a) Exodoncia ()
- b) Operatoria ()
- c) Endodoncia ()
- d) Ortodoncia ()
- e) Prostodoncia ()
- f) Prótesis fija ()
- g) Prótesis removible ()
- h) Aplicación tópica de fluor y selladores ()
- i) Cirugía ()
- j) Otros (especificar):

32.2 TRATAMIENTOS DE ESPECIALIDAD:

Especificar especialidad y los tratamientos en orden de mayor a menor frecuencia.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

37.2. En práctica general:

<u>TRATAMIENTO O SERVICIO.</u>	<u>TARIFA EN PESOS.</u>
1) Exodoncia por "pieza normal"	\$ _____
2) Exodoncia por 3er. molar o pieza incluida.	\$ _____
3) Prótesis por unidad fija.	\$ _____
4) Prótesis por unidad removible.	\$ _____
5) Aplicación de selladores de fose tas y fisuras:	\$ _____
6) Aplicación tópica de fluor.	\$ _____
7) Endodoncia por conducto.	\$ _____
8) Obturación de amalgama por cavi dad.	\$ _____
9) Obturación con resinas por ca- vidad.	\$ _____
10) Tratamiento de ortodoncia.	\$ _____
a) "simple" entre \$ _____ y	\$ _____
b) "complejo" entre \$ _____ y	\$ _____
11) Costo por placa total.	\$ _____
12) Detartaje:	\$ _____
Otros (especificar)	\$ _____
14) _____	\$ _____
15) _____	\$ _____
16) _____	\$ _____
17) _____	\$ _____
18) _____	\$ _____
19) _____	\$ _____
20) _____	\$ _____

38. Las tarifas que se cobran a los pacientes:

a) Se establecen conjuntamente para uniformarlas ----
(), ó

b) Cada odontólogo fija por sí mismo sus propias ta-
rifas ().

39. Por otra parte, las tarifas, en general para todos los --
consultorios:

a) Son uniformes por tipo de tratamiento (), ó

b) Se diferencian según el tipo de paciente que se --
atienda ().

c) Varían conforme a su grado de dificultad o tiempo
que se lleve realizar cada tratamiento ().

40. Qué criterios se utilizan en los consultorios para esta-
blecer los precios o tarifas que se cobran a los pacien-
tes: _____

41. Además de atender su consultorio aquí, alguno(s) de los
asociados trabajan en otra parte:

a) No (),

b) Si ():¿Cuántos?: _____

42. En caso de que alguno(s) presten sus servicios profesionales en otra parte, ¿Cuántos de ellos?

(anotar con número):

- a) En otro consultorio particular ().
- b) En clínica particular ().
- c) En hospital o sanatorio particular ().
- d) En alguna de las siguientes instituciones públicas:

- I.M.S.S. ()
- I.S.S.S.T.E. ()
- S.S.A. ()
- C.F.E., PEMEX, FF.CC. ()
- Institución de enseñanza ().

d) Otras (especificar): _____

43. Si algún(os) asociado(s) ejerce(n) en otro lugar con qué carácter lo hace: (anotar con número)

- a) Odontólogo de práctica profesional: _____
- b) Odontólogo especialista: _____
- c) Otra labor (especificar): _____

44. Si se da el caso, en la otra ocupación los asociados trabajan: (anotar el número de casos):

- a) Como socio(s): _____
- b) Con sueldo fijo: _____
- c) Con participación de ingresos por consultas: _____
- d) Pagan renta del consultorio o clínica: _____

45. Los servicios de laboratorios (mecánico dental) de los -- consultorios asociados, se realizan:

- a) En el laboratorio de la propia asociación ().
- b) En un sólo laboratorio ajeno a la asociación ().
- c) En diversos laboratorios ajenos a la asociación ().

LA PRACTICA DE LA ESTOMATOLOGIA EN MEXICO.

CEDULA PARA RECABAR DATOS BASICOS SOBRE LOS MODELOS DE SERVICIO.

PRACTICA PRIVADA: FORMAS LIBERALES.

CUESTIONARIO

INDIVIDUAL.

EN SOCIEDAD.

NÚMERO: _____

A. PRIMERA PARTE:

I. DATOS BASICOS DE LA INSTITUCION.

1. Denominación:

- a) Consultorio (),
- b) Clínica o centro (),
- c) Sanatorio (),
- d) Hospital (),
- e) Otro () (especificar): _____

2. La institución es propiedad de:

- a) una persona física ()
- b) Una persona moral (o sociedad): ()

3. Sí es sociedad, quiénes y cuántos la forman:

- a) Odontólogos: _____ y/o
- b) Médicos: _____ y/o
- c) Otras personas: _____

4. Sí es persona física, ¿su profesión es la odontología?

- a) No: (),
- b) Si: ().

5. Si el propietario, como persona física, es odontólogo y trabaja en la institución: ¿Cómo lo hace?

- a) Sólo como administrador general de la misma (), ó
- b) Como administrador general y además ejerce como --- odontólogo (), ó
- c) Sólo como odontólogo ().

6. Si se trata de una sociedad y en ella existe uno o más odontólogos:

6.1. ¿Cuántos trabajan en la institución? _____

6.2. ¿Cómo lo hacen?

- a) Sólo como administradores (Nº): _____
- b) En administración y además ejerciendo odontólogo(s). _____
- c) Sólo como odontólogo(s) _____.

7. La institución comprende:

- a) Sólo esta unidad de servicio ()
- b) Es la "casa matriz" de una institución con (cuántas) sucursales: _____.
- c) Es una de las sucursales (cuántas _____) de la institución ().

8. Servicios que ofrece la institución:

- a) Dental ()
 - b) Médico ()
 - c) Laboratorio de análisis clínicos ()
 - d) Rayos X ()
 - e) Otros (especificar): _____
- _____
- _____

9. Número y tipo de locales de que dispone la institución:

<u>Tipo de locales.</u>	<u>Número.</u>
-------------------------	----------------

9.1. Recepción.	_____
-----------------	-------

9.2. Gabinetes exclusivos Rayos X.	_____
------------------------------------	-------

9.3. Laboratorios:	_____
--------------------	-------

a) Análisis clínicos:	_____
-----------------------	-------

b) Dentales:	_____
--------------	-------

c) Otros: (especificar):	_____
--------------------------	-------

9.4. Quirófano.	_____
-----------------	-------

9.5. Gabinetes para consulta.	_____
-------------------------------	-------

a) Dental.	_____
------------	-------

b) Médica.	_____
------------	-------

c) Otra.	_____
----------	-------

9.6. Otros (especificar):	_____
---------------------------	-------

10. Los locales que ocupa la institución:

a) Son propios (),

b) Son rentados ().

12. Total de personal de que dispone la institución:

<u>Personal.</u>	<u>Número de Plazas.</u>
a) Directivo:	_____
b) Administrativo en general:	_____
c) Médicos:	_____
d) Enfermeras:	_____
e) Odontólogos:	_____
f) Otro personal para médico:	_____
g) Limpieza y vigilancia:	_____

B. SEGUNDA PARTE: A PARTIR DE LA PREGUNTA 13, TODAS SE REFIEREN -
SOLAMENTE AL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA.

II. EQUIPAMIENTO DE LOS CONSULTORIOS DENTALES.

13. Tipo, número y origen del equipo de que dispone el consultorio:

<u>Equipo.</u>	<u>Total</u> <u>Núm.</u>	<u>Procedencia.</u>	
		<u>Nal.</u>	<u>Extranjera.</u>
13.1. Unidades dentales.	_____	_____	_____
13.2. Sillones dentales.	_____	_____	_____
13.3. Rayos X.	_____	_____	_____
13.4. Cavitron.	_____	_____	_____
13.5. Amalgamadores:	_____	_____	_____
13.6. Eyectores quirúrgicos.	_____	_____	_____
13.7. Autoclaves:	_____	_____	_____

14. El equipo es simplificado:

si No.

15. En el instrumental predomina el de origen:

15.1. Nacional: (), ó

15.2. Extranjero: ().

16. En los materiales dentales utilizados predominan los de origen:

16.1. Nacional: (), ó

16.2. Extranjero: ().

III. PERSONAL OCUPADO:

17. ¿Qué cantidad y tipo de personal se tiene contratado en los servicios odontológicos?

<u>Tipo de personal.</u>	<u>Número de personas.</u>
a) Odontólogo(s)	_____
b) Recepcionista(s)	_____
c) Secretaria(s)	_____
d) Enfermera(s)	_____
e) Técnico(s) medio(s)	_____
f) Mecánico dental(es)	_____
g) Otro personal (especificar).	_____
h) Administrativo.	_____
i) De limpieza.	_____
j) Otro:	_____

18. El personal que presta sus servicios en el área de odontología:

18.1. Está contratado por:

- a) Horas ().
- b) Por jornada o día ()
- c) Por semana o mes ()
- d) Por tiempo indefinido ().

18.2. Los odontólogos como están contratados:

- a) Horas ()
- b) Por jornada o día ().
- c) Por semana o mes ().
- d) Por tiempo indefinido ()

18.3. A los odontólogos se le paga por:

- a) Comisión por consultas y tratamiento (), ó
- b) Horas trabajadas (), ó
- c) Por días trabajados (), ó
- d) Por semana (), ó
- e) Por mes (), ó

18.4. Al demás personal ¿Cómo se le paga?

- a) Comisión por consultas y tratamiento (), ó
- b) Horas trabajadas (), ó
- c) Por días trabajados (), ó
- d) Por semana (), ó
- e) Por mes (), ó

18.5. Que escolaridad o experiencia se le pidió al personal para contratarlo:

- a) A los odontólogos: _____
- b) A la recepcionista: _____
- c) A la secretaria(s): _____
- d) A los técnicos medios o auxiliar directo: _____
- e) A la enfermera: _____
- f) Al mecánico dental: _____
- g) A otro personal: _____

18.6. Qué tipo de prestaciones se otorgan al personal que trabaja en el consultorio:

- a) Pago del séptimo día ().
- b) Vacaciones y prima de vacaciones ().
- c) Servicio médico ().
- d) Infonavit ().
- e) Préstamos ().
- f) Pago de tiempo extra ().
- g) Ayuda para transporte ().
- h) Otras: (especificar en qué consisten):

18.7. El personal tiene contrato:

- a) Como eventual ().
- b) Por obra determinada ().
- c) De planta ().
- d) No tiene contrato escrito ().

19. Grado máximo de estudios del odontólogo titular de la --
institución:

- a) Licenciatura ().
- b) Licenciatura y curso de postgrado o especiali--
dad ().
- c) Maestría ().

IV. ADMINISTRACION.

20. La administración de la institución, o sea: el control de
ingresos y gastos, pago de impuestos, etc; la realiza:

20.1. En el caso de que el propietario sea persona física:

- a) El propietario sólo ().
- b) El personal administrativo que trabaja en el ----
consultorio ().
- c) El propietario con la ayuda del personal que ocupa
en el consultorio ().
- d) Una persona ajena al consultorio, mediante pago de
honorarios ().

20.2. En el caso de que la institución sea una sociedad:
¿Cómo se administra?

- a) Existe un administrador especializado (), ó
- b) El personal administrativo en general lo ----
lo hace (), ó
- c) El administrador o Gerente General lo -----
lo hace (), ó
- d) Lo hace una externa, mediante pago de honora-
rios o iguala ().

21. El control de los pacientes de los consultorios dentales
se realiza con:

- a) La historia clínica y libro de citas ().
- b) Otro sistema (especificar en qué consiste):

V. PRESTACION DE SERVICIOS.

22. Qué tipo de servicios se realizan en los consultorios
dentales:

SERVICIO.

- a) De odontología en general ().
- b) De especialidad ().

23. En que areas de especialidad se atiende a los pacientes:

- a) Odontopediatria ().
- b) Endodoncia ().
- c) Exodoncia ().
- d) Cirugía máxilo facial ().
- e) Ortodoncia ().
- f) Prótesis ().
- g) Prostodoncia ().
- h) Parodoncia ().
- i) Periodoncia ().
- j) Otras () (especificar) _____

24. Entre los consultorios dentales:

- a) Cada uno atiende sus propios pacientes sin canalizar hacia los otros ningún caso ().
- b) Existe interconsulta y/o transferencia de pacientes entre los consultorios ().

25. ¿Cuáles son los cinco tratamientos que se realizan con mayor frecuencia en los consultorios? en el paréntesis que corresponda anotar el número 1 para el más frecuente, el 2 para el segundo, etcétera:

25.1. TRATAMIENTOS DE PRACTICA GENERAL:

- a) Exodoncia ()
- b) Operatoria ()
- c) Endodoncia ()
- d) Ortodoncia ()
- e) Prostodoncia ()
- f) Prótesis fija ()
- g) Prótesis removible ()
- h) Aplicación tópica de fluor y selladores. ()
- i) Cirugía ()
- j) Otros (especificar):

25.2. TRATAMIENTOS DE ESPECIALIDAD:

Especificar especialidad y los tratamientos en orden de mayor a menor frecuencia.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

26. ¿Es uniforme el horario y días de trabajo de los diferentes servicios de la institución?

Si.

No.

27. ¿Cuál es el horario de trabajo del (los) consultorio(s) dental(es)? _____

28. Número de días de la semana que trabajan el (los) consultorio(s) _____

29. Número aproximado de pacientes atendidos en total por los consultorios dentales en los 3 últimos meses: _____

30. Número aproximado de consultas que se dieron en total en los consultorios dentales, en los 3 últimos meses: _____

31. Aproximadamente cuál es la tarifa media que se cobra en los consultorios dentales por los siguientes servicios profesionales.

31.I. En especialidad: especificar los cinco tratamientos más frecuentes que se realizan y la tarifa correspondiente:

Tratamiento.

Tarifa en pesos.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

31.2. En práctica general:

TRATAMIENTO O SERVICIO.	TARIFA EN PESOS.
1) Exodoncia por "pieza normal"	\$ _____
2) Exodoncia por Ser. polar o pieza incluida.	\$ _____
3) Prótesis por unidad fija.	\$ _____
4) Prótesis por unidad removible.	\$ _____
5) Aplicación de selladores de fose- tas y fisuras:	\$ _____
6) Aplicación tópica de fluor.	\$ _____
7) Endodoncia por conducto.	\$ _____
8) Obturación de amalgama por cavi- dad.	\$ _____
9) Obturación con resinas por ca- vidad.	\$ _____
10) Tratamiento de ortodoncia.	\$ _____
a) "simple" entre \$ _____ y	\$ _____
b) "complejo" entre \$ _____ y	\$ _____
11) Costo por placa total.	\$ _____
12) Detartaje:	\$ _____
Otros (especificar)	\$ _____
14) _____	\$ _____
15) _____	\$ _____
16) _____	\$ _____
17) _____	\$ _____
18) _____	\$ _____
19) _____	\$ _____
20) _____	\$ _____

33. En el caso de que haya varias sucursales, las tarifas que cobran a los pacientes:

- a) Son uniformes para todas las sucursales por tipo de tratamiento (), ó
- b) Cada sucursal fija por sí misma sus propias tarifas ().

34. Por otra parte, las tarifas, en general para todos los consultorios:

- a) Son uniformes por tipo de tratamiento (), ó
- b) Se diferencian según el tipo de paciente que se atiende ().
- c) Varían conforme a su grado de dificultad o tiempo que se lleve realizar cada tratamiento ().

35. Qué criterios se utilizan en los consultorios para establecer los precios o tarifas que se cobran a los pacientes: _____

36. Además de atender un consultorio aquí, alguno(s) de los odontólogos trabajan en otra parte:

- a) No (),
- b) Si (): ¿Cuántos? _____

37. En caso afirmativo, en dónde más prestan sus servicios --
profesionales:

(anotar con número):

- a) En otro consultorio particular ().
- b) En clínica particular ().
- c) En hospital o sanatorio particular ().
- d) En alguna de las siguientes instituciones
públicas:

- I.M.S.S. ()
- I.S.S.S.T.E. ()
- S.S.A. ()
- C.F.E., PEMEX, FF.CC. ()
- Institución de enseñanza ()

e) Otras (especificar): _____

38. Si algún(os) odontólogo(s) ejerce(n) en otro lugar con
qué carácter lo hace: (anotar con número)

- a) Odontólogo de práctica profesional: _____
- b) Odontólogo especialista: _____
- c) Otra labor (especificar): _____

39. Si se da el caso, en la otra ocupación, el (los) odontó-
logo(s) trabajan (anotar con número)

- a) Como socio: _____
- b) Con sueldo fijo: _____
- c) Con participación de ingresos por consultas: _____
- d) Paga renta del consultorio o clínica: _____

6.1.3. CUADRO DE ETIOLOGIAS ORALES
(2.3.1)

A: ENFERMEDADES DE ORIGEN MICROBIANO: (EXOGENEAS)

Infecciones bacterianas virales y micóticas:	Tuberculosis. Difteria, sífilis. Cardiodiátesis. Viruela varicela.	todas las edades 0 - 60
Caries dental	Diagnóstico de la caries, aspectos clínicos de:	Edad, en años. 4 a 15
Enfermedades de la pulpa y tejidos:	Pulpitis; granulomas, absceso y quiste paradental, apical; osteomielitis.	16 a 70 35 y 60
Extensión de la infección bucal:	- Celulitis - Infección de los espacios anatómicos específicos - Complicaciones intracraniales de la infección-dental - Sinusitis maxilar - Infección focal.	3er nivel de atención y/o centros iatrogénicos de origen dental. 3 a 60 años
Traumatismos y reparación:	Físicos, de dientes y tejidos blandos; químicos de la cavidad bucal cicatrización de heridas bucales; Biopsias; Gingivitis; Extracciones; -- Trasplantes; Fracturas.	15 a 60 años
Enfermedades del periodonto clasificación de la enfermedad paradontales:	Gingivitis; Periodontitis; Periodontosis; Traumatismos periodonto.	
Alteraciones regresivas de los dientes:	Atrición y abrasión erosión. esclerosis de dentina. Trayectos muertos. Dentinas secundarias. Atrofia reticular de la pulpa. Calsificación de la pulpa. Resorción dental. Hipercementosis cementícutos.	35 o más años

B: CAUSAS ENDOGENAS.

Trastornos del desarrollo y crecimiento de las estructuras bucales y parabucales:	Trastornos del desarrollo de maxilares (labio paladar, lengua, dientes, primera y segunda erupciones y terceros molares)	Prevención: quirúrgica por edad, respectiva. (+ hasta 2 años)
Tumores benignos y tumores locales de la cavidad bucal:	Tumores malignos; benignos, de músculos bucales y sistema nervioso. Glándulas salivales de origen odontogénico	Detectables en 2º nivel de prevención. Cualquier edad.
Enfermedades de los nervios y músculos	Neuralgia Migrañas. Artralgias Causalgia Mialgias	18 - 60 años
Trastornos bucales de enfermedades metabólicas	Minerales; Proteínas; Carbohidratos; Lípidos; Avitaminosis; Hormonales	Detectable: Desde primer nivel de prevención: nivel de base a un buen diagnóstico, no sólo bucal en exámenes y procedimientos.
Enfermedades de sistemas específicos de hueso y articulación: (huesos quebradizos y fragilidad ósea; v. gr. maxilares)		Congénita en cualquier edad.
Enfermedades de órganos hematopoyéticos:	Eritrocitos: anemias. Leucocitos: policitemias. Plaquetas Órganos sanguíneos: específicos.	Congénita en cualquier edad.
Enfermedades de la piel	Displasia ectodérmica Liquor plano Psoriasis. Síndrome de hipoplasia dérmica focal.	

NOTA AL CUADRO 2.3.1.

Del cuadro anterior se infiere que además de las demandas reales sobre erradicación y control de placa bacteriana y sus manifestaciones inmediatas: caries y parodontopatías, con sus correspondientes consecuencias de morbilidad de los órganos dentarios, en la mayoría de los casos, el cirujano dentista en algún momento de su práctica se enfrentará con esa gama amplia de patosis que se detectan a través de las manifestaciones bucales. Su diagnóstico y tratamiento temprano evitarán un sinnúmero de secuelas; que inclusive terminan fatalmente: v. gr. cáncer y glomérulo nefritis.

6.1.4. GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS
UNIDADES DE SERVICIO.

MODELOS DE SERVICIO: TIPOS Y FORMAS DE PRACTICA.

GUIA DE ANALISIS.

ASPECTOS BASICOS PARA CARACTERIZAR LOS TIPOS Y FORMAS DE PRACTICA A NIVEL DE UNIDADES DE PRODUCCION DE SERVICIOS ESTOMATOLOGICOS.

1. PROPIEDAD:

1.1. Pública.

- a) Sector central.
- b) Organismos descentralizados y paraestatales (incluye centros de enseñanza).

1.2. Privada:

- a) Individual.
- b) Asociación.
 - Simple: se comparten algunos gastos y recursos, pero se mantiene la propiedad individual en -- ciertos medios de producción.
 - formal: el grupo posee la propiedad, generalmente indiferenciada, sobre los medios de producción, en proporciones convenidas de antemano.
- c) Autónoma: instituciones de enseñanza.
- d) Autónoma: asistencia privada.

2. CARACTERISTICAS FISICAS:

2.1. Planta única o principal, con y sin maquila de servicios.

2.2. Plantas auxiliares: Laboratorios, rayos X, etcétera.

2.3. Sucursales.

3. PROCESO DE TRABAJO:

3.1. Sin división del trabajo: Práctica general ó especializada. División técnica horizontal.

3.2. Con división del trabajo: vertical hacia arriba de práctica general a especializada; vertical hacia abajo: la práctica general "Delega actividades menos complejas en auxiliar o asistente.

4. ORGANIZACION DEL TRABAJO.

4.1. Simple, sin división de funciones.

4.2. Compleja: con división del trabajo, por áreas, especialidad y funciones (estructura orgánica bien definida).

5. FUERZA DE TRABAJO.

5.1. Personal por función:

- a) Personal directo o fundamental (odontólogo).
- b) Personal auxiliar (Paramédico: técnicos medios y mecánicos dentales, etc).
- c) Complementario: administrativo, intendencia, - - etcétera).

5.2. Por número, según función y adiestramiento específico.

6. CONDICIONES DE TRABAJO.

6.1. Por remuneración y contrato.

a) Asalariados:

- Por tiempo: jornada completa ó parcial.
- Por obra: cuota fija ó variable.

b) No asalariados:

6.2. Régimen de prestaciones laborales.

- a) Sin prestaciones.
- b) Con prestaciones: Inferiores, iguales o superiores a las que contempla la Ley.

6.3. Días y horas de trabajo.

7. MEDIOS DE TRABAJO:

7.1. Directos: Instrumentos y maquinaria.

7.2. Auxiliares: Sillón, eyector, etc. materiales.

7.3. Complementarios: Local, mobiliario, teléfono, etc.

7.4. Origen ó nacionalidad de los medios de trabajo.

8. PRODUCTO O SERVICIOS OFRECIDOS:

8.1. De tipo general: Por nivel de atención.

8.2. De especialidad.

9. TARIFAS DEL SERVICIO.

9.1. Por tratamiento o función.

9.2. Criterios para determinarlas.

10. VOLUMEN DE SERVICIOS (POR PERIODOS UNIFORMES DE TIEMPO).

10.1. Total de pacientes atendidos:

- a) Por nivel de atención.
- b) De primer contacto.
- c) Altas.

10.2. Total de consultas realizadas.

- a) Por paciente (promedio).
- b) Por nivel de atención.
- c) Total general.

6.2. ANEXOS AL CAPITULO 3.

6.2.1. APENDICE AL CAPITULO 3.

APENDICE AL CAPITULO 3

ODONTOLOGOS QUE POTENCIALMENTE ESTAN EN EL EJERCICIO AL TERMINAR EL AÑO 1981. - PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA SU CALCULO.

Después de haber recurrido a las diferentes fuentes documentales que se tienen al alcance en el Distrito Federal y de recabar información directa en algunas escuelas de odontología del interior, fue evidente que ninguna de ellas tiene completa y actualizada la información respecto a cuál es el número aproximado de Cirujanos Dentistas que actualmente está en el ejercicio. Tampoco están disponibles las series históricas completas, de alumnos egresados y titulados de cada una de las escuelas y facultades, todo ello dificulta arribar directamente a esta importante información, además de que existen sesgos en los datos publicados. (1).

En función de lo anterior, y a reserva de conseguir información completa a futuro, se precisó efectuar estimaciones indirectas, se supone son representativas.

En el procedimiento seguido, en primer lugar se requería -- conocer la edad promedio de los egresados a fin de estimar esta

(1): Por ejemplo, en el anuario de ANUIES, 1980, en la página 187, se anota la existencia de una escuela en Tuxtla Gutiérrez, Chis., e inclusive se da el domicilio de la misma, sin -- embargo esta sólo en un proyecto que puede llegar a funcionar hasta dentro de dos años.

edad se utilizó una muestra referida a la matrícula total de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de México del año 1978 que aparece estructurada por grupos de edades (C: 3.27). Si bien la muestra mencionada no es aleatoria en relación a la población estudiantil nacional, como en ella se representa a más de la mitad de dicha población se considera que las conclusiones derivadas podrán ser extendidas -- con suficiente validez al total de la población de egresados.

Los principales supuestos que se tuvieron en cuenta para el cálculo de la edad promedio de los egresados fueron:

1. El tiempo de estudios de la carrera para todo alumno es de cuatro años. Esto implica que la edad del egresado es igual a la edad de ingreso más cuatro años. La duración de 5 años que anteriormente tuvo esta carrera para cursarse, se compensa -- por el hecho de que las generaciones anteriores cursaban la preparatoria en dos -- años y no en tres como ocurrió al cambio de la escuela profesional.
2. El índice de deserción escolar es independiente de la edad; de tal suerte que, cada uno de los grupos de edad tienen la misma propensión a la deserción o a terminar sus estudios.

3. Los individuos se distribuyen uniformemente entre los años comprendidos en el intervalo de cada grupo de edad.

4. El límite superior del grupo \underline{V} ($Ls\underline{V}$) se determinó del modo siguiente:

$$Ls\underline{V} = Li\underline{V} + Li\underline{V} - LsI$$

$$\text{donde: } Ls\underline{V} = Li\underline{V} = Li\underline{V} - LsI$$

Sustituyendo se tiene:

$$Ls\underline{V} = 28 + (27 - 17) \cdot 2 = 48$$

5. La cifra de la edad promedio del egresado se calculó mediante la fórmula:

$$\underline{E}_c = \frac{\sum NE}{\sum N}$$

Donde: \underline{E}_c = Edad promedio del egresado de cirujano dentista.

N = Número de egresados.

E = Egresados.

6. Una vez efectuado el cálculo resultó una edad promedio del egresado igual a 24.71 años de edad. (1)

(1): Ver cuadro 3.28

7. Paralelamente al cálculo anterior se -- efectuó otro similar utilizando el método abreviado de los puntos medios, éstos es de las marcas de clase. Este procedimiento reportó una edad promedio del -- egresado igual a 24.5 años. (1).

8. A fin de facilitar las estimaciones posteriores se redondeo la cifra a 25 años, teniendo en cuenta que los datos disponibles de las tasas de mortalidad vienen calculadas por grupos quinquenales y el grupo más cercano al resultado es el que comprende una edad de 25 a 29 años (2).

9. Una vez determina la edad promedio del egresado de cirujano dentista en 25 años se supuso además que, como máximo a los 65 años de edad el profesional de la --- odontología culmina el ejercicio activo de su profesión. En consecuencia, en el año 1981 se encuentran como odontólogos

(1): Ver cuadro 3.29.

(2): Ver cuadro 3.30.

profesionales potencialmente activos -- todos aquellos que han egresado de la - carrera desde el año 1941 hasta el año 1981, inclusive.

10. Ante la dificultad de contar con las cifras de los alumnos egresados de las diferentes universidades e institutos de enseñanza superior de la República Mexicana que han impartido esta carrera, --- para obtener la cifra estimada se tomó - la serie cronológica reportada por la -- Universidad Nacional de México (1). Esta muestra que, en el período 1968-1979 la proporción de Cirujanos Dentistas egresados de la Facultad de Odontología de la UNAM representó en promedio el 52.29% -- del total nacional (2). En el supuesto - de que esa relación proporcional se ha - mantenido desde 1940 hasta 1981 se obtiene una serie histórica nacional, por com

(1): Ver cuadro 3.3

(2): A partir de 1977 se incluyeron los egresados de la ENEP Iztacala y en 1979 se agregaron además los egresados de la -- ENEP Zaragoza.

plemento a la que con cifras reales presenta la UNAM, la cual arroja 33,158 egresados para el período de referencia (1

11. En esta serie histórica calculada como total nacional de Cirujanos Dentistas egresados se procedió a aplicar el número de egresados de cada año las tasas diferenciales de mortalidad (2). De este modo, una vez que progresivamente se van deduciendo las defunciones probables, se obtiene el número estimado de odontólogos vivos en ejercicio para el año 1981 y para cada grupo de egresados. Así por ejemplo en 1940 hubo 94 egresados; al aplicárseles una tasa de mortalidad de 1.006% anual (pues es un grupo de 25 años a 29 años) resultan 5 defunciones durante los años 1940-1944, por esto en 1944 del grupo de 94 egresados se estima que sólo sobrevivieron 89, de estos fallecieron 5-

(1): Ver cuadro 3.15.

(2): Ver cuadros 3.30 y 3.31

durante el período 1945-1949, 4 durante 1950-1954, 4 durante 1955-1959, 4 en -- 1960-1964, 4 en 1965-1969, 5 en 1970-1974, 7 en el período 1975-1979 y 2 en los años 1980 y 1981 por lo que en este último año sólo quedan 54 odontólogos sobrevivientes de 94 que egresaron en 1940 .

Aplicando este mismo procedimiento a cada uno de los grupos de egresados se llega a la serie histórica de odontólogos en -- ejercicio potencial para fines de 1981. (1).

De acuerdo al cuadro y acumulando las cifras de cirujanos dentistas vivos desde 1941 hasta 1981 se tiene un total de 31,890 odontólogos que potencialmente pueden ejercer, con la -- formación profesional requerida como egresados. Se cree que -- este procedimiento conduce a la estimación más próxima posible -- a la realidad de la cifra de odontólogos potencialmente activos -- al término de 1981.

(1): Ver cuadro 3.32

6.2.2. CUADROS DEL CAPITULO 3.

CUADRO DE ESCUELAS Y FACULTADES DE ODONTOLOGIA.
INTEGRACION DE PLANES DE ESTUDIO

INSTITUCIONES DE ENSEÑANZA.	1er Semestre.		2º Semestre.		3er Semestre.		4º Semestre.		5º Semestre.		6º Semestre.		7º Semestre.		8º Semestre.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
I. AUTONOMA DE MEX. D.F.																
II. DEL SUDESTE. CAMPECHE																
III. NACL. DE MEXICO ENEP-																
IV. DE GUADALAJARA, Guada-																
V. INTERCONTINENTAL. sem.																
VI. A. DE HIDALGO. sem.																
VII. LATINO AMERICANO Med.																
VIII. DE BAJA CALIFORNIA.																
IX. DE NAVARRIT en TERC. --																
X. DE NUEVO LEON, Monterrey																
XI. MICHOACANA DE SAN NICOLAS																
12. A. DE PUEBLA. sem.																
13. A. DE TOLUCA.																
14. SAN LUIS POTOSI, San Luis Potosi																
15. A. DE BAJA CALIFORNIA "TIJUANA"																
16. DE YUCATAN, MERIDA, YUC. Mexico																
17. A. DE ZACATECAS.																
18. A. DE QUERETARO.																
19. A. DE GUANAJUATO.																
20. A. DE VERACRUZ.																
21. A. DE TAMPICO.																
22. A. DE COAHUILA.																
23. A. DE CHIHUAHUA.																
24. A. DE DURANGO.																
25. A. DE SONORA.																
26. A. DE SINALOA.																
27. A. DE NAYARIT.																
28. A. DE GUERRERO.																
29. A. DE OAXACA.																
30. A. DE TABASCO.																
31. A. DE CAMPECHE.																
32. A. DE YUCATAN.																
33. A. DE QUINTANA ROO.																
34. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR.																
35. A. DE BAJA CALIFORNIA NOROCCIDENTAL.																
36. A. DE BAJA CALIFORNIA OCCIDENTAL.																
37. A. DE BAJA CALIFORNIA ORIENTAL.																
38. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL.																
39. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR ORIENTAL.																
40. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL.																
41. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL ORIENTAL.																
42. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL.																
43. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL ORIENTAL.																
44. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL.																
45. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL ORIENTAL.																
46. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL.																
47. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL ORIENTAL.																
48. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL.																
49. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL ORIENTAL.																
50. A. DE BAJA CALIFORNIA SUR OCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL NOROCCIDENTAL.																

FUENTE: PLANES DE ESTUDIOS RESPECTIVOS

BASICAS - B estadística
CLINICAS X Tradicionales
SOCIALES &
OTRAS 0

CIRUJANOS DENTISTAS REGISTRADOS EN LA DIRECCION
GENERAL DE PROFESIONES

C.3.2

AÑOS	CIRUJANOS DENTISTAS
1968	319
1969	261
1970	417
1971	590
1972	580
1973	743
1974	882
1975	1 152
1976	1 370
1977	1 627
1978	2 298
1979	2 762
1980	3 293
SUMA 1968-1980	16 294
SUMA 1945-1967	4 238
T O T A L	20,532

FUENTE: Dirección General de Profesiones. Catálogos de la Dirección General de profesiones. Profesionistas registrados por profesión y lugar de estudios, total Nacional y por sexo.

CIRUJANOS DENTISTAS EGRESADOS

C.3.3

ANO	TOTAL NACIONAL DE EGRESADOS	EGRESADOS DE INSTITUCIONES DIFERENTES DE LA UNAM	EGRESADOS DE LA UNAM	LA UNAM, RESPECTO DEL TOTAL NAL.
1968	416*	198	218	52.40
1969	512*	277	235	45.90
1970	605*	310	295	48.76
1971	926**	369	557	60.15
1972	943**	470	473	50.16
1973	977**	433	544	55.68
1974	1 321**	593	728	55.11
1975	1 541**	710	831	53.93
1976	2 269***	1 182	1 087 <u>3/</u>	47.91
1977	3 386***	1 501	1 885 <u>1/</u>	55.67
1978	3 711***	1 851	1 860 <u>1/</u>	50.12
1979	4 391***	2 120	2 271 <u>2/</u>	51.72
T O T A L	20 998	10 014	10 844	51.64

- 1/ Se incluye los egresados de la ENEP Iztacala. PROMEDIO = 52.29
2/ Se agregan a los anteriores los egresados de la ENEP Zaragoza.
3/ Para este año la obra "La enseñanza superior en México 1970-1976" reporta 1886 odontólogos egresados.

CUADRO ELABORADO A PARTIR DE:

- *) FUENTE: ANULES. Cifras estadísticas de enseñanza superior en la República Mexicana. Años 1968, 1969 y 1970
- **) FUENTE: ANUIES. La enseñanza superior en México 1970-1976
- ***): FUENTE: ANUIES. Anuarios Estadísticos de los años 1977, 1978 1979, 1980

NUMERO DE ALUMNOS EGRESADOS DE LA CARRERA DE
ODONTOLOGIA EN EL PERIODO
1971 - 1976

C.3.4

ESCUELA O FACULTAD UNIVERSIDAD O INSTITUTO AL QUE PERTENECE	1971	% CON RES- PUESTO DEL TOTAL	1972	% CON RES- PUESTO DEL TOTAL	1973	% CON RES- PUESTO DEL TOTAL	1974	% CON RES- PUESTO DEL TOTAL	1975	% CON RES- PUESTO DEL TOTAL	1976	% CON RES- PUESTO DEL TOTAL
	AMS		AMS		AMS		AMS		AMS		AMS	
- Escuela Nal. de Odontología Universidad Nal. Autónoma de México	557	60.2	473	49.5	544	53.5	728	53.4	831	50.8	881	48.1
- Facultad de Odontología Universidad de Yucatán	13	1.4	9	0.9	13	1.3	19	1.4	16	1.0	50	2.7
- Facultad de Odontología "Guadalajara" Universidad de Guadalajara	59	6.4	123	12.9	94	9.3	112	8.2	124	7.6	139	7.6
- Escuela de Odontología "Puebla" Universidad Autónoma de Puebla	63	6.8	65	6.8	66	6.5	85	6.2	79	4.8	81	4.4
- Facultad de Odontología NRY N.L. Universidad Autónoma de Nuevo León	72	7.8	88	9.2	50	4.9	51	3.7	56	3.4	146	8.0
- Escuela de Estomatología Universidad Autónoma de San Luis Potosí	29	3.1	40	4.2	45	4.5	43	3.1	50	3.1	59	3.2
- Facultad de Odontología Ver. Universidad Veracruzana	45	4.8	44	4.6	46	4.6	63	4.6	76	4.7	93	5.1
- Facultad de Odontología Uruapan Universidad Michoacana Sn. Nicolás de Ido.	34	3.7	42	4.4	52	5.1	84	6.1	115	7.0	155	8.5
- Escuela de Odontología Torreón, Coah. Universidad Autónoma de Coahuila	40	4.3	34	3.5	34	3.4	72	5.3	75	4.5	77	4.2
- Escuela de Odontología Universidad Autónoma de Zacatecas	6	0.6	8	0.8	12	1.2	12	0.9	27	1.7	32	1.7
- Cirujano Dentista "Instituto de Ciencias de la Salud" Universidad Autónoma del Edo. de México	8	0.9	15	1.6	20	2.0	26	1.9	20	1.2	21	1.1
- Facultad de Odontología de Tampico Universidad Autónoma de Tamaulipas	-	-	-	-	-	-	-	-	38	2.3	61	3.3
- Escuela de Odontología en Mayatit Universidad Autónoma de Mayatit	-	-	-	-	-	-	15	1.1	17	1.0	18	1.0
- Escuela de Odontología "Villahermosa" Universidad Autónoma de Juárez de Tabasco	-	-	-	-	9	0.9	16	1.2	27	1.7	16	0.9
- Escuela de Odontología "Campeche" Universidad del Sureste	-	-	15	1.6	24	2.4	40	2.9	83	5.1	4	0.2
- Escuela de Odontología Universidad Juárez del Estado de Durango	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Cirujano Dentista (Instituto Ciencias Biomédicas) Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Escuela de Odontología Unidad Universi- taria Tijuana Universidad Autónoma de Baja California	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Cirujano Dentista "Centro Biomédico" Aqs. Universidad Autónoma de Aguascalientes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Escuela de Odontología Oaxaca Universidad Autónoma Benito Juárez de Oax.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Cirujano Dentista BHP. Cuautitlán Universidad Nal. Autónoma de México	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Cirujano Dentista BHP Iztaacala Universidad Nal. Autónoma de México	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Cirujano Dentista Unidad Ciencias de la salud Universidad Veracruzana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Escuela de Odontología en Pachuca Universidad Autónoma de Hidalgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
T O T A L	926	100	956	100	1 009	100	1 366	100	1 634	100	1 833	100

FUENTE: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior "La Enseñanza Superior en México (1970-1976) México, 1979.

C.3.5

AÑOS	CIRUJANOS DENTISTAS EGRESADOS DE LA UNAM	CIRUJANOS DENTISTAS EGRESADOS DE UNIVERSIDADES DIFERENTES DE LA UNAM	CIRUJANOS DENTISTAS EGRESADOS. TOTAL NACIONAL
		(CIFRAS ESTIMADAS)	
1940	49 ^{1/}	45 ^{2/}	94
1941	58	53	111
1942	53	48	101
1943	49	45	94
1944	73	67	140
1945	35	32	67
1946	48	44	92
1947	44	40	84
1948	34	31	65
1949	37	34	71
1950	52	47	99
1951	44	40	84
1952	67	61	128
1953	69	63	132
1954	61	56	117
1955	63	57	120
1956	89	81	170
1957	87	79	166
1958	84	77	161
1959	93	85	178
1960	108	98	206
1961	101	92	193
1962	90	82	172
1963	172	157	329
1964	158	144	302
1965	195	178	373
1966	219	200	419
1967	222	202	424
1968	218	198 ^{3/}	416
1969	235	277	512
1970	295	310	605
1971	557	369	926
1972	473	470	943
1973	544	433	977
1974	728	593	1,321
1975	831	710	1,541
1976	1,087	1,182	2,269
1977	1,885 ^{4/}	1,501	3,386
1978	1,860 ^{4/}	1,851	3,711
1979	2,271 ^{5/}	2,120	4,391
1980	1,883 ^{5/}	1,718 ^{6/}	3,601
1981	2,022 ^{5/}	1,845 ^{6/}	3,867

TOTAL NACIONAL 33,158

FUENTE: Cuadros 2 y 5 y estimaciones a partir de las cifras reportadas en dichos cuadros.

- 1/ Para el caso de Cirujanos Dentistas egresados de la UNAM durante el período 1940-1977 se consideró el número de títulos expedidos como sustituto del número de egresados. Ver cuadro 5.
- 2/ Las cifras del período 1940-1967 se obtuvieron mediante el supuesto de que los cirujanos dentistas egresados de universidades mexicanas diferentes de la UNAM representaron el 47.71 % del total nacional.
- 3/ En el período 1968-1979 las cifras de cirujanos dentistas egresados de universidades diferentes de la UNAM se obtuvieron restando el número de egresados de la UNAM al total de egresados que aparece en el cuadro 5.
- 4/ En 1977-1979 se agregaron los egresados de las UNEDS, IZTACALA y ZARAGOZA a los egresados de la Facultad de Odontología.
- 5/ Cifras estimadas por el Colegio de Médicos Cirujanos Odontólogos.

ALUMNOS REGISTRADOS EN ESCUELAS DE ODONTOLOGIA

A NIVEL NACIONAL

C.3.6

AÑO	PRIMER INGRESO A	MATRICULA T O T A L	EGRESADOS C	C/A %	C/B %
1971	2 197	6 700	926	42.15	13.82
1972	2 925	7 697	956	32.68	12.42
1973	3 081	9 455	1 009	32.75	10.67
1974	5 540	13 877	1 366	24.66	9.84
1975	5 927	16 687	1 634	27.57	9.73
1976	5 745	19 747	1 833	31.91	9.28

FUENTE: a) Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. La Enseñanza Superior en México, 1970-1976. México, 1976.

b) Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. Anuario Estadístico, 1980. México, 1981.

ESTIMACION DE CIRUJANOS DENTISTAS EN EL EJERCICIO
PROFESIONAL AL TERMINO DEL AÑO 1981 MEDIANTE LA APLICACION
DE TASAS DIFERENCIALES DE EDAD

C. 3.7.

F O ESCRIBIDOS	1940 - 1944		1945 - 1949		1950 - 1954		1955 - 1959		1960 - 1964		1965 - 1969		1970 - 1974		1975 - 1979		1980 - 1981		EDAD 1981
	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS	ESTIMACIONES DEFUNC. VIVOS		
94	5	89	5	84	4	80	4	76	4	72	4	68	5	63	7	56	2	52	66
111	4	107	6	101	4	97	5	92	4	88	5	83	6	77	7	70	3	57	65
101	3	96	5	93	6	87	3	84	3	81	4	77	4	72	6	67	3	64	64
54	2	92	5	87	3	84	3	81	3	78	4	74	4	70	6	64	3	64	63
140	1	139	6	133	5	128	5	123	5	118	5	113	7	106	8	98	4	94	62
67			3	64	2	62	3	59	3	57	3	54	3	51	4	47	2	45	61
92			4	88	2	86	4	82	4	80	3	77	4	73	5	68	2	66	60
44			2	88	2	86	4	82	4	80	3	77	4	73	5	68	2	66	60
44			2	88	2	86	4	82	4	80	3	77	4	73	5	68	2	66	60
84			2	82	3	79	3	76	3	73	3	70	2	67	4	63	1	61	59
65			2	82	2	62	2	60	2	58	2	56	2	54	3	51	1	50	58
71			1	70	2	68	2	66	1	65	3	62	3	59	3	56	2	54	57
99			3	96	3	96	2	93	2	90	3	87	4	83	4	79	2	77	56
84			2	82	2	82	2	80	2	78	2	76	4	74	4	70	2	68	55
126			4	126	4	126	4	122	4	119	4	115	4	111	5	106	2	104	54
132			2	126	2	130	4	122	3	123	4	119	4	115	5	110	2	107	53
131			2	130	2	130	4	122	3	123	4	119	4	115	5	110	2	107	53
111			4	116	4	116	4	112	3	109	3	106	4	102	4	98	2	96	52
120			4	116	4	116	4	112	3	109	3	106	4	102	4	98	2	96	52
170			4	166	4	166	4	162	3	162	5	157	5	152	6	146	2	144	50
165			4	166	4	166	4	162	3	162	5	157	5	152	6	146	2	144	50
161			2	159	2	159	3	156	3	160	4	156	4	151	5	147	2	145	49
161			2	159	2	159	3	156	3	160	4	156	4	151	5	147	2	145	49
170			1	177	4	177	4	173	4	173	5	169	5	164	6	159	3	156	48
206			2	202	5	202	5	197	5	192	5	187	5	182	6	175	2	173	47
193			3	190	5	185	5	185	5	180	5	175	5	170	6	165	2	163	46
172			2	170	3	167	4	167	4	163	4	159	4	155	5	151	2	149	45
329			7	326	7	319	7	319	7	312	9	305	7	298	9	293	4	289	44
302			6	301	6	301	6	295	6	295	8	289	6	289	9	281	3	278	42
373			8	365	8	365	8	365	8	358	9	349	8	349	9	349	3	345	41
418			5	412	5	412	5	412	5	404	10	394	4	394	4	394	4	390	40
424			5	419	5	419	5	419	5	411	9	402	4	402	4	402	4	398	39
416			3	413	3	413	3	413	3	406	10	397	4	397	4	397	4	393	38
512			9	510	9	510	9	501	9	501	11	483	5	483	5	483	5	483	37
605			10	595	10	595	10	595	10	595	12	583	6	577	6	577	6	577	35
926			12	914	12	914	12	914	12	914	14	896	9	887	9	887	9	887	34
911			9	917	9	917	9	917	9	914	14	896	9	887	9	887	9	887	34
943			6	971	6	971	6	971	6	971	18	953	8	945	8	945	8	945	33
977			4	1317	4	1317	4	1317	4	1317	22	1295	11	1284	11	1284	11	1284	32
1321			25	1316	25	1316	25	1316	25	1316	30	1299	16	1294	16	1294	16	1294	31
1541			30	1516	30	1516	30	1516	30	1516	33	1503	24	1498	24	1498	24	1498	30
2269			33	2239	33	2239	33	2239	33	2239	34	2233	24	2228	24	2228	24	2228	29
3385			24	3353	24	3353	24	3353	24	3353	24	3347	24	3341	24	3341	24	3341	28
711			4	707	4	707	4	707	4	707	14	707	29	707	29	707	29	707	27
4391			25	4377	25	4377	25	4377	25	4377	25	4377	25	4377	25	4377	25	4377	26
3601			25	3577	25	3577	25	3577	25	3577	25	3577	25	3577	25	3577	25	3577	25
3857			31	3850	31	3850	31	3850	31	3850	31	3850	31	3850	31	3850	31	3850	25

FUENTES: CILICUROS A PARTIR DE LOS CUADROS 7 Y 12

UNIDADES DE SERVICIOS ESTADISTOLOGICOS QUE APARECEN EN LOS DIRECTORIOS
TELEFONICOS DE ALGUNAS ENTIDADES FEDERATIVAS, A NIVEL NACIONAL

C.3.8

	HOSPITALES Y SERVICIOS	CIENTOS	CONSULTORIOS	SUBTOTAL	ESTADISTOLOGICOS										TOTAL ESTADISTOLOGICOS	TOTAL SERVICIOS	
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1. AMBULANCIAS HOSPITALARIAS		2	35	37		3	3	3	3					1	10	47	47
2. SANTA CRISTINA NORTE MICHOLI	1	14 6	200 71	215 77	1 4	3 4	3 2	1 1				2		1	8 13	223 59	313
3. SANTA CRISTINA SUR LA PAZ	1	1	20	22	1	3	1	2	1				1	1	8	30	30
4. COMISARIA LA PAZ DIRECCION	1	2 4	27 66	30 70	6	4 5	1 1	4			1 1	1 1	2 1	2	8 18	39 58	125
5. EN CATELANA GUERRERA CO. JUREZ		2 20	40 164	42 184	1 3	6 8	5 6	1 2	3		1 1		2 3	2	19 24	61 208	269
6. SE GUAYAS ZARAGOZA	1		19	20		3	3	1					3	10	39	39	
7. DE DURANGO DURANGO		2	25	27	1	4	2	3					4	14	41	41	
8. FEDERAL MEXICO, D. F.	1	38	1,199	1,238	49	19	56	77		9	22		46	278	1,516	1,516	
9. DE MEXICO MEXICO	1	4 10	63 76	67 87	2	1 12	3 6	1 8	3	1	1		3	6 35	73 123	195	
10. GUANAJUATO GUANAJUATO	2	2	30	34		2	1	1					1	4	38	38	
11. TAMPICO TAMPICO	1	2	24	27		5	3	1					1	1	28	28	
12. LEON LEON	4	3	71	78	4		3	1					1	14	92	139	

CENTROS Y RELACIONES CON ENTIDADES FEDERATIVAS	HOSPITALES Y SANTORIOS	CLINICAS	CONSULTORIOS	SUBTOTAL	E S P E C I A L I D A D E S										SUMA	TOTAL CENTROS	TOTAL PERSONAL	
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
D. DE GUERRERO HOSPITAL GUERRERENSE	1	1	37	39	1	4	2	1				2		10	49			
		1	8	9	2									2	11		60	
D. DE GUANAJUATO GUANAJUATENSE CD. GONZALEZ PROG. VIALBERTA	1	5	379	385	13	43	25	33	1			11	22	148	533			
		1	14	15											15	25		
		2	5	5											7	7		555
D. DE MEXICO VIALBERTA		1	28	29	2	5	1	3						11	40		40	
		1	6	104	111	1	5	6	4		1	1	6	24	135		150	
D. DE MICHUAN MICHUANENSE SANTORIO LA PLAZA	1	1	14	15										15	15			
		2	52	59	2	2	2	1						7	66			
		3	32	35											35	35		
		2	10	12											12	12		113
D. DE NAYARIT NAYARITENSE		1	26	27		1								1	26		26	
		4	208	232	27	32	8	11	2			8	6	3	97	329		329
D. DE OAXACA OAXACANENSE		1	25	26			1								3	29		29
		3	165	174	5	10	5	4	1			1	1		27	201		213
D. DE PUEBLA PUEBLANENSE SANTORIO		6	12	12											12			
		2	38	40	1	7	4	3					2		17	37		55

TITULOS DE MEDICO CIRUJANO DENTISTA
REGISTRADOS EN LA DIRECCION GENERAL DE PROFE-
SIONES POR ENTIDAD FEDERATIVA
(CIFRAS ACUMULADAS 1945-1980)

C.3.9

ENTIDAD	CIRUJANOS DENTISTAS	
	ABS	%
AGUASCALIENTES	9	0.04
BAJA CALIFORNIA NORTE	48	0.23
BAJA CALIFORNIA SUR	2	0.01
CAMPECHE	21	0.10
COAHUILA	433	2.11
COLIMA	36	0.18
CHIAPAS	13	0.06
CHIHUAHUA	19	0.09
DISTRITO FEDERAL	12 521	60.99
DURANGO	24	0.12
GUANAJUATO	21	0.10
GUERRERO	20	0.10
HIDALGO	33	0.16
JALISCO	1 895	9.23
MEXICO	393	1.91
MICHOACAN	912	4.45
MORELOS	16	0.08
NAYARIT	38	0.19
NUEVO LEON	1 349	6.58
OAXACA	13	0.06
PUEBLA	825	4.02
QUERETARO	3	0.01
QUINTANA ROO	0	0.00
SAN LUIS POTOSI	504	2.45
SINALOA	29	0.14
SONORA	27	0.13
TABASCO	63	0.31
TAMAULIPAS	269	1.31
TLAXCALA	4	0.02
VERACRUZ	592	2.88
YUCATAN	327	1.59
ZACATECAS	56	0.27
OTROS	17	0.08
T O T A L	20 532	100.00

FUENTE: Dirección General de Profesiones. Catálogo de la
Dirección General de Profesiones.

CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN INSTITUCIONES DEL SECTOR
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

AÑO	CON SERVICIO A DERECHOHABIENTES (DE SEGURIDAD SOCIAL)										CON SERVICIO A TODA LA POBLACIÓN (DE ASISTENCIA SOCIAL)			TOTAL
	IMSS	ISSSTE	CFE	FFCC	PEMEX	SEDENA	MARINA	SHCP	SSA	DIF	DDF	SSA	DIF	
1970	520	239	N.D.	22	35	84	23	N.D.	340	-	36	-	-	1 239
1971	543	324	n.d.	22	40	84	25	n.d.	518	-	36	-	-	1 592
1972	524	317	n.d.	-	44	88	25	n.d.	479	-	43	-	-	1 520
1973	562	324	n.d.	25	43	90	26	n.d.	525	-	39	-	-	1 634
1974	552	366	n.d.	25	57	95	31	n.d.	426	-	59	-	-	1 611
1975	617	-	n.d.	-	57	84	30	n.d.	-	-	-	-	-	783
1976	653	-	n.d.	-	59	90	36	n.d.	-	-	-	-	-	838
1977	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1978	691	409	690	35	65	125	43	15	457	-	69	-	-	2 599
1979	710	517	757	35	76	127	52	15	1 109	-	70	-	-	3 468
1980	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1981	1 386*	795**	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1 256***	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3 437

FUENTES: a) 1970 - 1976.- Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas, (III - Sector Salud y Seguridad Social), México, Ed. C.G.S.M.I. 1981.
 b) 1978-1979.- Cuaderno de Información oportuna del Sector Salud, México, Ed. CONEGT 1981.
 * Investigación directa (incluye 575 pasantes)
 ** Investigación directa (incluye 364 pasantes con beca y 542 sin beca)

PRESUPUESTO POR PROGRAMA DEL SECTOR SALUD

(1 9 7 8)

C. 3.11.

PROGRAMA	TOTAL GENERAL	S.S.A. TOTAL	I.M.S.S. TOTAL	I.S.S.S.T.E. TOTAL	OTROS TOTAL
T O T A L	100,025.93	11,843.93	50,392.00	34,247.20	3,542.80
Atención Preventiva	2,364.89	1,022.47	812.21	514.10	16.11
Atención Curativa	38,509.87	4,558.05	26,788.76	4,619.90	2,543.16
Capacitación de la Población	130.91	32.51	80.29	15.60	2.51
Sanamiento y Mejoramiento del medio	506.70	499.27	- 0 -	- 0 -	7.43
Formación y Desarrollo de Recursos Humanos	2,543.49	750.19	1,308.86	421.10	63.34
Investigación, Ciencia y Tecnología	491.85	344.64	147.21	- 0 -	- 0 -
Producción de Bienes	106.90	106.90	- 0 -	- 0 -	- 0 -
Administración de la Salud	4,711.53	4,197.52	514.01	- 0 -	- 0 -
Prestaciones Sociales	2,330.11	324.94	1,580.87	424.30	- 0 -
Administración de la Seguridad Social	287.47	7.44	280.03	- 0 -	- 0 -
Prestaciones Económicas	25,196.48	- 0 -	9,989.28	15,207.20	- 0 -
Protección al Salario.	5,096.75	- 0 -	348.75	4,748.00	- 0 -
Ciencia y Tecnología	75.27	- 0 -	44.17	31.10	- 0 -
Administración Central	9,019.26	- 0 -	8,497.56	521.70	- 0 -
Atención primaria para la Salud	32.50	- 0 -	- 0 -	32.50	- 0 -
Administración	3,043.35	- 0 -	- 0 -	2,133.10	910.25
FOVISSSIFE	5,554.10	- 0 -	- 0 -	5,554.10	- 0 -
Programación y Gobierno	24.50	- 0 -	- 0 -	24.50	- 0 -

PRESUPUESTO ORIGINAL AUTORIZADO, DE LAS INSTITUCIONES
DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

1 9 7 8

(MILLONES DE PESOS)

C. 3.11.A

INSTITUCION	GASTO CORRIENTE		GASTO DE INVERSIÓN		T O T A L	
		%		%		%
S.S.A.	10,445.87	13	1,398.06	6	11,843.93	12
I.M.S.S.	48,667.00	62	1,725.00	8	50,392.00	50
I.S.S.S.T.E.	15,832.60	20	18,414.60	86	34,247.20	34
OTROS *	3,542.80	5	N.D.		3,542.80	4
T O T A L	78,488.27	100	21,537.66	100	100,025.93	100

FUENTE: Elaborado con datos del cuaderno de Información oportuna del Sector Salud. México. Ed. CGSNEGI, 1981.

* Incluye Comisión Federal de Electricidad, PEMEX, INI, D.D.F., Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Ferrocarriles, S.H. y C.P. y S.E.P.

FORMAS DE ORGANIZACION DE LAS UNIDADES DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS:
 TIPO Y PROCEDENCIA DE LOS INSTRUMENTOS DE SERVICIOS, PERSONAL OCUPADO

C. 3.12

FORMA DE ORGANIZACION	EQUIPOS			INSTRUMENTAL		MATERIAL		PERSONAL OCUPADO		
	Nal.	Extr.	Simpl.	Nal.	Extr.	Nal.	Extr.	Odontólogos	Auxiliar	Otros
1.0 TÍPICO LIBERAL										
1.1. Entrevista	X	X	X	X	X	X	X	1	-	5
1.2. Entrevista										1
2.0 DE COOPERACION SIMPLE										
2.1. entrevista		X	X		X		X	5	-	2
2.2. Entrevista								2	1	3
3.0 EMPRESA INDIV.										
3.1. Entrevista	X		X	X		X		3	-	1
3.2. Entrevista	X		X	X		X		3	1	1
4.0 EMPRESA EN SOCIEDAD										
4.1. Entrevista	X		X	X		X		3	-	2
4.2. Entrevista	X		X	X		X		4	2	5
5.0 DE ASISTENCIA PRIV.										
5.1. Entrevista	X		X	X		X		1	-	-
6.0 DE ASISTENCIA PUB.										
6.1. Entrevista	X		X		X		X	1	-	1

FUENTE: Datos obtenidos de entrevistas focalizadas a universidades de servicios odontológicos en el Distrito Federal, 1982.

FORMAS DE ORGANIZACION DE LAS UNIDADES DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS: SERVICIOS OFERTADOS, VOLUMEN DE SERVICIOS

C. 3.13.

FORMA DE ORGANIZACION	SERV. OFERTADOS		VOLUMEN DE SERVICIO CONS. PACT.	HORA/ODONTOLÓGICO SEMANA	HORAS ODONTOLÓGICOS P/CADA 3 MESES	COSTOS POR HORA ODONTOLÓGICOS	PACIENTES HORA ODONTOLÓGICOS
	Esp.	GENERAL					
1.0 TÍPICO LIBERAL							
1.1. Entrevista	X	X	700	60	720	1.02	0.80
1.2. Entrevista	X	X	50	27	324	3.60	1.54
2.0 DE COOPERACION SIMPLE							
2.1. Entrevista		X	300	120	1 440	4.80	4.50
2.2. Entrevista	X		80	60	720	9.00	12.00
3.0 EXPERIENCIA INDIV.							
3.1. Entrevista		X	750	180	2 160	2.88	5.33
3.2. Entrevista		X	2 160	180	2 160	1.00	1.50
4.0 SISTEMA EN SOCIEDAD							
4.1. Entrevista		X	800	144	1 728	2.15	4.30
4.2. Entrevista		X	1 100	280	3 360	3.05	4.20
5.0 DE ASISTENCIA PRIV.							
5.1. Entrevista		X	100	16	192	1.92	1.92
6.0 DE ASISTENCIA PUB.							
6.1. Entrevista		X	183	20	240	2.89	2.81

FUENTE: Datos obtenidos de entrevistas focalizadas a universidades de servicios odontológicos en el Distrito Federal, 1982

FORMAS DE ORGANIZACION DE LAS UNIDADES DE SERVICIOS
ODONTOLÓGICOS: TARIFAS POR LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONAN

C. 3.14

FORMAS DE ORGANIZACION	EXOD. PARA FUERZA PERSONAL	EXOD. P. 3er NIVEL O PEDI/INCL	PROTESIS PARA UNIDAD FIJA	PROTESIS PARA UNIDAD REMOVIBLE	APLIC. DE SE- LLENAMIENTOS DE RESINAS Y PLEN	APLIC. TOPICA DE FLUOR	ENDODONTIA PROCESADA	EXTR. DE ANATOMIA PER CAVIDAD	DEFINICION CON RESINA POR CAVIDAD	EXTR. DE ANATOMIA PER CAVIDAD	EXTR. DE ANATOMIA PER CAVIDAD	EXTR. DE ANATOMIA PER CAVIDAD	EXTR. DE ANATOMIA PER CAVIDAD	EXTR. DE ANATOMIA PER CAVIDAD	EXTR. DE ANATOMIA PER CAVIDAD
1.1. ENFERMERIA	500.00	1,200.00	1,600.00	600.00	-	400.00	2,400.00	700.00	700.00	-	-	-	4,000.00	-	
1.2. ENFERMERIA	-	4,500.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.0. DE COSEQUIVALENCIA	500.00	900.00	3,000.00	2,000.00	600.00	600.00	1,300.00	800.00	600.00	-	-	-	10,000.00	1,500.00	
2.1. ENFERMERIA	-	-	2,000.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3.0. DE PROFESIONALES DENTALES	600.00	800.00	1,500.00	900.00	500.00	300.00	1,800.00	680.00	500.00	-	-	-	4,250.00	600.00	
3.1. ENFERMERIA	200.00	300.00	1,200.00	500.00	400.00	400.00	1,000.00	400.00	400.00	3,000.00	3,000.00	3,000.00	4,000.00	-	
4.0. DE PROFESIONALES DE ODONTOLÓGICOS	100.00	-	400.00	350.00	150.00	100.00	800.00	250.00	350.00	-	-	-	1,500.00	-	
4.1. ENFERMERIA	100.00	450.00	350.00	300.00	100.00	50.00	700.00	200.00	300.00	-	-	-	1,400.00	-	
5.0. DE PROFESIONALES DE ODONTOLÓGICOS	50.00	-	250.00	250.00	-	-	100.00	-	-	-	-	-	1,300.00	-	
5.1. ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6.0. DE ASISTENCIA TECNICA	50.00	300.00	500.00	300.00	-	60.00	-	250.00	250.00	-	-	-	800.00	100.00	

FORMAS DE ORGANIZACION DE LAS UNIDADES DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS EN EL DISTRITO FEDERAL, 1961

OFERTA POTENCIAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS A NIVEL NACIONAL.
MEXICO

HIPOTESIS: 1A. TODOS LOS EGRESADOS EJERCEN

C.3.15

AÑO	TIPO PRIVADO		TIPO PÚBLICO		OFERTA TOTAL				
	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL (a) (MILES)	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL (1) MILES	CIRUJANOS DENTISTAS (b)	CONSULTAS POTENCIAL (a) MILES			
		%		%		%			
1970	4 730	6 154	74.6	1 099	2 097	25.4	5 829	8 251	100.0
1975	9 856	12 823	82.2	1 452	2 770	17.8	11 308	15 593	100.0
1980	24 895	32 388	83.3	3 400	6 487	16.7	28 295	38 875	100.0
1981	28 453	37 017	85.0	3 437	6 558	15.0	31 890	43 575	100.0

Para el número de consultas se estima

(a) HIPOTESIS 2a., es decir que el promedio anual de consultas por odontólogo es:

En práctica privada = 1 301
En práctica pública = 1 908

(b) El número de egresados para cada año se obtuvo del cuadro 3.13, considerando el número de "egresados vivos" del año inmediato anterior, se adicionan los egresados del año siguiente y se le restó la quinta parte de las defunciones estimadas para el siguiente quinquenio

OFERTA POTENCIAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS A NIVEL NACIONAL.
MEXICO

HIPOTESIS: 1A. TODOS LOS EGRESADOS EJERCEN

C.3.16

AÑO	TIPO PRIVADO		TIPO PÚBLICO		OFERTA TOTAL				
	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL (1) (MILES)	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL (1) MILES	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL MILES			
		%		%		%			
1970	4 730	9 025	81.1	1 099	2 097	18.9	5 829	11 122	100.0
1975	9 856	18 805	87.2	1 452	2 770	12.8	11 308	21 575	100.0
1980	24 895	47 500	88.0	3 400	6 487	12.0	28 295	53 987	100.0
1981	28 453	54 288	89.2	3 437	6 558	10.8	31 890	60 846	100.0

(1) Para el número de consultas se tomo la Hipótesis 2b. es decir todos los odontólogos efectúan 1908 por año.

OFERTA POTENCIAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS A NIVEL NACIONAL,
MEXICO

HIPOTESIS: 1) LOS DENTISTAS EN EJERCICIO EQUIVALEN AL TOTAL DE TÍTULOS REGISTRADOS

C.3.17

AÑO	TIPO PRIVADO		TIPO PÚBLICO		OFERTA		TOTAL	
	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL (MILES)	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL MILES	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL MILES	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL MILES
1970	4,136	5,381	1,099	2,097	5,235	7,476	100	
1975	7,7730	10,057	1,452	2,770	9,182	12,827	100	
1980	17,132	22,289	3,400	6,487	20,532	28,776	100	
1981	20,563	26,752	3,437	6,558	24,000*	33,310	100	

* Estimado, aplicando la tasa de crecimiento promedio de los últimos cinco años (17.46%)

FUENTE: 1) Para los índices de consultas información directa

2) Para los Cirujanos Dentistas privados se le restó al total de cirujanos dentistas registrados en la Dirección general de profesiones el total de odontólogos reportados en las nóminas de ISSSTE E IMSS.

PREMISAS: 1) Los odontólogos privados otorgan 1301 consultas promedio por año/odontólogo
2) Los odontólogos públicos otorgan 1908 consultas promedio por año/odontólogo

OFERTA POTENCIAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS A NIVEL NACIONAL.
MEXICO

HIPOTESIS: IB LOS DENTISTAS EN EJERCICIO EQUIVALEN AL TOTAL DE TÍTULOS REGISTRADOS

C.3.18

AÑO	TIPO PRIVADO		TIPO PÚBLICO		OFERTA TOTAL				
	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL (MILES)	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL (MILES)	CIRUJANOS DENTISTAS	CONSULTAS POTENCIAL (MILES)			
		%		%		%			
1970	4 136	7 891	79	1,099	2 097	21	5,235	9,988	100
1975	7 730	14 749	84	1,452	2,770	16	9,182	17,519	100
1980	17 132	32,688	83	3,400	6,487	17	20,532	39,175	100
1981	20,563	39,234	86	3,437	6,558	14	24,000	45,792	100

PREMISA: Tanto los odontólogos Institucionales como los privados otorgan 1908 consultas por medio por año/odontólogo.

FUENTE: Idem:

UNIDADES DE SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS;

TÍTULOS REGISTRADOS Y POBLACION POR ENTIDAD FEDERATIVA

C. 3.19.

ENTIDAD	CONSULTORIOS Y CLINICAS 1/ 1975	CONSULTORIOS Y CLINICAS 2/ 1980	POBLACION 1980 (HABITANTES) 3/	TÍTULOS REGISTRADOS (1945-1980) 4/ ABS	
AGUASCALIENTES	14	47	521 400	9	0.24
BAJA CALIFORNIA NOROCC	171	313	1 262 400	48	0.23
BAJA CALIFORNIA SUR	14	30	227 800	2	0.01
CAMPECHE	17	n.d	382 200	21	0.10
COAHUILA	109	126	1 607 000	433	2.11
COLIMA	23	n.d	350 400	36	0.18
CHIAPAS	43	30	2 158 900	13	0.06
CHIHUAHUA	108	269	1 990 700	19	0.09
DISTRITO FEDERAL	1 630	1 516	9 639 800	12 521	60.99
DURANGO	35	41	1 192 700	24	0.12
GUANAJUATO	109	158	3 135 400	27	0.10
GUERRERO	51	60	2 236 100	20	0.10
HIDALGO	39	n.d	1 159 300	33	0.16
JALISCO	357	555	4 419 200	1 895	9.23
MEXICO	132	196	7 767 900	393	1.91
MICHOACAN	156	113	3 136 800	912	4.45
MORELOS	32	150	960 200	16	0.08
NAYARIT	47	28	749 600	38	0.19
NUEVO LEON	286	329	2 536 200	1 349	6.58
OAXACA	63	29	2 585 900	13	0.06
PUEBLA	151	213	3 378 000	825	4.02
QUERETARO	24	57	752 800	3	0.01
QUINTANA ROO	4	n.d	216 900	0	0.00
SAN LUIS POTOSI	55	n.d	1 719 100	504	2.45
SINALOA	92	166	1 937 700	29	0.14
SONORA	64	182	1 540 800	27	0.13
TABASCO	61	40	1 183 300	63	0.31
TAMAULIPAS	156	245	1 977 600	269	1.31
TLAXCALA	10	n.d	564 600	4	0.02
VERACRUZ	316	158	5 415 200	592	2.88
YUCATAN	76	88	1 062 900	327	1.59
ZACATECAS	32	22	1 178 100	56	0.27

1/ FUENTE: VII Censo de Servicios, 1975. México, 1976

2/ FUENTE: Directorios telefónicos de las principales ciudades de la República Mexicana, 198

3/ FUENTE: Consejo Nacional de Población. X Censo General de Población y Vivienda. Resultado Preliminares por Entidad Federativa. México 1981.

4/ FUENTE: Dirección General de Profesiones. Catálogos de la Dirección General de Profesiones.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES
DE SERVICIOS DE PRACTICA LIBERAL

(1 9 7 5)

C. 3.20.

ENTIDAD FEDERATIVA	NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL OCUPADO	MOBILIARIO, EQUIPO Y OTROS ACTIVOS FIJOS TANGIBLES (MILES PESOS)	C/A
TOTAL	4,597	6,605	203,707	44
AGUASCALIENTES	14	49	145	10
BAJA CALIFORNIA NORTE	171	244	7,477	44
BAJA CALIFORNIA SUR	14	26	1,339	96
CAMPECHE	17	19	693	41
COAHUILA	109	163	5,680	52
COLIMA	23	28	736	32
CHIAPAS	43	52	1,282	30
CHIHUAHUA	108	215	5,331	49
DISTRITO FEDERAL	1,630	2,317	87,245	54
DURANGO	35	52	1,171	33
GUANAJUATO	109	160	4,463	41
GUERRERO	51	73	1,767	35
HIDALGO	39	55	1,476	38
JALISCO	357	537	12,495	35
MÉXICO	152	194	4,802	32
MICHOACÁN	156	202	5,385	35
MORELOS	32	46	1,281	40
NAYARIT	47	75	1,611	34
NUEVO LEÓN	286	436	12,609	44
OAXACA	63	78	2,368	38
PUEBLA	151	186	5,161	34
QUERÉTARO	24	30	1,077	45
QUINTANA ROO	4	5	180	45
SAN LUIS POTOSÍ	55	81	1,881	34
SINALOA	92	151	4,626	50
SONORA	162	245	9,324	57
TABASCO	61	77	2,245	37
TAMAULIPAS	156	250	7,076	45
TLAXCALA	10	13	188	19
VERACRUZ	316	404	9,549	30
YUCATÁN	76	91	1,886	25
ZACATECAS	32	56	1,158	36

FUENTE: ELABORADO CON BASE EN VII CENSO DE SERVICIOS 1976 (DATOS DE 1975, RESUMEN
GENERAL). MÉXICO, EN: ISTAT, 1977.

ODONTÓLOGOS QUE LABORAN EN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

1978, 1979

C. 3.21.

INSTITUCION	1 9 7 8		1 9 7 9	
	ABS	%	ABS	%
TOTAL	2 599	100.00	3 468	100.00
SEGURIDAD SOCIAL	2 073	79.77	2 289	66.00
I.M.S.S.	691	26.59	710	20.47
I.S.S.S.T.E.	409	15.74	517	14.91
PEMEX	65	2.50	76	2.19
FF.CC.	35	1.35	35	1.01
S.D.N.	125	4.81	127	3.66
S.M.N.	43	1.65	52	1.50
S.H.C.P.	15	0.58	15	0.43
C.F.E	690	26.55	757	21.83
ASISTENCIA SOCIAL	526	20.23	1 179	34.00
S.S.A.	457	17.58	1 109	31.98
S.N.D.I.F.	-	-	-	-
D.D.F.	69	2.65	70	2.02

FUENTE: Elaborado con base en los datos de:

- I.M.S.S.; Jefatura de servicios de Planeación
- I.S.S.S.T.E., Departamento de Estadísticas y Actuaría datos de 1978
- I.S.S.S.T.E., Depto. de Informática da la Subdirección Médica, datos de 1979
- PEMEX, Gerencia de Servicios Médicos
- F.F.CC. Departamento Médico
- S.M.N. Dirección General de servicios Médicos
- S.D.N. Dirección General de Sanidad
- S.H.C.P. Dirección de Servicios Médicos
- C.F.E. Departamento de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- S.S.A. Dirección General de Bieestadística
- D.D.F. Dirección General de servicios Médicos

FECHA DE FUNDACION DE LAS ESCUELAS DE ODONTOLOGIA DE MEXICO

ESCUELA O FACULTAD	UNIVERSIDAD O INSTITUTO AL QUE PERTENECE LA ESCUELA	AÑO DE FUNDACION
Escuela Nacional de Odontología	Universidad Nacional Autónoma de México	1904
Facultad de Odontología "Merida"	Universidad de Yucatán	1922
Facultad de Odontología "Guadalajara"	Universidad de Guadalajara	1925
Escuela de Odontología "Puebla"	Universidad Autónoma de Puebla	1937
Facultad de Odontología MTY N.L.	Universidad Autónoma de Nuevo León	1939
Escuela de Estomatología	Universidad Autónoma de San Luis Potosí	1941
Facultad de Odontología Ver.	Universidad Veracruzana	1951
Facultad de Odontología, Morelia	Universidad Michoacana de Sn. Nicolás de Hgo.	1954
Escuela de Odontología Torreón, Coah.	Universidad Autónoma de Coahuila	1961
Escuela de Odontología	Universidad Autónoma de Zacatecas	1962
Facultad de Odontología	Universidad Autónoma del Estado de México	1964
Escuela de Odontología en Nayarit	Universidad Autónoma de Nayarit	1969
Facultad de Odontología de Tampico	Universidad Autónoma de Tamaulipas	1969
Escuela de Odontología "Villahermosa"	Universidad Autónoma de Juárez de Tabasco	1969
Escuela de Odontología "Campeche"	Universidad del Sureste	1970

FECHA DE FUNDACION DE LAS ESCUELAS DE ODONTOLOGIA DE MEXICO

356

ESCUELA O FACULTAD	UNIVERSIDAD O INSTITUTO AL QUE PERTENECE LA ESCUELA	AÑO DE FUNDACION
Escuela de Odontología	Universidad Juárez del Estado de Durango	1972
Cirujano Dentista (Instituto Ciencias Biomédicas)	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	1973
Escuela de Odontología Unidad Universitaria (Tijuana)	Universidad Autónoma de Baja California	1973
Escuela de Estomatología "Centro Biomédico" Ags.	Universidad Autónoma de Aguascalientes	1973
Escuela de Odontología Oaxaca	Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca	1974
Cirujano Dentista E.N.E.P. Zaragoza	Universidad Nacional Autónoma de México	1974
Cirujano Dentista E.N.E.P. Iztacala	Universidad Nacional Autónoma de México	1974
Cirujano Dentista Unidad Ciencias de la Salud (Veracruz, Ver)	Universidad Veracruzana	1975
Escuela de Odontología en Pachuca	Universidad Autónoma de Hidalgo	1975
Escuela de Odontología Unidad Universitaria Mexicali	Universidad Autónoma de Baja California Norte	--*
Cirujano Dentista	Escuela de Odontología (Chihuahua)	--*
Escuela Militar de Odontología	Universidad del Ejército y Fuerza Aérea	--*
Escuela de Odontología	Universidad Tecnológica de México	--*
Escuela de Odontología	Universidad Latinoamericana	--*

FECHA DE FUNDACION DE LAS ESCUELAS DE ODONTOLOGIA DE MEXICO

ESCUELA O FACULTAD	UNIVERSIDAD O INSTITUTO AL QUE PERTENECE LA ESCUELA	AÑO DE FUNDACION
Escuela de Odontología	Universidad Intercontinental	-*-
Centro Interdisciplinario de Escuela de la Salud Lic. en Odontología	Instituto Politécnico Nacional	-*-
Escuela de Odontología	Universidad del Bajío (León)	-*-
Escuela de Odontología "Guadalajara"	Universidad Autónoma de Guadalajara	-*-
Facultad de Odontología	Universidad Autónoma del Edo. de México	-*-
Facultad de Odontología	Universidad Regional del Sureste de Oaxaca	-*-
Cirujano Dentista (División de Ciencias de la Salud)	Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla	-*-
Escuela de Odontología	Universidad Autónoma de Sinaloa	-*-
Escuela de Odontología	Universidad del Sureste	-*-
Departamento de Odontología (Tlax.)	Universidad Autónoma de Tlaxcala	-*-
Facultad de Odontología (Jalapa) Unidad docente Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud	Universidad Veracruzana	-*-
Facultad de Odontología (Cd. Mendoza) Unidad Docente Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud	Universidad Veracruzana	-*-
Facultad de Odontología (Minatitlán) Unidad Docente Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud	Universidad Veracruzana	-*-

FUENTE: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior "La Enseñanza Superior en México (1970 - 1976) México, 1979; Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. Anuario, 1980. México 1981.

* Escuelas fundadas después del año 1976.

ALUMNOS DE PRIMER INGRESO, MATRICULA TOTAL, EGRESADOS Y TITULOS
 EXPEDIDOS DE CIRUJANO DENTISTA O ESTOMATOLOGO 19 40 A 1979.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

C. 3.23.

AÑOS	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS										NUMERO DE TITULOS EXPEDIDOS				
	PRIMER INGRESO					MATRICULA TOTAL					EGRESADOS				
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1949	n.d.	n.d.	n.d.	186	133	319	n.d.	n.d.	n.d.	37	12	49	n.d.	n.d.	n.d.
1941	n.d.	n.d.	n.d.	182	149	331	n.d.	n.d.	n.d.	36	22	58	n.d.	n.d.	n.d.
1942	n.d.	n.d.	n.d.	159	124	283	n.d.	n.d.	n.d.	31	22	53	n.d.	n.d.	n.d.
1943	n.d.	n.d.	n.d.	177	127	304	n.d.	n.d.	n.d.	31	18	49	n.d.	n.d.	n.d.
1944	n.d.	n.d.	n.d.	138	97	235	n.d.	n.d.	n.d.	38	35	73	n.d.	n.d.	n.d.
1945	n.d.	n.d.	n.d.	152	112	264	n.d.	n.d.	n.d.	24	11	35	n.d.	n.d.	n.d.
1946	n.d.	n.d.	n.d.	156	107	263	n.d.	n.d.	n.d.	29	19	48	n.d.	n.d.	n.d.
1947	n.d.	n.d.	n.d.	183	100	283	n.d.	n.d.	n.d.	30	14	44	n.d.	n.d.	n.d.
1948	n.d.	n.d.	n.d.	209	101	310	17	17	34	19	6	25	19	17	36
1949	n.d.	n.d.	n.d.	247	111	358	20	17	37	9	17	26	25	17	42
1950	n.d.	n.d.	n.d.	220	118	338	36	16	52	25	13	38	25	17	42
1951	n.d.	n.d.	n.d.	298	121	419	33	11	44	34	10	44	35	13	48
1952	n.d.	n.d.	n.d.	315	131	446	48	19	67	36	20	56	36	20	56
1953	n.d.	n.d.	n.d.	328	129	457	42	27	69	38	19	57	38	19	57
1954	n.d.	n.d.	n.d.	343	123	466	41	20	61	50	31	81	50	31	81
1955	n.d.	n.d.	n.d.	340	137	477	42	21	63	41	20	61	41	20	61
1956	n.d.	n.d.	n.d.	381	150	531	58	31	89	31	7	38	31	7	38
1957	n.d.	n.d.	n.d.	456	174	630	60	27	87	36	12	48	36	12	48
1958	117	45	162	435	184	619	58	21	79	66	20	86	66	20	86
1959	109	91	200	437	247	734	n.d.	n.d.	n.d.	46	23	69	46	23	69
1960	n.d.	n.d.	310	n.d.	n.d.	925	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

ALUMNOS DE PRIMER INGRESO, MATRICULA TOTAL, EGRESADOS Y TITULOS
EXPEDIDOS DE CIRUJANO DENTISTA O ESTOMATOLOGO 19 40 A 1979.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

A N O S	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS						NUMERO DE TITULOS EXPEDIDOS					
	PRIMER INGRESO			MATRICULA TOTAL			EGRESADOS			NUMERO DE TITULOS EXPEDIDOS		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1961	206	114	320	686	368	1,054	69	32	101	61	36	97
1962	n.d.	n.d.	325	n.d.	n.d.	1,196	62	26	88	48	28	76
1963	n.d.	n.d.	287	n.d.	n.d.	1,302	102	70	172	79	32	111
1964	n.d.	n.d.	231	n.d.	n.d.	1,278	100	54	154	82	46	130
1965	165	125	290	783	555	1,338	123	72	195	111	51	152
1966	212	103	315	837	571	1,408	115	104	219	102	59	161
1967	205	173	378	908	629	1,537	146	76	222	148	99	247
1968	223	214	437	964	744	1,708	111	107	218	126	67	193
1969	275	227	502	1,099	844	1,943	134	101	235	132	100	232
1970	295	264	559	1,174	1,023	2,197	189	106	295	172	119	291
1971	548	538	1,086	1,801	1,527	3,328	321	236	557	244	134	378
1972	716	763	1,479	1,894	1,806	3,700	265	208	473	210	142	352
1973	879	897	1,776	2,391	2,502	4,893	265	279	544	322	259	581
1974	882	1,019	1,901	2,947	3,142	6,089	359	369	728	309	282	591
1975	691	831	1,572	2,846	3,396	6,242	361	470	831	356	344	700
1976	781	775	1,556	3,119	3,542	6,661	524	563	1,087	366	369	735
1977	683	990	1,673	3,158	4,184	7,342	540	563	1,103	276 (1)	273 (1)	555 (1)
1978	658	910	1,568	2,636	3,570	6,206	486	695	1,181	496 (2)	551 (2)	1,047 (2)
1979	609	853	1,462	2,520	3,510	6,030	561	620	1,181	365	388	754
1980	557	701	1,258	2,317	3,148	5,465	n.d.	n.d.	n.d.	545	666	1,211
1981	402	636	1,038	n.d.	n.d.	5,027	n.d.	n.d.	n.d.			

FUENTE: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, ANUARIOS ESTADISTICOS 1959-1979

(1) TITULOS EXPEDIDOS EL 1° DE ENERO AL 30 DE SEPT.
(2) TITULOS EXPEDIDOS DE 1977 AL 30 DE JUNIO DE 1978

POBLACION ESCOLAR NIVEL LICENCIATURA
CIRUJANO DENTISTA

C. 3.24.

AÑO	PRIMER INGRESO	MATRICULA TOTAL
TOTAL	20 340	78 531
1929	-	291
1930	-	354
1931	-	342
1932	-	307
1933	-	291
1934	-	250
1935	-	254
1936	-	286
1937	-	306
1938	-	312
1939	82	301
1940	113	319
1941	101	331
1942	73	283
1943	62	304
1944	48	235
1945	54	264
1946	54	263
1947	58	283
1948	90	310
1949	104.	358
1950	100	398
1951	97	419
1952	106	446
1953	114	457

AÑO	PRIMER INGRESO	MATRICULA TOTAL
1954	122	456
1955	118	477
1956	145	531
1957	181	630
1958	162	619
1959	200	734
1960	306	923
1961	320	1 054
1962	325	1 196
1963	287	1 302
1964	231	1 278
1965	255	2 121
1966	315	1 408
1967	378	1 537
1968	437	1 708
1969	502	1 943
1970	559	2 207
1971	1 086	3 328
1972	1 479	3 700
1973	1 745	4 852
1974	1 900	6 062
1975	1 572	6 242
1976	1 556	5 661
1977	1 673	7 342
1978	1 568	6 206
1979	1 462	6 030

FUENTE: Universidad Nacional Autónoma de México. Cuadros Estadísticos 1929-1979 Secretaría General Administrativa. Dirección de Servicios Auxiliares. Departamento de Estadística.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
EGRESADOS

C. 3.25.

AÑO	EGRESADOS	AÑO	EGRESADOS
TOTAL	10 513		
1948	34	1964	158
1949	37	1965	195
1950	52	1966	219
1951	44	1967	222
1952	67	1968	218
1953	69	1969	235
1954	61	1970	295
1955	63	1971	557
1956	89	1972	473
1957	87	1973	544
1958	84	1974	728
1959	93	1975	831
1960	108	1976	1 087
1961	101	1977	1 140
1962	90	1978	1 181
1963	172	1979	1 181

FUENTE: Universidad Nacional Autónoma de México. Cuadros Estadísticos 1929-1979 Secretaría General Administrativa. Dirección de Servicios Auxiliares. Departamento de Estadística

NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS EN EL AÑO DE 1971

- ESCUELA O FACULTAD - UNIVERSIDAD O INS- - TITUTO AL QUE PER- - TENECE	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER INGRESO	MATRICULA TOTAL	EGRSADOS
- Cirujano Dentista "Instituto de Ciencias de la Salud" Universidad Autónoma del Estado de México	-	46	8
- Escuela de Odontología en Nayarit Universidad Autónoma de Nayarit	54	76	-
- Facultad de Odontología de Tampico Universidad Autónoma de Tamaulipas	69	94	-
- Escuela de Odontología "Villahermosa Universidad Autónoma de Tabasco	28	44	-
- Escuela de Odontología "Campeche" Universidad del Sureste	9	9	-
T O T A L	2 197	6 700	926

ESCUELA O FACULTAD - UNIVERSIDAD O INS- TITUTO AL QUE PER- TENECE	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER INGRESO	MATRICULA TOTAL	EGRESADOS
- Escuela Nal. de Odontología Universidad Nal. Autónoma de México	1 479	3 700	473
- Facultad de Odontología Universidad de Yucatán	44	135	9
- Facultad de Odontología "Guadalajara" Universidad de Guadalajara	241	749	123
- Escuela de Odontología "Puebla" Universidad Autónoma de Puebla	154	499	65
- Facultad de Odontología MTY N.L. Universidad Autónoma de Nuevo León	176	541	88
- Escuela de Estomatología Universidad Autónoma de San Luis Potosí	69	286	40
- Facultad de Odontología Ver. Universidad Veracruzana	115	404	44
- Facultad de Odontología, Uruapan Universidad Michoacana de Sn. Nicolás de Hgo.	243	510	42
- Escuela de Odontología Torreón, Coah. Universidad Autónoma de Coahuila	152	364	34
- Escuela de Odontología Universidad Autónoma de Zacatecas	90	172	8

NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS EN EL AÑO DE 1972

	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER INGRESADO	MATRICULA TOTAL	EGRESADOS
- ESCUELA O FACULTAD			
- UNIVERSIDAD O INSTITUTO AL QUE PERTENECE			
- Cirujano Dentista "Instituto de Ciencias de la Salud"	-	46	15
- Universidad autónoma del Estado de México			
- Escuela de Odontología en Nayarit	57	87	-
- Universidad Autónoma de Nayarit			
- Facultad de Odontología de Tampico	75	125	-
- Universidad Autónoma de Tamaulipas			
- Escuela de Odontología "Villahermosa"	30	69	-
- Universidad Autónoma de Tabasco			
- Escuela de Odontología "Campeche"	-	10	15
- Universidad del Sureste			
T O T A L	2 925	7 697	956

NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS EN EL AÑO DE 1973

ESCUELA O FACULTAD UNIVERSIDAD O INS- TITUTO AL QUE PER- TENECE	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS	
	PRIMERO INGRESO	MATRICULA TOTAL
- Escuela Nacional de Odontología Universidad Nal. Autónoma de México	1 745	4 862
- Facultad de Odontología Universidad de Yucatán	51	178
- Facultad de Odontología Universidad de Guadalajara	163	646
- Escuela de Odontología "Puebla" Universidad Autónoma de Puebla	185	584
- Facultad de Odontología MUY N.L. Universidad Autónoma de Nuevo León	111	655
- Escuela de Estomatología Universidad Autónoma de San Luis Potosí	83	325
- Facultad de Odontología Ver. Universidad Veracruzana	-	343
- Facultad de Odontología Universidad Michoacana de San Nicolás de Hgo.	349	698
- Escuela de Odontología Universidad Autónoma de Coahuila	83	335
- Escuela de Odontología Universidad Autónoma de Zacatecas	116	239

NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS EN EL AÑO DE 1973

ESCUELA O FACULTAD UNIVERSIDAD O INS- TITUTO AL QUE PER- TENECE	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER INGRESO	MATRICULA TOTAL	EGRÉSADOS
- Cirujano Dentista "Instituto de Ciencias de la Salud" Universidad Autónoma del Estado de México	-	56	20
- Facultad de Odontología de Tampico Universidad Autónoma de Tamaulipas	54	219	-
- Escuela de Odontología en Nayarit Universidad Autónoma de Nayarit	68	193	-
- Escuela de Odontología "Villahermosa" Universidad Autónoma de Tabasco	50	89	9
- Escuela de Odontología "Campeche" Universidad del Sureste	-	10	24
- Escuela de Odontología Universidad Juárez del Estado de Durango	17	17	-
- Cirujano Dentista "Centro Biomédico" Ags. Universidad Autónoma de Aguascalientes	6	6	-
T O T A L	3 081	9 455	1 009

NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS EN EL AÑO DE 1974

ESCUELA O FACULTAD UNIVERSIDAD O INS- TITUTO AL QUE PERTENECE	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER INGRESO	MATRÍCULA TOTAL	EGRESADOS
- Escuela Nal. de Odontología Universidad Nal. Autónoma de Méx	1 900	6 062	723
- Facultad de Odontología Universidad de Oaxaca	63	221	19
- Facultad de Odontología "Guadalajara" Universidad de Guadalajara	215	1 159	112
- Escuela de Odontología "Puebla" Universidad Autónoma de Puebla	367	909	85
- Facultad de Odontología MPM N.L. Universidad Autónoma de Nuevo León	341	957	51
- Escuela de Estomatología Universidad Autónoma de San Luis Potosí	175	444	43
- Facultad de Odontología Ver. Universidad Veracruzana	175	458	63
- Facultad de Odontología, Uruapan Universidad Michoacana de Sn. Nicolás de Hgo.	478	906	84
- Escuela de Odontología Torreón, Coah. Universidad Autónoma de Coahuila	102	412	72
- Escuela de Odontología Universidad Autónoma de Zacatecas	135	302	12
- Cirujano Dentista "Instituto de Ciencias de la Salud" Universidad Autónoma del ESTADO DE México	-	52	26

ESCUELA O FACULTAD Universidad O INS- TITUTO AL QUE PER- TENECE	NUMERO DE ALUMNOS		REGISTRADOS	EGRESADOS
	PRIMER	MATRICULA		
- Facultad de Odontología de Tampico Universidad Autónoma de Tamaulipas	129	219	-	
- Escuela de Odontología en Nayarit Universidad Autónoma de Nayarit	104	271	15	
- Escuela de Odontología "Villahermosa" Universidad Autónoma de Tabasco	66	166	16	
- Escuela de Odontología "Campeche" Universidad del Sureste	-	26	40	
- Escuela de Odontología Universidad Juárez del Estado de Durango	10	27	-	
- Cirujano Dentista Instituto Ciencias Bio- médicas Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	8	8	-	
- Escuela de Odontología Unidad Universita- ria Tijuana Universidad Autónoma de Baja California	107	107	-	
- Cirujano Dentista "Centro Biomédico" Ags. Universidad Autónoma de Aguascalientes	9	15	-	
- Cirujano Dentista E.N.E.P. Cuatitlán Universidad Nal. Autónoma de México	1 156	1 156	-	
T O T A L	5 540	13 877	1 366	

NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS EN EL AÑO DE 1975

ESCUELA O FACULTAD UNIVERSIDAD O INS- TITUTO AL QUE PER- TENECE	NOMBRE DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER	MATRICULA	EGRESADOS
- Escuela Nal. de Odontología Universidad Nal. Autónoma de México	1 572	6 242	831
- Facultad de Odontología Universidad de Yucatán	77	247	16
- Facultad de Odontología "Guadalajara" Universidad de Guadalajara	306	1 299	124
- Escuela de Odontología "Puebla" Universidad Autónoma de Puebla	402	949	79
- Facultad de Odontología MTY N.L. Universidad Autónoma de Nuevo León	363	1 273	56
- Escuela de Estomatología Universidad Autónoma de San Luis Potosí	106	477	50
- Facultad de Odontología Ver. Universidad Veracruzana	115	460	76
- Facultad de Odontología Uruapan Universidad Michoacana de Sn. Nicolás de Hgo.	539	1 131	115
- Escuela de Odontología Torreón, Coah. Universidad Autónoma de Coahuila	102	422	75
- Escuela de Odontología Universidad Autónoma de Zacatecas	122	332	27
- Cirujano Dentista "Instituto de Ciencias de la Salud" Universidad Autónoma del Estado de México	-	45	20

ESCUELA O FACULTAD UNIVERSIDAD O INS- TITUTO AL QUE PER- TENECE	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER	DE	REGISTRADOS EGRESADOS
- Facultad de Odontología de Tampico Universidad Autónoma de Tamaulipas	55	306	38
- Escuela de Odontología en Nayarit Universidad Autónoma de Nayarit	100	298	17
- Escuela de Odontología "Villahermosa" Universidad Autónoma Juárez de Tabasco	70	173	27
- Escuela de Odontología "Campeche" Universidad del Sureste	4	52	83
- Escuela de Odontología Universidad Juárez del Estado de Durango	10	37	-
- Cirujano Dentista (Instituto Ciencias Bio Médicas) Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	16	22	-
- Escuela de Odontología Unidad Universita- ria Tijuana Universidad Autónoma de Baja California	120	197	-
- Cirujano Dentista "Centro Biomédico" Ags. Universidad Autónoma de Aguascalientes	25	29	-
- Cirujano Dentista "Centro Biomédico" Ags. Universidad Autónoma de Aguascalientes	20	20	-
- Cirujano Dentista ENEP Iztacala Universidad Nat. Autónoma de México	1 731	2 586	-

NÚMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS EN EL AÑO DE 1975

ESCUELA O FACULTAD UNIVERSIDAD O INS- TITUTO AL QUE PER- TENECE	NÚMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER INGRESO	MATRICULA TOTAL	EGRESADOS
- Cirujano Dentista Unidad Ciencias de la Salud Universidad Veracruzana	44	44	-
- Escuela de Odontología en Pachuca Universidad Autónoma de Hidalgo	46	46	-
T O T A L	5 927	16 687	1 634

ESCUELA FACULTAD UNIVERSIDAD O INS TITUTO AL QUE PERTENECE	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER	MATRICULA	EGRESADOS
- Escuela Nacional de Odontología Universidad Nacional Autónoma de México	1 556	6 661	881
- Facultad de Odontología Universidad de Yucatán	120	339	50
- Facultad de Odontología "Guadalajara" Universidad de Guadalajara	542	2 067	139
- Escuela de Odontología "Puebla" Universidad Autónoma de Puebla	279	1 009	81
- Facultad de Odontología MTY N.L. Universidad Autónoma de Nuevo León	387	1 402	146
- Escuela de Estomatología Universidad Autónoma de San Luis Potosí	129	518	59
- Facultad de Odontología Ver. Universidad Veracruzana	151	582	93
- Facultad de Odontología Uruapan Universidad Michoacana Sn. Nicolás de Hidalgo	422	1 038	155
- Escuela de Odontología Torreón, Coah. Universidad Autónoma de Coahuila	142	481	77
- Escuela de Odontología Universidad Autónoma de Zacatecas	130	360	32
- Cirujano Dentista "Instituto de Ciencias de la Salud"	-	249	21

ESCUELA O FACULTAD UNIVERSIDAD O INT- TITULO AL QUE PER- TENECE	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER INGRESOS	MATRICULA TOTAL	EGRESADOS
- Facultad de Odontología de Tampico Universidad Autónoma de Tamaulipas	110	408	61
- Escuela de Odontología en Nayarit Universidad Autónoma de Nayarit	119	324	18
- Escuela de Odontología "Villahermosa" Universidad Autónoma de Juárez de Tabasco	78	203	16
- Escuela de Odontología "Campeche" Universidad Del Sureste	50	97	4
- Escuela de Odontología Universidad Juárez del Estado de Durango	37	82	-
- Cirujano Dentista (Instituto Ciencias - Biomédicas) Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	60	79	-
- Escuela de Odontología Unidad Universi- taria Tijuana Universidad Autónoma de Baja California	118	315	-
- Cirujano Dentista "Centro Biomédico" Aqs. Universidad Autónoma de Aguascalientes	40	50	-
- Escuela de Odontología Oaxaca Universidad Autónoma Benito Juárez de Oax.	26	41	-
- Cirujano Dentista ENEP Iztacala Universidad Nal. Autónoma de México	1 061	3 239	-

NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS EN EL AÑO DE 1976

ESCUELA O FACULTAD UNIVERSIDAD O INS- TITUTO AL QUE PER- TENECE	NUMERO DE ALUMNOS REGISTRADOS		
	PRIMER INGRESO	MATRICULA TOTAL	EGRESADOS
- Cirujano Dentista Unidad Ciencias de la Salud Unidad Veracruzana	75	119	-
- Escuela de Odontología en Pachuca Universidad Autónoma de Hidalgo	46	84	-
T O T A L	5 745	19 747	1 833

UNAM FACULTAD DE ODONTOLOGIA,

EDAD DE LOS ALUMNOS POR NIVEL PROFESIONAL 1978.

C. 3.27.

GRUPOS DE EDADES POR AÑO.	SUNIA		P. INGRESO		REINGRESO	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
I HASTA 17	201	3.2	201	12.8	--	--
II 18 a 21	3,667	59.1	1,042	66.4	2,625	56.6
III 22 a 24	1,533	24.7	174	11.1	1,359	29.3
IV 25 a 27	475	7.7	81	5.2	394	8.5
V 28 o más	330	5.3	70	4.5	260	5.6
T O T A L :	6,206	100.0	1,568	100.0	4,638	100.0

FUENTE: Universidad Nacional Autónoma de México, Anuario Estadístico 1979, México, Ed. D.G.P., 1979

pp. 103 y 104.

CALCULO DE LA EDAD PEEDEDIO DEL DEFUSADO DE
 CHERUANO HERNANDEZ, SUYENDO UNA DISTRIBUCION
 UNIFORME DE LOS GRUPOS DE EDADES

C. 3.28

GRUPO No. MEDIA POR AÑO	EDAD DE INGRESO (I)	NUMERO (N)	EDAD DE EGRESO (E)	(N) (E)
201/1 = 201	17	201	21	4,201
		SUBTOTAL 201		
	18	261	22	5,742
	19	260	23	5,980
	20	260	24	6,240
1,042/4 = 260.5	21	261	25	6,525
		SUBTOTAL 1,042		
	22	58	26	1,508
	23	58	27	1,566
	24	58	28	1,624
174/3 = 58		174		
	25	27	29	783
	26	27	30	810
	27	27	31	837
		SUBTOTAL 81		
81/3 = 27	28	4	32	128
	29	4	33	132
	30	4	34	136
	31	3	35	105
	32	3	36	108
	33	3	37	111
	34	3	38	114
	35	3	39	117
	36	3	40	120
	37	3	41	123
	38	4	42	168
	39	3	43	129
	40	3	44	132
	41	3	45	135
	42	3	46	138
	43	3	47	141
	44	3	48	144
	45	3	49	147
	46	4	50	200
	47	4	51	204
	48	4	52	208
1,010	SUBTOTAL 70	1,168	Σ NE 38,756	
	TOTAL: 1,568			

$$EM_{\alpha} = \frac{\sum NE}{\sum N} = \frac{38,756}{1,568} = 24.71$$

CALCULO DE LA EDAD PROMEDIO DEL EGRESA-
DO DE CIRUJANO DENTISTA MEDIANTE EL ME-
TODO ABREVIADO DE LOS PUNTOS MEDIOS

(MARCAS DE CLASE)

C. 3.29.

X	Y	PMX _I	PMX _F	PMX _E
17	201	17.0	21.0	4,221
18-21	1 042	19.5	23.5	24,487
22-24	174	23.0	27.0	4,698
25-27	81	26	30.0	2,430
28 o más	70	33	37.0	2,590
	1,568			38,426

$$= \frac{\sum YPMX_E}{\sum Y} = \frac{38,426}{1,568} = 24.5$$

FUENTE: Elaborado en base a: Universidad Na-
cional Autónoma de México. Anuario
Estadístico 1979. Ed. D. G. P., --
1979, pp.103 y 104

TASAS DE ESPECIFICAS DE MORTALIDAD TOTAL, 1930-1970

(por mil habitantes)

C. 3.30.

EDAD	1930	1940 <u>a/</u>	1950 <u>a/</u>	1960 <u>a/</u>	1970 <u>a/</u>
0	163.15	135.75	108.77	77.94	69.89
1	81.13	69.68	49.54	22.49	16.66
2	54.31	45.01	31.82	13.64	8.91
3	35.04	26.79	18.10	8.15	5.50
4	22.88	16.74	10.69	5.02	3.51
5-9	11.47	7.61	4.96	2.65	1.90
10-14	5.71	3.95	2.55	1.43	1.11
15-19	7.40	5.99	3.82	2.18	1.69
20-24	9.6	8.42	5.06	3.10	2.67
25-29	11.38	10.06	6.27	4.21	3.30
30-34	12.99	11.47	7.38	4.91	4.09
35-39	14.75	13.26	8.61	5.93	5.33
40-44	17.02	15.19	10.01	7.42	6.39
45-59	20.10	17.79	12.80	9.53	8.29
50-54	25.25	22.15	16.25	12.49	10.72
55-59	32.8	29.13	21.38	16.85	15.37
60-64	42.34	39.05	28.96	23.40	21.53
65-69	61.00	54.93	42.50	34.26	32.29
70-74	88.00	77.51	61.68	49.59	46.31
75-79	129.90	111.57	91.15	71.90	69.12
80-84	193.25	181.50	143.68	109.76	128.49 <u>b/</u>
85 y más	554.02	519.17	467.76	401.84	

a/ Año central del intervalo 1939-41, 1949-51, 1959-61, y 1969-71.

b/ 80 años y más.

FUENTE: Benítez Z. Raúl y Cabrera A. Gustavo, Tablas Abreviadas de Mortalidad para la población de México, 1930, 1940, 1950, 1960. El Colegio de México. México, 1967.

Cabrera A. Gustavo, Ordorica M. Manuel y García Luis, Tabla Abreviada de Mortalidad de México, 1969-1971; El Colegio de México. C. E. E. D., 1973. Trabajo inédito.

TASAS DE DEFUNCIÓN POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

PARA DIFERENTES PERÍODOS Y AÑOS.

GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD	T A S A					T A S A									
	1960 - 1969										1970 - 1979				
	5 T.	4 T.	3 T.	2 T.	T	5 T.	4 T.	3 T.	2 T.	T					
25 A 29	0.02105	0.01684	0.01263	0.00842	0.00421	0.0165	0.0132	0.0099	0.0066	0.0033					
30 A 34	0.02455	0.01964	0.01473	0.00982	0.00491	0.02045	0.01636	0.01227	0.00816	0.00409					
35 A 39	0.02965	0.02372	0.01779	0.01186	0.00593	0.02665	0.02132	0.01599	0.01066	0.00533					
40 A 44	0.03710	0.02968	0.02226	0.01484	0.00742	0.03195	0.02556	0.01917	0.01270	0.00639					
45 A 49	0.04765	0.03812	0.02859	0.01906	0.00953	0.04145	0.03316	0.02487	0.01658	0.00829					
50 A 54	0.06245	0.04996	0.03747	0.02498	0.01249	0.05360	0.04288	0.03216	0.02144	0.01072					
55 A 59	0.08425	0.06740	0.05055	0.03370	0.01685	0.07685	0.06148	0.04611	0.03074	0.01537					
60 A 64	0.11700	0.09360	0.07020	0.04680	0.02340	0.10765	0.08612	0.06459	0.04306	0.02153					

F U E N T E : Benítez Z. Raúl y Cabrera A. Gustavo Tablas Abreviadas de Mortalidad para la Población de México 1930, 1940, 1950, 1960. El Colegio de México, México, 1967.

Cabrera A. Gustavo, Ordórica M. Manuel y García Luis, Tabla Abreviada de Mortalidad de México, 1969-1971; El Colegio de México. C.R.E.D., 1973. Indicador Histórico.

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and activities. It emphasizes that this is crucial for ensuring transparency and accountability in the organization's operations.

2. The second part of the document outlines the various methods and tools used to collect and analyze data. It highlights the need for consistent and reliable data collection processes to support effective decision-making.

3. The third part of the document focuses on the role of technology in data management and analysis. It discusses how modern software solutions can streamline data collection, storage, and reporting, thereby improving efficiency and accuracy.

4. The fourth part of the document addresses the challenges associated with data management, such as data quality, security, and privacy. It provides strategies to mitigate these risks and ensure that data is used responsibly and ethically.

5. The fifth part of the document concludes by summarizing the key findings and recommendations. It stresses the importance of ongoing monitoring and evaluation to ensure that data management practices remain effective and aligned with the organization's goals.

6. The sixth part of the document provides a detailed overview of the data collection process, including the identification of data sources, the design of data collection instruments, and the implementation of data collection procedures.

7. The seventh part of the document discusses the various methods used for data analysis, such as descriptive statistics, inferential statistics, and qualitative analysis. It explains how these methods are used to interpret the data and draw meaningful conclusions.

8. The eighth part of the document focuses on the ethical considerations of data management and analysis. It discusses the importance of obtaining informed consent, protecting personal information, and ensuring that data is used for legitimate purposes.

9. The ninth part of the document provides a detailed overview of the data storage and management process, including the selection of storage solutions, the implementation of data backup and recovery procedures, and the management of data access and security.

10. The tenth part of the document discusses the role of data in decision-making and strategic planning. It explains how data can be used to identify trends, opportunities, and risks, and to inform the development of effective strategies.

11. The eleventh part of the document provides a detailed overview of the data reporting process, including the design of reports, the selection of data to be reported, and the distribution of reports to relevant stakeholders.

12. The twelfth part of the document discusses the importance of data literacy and the need for training and education to ensure that all employees are able to effectively use and interpret data.

13. The thirteenth part of the document provides a detailed overview of the data governance process, including the establishment of data governance policies, the implementation of data governance procedures, and the monitoring and evaluation of data governance performance.

14. The fourteenth part of the document discusses the future of data management and analysis, including the impact of emerging technologies such as artificial intelligence and big data, and the need for ongoing innovation and research.

15. The fifteenth part of the document concludes by summarizing the key findings and recommendations. It stresses the importance of a data-driven culture and the need for continuous improvement in data management and analysis practices.

16. The sixteenth part of the document provides a detailed overview of the data collection process, including the identification of data sources, the design of data collection instruments, and the implementation of data collection procedures.

17. The seventeenth part of the document discusses the various methods used for data analysis, such as descriptive statistics, inferential statistics, and qualitative analysis. It explains how these methods are used to interpret the data and draw meaningful conclusions.

18. The eighteenth part of the document focuses on the role of technology in data management and analysis. It discusses how modern software solutions can streamline data collection, storage, and reporting, thereby improving efficiency and accuracy.

19. The nineteenth part of the document addresses the challenges associated with data management, such as data quality, security, and privacy. It provides strategies to mitigate these risks and ensure that data is used responsibly and ethically.

20. The twentieth part of the document concludes by summarizing the key findings and recommendations. It stresses the importance of ongoing monitoring and evaluation to ensure that data management practices remain effective and aligned with the organization's goals.

21. The twenty-first part of the document provides a detailed overview of the data collection process, including the identification of data sources, the design of data collection instruments, and the implementation of data collection procedures.

22. The twenty-second part of the document discusses the various methods used for data analysis, such as descriptive statistics, inferential statistics, and qualitative analysis. It explains how these methods are used to interpret the data and draw meaningful conclusions.

23. The twenty-third part of the document focuses on the role of technology in data management and analysis. It discusses how modern software solutions can streamline data collection, storage, and reporting, thereby improving efficiency and accuracy.

6.4. CUADROS ANEXOS AL CAPITULO 4

INDICES CPD y CEO EN 6000 NIÑOS EXAMINADOS EN 20 ESCUELAS
DEL DISTRITO FEDERAL DE ZONAS URBANAS Y SEMIURBANAS EN ---
FEBRERO DE 1966.*

C.4.1

EDAD.	No.	C	E ₁	E	O	CPD.	TP.	C	E	O	CEO	TP.
7	1000	1.277	0.029	0.004	0.072	1.382	6.440	3.508	1.121	0.071	4.800	13.705
8	1000	1.974	0.140	0.018	0.088	2.220	10.057	2.731	1.192	0.199	4.122	10.116
9	1000	2.511	0.241	0.008	0.147	2.907	13.077	2.088	1.091	0.150	5.329	7.700
10	1000	3.139	0.311	0.026	0.149	3.625	15.497	1.697	0.779	0.064	2.540	5.442
11	1000	4.077	0.404	0.055	0.180	4.716	21.377	0.875	0.583	0.038	1.296	2.152
12	1000	4.969	0.291	0.062	0.155	5.477	25.085	0.266	0.163	0.009	0.438	0.626
Acumulado.	6000	17.947	1.416	173	791	20.327	91.533	11.165	4.729	531	16,525	40.039
Promedio.	1	2.991	0.236	0.029	0.132	3.388	15.255	1.860	0.788	0.089	2.754	6.673

(*) : Este concentra la información de 10 cuadros elaborados por la Dirección de Odontología del D.F., de la S.S.A., para ese año, cuyos resultados se editaron en enero de 1968.

INDICES CPD Y CEO EN 6000 NIÑOS EXAMINADOS EN 20 ESCUELAS DEL DISTRITO FEDERAL DE ZONAS URBANAS Y SEMIURBANAS EN FEBRERO DE 1966 Y PORCENTAJE DE PIEZAS AFECTADAS: PERMANENTES, TEMPORALES Y TOTAL.

C. 4.2

EDAD.	No.	CPD,	TP.	AFFECTADO %	CEO.	TP	AFFECTADO %	CPD+CEO,	TP	% AFECTADO.
7	1000	1.38	6.44	21.4	4.80	13.70	35.0	6.18	20.14	30.7
8	1000	2.22	10.06	22.1	4.12	10.42	39.5	6.34	20.48	31.0
9	1000	2.91	13.08	22.3	3.33	7.70	43.3	6.24	20.78	30.0
10	1000	3.63	15.50	23.4	2.54	5.44	46.7	6.17	20.94	29.5
11	1000	4.72	21.34	22.1	1.30	2.15	60.5	6.02	25.49	25.0
12	1000	5.45	25.09	21.7	0.44	0.63	69.8	5.89	25.72	23.9
PROMEDIO:	1000	3.39	15.26	22.2	2.75	6.67	41.2	6.14	21.93	28.0

FUENTE.- DATOS PROCESADOS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA POR LA DIRECCIÓN DE ODONTOLOGÍA DEL D. F., DE LA S.S.A. EN EL AÑO DE 1968.

INDICES DE ATENCION A PATOLOGIAS ESTOMATOLÓGICAS
EN 6,000 NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS, EN EL DISTRITO FEDERAL

C. 4, 3

EDAD	No.	0	CP0	0/CP0 (%)	0	CEO	0/CEO (%)
7	1,000	0.072	1.382	5.2	0.071	4.800	1.5
8	1,000	0.088	2.220	4.0	0.199	4.122	4.8
9	1,000	0.147	2.907	5.1	0.150	3.329	4.5
10	1,000	0.149	3.625	4.1	0.064	2.540	2.5
11	1,000	0.180	4.716	3.8	0.038	1.296	2.9
12	1,000	0.155	5.477	2.8	0.009	0.438	2.1
MEDIA	1	0.132	3.388	3.9	0.089	2,754	3.2

FUENTE: DATOS PROCESADOS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA POR LA DIRECCIÓN DE ODONTO-
GÍA DEL D. F., DE LA S. S. A., EN 1963.

MOTIVOS DE CONSULTA EN SERVICIOS DENTALES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 1980

C. 4,4

No. DE	MOTIVOS DE CONSULTA	CLAVE C. I. E 1975	TOTAL	%
1	TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES,	520	15,297	1.8
2	ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS - DÜROS,	521	639,578	77.3
3	ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES	522	101,725	12.3
4.	ENFERMEDADES PERIODONTALES Y DE LA ENCIA	523	55,223	6.7
5.	ANOMALÍAS DENTOFACIALES INCLUSO LA MALA OCLUSIÓN,	524	577	0.1
6.	OTRAS ANOMALÍAS DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN.	525	14,586	1.8
	T O T A L		827,036	100.0

FUENTE: OFICINA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO, J.S.M.P., I.M.S.S.

DISTRIBUCION DE LAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUEPOS,
ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES POR EJEM-
PLO DE EDAD DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA DELEGACION NO. 3-VALLE
DE MEXICO DEL IMSS, EN 1980*

C. 4.5

GRUPOS DE EDAD = AÑOS	CONSULTAS REALIZADAS					
	1a. VEZ	%	SEBSECUENTE	%	TOTAL	%
Hasta 1	22	0.1	30	0.1	52	0.1
1 a 4	1,435	5.8	1,476	7.1	2,911	6.4
5 a 14	9,320	37.7	9,924	47.5	19,244	42.2
15 a 44	11,987	48.5	7,871	37.6	19,858	43.5
45 a 54	1,650	6.7	1,339	6.4	2,989	6.6
65 y más	287	1.2	268	1.3	555	1.2
TOTAL	24,701	100.0	20,908	100.0	45,609	100.0

FUENTE: Datos procesados con base en los resultados de la investigación realizada por la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva del I.M.S.S. Delegación No. 3, Valle de México, 1980.

* Conforme a la fuente se dieron un total de 50,980 consultas, de primera vez 54.9% y subsecuen-
tes el 45.1%. De este total los dos motivos de consulta que se vieron en este cuadro ocupan el 75%
y 16.1%, Respectivamente. En conjunto significaron el 79.4%. Del total de consultas 50% la
consulta de la. vez, asciende al 88.4% del total del consultas de la. vez.

DIAGNOSTICOS EFECTUADOS EN CO-NETZA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DE 1977, AGRUPADAS SEGUN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, APLICADAS A ODONTOLOGIA Y ESTOMATOLOGIA, DE LA OPS.

C. 4.5.

DENOMINACION POR GRUPO.	CASOS DIAGNOSTICADOS	
	NÚMERO.	%
. Tumores benignos de la cavidad bucal:	2	0.0*
. Enfermedades del Sistema nervioso central:	2	0.0
. Enfermedades del aparato respiratorio:	579	11.4
. Enfermedades del aparato digestivo: trastornos del desarrollo y erupción de los dientes:	192	3.8
. Enfermedades de los tejidos dentales duros:	1,376	27.0
. Enfermedades de la pulpa y tejidos Periapicales:	312	6.1
. Enfermedades periodontales:	1,950	38.4
. Anomalías dentofaciales, incluso la mal oclusión:	401	7.9
. Otras enfermedades y entidades patológicas de los dientes y de sus estructuras de sosten:	157	3.1*
. Enfermedades de las maxilares:	1	0.0*
. Enfermedades de las glándulas salivales:	1	0.0
. Enfermedades de los tejidos blandos de la cavidad oral, excepto encías y lengua:	52	1.0
. Enfermedades de la lengua y otros estados patológicos orales:	6	0.1
. Otras anomalías específicas de la parte superior del tubo digestivo:	28	0.6
. Otras anomalías congénitas del sistema osteo-muscular:	1	0.0*
. Otros síntomas generales:	26	0.5
. Laceraciones y heridas de la cabeza del cuello y del tronco:	5	0.1
TOTAL GENERAL:	5,091	100.0

FUENTE: Hermosillo, G., Et Al., Formación y utilización de recursos humanos Odontológicos en México, en: Educación Médica y Salud, Washington, D.C., Ed. OPS, 1978, Vol. 12, No.4, pp. 490 a 491.
Procesamiento a partir de los datos publicados por la fuente.

(*): No son significativos en la estructura porcentual, ya que no alcanzan el 0.1%

POBLACION DE LA REPUBLICA MEXICANA
 PARA LOS AÑOS 1960, 1970 Y 1980
 (MILES DE HABITANTES)

C. 4.6 B.

A Ñ O	P O B L A C I O N T O T A L	T A S A D E C R E C I M I E N T O
1960	34,923	3.1
1970	48,225	3.4
1980*	67,406	3.3

* CIFRAS PRELIMINARES DEL X CENSO GENERAL DE POBLACIÓN.

S.P.P. CUADERNO DE INFORMACIÓN OPORTUNA DEL SECTOR SALUD, 2,
 MÉXICO, ED. CASNEGI, 1981, P. 17.

POBLACION TOTAL EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS PARA LOS
AÑOS 1970 A 1980

(MILES DE HABITANTES)

C.4.7.

AÑO	POBLACIÓN TOTAL	TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO
1970	48 225	3.3 %
1971	52 418	3.3 %
1972	54 196	3.3 %
1973	56 022	3.3 %
1974	57 899	3.3 %
1975	59 827	3.3 %
1976	61 801	3.3 %
1977	63 822	3.3 %
1978	65 844	3.3 %
1979	69 899	3.3 %
1980	69 347	2.7 %

F U E N T E : AGENDA ESTADÍSTICA 1980 SECRETARÍA DE PROGRA-
MACIÓN Y PRESUPUESTO.

* CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, MÉXICO -
DEMOGRÁFICO, MÉXICO 1981.

PROYECCION DE LA POBLACION DE MEXICO 1981-1990

C. 4. 8.

AÑO	TASA DE CRECIMIENTO*	POBLACION (MILES)
1981	2.9	69,400
1982	2.7	71,200
1983	3.0	73,400
1984	3.0	75,600
1985	3.0	77,800
1986	3.1	80,200
1987	3.1	82,700
1988	3.1	85,300
1989	3.1	87,900
1990	3.1	90,700

* PARA EL AÑO 1981 SE TOMÓ EL DATO PRESENTADO EN EL V INFORME DE GOBIERNO; Y DE 1982 A 1990 SON ESTIMACIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN.

BASE: 67.4 MILLOS CENSADOS EN 1980.

COMPOSICION PORCENTUAL DE LA POBLACION, POR GRUPOS
QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO

1 9 8 0

MILES DE PERSONAS

C. 4.9

GRUPOS DE EDAD	TOTAL %	HOMBRES %	MUJERES %
T O T A L	100.00	50.49	49.51
MENORES DE 1 AÑO	3.24	1.65	1.59
1 - 4	15.31	7.80	7.51
5 - 9	14.98	7.63	7.35
10 - 14	12.61	6.42	6.19
15 - 19	10.79	5.49	5.30
20 - 24	8.90	4.53	4.37
25 - 29	7.18	3.64	3.54
30 - 34	5.80	2.93	2.87
35 - 39	4.71	2.36	2.35
40 - 44	3.89	1.94	1.95
45 - 49	3.25	1.61	1.64
50 - 54	2.64	1.30	1.34
55 - 59	2.02	0.98	1.04
60 - 64	1.46	0.70	0.76
65 Y MÁS	3.22	1.51	1.71

F U E N T E : S. P. P. CUADERNO DE INFORMACIÓN OPORTUNA DEL
SECTOR SALUD, MÉXICO. ED. CESMEGI, 1981 -
P. 19

Población total de los Estados Unidos Mexicanos, por edad
y sexo, 1970 y 1980.

(Miles de Personas).

C. 4. 10.

Grupos de edad	1 9 7 0		1 9 8 0*	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	24,065	24,160	33,295	34,088
0 4 años	4,151	4,016	4,659	4,624
5 9 años	3,935	3,788	5,196	5,079
10 14 años	3,271	3,123	4,690	4,609
15 19 años	2,491	2,563	3,765	3,924
20 24 años	1,930	2,102	3,006	3,178
25 29 años	1,575	1,685	2,275	2,424
30 34 años	1,285	1,311	1,867	1,969
35 39 años	1,235	1,277	1,633	1,757
40 44 años	960	974	1,404	1,421
45 49 años	830	807	1,157	1,207
50 54 años	590	602	936	975
55 59 años	502	511	737	749
60 64 años	451	467	541	582
65 y más	859	932	1,325	1,493
no especificado	- 0 -	- 0 -	104	97

(*): Cifras preliminares.

FUENTE: Censo General de población 1970.

POBLACION TOTAL SEGUN SEXO, POR ENTIDAD FEDERATIVA (1)

C. 4.11-

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL MILES	%	HOMBRES MILES	%	MUJERES MILES	%
TOTAL	67 405.7	100.00	33 194.9	49.23	34 225.9	50.77
Aguascalientes	504.3	0.75	246.6	0.37	257.7	0.38
Baja California	1 227.4	1.82	603.3	0.90	624.1	0.92
Baja California Sur	221.0	0.33	112.6	0.17	108.4	0.16
Bidchohe	371.8	0.55	185.5	0.28	186.3	0.28
Coahuila	1 861.0	2.32	777.1	1.15	1083.9	1.57
Colima	333.4	0.50	165.7	0.25	167.7	0.25
Chiapas	2 097.5	3.11	1 046.7	1.56	1 050.8	1.56
Chihuahua	1 535.1	2.27	769.5	1.14	765.6	1.13
Distrito Federal	9 377.3	13.91	5 011.1	6.67	4 366.2	6.43
Durango	1 160.3	1.72	568.5	0.84	591.8	0.87
Guanajuato	3 045.6	4.52	1 495.4	2.22	1 550.2	2.29
Guerrero	2 174.2	3.22	1 005.0	1.53	1 169.2	1.73
Hidalgo	1 516.2	2.25	754.5	1.12	761.7	1.12
Jalisco	4 296.5	6.38	2 099.1	3.10	2 197.4	3.26
México	7 542.3	11.19	3 711.0	5.50	3 831.3	5.68
Morelos	3 049.4	4.52	1 500.3	2.23	1 549.1	2.29
Nayarit	991.4	1.38	457.3	0.68	534.1	0.79
Nuevo León	729.5	1.08	366.2	0.54	363.3	0.54
Oaxaca	2 453.5	3.64	1 216.8	1.82	1 236.7	1.83
Puebla	2 517.5	3.73	1 202.4	1.78	1 315.1	1.94
Querétaro	2 285.3	3.40	1 169.8	1.74	1 115.5	1.65
Quintana Roo	730.9	1.09	394.0	0.58	336.9	0.50
San Luis Potosí	209.9	0.31	106.4	0.16	103.5	0.15
Sinaloa	1 669.9	2.48	826.6	1.23	843.3	1.25
Sonora	1 982.2	2.93	943.0	1.41	1 039.2	1.53
Tamaulipas	1 402.1	2.08	647.6	0.96	754.5	1.11
Tlaxcala	1 301.0	1.91	677.3	1.00	623.7	0.91
Veracruz	1 924.9	2.85	952.6	1.41	972.3	1.43
Yucatán	508.5	0.75	271.0	0.40	237.5	0.35
Zacatecas	5 262.8	7.81	2 422.8	3.59	2 840.0	4.22
Zahara	1 058.3	1.56	514.0	0.76	544.3	0.80
Zahara	1 941.7	2.88	944.3	1.40	997.4	1.47

POBLACION URBANA Y RURAL DE LA REPUBLICA MEXICANA
1 9 7 0

C. 4.12

AÑO Y SEXO	TOTAL	URBANA	% RESPECTO A TOTAL	RURAL	% RESPECTO AL TOTAL
1970	48 225 238	28 308 556	58.7	19 916 682	41.3
HOMBRES	24 065 614	13 882 914	57.7	10 182 700	42.3
MUJERES	24 159 624	14 425 642	59.7	9 733 982	40.3

F U E N T E : AGENDA ESTADÍSTICA 1980, SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO.

POBLACION SEGUN EL TAMAÑO DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA 1970

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

C.4.13

CLASE DE LOCALIDAD	NUMERO DE LOCALIDADES	MILES DE HABITANTES		
		TOTAL	RESPECTO T O T A L	ACUMULADO
Estados Unidos Mexicanos	97,580	48,225	100	
En localidades de:				
1 a 99 hab.	55,650	1,471	3.0	3.0
100 a 499	28,055	6,889	14.3	17.3
500 a 999	7,473	5,190	10.8	28.1
1000 a 2499	4,232	6,366	13.2	41.3
2500 a 4999	1,201	4,130	8.6	49.9
5000 a 9999	539	3,764	7.8	57.7
10000 a 19999	248	3,410	7.1	64.8
20000 a 29999	65	1,532	3.1	67.9
30000 a 39999	30	1,016	2.1	70.0
40000 a 49999	19	859	1.8	71.8
50000 a 74999	21	1,242	2.6	74.4
75000 a 99999	13	1,114	2.3	76.7
100000 a 249999	24	3,735	7.7	84.4
250000 a 499999	6	1,972	4.1	88.5
500000 a más	4	5,535	11.5	100.

F U E N T E : IX Censo General de Población 1970.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRAFICOS
1900-1980

C. 4.14

ANO	CRECIMIENTO INTERCENSAL %	NATALIDAD (TASA POR MIL)	MORTALIDAD (TASA POR MIL)	CRECIMIENTO NATURAL %	ESPERANZA DE VIDA AL NACER
1930	1.6	49.4	26.6	2.3	36.9
1940	1.7	44.5	23.4	2.1	41.5
1950	2.7	45.6	16.1	2.9	49.7
1960	3.1	46.1	11.5	3.5	58.9
1970	3.4	44.2	10.1	3.4	61.9
1980 ¹	3.3	34.4	7.5	2.9	64.2

¹ A mediados de 1980 con estimaciones del Consejo Nacional de Población.

FUENTE: Para crecimiento intercensal de 1900 a 1970 Censos de Población; 1980: S.P.P., X Censo General de Población y Vivienda. México agosto 1981. Para las tasas de natalidad mortalidad y crecimiento natural: S.P.P., G.G.S.N.E.G.I., Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas, Tomo 1. - Para esperanza de vida al nacer: Benítez Z. Raúl y Cabrera A. Gustavo. Tablas Abreviadas de Mortalidad de la Población de México 1930 a 1960. CENED. El Colegio de México. Tablas Abreviadas de Mortalidad 1970, 1973.

CUADRO COMPARATIVO CON DIFERENTES PAISES DE
ALGUNAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

C.4.15 .

P A Í S	POBLACIÓN	TASA DE NATA	TASA DE MOR	TASA DE CRE
	1980	LIDAD	TALIDAD	CIMIENTO NA
	(MILES)	1975 - 1980	1975 - 1980	1975 - 1980
		(POR MIL)	(POR MIL)	(POR CIENTO)
Total mundial	4 414 722	28.9	11.3	1.8
Alemania Federal	60 903	9.8	12.8	0.3
Arabia Saudita	8 367	43.8	18.3	3.1
Argentina	27 056	21.4	8.9	1.3
Australia	14 487	16.6	7.9	0.9
Brasil	126 377	36.0	7.8	2.8
Canadá	24 073	16.0	7.7	0.8
Colombia	26 907	33.8	7.9	2.6
Costa Rica	2 213	29.1	5.3	2.4
Cuba	9 978	19.5	6.3	1.3
China	956 848	22.1	8.8	1.3
Egipto	41 995	38.6	12.8	2.6
E.U.A.	222 159	15.2	9.1	0.6
España	37 378	17.9	8.1	1.0
Francia	53 450	13.8	11.0	0.3
India	693 887	36.9	14.0	2.3
Irán	38 082	43.7	13.5	3.0
Italia	56 959	13.4	9.4	0.4
Japón	116 364	15.0	6.5	0.9
México	69 347	39.5	8.5	3.3
Nicaragua	2 737	46.6	12.2	3.4
Reino Unido	55 888	12.0	12.0	0.0
Suecia	8 262	11.8	11.3	0.1
Sudáfrica	29 285	37.9	10.3	2.8
U.R.S.S.	266 666	18.3	8.9	0.9
Vietnam	52 239	49.9	17.6	2.3

FUENTE: México: Estimaciones del Consejo Nacional de Población 1981.
Para el resto de los países: Demographic Yearbook, UNO, 1978.

ESTIMACION DE NECESIDADES REALES DE ATENCION
ODONTOLOGICA DE LA POBLACION MEXICANA.
DEMANDA POTENCIAL GLOBAL 1970-1980-1990 ^{a/}

C. 4. 16

A N O .	POBLACION ^{b/}		NECESIDADES REALES DE ATENCION (Millones de Consultas)	
	MILLONES.	% DE AUMENTO.	TOTAL ANUAL.	INCREMENTO ANUAL.
1970 ^{c/}	48.2	3.4	223.7	- . -
1980	67.4	2.9	312.8	8.9
1981	69.4	2.9	322.1	9.3
1982	71.2	2.7	330.5	8.4
1983	73.4	3.0	340.7	10.2
1984	75.6	5.0	350.9	10.2
1985	77.8	3.0	361.1	10.2
1986	80.2	3.1	372.3	11.2
1987	82.7	3.1	383.9	11.6
1988	85.3	3.1	395.9	12.0
1989	87.9	3.1	408.0	12.1
1990	90.7	3.1	421.0	13.0

(a): El Factor de la demanda se calcula como sigue 4 consultas por persona, para el 96.7% de la población más un 20% de esa cifra: (0.967) (4+0.2) = (0.967) (4.2) = 4.6416.

(b): Fuente: Cuadros 4.7 y 4.8

(c): Población censada, tasa intercensal, total del año e incremento medio anual.

ESTIMACION DE NECESIDADES REALES DE ATENCION
ODONTOLÓGICA DE LA POBLACION MEXICANA,
DEMANDA POTENCIAL GLOBAL 1970-1980-1990 ^{a/}

402

CON UNA CONSULTA ANUAL POR PERSONA.

C. 4.16.A

AÑO .	POBLACION		NECESIDADES REALES DE ATENCION (Millones de Consultas)	INCREMENTO ANUAL.
	MILLONES.	% DE AUMENTO.		
1970 ^{c/}	48.2	3.4	46.61	1.74
1980	57.4	2.9	65.18	18.57
1981	69.4	2.9	67.11	1.93
1982	71.2	2.7	68.85	1.74
1983	73.4	3.0	70.98	2.13
1984	75.6	3.0	73.10	2.12
1985	77.8	3.0	75.23	2.13
1986	80.2	3.1	77.55	2.32
1987	82.7	3.1	79.97	2.42
1988	85.3	3.1	82.48	2.51
1989	87.9	3.1	85.00	2.52
1990	90.7	3.1	87.71	2.71

(a): El factor de la demanda se calcula como sigue 1 consulta por persona, para el 96.7% de la población

(b): Fuente: Cuadros 4.7 y 4.8.

ESTIMACION DE NECESIDADES REALES DE ATENCION
ODONTOLOGICA DE LA POBLACION MEXICANA.

DEMANDA POTENCIAL GLOBAL 1970-1980-1990 ^{a/}

CON DOS CONSULTAS AÑO POR PERSONA.

C. 4.16.B

AÑO.	POBLACION		NECESIDADES REALES DE ATENCION (Millones de Consultas)	
	MILLONES.	% DE AUMENTO.	TOTAL ANUAL.	INCREMENTO ANUAL.
1970 ^{c/}	48.2	3.4	93.22	-
1980	67.4	2.9	130.35	37.13
1981	69.4	2.9	134.22	3.87
1982	71.2	2.7	137.70	3.48
1983	73.4	3.0	141.96	4.26
1984	75.6	3.0	146.21	4.25
1985	77.8	3.0	150.46	4.25
1986	80.2	3.1	155.11	4.65
1987	82.7	3.1	159.94	4.83
1988	85.3	3.1	164.97	5.03
1989	87.9	3.1	170.00	5.03
1990	90.7	3.1	175.41	5.41

(a): El factor de la demanda se calcula como sigue 2 consultas por persona, para el 96.7% de la población

(b): Fuente: Cuadros 4.7 y 4.8.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA E INACTIVA
POR GRUPOS DE EDAD 1980

C 4.17.

GRUPOS DE EDAD	POBLACION			
	ACTIVA		INACTIVA	
	MILES	%	MILES	%
12 A 19	4,122	17.4	8,311	43.8
20 A 29	6,822	28.8	3,795	20.0
30 A 39	4,974	21.0	2,258	11.9
40 A 49	3,435	14.5	1,708	9.0
50 A 59	2,156	9.1	1,195	6.3
60 Y MÁS	2,179	9.2	1,708	9.0
TOTAL	23,688	100.0	18,975	100.0

FUENTE: S. P. P., X CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1980; RESULTADOS - PRELIMINARES, MÉXICO, CGSNEGI, 1981.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA POR RAMA DE ACTIVIDAD

1 9 7 7

(MILES DE HABITANTES)

C.4.18

CONCEPTO	POR CIENTO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
POBLACION DE 12 AÑOS Y MAS ECONOMICAMENTE ACTIVA	100.0	18,042	13,897	4,145
RAMA DE ACTIVIDAD AGRICULTURA GANADERIA SILVICULTURA PESCA Y CAZA	40.3	7,272	6,753	519
INDUSTRIA DEL PETROLEO	0.7	119	103	16
INDUSTRIAS EXTRACTIVAS	0.8	146	131	15
INDUSTRIAS DE TRANSFORMACION	18.2	3,277	2,399	878
CONSTRUCCION	4.5	835	788	47
ENERGIA ELECTRICA	0.4	79	68	11
COMERCIO	10.0	1,806	1,198	008
TRANSPORTES	3.0	534	495	39
SERVICIOS	22.0	3,974	1,962	2,012

FUENTE: S.P.P., Agenda Estadística 1978, México, CGSNEGI, 1979.

DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR POR ESTRATOS : 1968

C. 4.19

406

FAMILIAS		INGRESOS EN PESOS			
NUMERO	%	INGRESO PROMEDIO MENSUAL FAMILIAR	TOTAL POR ESTRATO	% POR ESTRATO	% ACUMULADO
8,150,972	100	2,075.50	17,792,553,206.17	100	
438,063	5.4	231.71	101,503,577.73	0.6	0.6
1,256,517	15.4	445.70	560,029,626.90	3.1	3.7
1,628,266	20.0	838.67	1,365,577,846.22	7.7	11.4
3,324,888	40.8	1,791.45	5,956,370,607.60	33.5	44.9
1,060,668	13.0	4,232.56	4,489,340,950.08	25.2	70.1
275,618	3.4	8,270.14	2,279,399,446.52	12.8	82.9
166,952	2.0	18,210.81 o más	3,040,331,151.12	17.1	100.0

FUENTE: Banco de México, S. A., La distribución del ingreso en México, Encuesta sobre los Ingresos y Gastos de las familias.

DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR POR ESTRATOS: 1975

C. 4. 20

FAMILIAS	INGRESO EN PESOS				
NUMERO	%	INGRESO PROMEDIO MENSUAL FAMILIAR	TOTAL POR ESTRATO	% POR ESTRATO	% ACUMULADO
10,208,925	100.0	3,260.27	33,284,463,315.4	100.0	
16,547	0.2	*			
1,533,407	15.0	215.98	331,185,243.86	1.0	1.0
578,756	5.7	606.03	350,743,498.68	1.1	2.1
794,472	7.8	828.68	658,363,056.96	2.0	4.1
889,555	8.7	1,099.01	977,629,840.55	2.9	7.0
918,994	9.0	1,479.17	1,359,348,354.98	4.1	11.1
1,063,504	10.4	1,967.04	2,091,954,908.16	6.3	17.4
1,249,808	12.2	2,619.93	3,263,161,201.44	9.8	27.2
865,596	8.5	3,519.67	3,046,612,273.32	9.1	36.3
695,026	6.8	4,584.26	3,186,179,890.76	9.6	45.9
625,835	6.1	6,024.41	3,770,286,632.35	11.3	57.2
345,914	3.4	7,987.63	2,763,033,043.82	8.3	65.5
282,537	2.8	10,531.41	2,975,512,987.17	8.9	74.4
348,997	3.4	24,385.46	8,510,452,385.62	25.6	100.0

* Información muestral, insuficiente para estimar el promedio

FUENTE: Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares 1975.

DISTRIBUCION DEL INGRESO POR ESTRATOS: 1977

C. 4.21.

INGRESOS EN PESOS						
DECILES	NUMERO DE HOGARES	DE	INGRESO PRO MEDIO MENSUAL POR DECILES	TOTAL POR DECILES	%	ACUMULADO
I	1	111 514	(405.8)	2 706 477	.9	.9
II	1	111 514	994.0	6 295 925	2.0	2.9
III	1	111 514	1 431.2	9 544 286	3.1	6.0
IV	1	111 514	2 004.5	13 568 593	4.4	10.4
V	1	111 514	2 692.8	17 958 344	5.8	16.2
VI	1	111 514	3 411.7	22 752 944	7.4	23.6
VII	1	111 514	4 398.0	29 330 457	9.5	33.1
VIII	1	111 514	5 778.8	38 539 180	12.5	45.6
IX	1	111 514	8 203.8	54 712 490	17.7	63.3
X	1	111 514	16 961.7	113 119 537	36.7	100.0
	11	115 140	-	308 528 233	100.0	100.0

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto. Coordinación General del Sistema Nacional de Información. Encuesta Nacional de ingresos y gastos de los hogares 1977 cuadro T2.3 p. 61-62

DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR MENSUAL
POR ESTRATOS: 1963

C. 4.22

FAMILIAS	%	ACUMULADO	INGRESO EN PESOS		%	ACUMULADO
			INGRESO PROMEDIO MENSUAL FAMILIAR	TOTAL POR ESTRATO		
1 346 175	18.4	18.4	215.58	290 208 406.5	3.1	3.1
1 842 835	25.1	43.5	437.30	805 871 745.5	8.6	11.7
1 584 495	21.6	65.1	776.96	1 231 089 235.2	13.1	24.8
798 162	10.9	76.0	1 240.56	990 167 850.7	10.6	35.4
1 099 332	15.0	91.0	2 100.46	2 309 102 892.7	24.6	60.0
333 654	4.6	95.6	3 650.76	1 218 090 677.0	13.0	73.0
140 150	1.9	97.5	5 202.38	729 113 557.0	7.8	80.8
120 606	1.6	99.1	7 662.52	924 145 887.1	9.9	90.7
64 233	0.9	100.0	13 538.62	869 626 178.4	9.3	100.0
7 329 642	100.0	--	1 278.02	9 367 416 430.1	100.0	--

FUENTE: Banco de México, S.A., la distribución del ingreso en México, encuesta sobre los ingresos y gastos de las familias.

ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS JEFEES DE HOGAR POR DECILES DE INGRESO

15

C.4:23

DICIL DE HOGARES	SIN INSTRUCCION	CON PRIMARIA INCOMPLETA	CON PRIMARIA COMPLETA	CON INSTRUCCION MEDIA Y MEDIA SUPER. COMP E INCOMPLETA	CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS COMPLETOS E INCOMPLETOS Y POSTGRADO	TOTAL
I	60.94	34.52	2.62	0.86	0.03	100.0
II	47.29	45.86	4.61	1.45	0.15	100.0
III	38.08	52.31	5.89	2.30	0.23	100.0
IV	35.88	49.30	10.69	3.24	0.17	100.0
V	26.20	46.90	17.83	7.15	0.68	100.0
VI	21.49	45.94	20.95	10.00	1.01	100.0
VII	15.47	41.12	23.83	17.31	1.71	100.0
VIII	15.15	35.98	24.37	19.20	5.00	100.0
IX	10.62	28.75	24.35	25.94	9.60	100.0
X _a	6.68	25.70	18.27	31.02	17.48	100.0
X _b	4.35	13.44	16.38	24.47	40.30	100.0
TOTAL	27.68	40.04	15.23	11.51	4.74	100.0

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto; Coordinación General del Sistema Nacional de Información. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1977, Primera observación. Cuadr

DISTRIBUCION Y NIVELES PROMEDIO DE INGRESO CORRIENTE MONETARIO SEMESTRAL

POR REGIONES GEOGRAFICAS

C. 4.24

REGIONES ¹ Y AREAS METROPOLITANAS	INGRESO CORRIENTE MONETARIO SEMESTRAL		INGRESO CORRIENTE MONETARIO SEMESTRAL PROMEDIO (pesos)	INGRESO PROMEDIO RELATIVO (NACIONAL 1,000)
	HOGARES	INGRESO		
1	8.44	10.65	34,997	1.27
2	4.02	4.05	27,994	1.01
3	11.42	9.86	24,110	0.87
4	13.04	8.69	18,489	0.67
5	13.97	8.81	17,506	0.64
6	9.80	5.66	16,028	0.58
7	2.26	1.78	21,873	0.79
8	10.38	5.84	15,604	0.57
A.M. CD. DE MEXICO	20.81	35.22	46,947	1.70
A.M. CD. DE GUADALAJARA	3.00	4.37	40,485	1.46
A.M. CD. DE MONTERREY	2.86	4.99	48,314	1.75
TOTAL	100.00	100.00	27,740	1.00

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto; Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1977. Págs. 91-92. Cuadros T 2.12 y T 2.13.

NUMERO DE HOGARES POR ESTRATO DE INGRESO CORRIENTE SEMESTRAL
SEGUN TAMAÑO DEL MUNICIPIO, 1977

C. 14, 26

ESTRATOS DE INGRESOS (EN PESOS)	HABITANTES POR MUNICIPIO						AREAS METROPOLITANAS				TOTAL GENERAL	
	HASTA 2,500	2,501 A 10,000	10,001 A 100,000	100,001 A 250,000	250,001 A 500,000	MAS DE 500,000*	MEXICO	GUADALAJARA	MONTERREY	HOGARES	% S	% AC
0	-	4,132	23,388	1,082	1,701	1,972	16,071	341	-	31,723	0.2	10.1
1 a 4,200	47,283	293,214	211,114	25,221	22,342	7,767	15,668	3,051	2,106	1,130,208	16.2	10.1
4,201 a 6,000	20,912	176,067	418,152	34,344	12,706	13,390	25,346	7,850	770	699,865	6.3	16.4
6,001 a 8,100	21,768	176,133	436,777	38,456	24,497	12,046	63,282	6,929	2,288	744,240	6.7	23.4
8,101 a 10,800	12,470	132,766	591,033	57,822	32,379	33,369	85,111	9,775	8,759	947,665	8.5	32.0
10,801 a 14,400	11,391	168,625	517,571	132,930	51,986	40,904	185,749	16,216	15,557	1,047,923	9.4	41.1
14,401 a 18,900	6,584	96,326	469,440	147,122	93,588	66,597	413,320	41,972	27,070	1,133,454	10.2	51.6
18,901 a 25,800	4,612	73,454	397,090	178,072	143,282	74,377	397,200	53,879	62,721	1,400,710	12.0	64.4
25,801 a 34,356	3,256	49,093	254,413	151,004	125,103	33,524	318,274	49,241	38,178	1,151,009	10.4	74.6
34,357 a 45,000	740	40,301	175,151	146,108	130,256	64,162	289,804	51,409	45,834	972,235	8.7	83.1
45,001 a 60,500	1,160	20,319	120,646	94,661	105,542	72,568	193,209	36,764	36,149	777,612	7.0	90.1
60,501 a 80,400	-	9,701	45,475	68,936	66,562	35,167	144,405	21,141	29,117	469,312	4.2	91.1
80,401 a 108,000	1,160	6,676	22,646	43,922	42,298	17,407	164,905	17,393	22,412	319,520	2.9	97.4
Más de 108,001	-	2,314	17,728	26,029	31,073	2,426	322,982	16,470	24,194	289,638	2.6	96.0
TOTAL	137,356	1,265,637	1,200,739	1,151,161	887,315	528,978	2,313,253	332,982	318,187	11,115,142	100.0	100.0

FUENTE: S.P.P. ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES, 1977, MÉXICO, CONSEGI, 1979, C.T. 1.1.1, P.23.

(*): EXCLUYE LAS ZONAS METROPOLITANAS QUE SE EXPONEN POR SEPARADO, LOS PORCENTAJES SE DAN EN SIMPLE (S) Y ACUMULADO (AC) DE MENOR A MAYOR INGRESO.

NUMERO DE HOGARES POR ESIRAIOS DE INGRESO
CORRIENTE SEMESTRAL, SEGUN TAMAÑO DEL MUNICIPIO, 1977

Q. 4. 25

ESTRATOS DE INGRESO	TOTAL	TAMAÑO DE MUNICIPIO						AREAS METROPOLITANAS DE		
		HASTA 2,500 HABS.	DE 2,501 A 10,000 HBS.	DE 10,001 A 100,000 HABS.	DE 100,001 A 250,000 HABS.	DE 250,001 A 500,000 HABS.	DE 500,001 Y MAS HABS. *	MEXICO	GUADALAJARA	MONTERREY
TOTAL	0	1.236	11.234	37.793	10.362	7.947	4.759	20.812	2.996	2.863
1- 4 200	100.0	-	13.025	73.726	3.430	5.362	3.379	-	1.075	-
4 201- 6 000	100.0	4.184	25.943	62.919	2.232	1.977	.687	1.599	.270	.160
6 001- 8 100	100.0	2.988	25.157	59.749	4.907	1.815	1.913	2.239	1.122	.110
8 101- 10 000	100.0	2.925	23.666	58.688	5.167	3.292	1.619	3.406	.931	.307
10 001- 14 400	100.0	1.949	14.011	62,267	6.101	3.417	3.521	6.678	1.031	.924
14 401- 18 900	100.0	1.087	16.091	49.399	13.257	4.961	3.903	7.979	1.552	1.771
18 901- 25 800	100.0	.581	8.410	41.417	12.980	8.257	5.876	16.388	3.703	2.388
25 801- 34 350	100.0	.329	5.244	29.349	12.713	10.229	5.310	29.501	3.847	4.478
34 351- 45 000	100.0	.283	4.263	22.104	13.119	10.869	7.257	34.509	4.278	3.316
45 001- 60 900	100.0	.076	4.145	18.015	15.028	13.398	6.599	32.736	5.288	4.714
60 901- 80 400	100.0	.749	2.673	15.515	12.173	13.573	9.332	37.268	4.728	4.649
80 401-108 000	100.0	-	2.067	9.690	14.689	14.183	7.493	41.169	4.506	6.204
MS de 108 000	100.0	.363	2.089	7.068	13.748	13.238	5.510	45.351	5.600	7.014
		-	.972	6.121	8.987	10.728	2.219	56.935	56.935	8.353

FUENTE: S.P.P. COORDINACIÓN GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN, ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES, 1977 P1-
NERA OBSERVACIÓN P. 37.

* EXCLUIDAS LAS METROPOLITANAS DE MEXICO, GUADALAJARA Y MONTERREY.

INCLIVO DE HOGAROS CON ESTIMIO DE INGRESOS
CORRIENTE SEMESTRAL, SEGUN TAMAÑO DEL HOGAR, 1977
%

C. 4.27

ESTRATOS DE INGRESO	TOTAL %	TAMAÑO DEL HOGAR						
		DE 1 A 3 MIEMBROS	DE 4 MIEMBROS	DE 5 A 6 MIEMBROS	DE 7 MIEMBROS	DE 8 A 9 MIEMBROS	DE 10 Y MAS MIEMBROS	
TOTAL	100.000	26.032	14.290	26.801	10.016	13.610	9.251	
0	100.000	57.428	16.502	15.862	-	2.298	7.912	
1- 4 200	100.000	49.856	12.402	21.965	5.054	6.884	2.638	
4 201- 6 000	100.000	36.610	14.900	23.909	9.208	10.897	4.476	
6 001- 8 100	100.000	31.801	11.598	28.378	8.340	17.509	4.575	
8 101- 10 800	100.000	28.633	14.052	26.791	11.156	12.471	6.891	
10 801- 14 400	100.000	23.252	14.085	27.372	9.504	14.861	10.922	
14 401- 18 900	100.000	21.094	14.793	26.860	11.910	15.345	7.999	
18 901- 25 800	100.000	23.111	14.807	25.154	11.505	14.180	11.243	
25 801- 34 350	100.000	17.579	14.476	29.723	10.940	14.905	10.435	
34 351- 45 000	100.000	19.570	13.766	27.574	9.085	15.559	14.447	
45 001- 60 900	100.000	18.204	16.778	28.606	12.459	11.867	12.086	
60 901- 80 400	100.000	19.329	15.790	25.157	8.460	17.058	14.207	
80 401-108 000	100.000	19.561	16.468	27.568	10.875	11.540	13.934	
MÁS de 108 000	100.000	18.528	14.160	35.558	10.878	8.976	11.959	

FUENTE: S.P.P., ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES, 1977,
MÉXICO, ED. CGSNEG1, 1979, P. 37.

NUMERO DE HOGARES POR ESTRATO DE INGRESO CORRIENTE
SEMESTRAL, SEGUN TAMAÑO DEL HOGAR 1977

C. 4,28

ESTRATO DE INGRESOS (EN PESOS)	TAMAÑO DEL HOGAR SEGUN EL NUMERO DE MIEMBROS							TOTAL
	1 A 3	DE 4	5 A 6	DE 7	8 A 9	10 A MAS		
0	18,218	5,235	5,032	-	729	2,510	31,723	
1 a 4,200	563,480	140,165	248,254	68,424	77,807	32,078	1,130,208	
4 201 a 6,000	256,620	104,277	167,334	84,442	76,266	31,329	699,969	
6,001 a 8,100	236,676	84,825	196,313	62,072	130,306	34,049	744,240	
8,101 a 10,800	271,343	133,168	253,891	105,723	118,180	45,344	947,669	
10,801 a 14,400	243,657	147,597	286,893	99,597	155,732	174,452	1,047,939	
14,401 a 18,900	239,090	167,669	327,114	134,989	173,929	90,363	1,133,454	
18,901 a 25,800	323,726	207,407	352,341	161,152	198,616	157,476	1,400,119	
25,801 a 34,350	202,338	165,949	342,111	125,724	196,577	120,106	1,151,005	
34,351 a 45,000	190,270	133,837	268,081	88,325	151,266	140,157	972,235	
45,001 a 60,900	141,539	130,467	222,441	96,980	92,282	93,984	777,612	
60,901 a 80,400	90,712	74,103	118,064	39,703	40,053	66,677	469,312	
80,401 a 108,000	62,502	52,620	88,036	34,749	37,033	44,529	319,520	
Más de 108,000	53,665	41,014	102,990	31,333	25,998	34,638	289,638	
TOTAL: ABSOLUTOS:	2,893,466	1,588,333	2,978,946	1,113,313	1,512,774	1,028,310	11,115,142	
%	26.0	14.3	26.8	10.0	13.6	9.3	100.0	

FUENTE: S.P.P., OP. CIT., LOC. CIT.

INGRESO PROMEDIO FAMILIAR POR OCUPACION DEL JEFE DE
LA FAMILIA

1975

(Pesos Mensuales)

C. 4,29

OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE DE FAMILIAS	INGRESO PROMEDIO FAMILIAR
TOTAL	10,208,925	100.00	3,260.13
TRABAJADORES EN LABORES AGROPECUARIAS	3,124,227	30.6	1,972.30
TRABAJADORES EN SERVICIOS DIVERSOS Y CONDUCTORES DE VEHICULOS	1,373,014	13.5	2,834.06
ARTESANOS, OBREROS DE PRODUCCION CALIFICADOS Y NO CALIFICADOS	2,271,570	22.2	3,074.09
COMERCIANTES, VENDEDORES Y SIMILARES	878,629	8.6	3,564.52
PERSONAL ADMINISTRATIVO	590,544	5.8	5,389.24
PROFESIONISTAS Y TECNICOS	532,775	5.2	8,198.01
FUNCIONARIOS SUPERIORES Y PERSONAL DIRECTIVO PUBLICO Y PRIVADO	204,325	2.0	10,194.74
SIN TRABAJO	1,147,776	11.2	2,844.59
INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADO	86,075	0.8	2,511.83

FUENTE: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Centro Nacional de Información y Estadísticas del Trabajo. Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares, 1975. México, 1977.

DISTRIBUCION DEL INGRESO EN PAISES SELECCIONADOS.

(POR CIENTO)

C. 4, 30

HABITANTES	I N G R E S O S													
	Estados Unidos		Argentina.		Venezuela.		El Salvador.		Costa Rica.		México. ^{b/}			
a/	Simple.	Acumula- do.	Simple.	Acumula- do.	Simple.	Acumula- do.	Simple.	Acumula- do.	Simple.	Acumula- do.	Simple.	Acumula- do.		
20	4.6	4.6	5.2	5.2	3.0	3.0	5.5	5.5	5.5	5.5	4.2	4.2	3.1	3.1
30	18.8	23.4	15.3	20.5	11.3	14.3	10.5	16.0	12.5	18.5	14.1	18.3	10.3	13.4
30	31.1	54.4	25.4	45.9	27.7	42.0	22.6	38.6	22.0	40.0	26.6	44.8	24.1	37.5
15	25.5	80.0	22.9	68.8	31.5	73.5	28.4	67.0	25.0	65.0	27.5	72.4	29.2	66.7
5	20.0	100.0	31.2	100.0	25.5	100.0	32.9	99.9*	35.0	100.0	27.7	100.1*	33.4	100.1

a/ La fuente no precisa si se refiere a familias o personas, sólo menciona a unidades perceptoras de ingresos.

b/ Los datos para México corresponden al año de 1968, y se refieren a personas.

c/ Estos datos se refieren a toda la región de América Latina.

* En estos casos la suma no es igual a 100

FUENTE: Banco de México, S.A. La Distribución del Ingreso en México, Encuesta Sobre los Ingresos y Gastos de las Familias, 1968. Fondo de Cultura Económica, México, 1974.

Naciones Unidas, CEPAL. Distribución del Ingreso en América Latina, 1970. Tomado de O.E.A. La política tributaria en cuanto determinante de la distribución del ingreso, ponencia presentada en OEA, - B.I.D. III Conferencia Internacional sobre Tributación, México, 1970.

DENOMINACION Y ESTRATIFICACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS INDUSTRIALES*

418

C. 4.31

DENOMINACION SEGUN EL TAMAÑO DE LOS ESTABLECIMIENTOS INDUSTRIALES	ESTRATIFICACION SEGUN EL VALOR DE LA PRODUCCION BRUTA TOTAL 1970 (miles de pesos)	INDICE DE PRECIOS IMPLICITO DE LA PRODUCCION BRUTA MANUFACTURERA 1970=100	LIMITE SUPERIOR DEL INTERVALO INFLACIONADO CON EL INDICE DE PRECIOS (miles de pesos)	ESTRATIFICACION CON REDONDEO PARA 1975 (miles de pesos)
Artesanales	HASTA 100	170	170	Hasta 170
Pequeños	de 101 a 5 000	170	8,500	de 171 a 8,500
Medianos	de 5,001 a 50,000	170	85,000	de 8,501 a 85,000
Grandes	de 50,001 a 150,000	170	255,000	de 85,001 a 255,000
Gigantes	de 150,001 y más	170	-	de 255,001 y más

(*) : SPP, El Sector Alimentario en México, México, Ed. C.G.S.N.E.G.I., 1981, p. 193.

ESTRUCTURA DE LA INDUSTRIA MANUFACTURERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS NACIONALES 1975

(Miles de pesos)

C. 4.32

ESTABLECIMIENTOS	NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL OCUPADO (Promedio)	PAGOS TOTALES AL PERSONAL	VALOR AGREGADO BRUTO	PRODUCCION BRUTA TOTAL
TOTAL ^{a/}	57,703	373,625	12,756,115	34,654,144	109,814,760
a) ARTESANALES	66.9	69,121	165,829	762,391	1,757,036
b) PEQUEÑOS	31.1	86,307	1,569,002	4,089,189	12,189,438
a + b =	98.0	155,428	1,734,831	4,851,580	13,946,474
c) MEDIANOS	1.6	99,010	3,928,884	8,351,649	28,332,208
a + b + c =	99.6	254,438	5,663,715	13,203,229	42,278,682
d) GRANDES	0.3	66,132	3,622,737	8,005,107	28,112,579
e) GIGANTES	0.1	53,055	3,469,663	13,445,808	39,423,499
(d + e) =	0.4	119,187	7,092,400	21,450,915	67,536,078

^{a/} Las cifras en el renglón del total son absolutas, de las cuales se obtuvieron los porcentajes. Los datos están expresados en miles de pesos.

FUENTE: S.P.R., C. G. S. N. I., D. G. E., X Censo Industrial 1976, México, 1979. En SPP, Op. Cit., C. 11.12, p. 209.

(*) : En el título del Documento original DICE: 1970, sin embargo corresponde a 1975 según el Censo utilizado como fuente.

DISTRIBUCION DEL VALOR AGREGADO DE LA INDUSTRIA DE
 ALIMENTOS Y BEBIDAS, ENTRE LOS FACTORES DE LA PRODUCCION, SEGUN EL
 TAMAÑO DE LOS ESTABLECIMIENTOS NACIONAL 1975
 (MILES DE PESOS)

C. 4.33

ESTABLECIMIENTOS	VALOR AGREGADO NETO	AL FACTOR TRABAJO	PARTICIPACION PORCENTUAL	AL FACTOR CAPITAL	PARTICIPACION PORCENTUAL	AL CAPITAL AL TRABAJO
T O T A L	32 799 812	12 756 115	38.9	20 043 697	61.1	157.1
ARTESANALES	712 186	164 843	23.1	547 343	76.9	332.0
PEQUEÑOS	3 904 318	1 568 346	40.2	2 335 972	59.8	148.9
MEDIANOS	7 590 719	3 924 703	51.7	3 666 016	48.3	93.4
GRANDES	7 592 335	3 628 856	47.8	3 963 479	52.2	109.2
GIGANTES	13 000 254	3 469 367	26.7	9 530 887	73.3	274.7

FUENTE: S.P.P., C.G.S.N.I., D.G.E. X: Censo Industrial, 1975. México, 1979. Op. Cit, p. 211.

=====

DISTRIBUCION DEL VALOR AGREGADO DE LA INDUSTRIA DE

=====

=====

ALIMENTOS Y BEBIDAS, ENTRE LOS FACTORES DE LA PRODUCCION, SEGUN EL

=====

TAMANO DE LOS ESTABLECIMIENTOS NACIONAL 1970
(MILES DE PESOS)

C. 4.34

ESTABLECIMIENTOS	VALOR AGREGADO NETO	PAGOS AL FACTOR - TRABAJO	PARTICIPACION PORCENTUAL	PAGOS AL FACTOR CAPITAL	PARTICIPACION PORCENTUAL	AL CAPITAL AL TRABAJO %
T O T A L E S	14 820 994	5 370 630	36.2	9 450 344	63.8	176.0
ARTESANALES	441 332	108 217	24.5	333 115	75.5	307.8
PEQUEÑOS	1 865 387	750 512	40.2	1 114 875	59.8	148.6
MEDIANOS	4 596 945	1 862 492	40.5	2 734 453	59.5	146.8
GRANDES	3 929 500	1 598 796	40.7	2 330 704	59.3	145.8
GIGANTES	3 987 830	1 050 633	26.4	2 937 197	73.6	279.6

FUENTE: S.I.C., D.G.E., IX CENSO INDUSTRIAL, 1971. México, 1975. Citado en SPP, op. Cit., p. 210, C.11.13.

ESTRUCTURA DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, SEGUN
EL TAMAÑO DE LOS ESTABLECIMIENTOS NACIONALES, 1970
=====

(PORCENTAJES)

E. 4.35

ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL OCUPADO (PROMEDIO)	PAGOS TOTALES AL PERSONAL	VALOR AGREGADO BRUTO	ACTIVO FIJO BRUTO	PRODUCCION BRUTA TOTAL	INVERSION FIJA BRUTA
TOTAL a/	56 066	362 578	5 370 650	15 774 779	19 696 362	49 948 150	1 979 179
ARTESANALES	73.4	21.1	2.0	2.9	2.3	2.2	3.6
PEQUEÑOS	24.5	23.5	14.0	12.3	9.2	11.4	15.5
MEDIANOS	1.7	28.5	34.7	31.3	36.4	32.9	44.7
GRANDES	0.3	18.9	29.8	27.2	30.7	27.4	24.0
GIGANTES	0.1	8.0	19.5	26.3	21.4	26.1	12.2

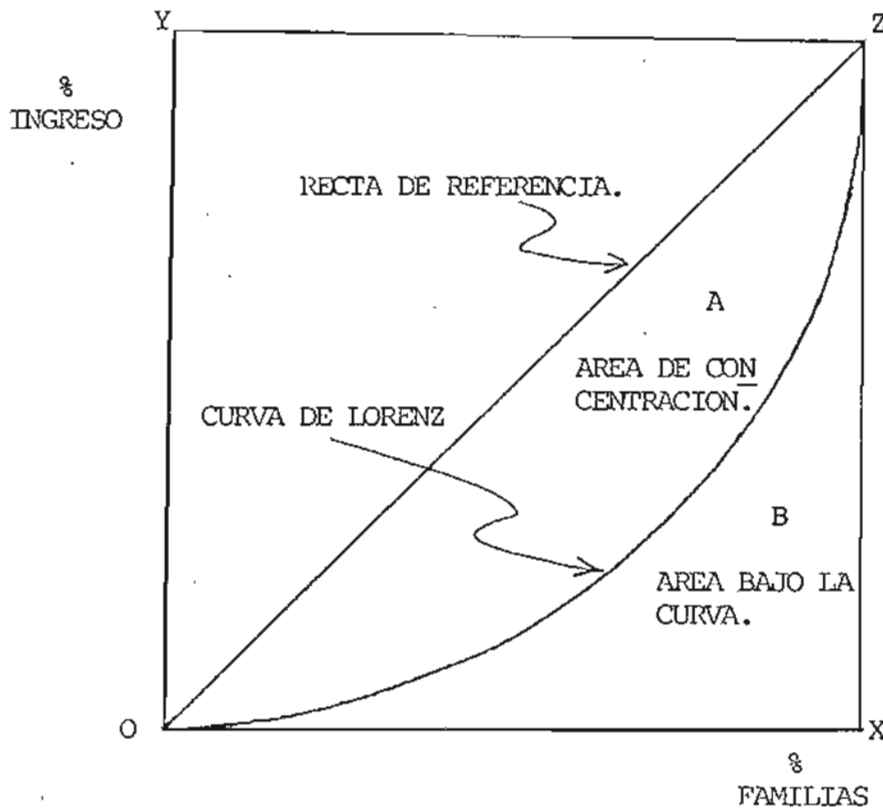
a/ Las cifras en el renglón del total son absolutas, de las cuales se obtuvieron los porcentajes. Los datos están expresados en miles de pesos.

FUENTE: S.I.C., D.G.E., IX CENSO INDUSTRIAL 1971. México, 1975
S.P.P. Op. Cit, p. 208

VARIACION EN LA CONCENTRACION DEL INGRESO

C. 4, 36

1968				1975				1977							
ESTRATO	% DE FAMILIAS	% ACUM.	% INGRESO SIMPLE	ESTRATO	% DE FAMILIAS	% ACUM.	% INGRESO SIMPLE	ESTRATOS	% DE FAMILIAS	% ACUM.	% INGRESO SIMPLE	ESTRATOS	% DE FAMILIAS	% ACUM.	% INGRESO ACUMULADO
I	20	20	3.5	I	10	10	0.9	I	10	10	0.9	I	10	10	0.9
II	20	40	7.3	II	10	20	2.9	II	10	20	2.9	II	10	20	2.9
III	20	60	11.5	III	10	30	3.1	III	10	30	3.1	III	10	30	6.0
IV	20	80	19.7	IV	10	40	4.4	IV	10	40	4.4	IV	10	40	10.4
V	20	100	58.0	V	10	50	5.8	V	10	50	5.8	V	10	50	16.2
				VI	10	60	7.4	VI	10	60	7.4	VI	10	60	23.6
				VII	10	70	9.5	VII	10	70	9.5	VII	10	70	33.1
				VIII	10	80	12.5	VIII	10	80	12.5	VIII	10	80	45.6
				IX	10	90	17.7	IX	10	90	17.7	IX	10	90	63.3
				X	10	100	36.7	X	10	100	36.7	X	10	100	100.0
GINI = 0.4926				GINI = 0.525				GINI = 0.4969							



PROCEDIMIENTO PARA CALCULAR EL COEFICIENTE DE GINI.

$$\text{GINI} = \frac{A}{A + B}$$

$$\text{AREA (A + B)} = \frac{1}{2} = 0.5$$

$$\text{AREA DE B} = \frac{\Delta x}{2} \times (Y_0 + 2Y_1 + 2Y_2 + \dots + 2Y_{n-1} + Y_n)$$

donde Δx = rango de cada intervalo de los estratos de familias,
 Y_i = cada uno de los valores sucesivos de la serie numérica de
 cifras del porcentaje acumulado del ingreso.

$$\begin{aligned} \text{Area de A} &= \text{Area de (A+B)} - \text{Area de B} \\ &= 0.5 - \text{Area de B} \end{aligned}$$

$$\text{Coeficiente de GINI} = \frac{\text{Area de A}}{0.5} = 2 (\text{Area de A})$$

COMPOSICION PORCENTUAL DEL GASTO CORRIENTE MONETARIO SEMESTRAL DEL HOGAR POR DECILES DE HOGARES, 1977

(POR CLIENTOS)

C. 4. 38

CLASES DE HOGARES	GASTO CORRIENTE MONETARIO	ALIMENTOS Y BEBIDAS	PRENDAS DE VESTIR, CALZADO Y ACCESORIOS	AQUILERES ELÉCTRICIDAD, COSEQUISTIBLES Y REPARACIONES	ENSEÑAS DOMESTICAS, MUJERES, ACCESORIOS Y MANTENIMIENTO	CUIDADOS MEDICOS Y CONSERVACION DE LA SALUD	TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	ESPARCIMIENTO	EDUCACION	OTROS BIENES Y SERVICIOS	TRANSFERENCIAS A OTROS HOGARES
I	100.00	65.30	8.73	4.94	7.91	4.62	3.04	0.46	0.75	3.16	1.09
II	100.00	64.43	8.52	5.06	7.25	7.25	0.73	0.89	0.89	4.02	1.06
III	100.00	63.28	9.23	5.46	7.26	3.91	3.81	1.10	0.95	3.51	1.49
IV	100.00	62.04	9.40	5.80	7.02	3.42	4.45	1.29	1.38	3.57	1.62
V	100.00	59.20	8.95	7.40	6.84	3.37	5.24	1.94	1.17	4.33	1.57
VI	100.00	56.44	9.27	7.41	7.75	2.73	5.91	3.06	1.25	3.90	2.27
VII	100.00	51.25	10.44	7.22	7.98	3.30	7.63	3.36	1.37	4.72	2.71
VIII	100.00	49.08	10.76	7.14	8.02	3.11	8.97	3.79	1.83	4.40	2.91
IX	100.00	43.60	11.26	7.20	7.87	2.98	11.90	4.04	2.22	4.95	3.98
X _a	100.00	37.58	12.61	6.34	7.93	2.99	15.49	4.89	2.35	5.31	2.21
X _b	100.00	27.10	10.33	5.50	9.75	3.45	20.43	6.12	3.28	5.92	8.12
TOTAL	100.00	44.46	10.53	6.53	8.19	3.25	11.75	3.98	2.08	4.86	4.17

FUENTE: Op. Cít. Loc. Cít.

GASTO TOTAL Y EN SERVICIOS MEDICOS DE LOS HOGARES, SEGUN ESTADIVO DE INGRESO SEMESTRAL.

1977

C. 4. 39

ESTADIVO DE INGRESO SEMESTRAL	TOTAL DE HOGARES DE HOGARES (A)	TOTAL DE HOGARES QUE GASTAN CON UN SERVICIO MEDICO (B)	PORCIENTO DE HOGARES QUE GASTAN EN SERVICIOS MEDICOS C=B/A X 100	INGRESO TOTAL (Miles de pesos) (D)	GASTO CORRIENTE (Miles de pesos) (E)	GASTO EN SERVICIOS MEDICOS (Miles de pesos) (F)	PORCIENTO DEL INGRESO DESTINADO A SERVICIOS MEDICOS G=F/D X 100	GASTO PROPORCIONADO SEMESTRAL POR HOGAR EN SERVICIOS MEDICOS (Pesos) H=F/A
T O T A L	11,115,142	8,616,527	77.52	308,326,615	298,948,482	9,706,032	3.15	837.22
NO DECLARACION	31,723	9,396	29.62	-	154,597	4,757	-	149.95
- 4,200	1,130,208	691,121	61.15	2,916,161	3,610,502	167,502	5.74	148.20
4,201 - 6,000	695,869	501,138	71.60	3,664,578	3,935,366	168,555	4.60	240.84
6,001 - 8,100	744,240	555,703	74.67	5,311,268	5,849,786	248,770	4.68	334.26
8,101 -10,800	947,669	735,235	77.58	8,969,837	9,299,686	346,793	3.87	365.94
10,801 -14,400	1,047,939	803,132	76.64	13,288,489	13,333,284	471,387	3.55	449.82
14,401 -18,900	1,133,454	865,493	76.36	18,989,656	18,964,899	616,324	3.25	543.76
18,901 -25,800	1,400,719	1,088,240	77.69	30,842,135	30,354,099	846,451	2.74	604.30
25,801 -34,350	1,151,005	946,421	82.22	34,099,240	34,817,459	1,195,134	3.50	1,038.34
34,351 -45,000	972,235	807,834	83.09	38,006,706	36,290,588	1,048,981	2.76	1,078.94
45,001 -60,900	777,612	648,549	83.40	41,119,965	38,508,412	1,164,731	2.83	1,497.83
60,901 -80,400	469,312	403,748	86.03	32,889,765	30,911,067	902,675	2.74	1,923.39
80,401-108,000	319,520	287,952	90.12	29,587,631	27,040,954	771,920	2.61	2,415.87
MAS DE 108,000	289,638	272,567	94.11	48,643,182	45,877,783	1,752,050	3.60	6,049.10

FUENTE: Op. Cit., pp 59-60.

DECILES DE HOGARES	INGRESO CORRIENTE MONETARIO SEMESTRAL PROMEDIO		GASTO CORRIENTE SEMESTRAL PROMEDIO	
	PESOS	% A LA MEDIA NACIONAL	PESOS	% A LA MEDIA NACIONAL
I	2,435	0.08	3,183	0.11
II	5,664	0.20	6,183	0.22
III	8,587	0.30	9,078	0.33
IV	12,027	0.43	12,162	0.45
V	16,157	0.58	16,149	0.60
VI	20,470	0.73	20,263	0.75
VII	26,388	0.95	26,935	1.00
VIII	34,673	1.24	33,733	1.25
IX	49,223	1.77	46,379	1.72
X_a	70,720	2.54	66,001	2.41
X_b	132,821	4.78	123,818	4.60
PROMEDIO NACIONAL	27,740	1.00	26,896	1.00

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto; Encuesta nacional de ingreso y gastos de los hogares 1977, México, CGSNI, 1979, Cuadros T 2.3., T 3.3., p. 2.3. y p. 3.3.

INGRESO Y GASTO CORRIENTE SEMESTRAL DE LOS HOGARES
POR ESTRATOS
(ENCUESTA 1977)

C. 4.41

428

ESTRATO DE INGRESO SEMESTRAL (PESOS SEMESTRALES/HOGAR)	TOTAL DE HOGARES (A)	INGRESO TOTAL (SEMESTRAL) (MILES DE PESOS) (B)	GASTO TOTAL (SEMESTRAL) (MILES DE PESOS) (C)	INGRESO-GASTO POR ESTRATO (MILES DE PESOS) D= B-C	INGRESO-GASTO POR HOGAR (PESOS) E= D/A
TOTAL	11,115,142	308,328,615	298,948,482	9,380,133	843.90
I NO DECLARARON	31,723	-	154,597	-	-
II 1 - 4,200	1,130,208	2,916,161	3,610,502	- 694,341	- 614.35
III 4,201 - 6,000	699,869	3,664,578	3,935,366	- 270,788	- 386.91
IV 6,001 - 8,100	744,240	5,311,268	5,849,786	- 538,518	- 723.58
V 8,101 -10,800	947,669	8,969,837	9,299,686	- 329,849	- 348.06
VI 10,801 -14,400	1,047,939	13,288,489	13,333,284	- 44,795	- 42.74
VII 14,401 -18,900	1,133,454	18,989,656	18,964,899	- 24,757	21.84
VIII 18,901 -25,800	1,400,719	30,842,135	30,354,099	- 488,036	348.42
IX 25,801 -34,350*	1,151,005	34,099,240	34,817,459	- 718,219	- 623.99
X 34,351 -45,000	972,235	38,006,706	36,290,588	1,716,118	1,765.13
XI 45,001 -60,900	777,612	41,119,965	38,508,412	2,611,553	3,358.43
XII 60,901 -80,400	469,312	32,889,765	30,911,067	1,978,698	4,216.17
XIII 80,401-108,000	319,520	29,587,631	27,040,954	2,546,677	7,970.32
XIV más de 108,000	289,638	48,643,182	45,877,783	2,765,399	9,547.78

FUENTE: Op. Cit., Loc. Cit.

(*): Los estratos I al IX representan el 74.6% del total de hogares, ver C. 5.4.2.8. Última columna.

ESTRUCTURA DEL GASTO EN PAISES SELECCIONADOS

(POR CIENTO)

C. 4.42

PAISES	TOTAL	ALIMENTOS, BEBIDAS Y TABACOS	VESTIDO Y CALZADO	HABITACION Y ENERGIA	MUEBLES Y EQUIPO DOMESTICO	SERVICIO MEDICO Y SALUD	TRANSPORTES Y COMUNICACIONES	EDUCACION, RECREACION Y CULTURA	OTROS GASTO
México (1973)	100	40.9	11.3	19.5	4.3	2.5	6.9 a/	1.3	13.3 b/
Estados Unidos (1973)	100	18.0	9.0	18.0	9.0	10.0	16.0	10.0	10.0
Brasil (1968) c/	100	49.4	7.5	9.2	8.6	4.4	6.4	7.6	6.9
Chile (1968) e/	100	41.3	13.6	14.7	8.5	2.5	8.2	7.6	3.5
Honduras (1967-1968) f/	100	47.6	11.4	7.9	7.9	4.8	4.5	8.3	7.6
Francia (1971)	100	33.0	9.0	14.0	8.0	11.0	11.0	7.0	7.0
Italia (1973)	100	40.0	9.0	12.0	7.0	8.0	11.0	5.0	8.0
Gran Bretaña (1973)	100	31.0	9.0	18.0	5.0	1.0	14.0	10.0	9.0
Rep. Federal Alemana (1973)	100	28.0	11.0	16.0	13.0	3.0	12.0	7.0	10.0
Japón (1973)	100	33.0	11.0	15.0	9.0	(ND)	(ND)	(ND)	32.0 c/
Filipinas (1965)	100	63.2	6.8	13.0	5.0	1.8	2.7	4.6	2.9
Pakistán (1970-1971)	100	55.4	10.1	13.4	4.3	1.9	2.3	2.0	10.6
Tanzania (1969)	100	66.3	11.7	8.6	4.8	1.9	2.7	1.7	2.3
Argéne (1964-65-66-68)	100	54.5	13.4	15.3	3.6	1.9	2.9	4.6	3.9

a/ Incluye gastos de vehículos.

b/ Incluye gastos de otros servicios y servicios domésticos.

c/ Incluye los rubros de transporte, recreación y servicios médicos.

d/ Se refiere al gasto personal.

e/ Sólo cubre el área del Gran Santiago.

f/ Los datos se refieren al área urbana.

g. No disponible.

fuente: Para México, S.F.P.S Centro Nacional de In-orucción y Estadísticas de Trabajo. Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares, México, 1977.

Para los países desarrollados: U.S Department of Commerce, Bureau of the Census, Social Indicators, 1976. Washington, 1977.

Para los restantes, Oficina Internacional de Trabajo, Estadísticas de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1960-1972, No. 2 África, América Latina, Asia.

MEXICO

INDICE NACIONAL DE PRECIOS AL CONSUMIDOR

1978 = 100

C. 4.43.

A Ñ O	INDICE GENERAL	ALIMENTOS BEBIDAS Y TABACO	SERVICIOS MEDICOS Y CONSERVACION DE LA SALUD
1968	29.7	29.7	37.8
1969	30.7	30.5	38.5
1970	32.3	32.1	40.5
1971	34.0	33.6	42.8
1972	35.7	35.0	45.6
1973	40.0	40.5	49.1
1974	49.5	52.6	55.6
1975	57.0	59.2	63.0
1976	66.0	66.7	72.1
1977	85.1	85.9	87.4
1978	100.0	100.0	100.0
1979	118.2	118.4	114.8
1980	149.3	148.0	146.0
1981	191.1	186.7	193.0

FUENTE: Banco de México. Subdirección de Investigación Económica.
Serie Información Económica. INDICADORES ECONOMICOS.

MEXICO

TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DEL INDICE NACIONAL
DE PRECIOS AL CONSUMIDOR

C. 4.44.

A Ñ O	INDICE GENERAL	ALIMENTOS BEBIDAS Y TABACO	SERVICIOS MEDICOS Y CONSERVACION DE LA SALUD
1969/68	3.37	2.69	1.85
1970/69	5.21	5.24	5.19
1971/70	5.26	4.67	5.68
1972/71	5.00	4.17	6.54
1973/72	12.04	15.71	7.67
1974/73	23.75	29.88	13.24
1975/74	15.15	12.55	13.31
1976/75	15.79	12.67	14.44
1977/76	28.94	28.78	21.22
1978/77	17.51	16.41	14.42
1979/78	18.20	18.40	14.80
1980/79	26.31	25.00	27.18
1981/80	28.00	26.15	32.19

FUENTE: Ibid.

SALARIOS MÍNIMOS Y PRECIOS

(1970 - 1981)

-C. 4.45

A N O	Salario Mfimo General (Pesos)	Indice Nacional de Precios al Con- sumidor (1978 = 100)	1 9 7 0 = 1 0 0		Indice de Salario R e a l C = A/B
			Indice Salario Mfimo General A	Indice Nacional de Precios al Con- sumidor B	
1970	26.99	32.0	100.0	100.0	200.0
1971	26.99	34.0	100.0	105.6	94.7
1972	31.93	35.7	118.5	110.5	107.3
1973	34.81	40.0	129.0	124.2	103.8
1974	48.20	49.5	178.6	153.7	116.7
1975	52.97	57.0	196.3	177.0	110.9
1976	72.19	66.0	267.5	205.0	130.3
1977	87.56	85.1	324.4	264.3	122.8
1978	99.37	100.0	362.2	310.6	118.6
1979	105.80	118.2	392.0	367.1	106.8
1980	124.53	153.4	461.4	479.4	96.5
1981 <u>1/</u>	164.50	195.4	609.5	610.6	99.8

F U E N T E : . . Comisión Nacional de Salarios Mfimos y Banco de Mfxico.

1/ Estimado por la misma Comisión

CUADRO COMPARATIVO 1970-1980 DE ALFABETOS Y ANALFABETOS
DE LA REPUBLICA MEXICANA

C. 4.46

A Ñ O	ALFABETOS	%	ANALFABETOS	%
1970	24 657.7	76.19	7 677.1	23.81
1980	30 183.6	84.00	5 750.9	16.00

F U E N T E : VIII y IX Censo General de Población.
Dirección General de Estadística S.I.C.

POBLACION ALFABETA Y ANALFABETA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1 9 8 0

C. 4.47.

ENTIDAD FEDERATIVA	POBLACION 15 AÑOS Y MAS	ALFABETAS	ANALFABETAS	NO ESPECI FICADO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	38 324 335	30 183 552	5 750 934	2 389 849
AGUASCALIENTES	283 927	243 436	27 826	12 565
BAJA CALIFORNIA NORTE	741	636 743	45 459	59 411
BAJA CALIFORNIA SUR	125 714	113 437	7 889	4 388
CAMPECHE	701	158 592	31 832	11 209
COAHUILA	881 535	771 656	64 858	47 991
COLIMA	189 518	161 301	21 951	6 266
CHIAPAS	1 199 131	757 312	343 952	87 867
CHIHUAHUA	1 135 520	979 706	81 101	74 713
DISTRITO FEDERAL	5 901 922	5 391 737	324 248	185 937
DURANGO	609 761	528 438	41 130	40 193
GUANAJUATO	1 640 649	1 181 144	388 396	121 109
GUERRERO	1 182 757	693 981	345 717	143 059
HIDALGO	825 478	605 318	169 768	50 392
JALISCO	2 146 419	1 961 644	240 371	214 404
MEXICO	4 134 821	3 338 749	525 295	270 783
MICHOACAN	1 646 499	1 062 323	443 180	140 996
MORELOS	541 782	437 142	82 392	22 058
NAYARIT	398 852	332 628	57 039	9 185
NUEVO LEON	1 426 649	1 244 415	109 287	72 947
OAXACA	1 418 032	939 432	378 696	99 914
PUEBLA	1 794 646	1 215 977	469 032	109 637
QUERETARO	383 517	279 583	94 071	9 863
QUINTANA ROO	111 749	81 515	21 675	8 550
SAN LUIS POTOSI	531 920	707 648	183 974	40 298
SINALOA	1 033 477	804 526	172 767	55 191
SONORA	881 325	744 713	76 499	60 113
TABASCO	603 696	457 026	107 096	39 674
TAMAULIPAS	1 117 634	968 421	97 286	51 927
TLAXCALA	300 012	246 499	44 688	8 825
VERACRUZ	3 026 712	2 180 306	587 570	258 336
YUCATAN	611 226	449 059	99 699	62 468
ZACATECAS	627 202	503 145	116 177	7 880

FUENTE: X Censo de Población y Vivienda. Resultados preliminares a Nivel Nacional y por Entidad Federativa. S.P.P. 1981.

ESCUELAS, MAESTROS Y ALUMNOS EN LA REPUBLICA MEXICANA

C.4.48

EDUCACION	1976-1977	1977-1978
Pre-Escolar		
Escuelas	4 726	5 114
Maestros	16 733	19 784
Alumnos*	674.8	710.9
Primaria		
Escuela	53 974	60 598
Maestros	286 247	322 690
Alumnos*	12 572.3	13 322.3
Secundaria		
Escuela	9 687	9 610
Maestro	150 944	149 851
Alumnos*	2 500.0	2 696.0
Preparatoria, Vocacional y profesional Medio		
Escuela	1 323	1 378
Maestros	42 469	44 692
Alumnos*	657.0	742.0
Normal		
Escuela	324	361
Maestros	9 627	10 657
Alumnos*	134.0	159.0
Profesional Superior		
Escuela	606	676
Maestros	43 114	52 140
Alumnos*	569.2	609.0

* (Miles)

FUENTE: Agenda estadística 1980 S.P.P. Coordinación General de los Ser-
vicios Nacionales.

CONSUMO PROMEDIO MENSUAL FAMILIAR DE ALIMENTOS SELECCIONADOS

Nacional

1 9 7 5

(Kilogramos)

C. 4, 49

ESTRATO DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Maíz y sus a/ productos	Trigo y sus b/ productos	Arroz	Jitomate	Papa	Frijol	Frutas c/	Azúcar	Acetite Vegetal d/	Carne de res	Otras Carnes e/	Leche Fresca f/	Huevo	Pescados y Mariscos
TOTAL	54.3	2.5	3.7	5.7	5.0	9.7	11.4	8.4	3.2	6.1	5.3	32.6	5.1	1.8
0	70.6	1.2	2.7	2.8	3.1	9.8	4.6	5.6	1.6	3.4	1.8	15.3	3.2	0.7
1 A.	81.5	3.4	2.2	1.7	4.4	10.3	2.3	4.3	1.2	1.2	1.4	4.9	1.5	0.1
301	69.2	3.3	3.4	2.8	3.4	9.6	3.3	6.5	1.7	1.9	1.8	9.8	1.6	0.5
401	45.8	0.5	1.7	2.8	2.8	9.1	4.8	5.1	1.6	1.2	2.0	7.8	1.7	0.5
531	50.3	4.5	3.1	3.8	4.6	8.7	5.4	7.1	1.5	2.1	2.0	14.9	2.3	0.5
701	62.8	3.0	3.4	4.4	3.8	8.7	6.0	8.9	2.0	4.4	4.1	21.5	2.8	0.6
951	61.9	6.5	2.7	4.9	3.9	10.0	8.3	7.7	1.8	3.4	3.6	25.2	2.9	0.6
1 251 A.	46.7	2.3	3.7	5.3	4.8	9.5	8.7	8.0	3.0	5.0	4.6	31.5	5.0	1.8
1 701	50.1	0.5	3.6	6.2	5.2	9.9	11.1	8.4	3.6	5.8	5.4	33.1	5.2	1.6
2 201	47.4	2.8	4.1	6.3	5.3	10.2	14.4	9.3	3.5	7.2	6.1	36.4	5.5	1.7
3 001	48.2	1.7	4.9	7.3	5.9	10.2	15.7	10.4	4.3	8.5	6.5	50.4	7.7	2.0
4 001	46.8	1.2	4.7	8.0	6.6	10.1	16.3	10.7	5.4	8.9	8.4	49.3	9.0	2.1
5 201	48.9	1.2	4.3	7.9	5.7	8.2	19.7	10.4	4.2	10.4	8.5	49.7	6.7	3.7
7 501	45.5	2.2	4.7	9.2	7.0	9.6	22.0	10.2	5.7	12.1	9.6	58.1	8.7	5.1

a/ Incluye Maíz en Grano y Tortillas

b/ Incluye Trigo en Grano y Piezas de Pan

c/ Incluye Naranja, Limón y Plátano

d/ Cifras en Litros

e/ Incluye Carne de Cerdo, Cabrito, y Pollo

FUENTE: S.T.P.S., CENIET, Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares, 1975, Tabulación especial (preliminar) México, 1977

CONSUNTO PROMEDIO MENSUAL FAMILIAR DE ALIMENTOS SELECCIONADOS

URBANO
1975
(kilogramos)

C. 4.50

ESTRATO DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL	MAÍZ Y SUS a/ PRODUCTOS	TRIGO Y SUS b/ PRODUCTOS	ARROZ	JITOMATE	PAPA	FRIJOL	FRUTAS e/	AZUCAR	ACEITE VEGETAL d/	CARNE DE RES	OTRAS CARNES e/	LECHE FRESCA f/	HUEVO	PESCADOS Y MARISCOS
TOTAL	42.6	1.7	4.0	7.5	5.8	9.1	15.4	8.6	4.5	8.5	7.5	48.4	7.1	2.8
0	41.4	2.7	3.1	5.6	6.1	8.8	14.6	9.4	4.4	10.9	6.1	46.5	7.7	0.7
1- 300	32.7	0.1	2.0	3.8	3.5	6.8	3.6	5.5	1.7	2.5	3.4	17.7	2.1	0.5
301- 400	42.6	0.1	4.1	5.6	3.4	7.5	7.3	4.9	6.2	4.2	3.5	24.3	12.9	1.1
401- 530	31.1	0.1	2.1	5.1	3.6	8.6	7.3	7.3	2.5	2.4	1.4	17.4	2.7	2.5
531- 700	36.7	0.4	2.5	4.7	4.5	6.8	6.4	6.3	1.6	5.1	6.2	26.8	3.1	2.8
701- 950	40.4	0.8	3.1	4.5	5.0	8.9	6.8	6.9	2.5	4.9	3.9	24.3	3.2	1.1
951- 1,250	42.7	0.6	2.9	5.8	4.6	9.5	7.1	7.1	3.1	5.0	4.3	34.2	5.6	1.1
1,251- 1,700	42.8	1.9	3.5	6.2	5.0	9.7	10.4	7.9	3.6	5.2	5.2	38.1	6.7	2.3
1,701- 2,200	48.8	0.7	4.0	6.8	5.7	9.7	11.7	8.5	3.9	6.6	6.5	40.0	5.6	2.1
2,201- 3,000	43.6	3.3	3.9	6.6	5.5	9.7	14.0	8.4	4.0	7.7	7.2	43.9	6.5	2.0
3,001- 4,000	44.9	1.9	4.9	7.9	6.2	9.5	18.5	8.9	5.0	9.7	7.3	58.4	9.0	2.7
4,001- 5,200	38.6	1.3	4.7	8.6	6.1	8.9	17.2	9.4	5.6	10.0	10.1	57.2	7.7	2.1
5,001- 7,500	38.7	1.0	3.8	8.5	5.6	7.8	18.6	9.0	4.7	10.5	8.7	57.3	7.3	4.3
7,501 y más	42.7	2.7	4.5	10.0	7.1	8.9	24.5	9.9	6.5	12.7	10.8	65.1	9.1	5.1

Incluye Maíz en Grano y Tortillas
Incluye Trigo en Grano y Piezas de Pan
Incluye Naranja, Limón y Plátano
Cifras en Lítros
Incluye carne de Cerdo, Cabrito, y Pollo

ENTE: S.T.P.S., CENIEM, Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares, 1975, tabulación especial (preliminar) México, 1977.

CONSUMO PROMEDIO MENSUAL FAMILIAR DE ALIMENTOS SELECCIONADOS

R U R A L
1 9 7 5
(KILOGRAMOS)

C. 4. 51

ESTRATOS INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Maíz y sus a/ productos	Trigo y sus b/ productos	Arroz	Jitomate	Papa	Frijol	Frutas c/ c/	Medicar	Aceite Vegetal d/ d/	Carne de res	Otras carnes e/ e/	Leche fresca f/ f/	Huevo	Pescados y Mariscos
T O T A L	64.7	3.3	3.4	4.1	4.4	10.2	7.8	8.1	2.0	3.9	3.2	18.4	3.3	0.9
0	75.2	1.0	2.7	2.3	2.7	9.9	3.0	5.0	1.2	2.2	1.1	10.4	2.5	0.7
1 -	86.0	3.7	2.3	1.5	4.5	10.6	2.1	4.2	1.1	1.1	1.3	3.8	1.5	0.1
301 -	400	4.2	3.1	2.0	3.3	10.2	2.3	6.9	0.5	1.3	1.4	5.8	2.3	0.3
401 -	530	48.5	0.6	1.7	2.4	9.2	4.4	4.8	1.7	1.0	2.1	6.1	1.5	0.2
531 -	700	52.6	5.2	3.2	3.7	9.1	5.2	7.3	1.5	1.5	1.3	12.9	2.1	0.1
701 -	950	71.1	3.9	3.5	4.4	8.6	5.8	9.6	1.8	4.2	4.1	20.4	2.7	0.4
951 -	1 250	71.8	9.6	2.6	4.5	10.3	8.9	8.0	1.2	2.6	3.3	20.5	1.5	0.4
251 -	1 700	50.3	2.8	3.9	4.5	9.3	7.1	8.0	2.4	4.8	4.1	25.3	3.5	1.4
701 -	2 200	52.0	0.2	3.1	5.3	10.3	10.3	8.1	3.1	4.8	3.8	22.8	4.5	1.0
201 -	3 000	52.6	2.0	4.4	5.9	10.8	14.9	10.5	2.8	6.6	4.7	27.4	4.2	1.2
001 -	4 000	54.9	1.3	4.9	6.2	11.6	10.0	13.3	3.0	6.2	4.8	34.4	5.2	0.8
001 -	5 200	65.2	0.9	4.7	6.5	12.8	14.1	13.5	5.0	6.5	4.6	31.7	11.8	2.3
201 -	7 500	77.2	1.8	5.5	6.4	9.2	22.7	14.2	2.8	10.1	8.1	28.8	5.1	1.9
501 -	y más	56.1	0.4	5.2	6.3	12.2	12.7	11.2	2.8	9.5	5.2	31.8	7.1	5.1

- a/ Incluye Maíz en Grano y Tortillas
- b/ Incluye Trigo en Grano y Piezas de Pan
- c/ Incluye Naranja, Limón y Plátano
- d/ Cifras en Litros
- e/ Incluye Carne de Cerdo, Cabrito y Pollo.

FUENTE: S.T.P.S., CENIDI, Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares 1975, tabulación especial (preliminar) México, 1977.

MEXICO: POBLACION QUE CONSUME CARNE, LECHE,

PESCADO Y PAN DE TRIGO

1 9 7 0

C. J. 4,52

C O N C E P T O	C O N S U M O		%
	FOR LO MENOS UN DIA A LA SEMANA	POBLACION CONSUMEN HABITANTES	
CARNE	38 287 532	9 937 706	20.6
HUEVO	37 052 728	11 172 510	23.2
LECHE	29 877 054	18 348 184	38.0
PESCADO	14 396 815	33 828 423	70.1
PAN Y TRIGO	36 933 715	11 291 523	23.4

FUENTE: SIC, DGE, IX Censo General de Población 1970, México 1978, --
 Citado en: SPP, La Población de México su ocupación y sus niveles de bienestar, México, Ed. CGSNTI, 1980, P. 202 y 203 --
 datos simplificados en su presentación.

NUMERO DE VIVIENDAS, SEGUN EL MATERIAL
PREDOMINANTE EN TECHOS Y PISOS

C. 4,53.

CONCEPTO	VIVIENDAS 1970 ^{1/}		VIVIENDAS 1980 ^{2/}	
	ABS.	%	ABS.	%
MATERIAL PREDOMINANTE				
<u>EN TECHOS</u>				
CONCRETO O SIMILARES	8,286,369	100.00	12,216,462	100.0
PALMA O SIMILARES	2,833,296	34.19	5,509,624	45.1
TEJA O SIMILARES	1,280,736	15.46	1,233,863	10.1
MADERA	1,769,134	21.35	1,563,707	12.8
OTROS	896,615	10.82	-	-
<u>EN PISOS</u>				
TIERRA	1,506,588	18.18	3,909,268	32
OTROS	3,403,066	41.06	n.d.	-
	4,883,303	58.93	n.d.	-

1/ FUENTE: SPP, DGSNI, ANUARIO ESTADÍSTICO 1977-1978.

2/ SPP, CGSNEGI, MÉXICO: ESTADÍSTICA ECONÓMICA Y SOCIAL POR ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO, 1981.

n.d. NO DISPONIBLE.

NUMERO DE VIVIENDAS, SEGUN EL MATERIAL PREDOMINANTE
EN MUROS O PAREDES

C. 4,54.

CONCEPTO	NUMERO DE VIVIENDAS 1970 ^{1/}		1980 ^{2/}	
	ABS.	%	ABS.	%
MATERIAL PREDOMINANTE				
NUMERO DE VIVIENDAS	8,286,369	100.0	12,216,462	100.0
ADobe	2,494,950	30.11	2,650,972	21.70
LADRILLO O TABIQUE	3,658,146	44.15	6,885,652	56.36
MADERA	1,317,165	15.90	1,172,780	10.00
EMBORRO	416,442	5.03	342,061	2.80
OTROS	399,666	4.82	1,062,832	8.71

^{1/} FUENTE: SPP. DGSNI. Anuario Estadístico 1977-1978.

^{2/} FUENTE: SPP. CGSNEGI. México: Estadística Económica y Social por Entidad Federativa. México, 1981.

6.4. CUADROS ANEXOS

AL CAPITULO 5

MEXICO 1970-1979:

C. 5.1

CONCEPTO.	1970.	1972.	1974.	1978.	1979.
<u>CIRUJANOS DENTISTAS.</u>					
a) En el IMSS.	520	524	552	691	710
b) En el ISSSTE.	239	317	366	409	517
c) TOTAL:	759	841	918	1,100	1,227
<u>DERECHOHABIENTES.</u>					
a) En el IMSS.	9'895,629	11'603,579	14'778,046	19'789,000	20'988,000
b) En el ISSSTE.	1'347,470	1'873,747	2'902,486	4'754,000	5'310,000
c) TOTAL:	11'243,099	13'477,326	17'680,532	24,543.000	26'298,000
<u>DERECHOHABIENTES.</u> <u>POR DENTISTA.</u>					
a) En el IMSS.	19,030	22,144	26,771	28,638	29,560
b) En el ISSSTE.	5,638	5,910	7,930	11,623	10,270
c) TOTAL:	14,813	16,025	19,259	22,311	21,432

FUENTE: Elaborado con datos de:

- a) SPP. Anuario estadístico de los E.U.M. 1972-1974 México.
Ed. CGSNEGI, 1981.
- b) Cuaderno de Información Oportuna del Sector Salud, México.
Ed. CGSNEGI, 1981.

OFERTA TOTAL Y DEMANDA POTENCIAL DE CONSULTAS EN IMSS-ISSSTE.

(MILLONES)

C. 5.2

AÑOS	OFERTA TOTAL		DEMANDA POTENCIAL		DEFICIT		
	ABS.	(1) %	(1) %	(2) %	(1)	(2)	
1970	1.4	12.5	6.2	11.2	22.4	9.8	21.0
1975	2.0	9.0	4.5	22.1	44.2	20.1	42.0
1980	2.6	8.6	4.3	30.3	60.6	27.7	58.0
1981	4.2	12.8	6.4	32.8	65.6	28.6	61.4

(1): HIPOTESIS 1: 1 Consulta por año por persona.
 (2): HIPOTESIS 2: 2 Consultas por año por persona.
 NOTA: Se considera un promedio de 1908 consultas por año/odontólogo

CONSULTAS POR DIA/ODONTÓLOGO EN INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.

C.5.3.

SECTOR SALUD	1970.				1971.				1979 - 1980.			
	CONSULTAS.		CONSULTAS.		CONSULTAS.		CONSULTAS.		CONSULTAS.		CONSULTAS.	
	Cirujanos Dentistas.	TOTAL.	ANO (a)	DIA (b)	Cirujanos Dentistas	TOTAL.	ANO. por Odontólogo.	DIA	Cirujanos Dentistas	TOTAL.	ANO. por Odontólogo.	DIA.
IMSS.	520	1'197,109	2,302	8.8	543	1'292,434	2,380	9.2	710 ^a	1'300,000	1,830	7.0
ISSSTE.	239	310,290	1,298	5.0	324	337,063	1,040	4.0	(517)*			
SSA.	340	290,070	853	3.3	518	312,794	603	2.3	1,256 ^b	2'451,226	1,952	7.5
	1,099	1'797,469	1,635	6.3	1,385	1'942,291	1,402	5.4	1,966	3'751,226	1,908	7.3

(A): TOTAL DE CONSULTAS ENTRE NÚMERO DE ODONTÓLOGOS.

(B): CONSULTA ANUAL POR ODONTÓLOGO ENTRE 260 DÍAS ACTIVOS.

(*): -NO SUMA AL TOTAL POR NO ESTAR DISPONIBLE EL NO. DE CONSULTAS.

FUENTE: Cuadro elaborado a partir de los datos de:

- a) Anuario estadístico compendiado de los E.U.M. 1972. México 1974.
- b) Anuario estadístico de los E.U.M. 1972-1974, México. Ed. CGSNI, 1978.
- c) Cuaderno de información oportuna del sector salud. México. Ed. CGSNI. 1978.
- d) Información de 1ª mano en la Dirección General de Salubridad en el D.F. y -
Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública.

448. POBLACION, CIRUJANOS DENTISTAS, NUMERO DE HABITANTES POR
CADA ODONTOLOGO POTENCIALMENTE EN EJERCIO 1970-1990.

C. 5.4.

ANO.	HABITANTES. (A)	ODONTOLOGOS. PQ TENCIALMENTE - EN EJERCICIO (B)	NUMERO DE HABITAN- TES POR CADA ODN- TOLOGO. C= A/B.
1970.	48,225.000	6,060	7,958
1971.	52,418.000	6,884	7,614
1972.	54,196.000	7,731	7,010
1973.	56,022.000	8,613	6,504
1974.	57,899.000	9,834	5,888
1975.	59,827.000	11,275	5,306
1976.	61,801.000	13,435	4,600
1977.	63,822.000	16,703	3,821
1978.	65,844.000	20,303	3,243
1979.	69,899.000	24,588	2,843
1980.	69,347.000	28,111	2,467
1981.	69,400.000	31,890	2,176
1982.	71,200.000	30,779 ^{1/}	2,313
1983.	73,400.000	33,137	2,215
1984.	75,600.000	35,495	2,130
1985.	77,800.000	37,853	2,055
1986.	80,200.000	40,211	1,994
1987.	82,700.000	42,569	1,943
1988.	85,300.000	44,927	1,899
1989.	87,900.000	47,285	1,859
1990.	90,700.000	49,643	1,827

1/: A partir de este año las cifras fueron estimadas mediante el método de mínimos cuadrados ordinarios en base a los datos del C.3.7.

FUENTE: Cuadros: C.5.3.2, C. 5.3.3. y C. 3.7.

7. BIBLIOGRAFIA.



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

ANFEO. Sistema de salud ciudad Nezahualcoyotl. Programa de formación de personal técnico medio en odontología. México. Departamento de odontología, 1974.

Arriagazzi I., L. Et. Al., utilización de los recursos humanos altamente calificados, Washington, D.C. Ed. O.E.A. - 1972.

Baudelot, Ch. y Establet, R. La escuela capitalista. México, Siglo XXI Editores, 1975.

Banco de México, S.A., La distribución del ingreso en México, encuesta sobre los ingresos y gastos de las familias.- México, 1968.

Banco de México, S.A., La distribución del ingreso en México, encuesta sobre los ingresos y gastos de las familias.- México, 1963.

Banco de México. Subdirección de investigación económica - serie información económica. Indicadores económicos.

Banco de México, S.A. La distribución del ingreso en México, encuesta sobre los ingresos y gastos de las familias, - 1968. Fondo de cultura económica, México, 1974.

Handwritten text, likely bleed-through from the reverse side of the page. The text is mostly illegible due to fading and bleed-through.

Handwritten text at the bottom of the page, possibly a signature or a date.

García Galló, Gaspar Jorge. La Concepción Marxista sobre la escuela y la educación. México, Ed. Grijalbo, 1974.

Hermosillo, G., Et. Al., Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México, en educación médica y salud, Washington, D.C. Ed. OPS. 1978, Vol. 12, No.4, pp.-490 a 492. Procesamiento a partir de los datos publicados por la fuente.

Heller, Agnes. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona, España, Ediciones Península, 1978.

I.M.S.S., Reportes de consultas por motivos, México, Oficina de análisis estadístico J.S.M.P., 1979, 1980.

I.M.S.S., Investigación realizada por la jefatura de servicios de medicina preventiva del I.M.S.S. Delegación No.3 Valle de México, 1980.

Katz, S., Et. Al., odontología preventiva en acción, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1975.

Lange, Oscar. Economía política. México, F.C.E., 1963.

Marx, Carlos y Engels, Federico. La Ideología Alemana. México, Ediciones de Cultura Popular, 1974.

Marx, Carlos. El Capital. México, Fondo de Cultura Económica, 1959. T.I.

Portelli, Hugues. Gramsci y el bloque histórico. México. - Siglo XXI. Editores, 1976.

P.R.M. Quinto Informe de Gobierno. México 1981, Sector Salud y seguridad social.

Sánchez Vázquez, Adolfo. "La Ideología de la Neutralidad - Ideología en las Ciencias Sociales". En Historia y Sociedad. México. Segunda Epoca. Núm.7, 1975.

SIC. Estadísticas Hospitalarias 1971; México; Ed. DGE, serie V No.1, 1975.

Serra Rojas, Andrés. Derecho Administrativo, Editorial Porrúa, México, 1959.

SPP. Agenda Estadística 1980. México, Ed. DGSNGEI, 1981.

SIC. Censo General de Población. México, D.G.E. 1970.

SPP. Censo de Población y Vivienda. Resultados preliminares a nivel nacional y por entidad federativa. México. --- DGSNEGEI, 1981.

SPP. VIII y IX Censo General de Población. Dirección General de Estadística. México, 1981.

SIC. Estadísticas Hospitalarias 1971, México, Ed. D.G.E., serie U. No.1, 1975.

SPP, Plan Global de Desarrollo, México, Ed. Talleres Gráficos de la Nación, 1980.

S.S.A. Investigación realizada por la Dirección de Odontología del D.F., de la S.S.A., en 1968.

Samuelson, P. Curso de Economía Moderna. Madrid, Ed. Aguilar.

Stonier A.W., y Hague, D., Manual de Teoría Económica, Madrid, Ed. Aguilar, 1960.

Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Estudios Profesionales - Zaragoza División de Ciencias de la Salud. Plan de estudios para la carrera de cirujano-dentista aprobado por el H. Consejo Universitario el día dos de marzo de 1977. Programa de extensión universitaria para la carrera de odontología, México. 1977.

Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Plan de estudios de la escuela de estomatología de San Luis Potosí.

Universidad de Yucatán: Facultad de Odontología, Mérida, - Yucatán. México. Manual de normas y funciones reglamento. Programa de estudios.

Universidad intercontinental. Plan de estudios de la escuela de odontología en México, D.F.

Universidad Autónoma de Nuevo León; Plan de estudios de la escuela de odontología 1970-1971.

U.A.E.M. Plan de estudios de la Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Publicado en el Boletín de la Escuela de Odontología, Toluca, México. - 1972.

Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. Plan de estudios de la carrera de estomatología 1977.

Universidad Latino Americana, Plan de Estudios.

Universidad del Sudeste, Plan de Estudios de la escuela de odontología en Campeche.

Universidad de Nayarit. Escuela de Odontología de Tepic. - Plan de estudios 1969.

Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, B.C. Escuela de Odontología. Plan de estudios de 1974-1975.

Universidad Autónoma de Baja California, Plan de estudios de la Escuela de Odontología de Mexicali. 1973.

Universidad Autónoma de Zacatecas. Escuela de Odontología. Plan de estudios.

Universidad Michoacana de San Nicolás, Facultad de Odontología. Plan de estudios.

Universidad de Guadalajara. Facultad de odontología. Plan de estudios.

Universidad Autónoma de Puebla. Plan de estudios de la escuela de odontología.

U.N.A.M. Plan de estudios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales. Iztacala de la "UNAM"

U.N.A.M. Facultad de Odontología. Plan de estudios, 1978.

UNO. Demographic Yearbook, UNO. 1978.