

La práctica privada de la odontología en la Ciudad de México en 1989. Informe parcial

Víctor López Cámara, UAM-Xochimilco

Resumen

Este trabajo es un informe parcial del proyecto de investigación efectuado con el propósito de detectar y analizar los cambios experimentados en algunas características de la práctica privada de la odontología en la ciudad de México, en el periodo comprendido entre 1982 y 1989.

Se consignan en este informe cambios cuantitativos y cualitativos encontrados en ese lapso, acerca de la distribución por sexos de los odontólogos, el lugar de su formación, su ubicación geográfica e institucional, su formación y práctica a nivel de especialidad, origen de los equipos utilizados y honorarios cobrados por determinados servicios clave.

La publicación final incluirá, además de lo ya mencionado, información sobre otro tipo de datos que deberá facilitar el diagnóstico de la práctica privada de la odontología que dé bases para modificar tanto la práctica profesional como los modelos educativos para el beneficio de las mayorías.

Summary

This paper is a partial report of the research project made to detect and analyze the changes that have occurred in some of the characteristics of the private practice of odontology in Mexico City, between 1982 and 1989. We report quantitative and qualitative changes regarding the distribution by sex of the odontologists, their "Alma Mater", their geographic and institutional location, their specialization, origin of the equipment used, and honoraries charged for determined services. The final publications will include, besides the aforementioned, information on other data which should ease the diagnosis of the private odontological practice providing bases to modify both the professional practice as well as the educational models.

Introducción

En 1982 se efectuó una investigación en donde se hacía el análisis de la práctica dominante de la profesión odontológica en la ciudad de México⁷. La muestra de la cual se obtuvo la información que sirvió para dicho análisis, estuvo constituida por 30 odontólogos distribuidos en tres tipos de colonias con residentes de ingresos económicos significativamente diferentes para cada tipo de colonia. Los hallazgos de ese estudio mostraron una marcada diferencia (estadísticamente significativa) tanto en los aspectos cualitativos como cuantitativos de la atención

odontológica proporcionada a la población, dependiendo fundamentalmente del nivel de vida e ingresos económicos de quienes recibieron dichos servicios. Se mostraron en este estudio las principales características de la práctica odontológica privada en la ciudad de México para el año 1982. Entre ellas, el mencionado estudio concluye que la práctica odontológica ha asumido un modelo de servicio concordante con el valor de cambio que adquiere la salud en las sociedades capitalistas. Las características esenciales de este modelo eran el individualismo, el biologismo, el mecanicismo, la acentuada tendencia hacia la especialización, la tecnificación de los

procedimientos y el enfoque restaurativo. Estas, unidas a la ideología mercantil que subyace en la prestación de los servicios, determina el que se atiendan más los intereses de la hegemonía económica, de la industria odontológica y del gremio, que las verdaderas necesidades de salud de la sociedad.

El mercantilismo en la odontología se ha convertido en una limitación para el desarrollo de los conocimientos científicos en esta área, ya que la aplicación de los mismos en la práctica depende claramente de las posibilidades económicas de la "clientela" y permite, ante problemas semejantes, servicios notoriamente diferenciados (Geiringer, 1989), lo cual ha puesto en duda la validez de los criterios diagnóstico-terapéuticos establecidos.

Se ha señalado que aproximadamente un 90% de la población mexicana no tiene acceso a los servicios de los odontólogos, sin embargo de la población que sí accede, es evidente, como se concluye en este trabajo, que la de medianos y escasos recursos carece de aquéllos considerados de alta calidad técnica. De esta manera consumen una odontología de rutina poco diversificada, acentuadamente mutiladora y bastante cara, si se toma como parámetro el promedio de ingresos por estrato para la población del D.F.

Antecedentes

Durante los primeros años de la década de los setenta, el Estado dio un fuerte apoyo a la educación superior. Se registraron en ese lapso un importante crecimiento de la demanda estudiantil, un aumento significativo en la matrícula y un impulso a la contratación de personal de las instituciones de educación superior (IES); se importaron equipos y se apoyó abiertamente a la investigación. Esto último ocasionó una mayor dependencia de bienes de capital y tecnología del exterior, así como un desfase entre las IES, el sector productivo y las necesidades globales de salud de la sociedad mexicana. La demanda social de la educación se orientó con mayor énfasis hacia las llamadas carreras tradicionales: derecho, medicina, administración, contaduría y odontología (ANUIES, 1986). El crecimiento en el número de Escuelas de Odontología, que de 1904 a 1954 había sido en promedio de una por cada siete años aproximadamente, dando un total en esa última fecha de siete Escuelas, se incrementó en una nueva Escuela por cada mes y medio en 1978-1979, sumando para ese entonces 42 Escuelas⁸. En el año 1989 se estimaba la existencia de 52 Escuelas de Odontología en el país. (Archivos de la Asociación Mexi-

cana de Facultades y Escuelas de Odontología AMFEO.)

Congruente con ese aumento explosivo del número de Escuelas, el número de alumnos y por tanto el consiguiente número de odontólogos egresados de ellas, aumentó significativamente en los años subsecuentes. Aunque el verdadero número de odontólogos en este país prácticamente nunca ha sido conocido con certeza, se estimó entonces que había aumentado de aproximadamente un Cirujano Dentista por cada 10,000 habitantes en el año 1970, a uno por cada 3,000 para 1980 y a uno por cada 2,000 habitantes para el año 1982⁸. Se esperaba por supuesto que en años subsecuentes este incremento sería proporcionalmente aún mayor por el número de alumnos de dichas Escuelas que irían egresando en el futuro. (Archivos ANUIES). Esto aparentemente ocurrió hasta el año 1987, época en la cual se manifestó un marcado decremento en la cantidad de alumnos de las Escuelas y Facultades que anteriormente habían tenido un número de estudiantes extraordinariamente elevado (más de 6,000 para alguna de ellas).

A partir del esperado incremento en el número de graduados, se debía elevar significativamente la cantidad de odontólogos en la ciudad de México; no se tiene la certeza de que esto haya sucedido en los últimos años. Pudiera ser que exista una importante deserción profesional y esto quede solamente en el terreno de la especulación. Sería desde luego muy útil efectuar algún estudio que proporcionara datos sobre este aspecto.

Por otra parte, ante las actuales dificultades y obstáculos que se interponen a los estratos económicos medio y bajo para obtener servicios odontológicos adecuados, tanto de la práctica privada como de las instituciones estatales y paraestatales, las mayores facilidades que aún en estas condiciones brinda la primera, (para quien pueda pagarla) podrían hacer que la práctica privada siga siendo el tipo de modelo de servicio odontológico que prevalezca todavía en la ciudad de México.

Planteamiento del problema

Es probable que la crisis económica que ha sufrido el país haya dado lugar a cambios significativos en la prestación de los servicios odontológicos privados a la población de la ciudad de México, no en el sentido de cómo han modificado su práctica precisamente quienes fueron personalmente entrevistados en el estudio anterior (en 1982), sino en el aspecto general del tipo de práctica profesional de quienes constituyen ahora el cuerpo profesional que

ejerce en la Ciudad de México y que desde luego se ha visto modificada fundamentalmente por quienes ingresaron y abandonaron esta práctica en el lapso comprendido entre 1982 y 1989, así como del modo en que la transformación del mercado de trabajo ha afectado el tipo de servicios prestados, el tipo y composición de la población atendida, la distribución de dichos servicios entre los diferentes estratos económicos, la participación de la mujer en la práctica profesional, el tipo y el lugar para la formación de especialistas u otros posgrados, los tipos de especialidades por las cuales optan los graduados, así como de haber logrado modificar la producción nacional de los equipos utilizados por los profesionales (OFEDO/UDUAL, 1987).

Estos cambios deben servir como parte de un diagnóstico de la situación de la práctica profesional, en la cual podrían basarse importantes decisiones para mejorar los modelos de atención a las mayorías. Esto, a su vez, daría pauta a los modelos educativos innovadores² y, por otra parte, podría tanto fundamentar como cuestionar la actual política de reducción (ANUIES, 1986) de programas académicos para la formación del mismo tipo de odontólogos en este país.

Metodología

Se siguió de la manera más apegada posible, el método empleado en el primer estudio ya citado, con el propósito de establecer las mejores condiciones para la observación de los probables cambios entre las situaciones encontradas en 1982 y 1989. Esto es, se utilizó una cédula de encuesta muy similar a la de la primera investigación. Se asignó a cada estudiante participante en el proyecto (previo adiestramiento para ello) la recolección de la información pertinente que correspondió a 18 cirujanos dentistas para cada entrevistador distribuidos de modo que cubrieran a 6 de cada diferente estrato de las colonias designadas. Estas colonias fueron las mismas 19 incluidas en el primer estudio y que, de acuerdo al ingreso económico predominante de sus residentes, se clasificaron como A, B, y C (altos, medios y bajos ingresos).

La selección de los profesionales a ser entrevistados se llevó a cabo del mismo modo que en el primer estudio, ya que demostró su utilidad en este sentido. Esta selección se hizo tomando completamente al azar a un profesional de la colonia designada sin repetir a ningún otro que se encontrara ubicado en la misma manzana. De este modo se seleccionaron un número cercano a 120 manzanas de las colonias de cada diferente tipo (360 manzanas, en

total) lo que hizo que la muestra se repartiera de manera amplia de modo de representar adecuadamente al tipo de odontólogos que trabajaban en ellas. La práctica ha mostrado que en términos generales el tipo de consultorio así como su ubicación determina el tipo de paciente que acude y se trata en él; es así que a pesar de que en la colonia Polanco, por ejemplo, puedan residir personas de muy bajos ingresos, es altamente improbable que éstas soliciten servicios odontológicos en los consultorios de los dentistas que en ese lugar se han instalado. Por otro lado, los individuos de muy altos ingresos que puedan vivir, por ejemplo, en algunas de las colonias de Nezahualcóyotl, es poco probable que acudan al odontólogo instalado en esa área.

La falta de datos respecto al número de odontólogos que trabajan en la práctica privada en la ciudad de México, así como su distribución y aún menos el conocimiento previo del tipo de pacientes (en relación a sus ingresos) atendidos por ellos, hizo que se considerara que la metodología descrita anteriormente para seleccionar a los profesionales que constituirían la muestra, fuera la mejor para los propósitos de este estudio.

Resultados y su análisis

Los datos obtenidos de los 386 odontólogos entrevistados se plasman de manera sistematizada en los cuadros que se presentan a continuación.

El Cuadro I señala la estructura de la muestra estudiada en relación al número total de odontólogos que la constituyeron y que fue de 386, o sea 76 odontólogos más que en el estudio de 1982, fue de 310. La distribución porcentual de la muestra por estratos resultó bastante similar a la tomada en 1982, con variaciones para cada estrato de apenas décimos de un punto porcentual, lo cual da mayor validez al análisis de los cambios que se propusieron estudiar.

Cuadro 1

Estructura de la muestra

Estrato	1982		1989	
	No.	%	No.	%
A	86 =	27.7%	107 =	27.7%
B	124 =	40.0%	153 =	39.6%
C	100 =	32.3%	126 =	32.6%
Total	310 =	100.0%	386 =	100.0%

Resulta interesante recalcar que para ambos estudios, la selección del grupo de odontólogos a entrevistar fue tomada con un alto grado de azar. Es decir, tanto para el proyecto de 1982 como para el de 1989, se estableció que principalmente se intentara tomar igual número de entrevistados para cada estrato (33.3% para A, B y C) y que las colonias consideradas como componentes de un mismo estrato fueran las mismas. Hubo otras especificaciones, pero en ninguna de ellas se estableció que se intentara igualar en el segundo estudio la distribución del porcentaje de entrevistados por estrato obtenida en el primero. Llama la atención el que la diferencia en los porcentajes de entrevistados para cada estrato en cada estudio (A con A, B con B y C con C) no tuviera una diferencia mayor de un 0.4%. Es posible que esto se deba a la consistencia del método seguido en la investigación, lo cual manifestaría un cierto grado de seguridad de que ante el probable alto grado de homogeneidad del universo (desconocido por múltiples motivos) la selección de los grupos estudiados constituyeran muestras muy similares y por lo tanto suficientemente representativas.

En el cuadro II se señala que en el estudio de 1982 la distribución de odontólogos por sexo indicó en la muestra que se seleccionó para ser entrevistada, que en total había un 29.3% de mujeres y un 70.7% de hombres. En ese entonces ya se esperaba que en un plazo breve la participación femenina aumentaría significativamente. Esto no era muy difícil de prever, ya que la proporción de estudiantes de odontología del sexo femenino en relación con el masculino, había mostrado una tendencia ascendente importante hasta 1982. De esta manera, como puede verse en el Cuadro II, el porcentaje de mujeres en la práctica profesional se incrementó de 29.3% a 39.1% en el lapso comprendido entre los dos estudios: un aumento de un 9.5%. Lógicamente, el decremento de odontólogos varones se manifestó de un 70.7% a un 60.1%. Se sigue

esperando que esta tendencia permanezca cuando menos durante los próximos cinco años, ya que la proporción de estudiante de sendos sexos, inscritos actualmente en la mayoría de las escuelas de odontología de este país, ha continuado incrementándose proporcionalmente para el sexo femenino. Por otra parte, la tendencia hacia una mayor profesionalización de la mujer, así como la continuidad de la crisis económica, parecen seguir estimulando la participación cada vez mayor de la mujer en los sectores productivos y de servicios.

Las variaciones en la distribución por sexos en los tres estratos socio-económicos mencionados en los dos estudios, presentaron diferencias que pueden prestarse a interpretaciones con puntos de vista diversos.

El mayor aumento en el porcentaje de odontólogas se presentó en el estrato C (o de menores ingresos y peor situación socio-económica), en una diferencia del 20.0% en 1982, a 34.1% en 1989; o sea, un aumento neto de un 14.1%. Estos datos indican que es en éste estrato donde, para las nuevas profesionales (mujeres) fue menos difícil ubicarse, ya que en los otros dos estratos (A y B) el mercado de trabajo fue menos favorable para su ingreso. Por otra parte, podría también interpretarse como que en este estrato hubo menor número de profesionales hombres interesados en trabajar, dejando así mayores posibilidades al sexo femenino. Ambas interpretaciones anteriores, pudieron calificarse de sexistas³, ya que ese tipo de dificultades o situaciones afectan de hecho a ambos sexos.

Otra explicación pudiera darse en el sentido de que existe una inercia cultural que hace ver como natural el que no se acepte a la mujer profesional con igual facilidad que al profesional de sexo masculino⁴. Esto pudiera explicar las actitudes tanto de los pacientes-consumidores de los servicios (la demanda a la moda consumista impuesta por el mismo gremio que promuev

Cuadro II

Odontólogos por sexo y estrato

Sexo	Femenino			Masculino			Total	
	Núm.	%	(% 82)*	Núm.	%	(% 82)*	No.	%
Estrato								
A	43	40.2	(31.0)	64	59.8	(69.0)	107	100.00
B	65	42.5	(35.8)	88	57.5	(64.2)	153	100.00
C	43	34.1	(20.0)	83	65.9	(80.0)	126	100.0
Total	151	39.1	(29.3)	235	60.1	(70.7)	386	100.0

* (Los porcentajes expresados entre paréntesis corresponden a los obtenidos en el primer estudio efectuado en 1982).

el que para los servicios "para su propia salud" tradicionalmente se prefiera al profesional masculino)⁶, como de los colegas hombres (oferta ya establecida) que prefieran a los recién egresados del sexo masculino que compiten por "mejores" mercados de trabajo, dándoles prioridad para que ocupen los espacios disponibles en el estrato A y B, dejando así el estrato C para las mujeres, quienes por motivos culturales puedan tener menos aceptación que los varones¹³.

El segundo estrato, en donde se presentó, en orden descendente, un aumento de profesionales mujeres fue el estrato A. Aquí el aumento fue de 31.0% a un 40.2%, indicando un incremento neto de un 9.2%. Esto pudiera explicarse considerando que estas odontólogas tuvieron suficientes recursos propios para instalarse en este estrato o, por otra parte, que a diferencia y aunque en menor proporción que para lo acontecido en el estrato C, pueda existir también un determinado número de odontólogos que consideran a la mujer como un mejor socio.

En el estrato B fue donde se presentó el menor incremento de mujeres odontólogas. Del 35.8% en 1982, al 42.5% en 1989; un incremento neto de 6.7%.

De cualquier modo, es claro que el aumento global del porcentaje de mujeres odontólogas en la práctica privada se manifiesta también de manera incremental para cada uno de los tres estratos estudiados; 14.1% de aumento para el estrato C, 9.2% para el A y 6.7% para el B.

El Cuadro III refiere la distribución global del número y porcentaje de egresados según Facultad o Escuela.

Hasta en año 1982 una sola Facultad, la de la UNAM (ubicada en su "campus" en la Ciudad Universitaria en el D.F.) había producido durante toda su historia, es decir, durante cerca de 85 años de los cuales aproximadamente 75 de ellos fue prácticamente la única en esta Ciudad, el 82.3% del total de odontólogos que trabajaban privadamente en esta última en 1982. Durante el lapso comprendido entre 1982 y 1989 y debido a la influencia de la producción de egresados de otras escuelas, ese porcentaje disminuyó al 75.5% y ahora ya no como producto de una sino de tres escuelas (pertenecientes a la misma UNAM); la situada en el "campus" de la Ciudad Universitaria, con un 56.2%, la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Zaragoza con un 10.4% y la ENEP Iztacala con un 9.1%.

En segundo término en orden de mayor producción relativa, continuó apareciendo la Universidad Tecnológica de México (UNITEC), que en 1982 había acumulado el 9.4% de odontólogos en el D.F. y que ahora disminuyó levemente al 8.5%.

Cuadro III
Distribución global del número y porcentaje de egresados según Facultad o Escuela

Estrato Esc. o Fac.	A		B		C		Total	
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%
UNAM (C.U.)	55	51.4	94	61.4	68	54.0	217	56.2
ENEP-Z (UNAM)	3	2.8	9	5.9	28	22.2	40	10.4
ENEP-I. (UNAM)	10	9.3	9	5.9	16	12.7	35	9.1
UNITEC	23	21.5	10	6.5	0	0.0	33	8.5
ULA	12	11.2	13	8.5	0	0.0	25	6.5
UAM-X	1	0.9	8	5.2	5	4.0	14	3.6
Edo. Méx.	0	0.0	5	3.3	5	4.0	10	2.6
UIC	2	1.9	1	0.7	0	0.0	3	0.8
Otras	1	1.9	4	2.6	4	3.2	9	2.3
Totales	107	99.9	153	100.0	126	100.1	386	100.0

* Porcentajes relativos al total de cada estrato.

La Universidad Latinoamericana (ULA) que, en 1982, no aparecía sino solamente incluida en el rubro de "Otras", surgió en tercer lugar con un porcentaje importante del 6.5% del total de cirujanos dentistas en la Ciudad de México en 1989.

La Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X) que en 1982 se encontraba originando el 3.5% del total de odontólogos que practicaban privadamente en esta ciudad, se mantuvo en 1989 con un porcentaje muy similar, el 3.6%.

Resulta interesante observar que la Escuela de la Universidad del Estado de México (Edo. Mex.), distante aproximadamente a una hora en automóvil de la ciudad de México y obviamente perteneciente a otra entidad geográfica, aumentó su porcentaje de cirujanos dentistas trabajando privadamente en la ciudad de México, del 1.3% en 1982, al doble, el 2.6%, para 1989. Aunque estos porcentajes resultan comparativamente pequeños para lo producido por las universidades ubicadas en esta ciudad, podría esto estar significando que en el Estado de México también se están dando cambios trascendentes en la estructura de su cuerpo profesional odontológico. Esto apunta a la necesidad de efectuar estudios de este tipo en otras ciudades para tener una mejor idea de cómo influye el comportamiento de la práctica profesional entre uno y otro lugar dentro del mismo país.

Otra Universidad que en el estudio de 1982 no aparecía, la Universidad Intercontinental (UIC) ha surgido en 1989 con un porcentaje del 0.8%. Esta, junto con la UNITEC, y la ULA, representan a las universidades privadas que hasta 1982 no habían producido arriba del 9.4% del número de profesionales en la práctica privada y que en 1989 significan ya el haber aportado un 15.9% del

número total de cirujanos dentistas en esta capital. El análisis de esta información debe tomar en cuenta que este aumento de casi un tanto y medio, se está dando en solamente siete de los 85 años de haberse estado produciendo odontólogos al nivel de educación superior.

Aparentemente y aunque de manera estimativa se presume que el número de graduados esté disminuyendo año con año¹⁴, es factible que si se hace un estudio concreto de esta situación se observe que, cuando menos en la ciudad de México, son las universidades privadas las que están tomando ahora un papel de mayor importancia en la formación de profesionales en esta carrera.

La distribución porcentual de los egresados de cada universidad en los estratos A, B y C (cuadro II) señala que las tres Escuelas de la UNAM están ubicando a sus egresados principalmente en el estrato C, ya que del total de odontólogos entrevistados en este estudio (386), el 88.9% (112) provienen de esas Escuelas y se colocan en dicho estrato. Es decir, del total de odontólogos que trabaja en el estrato C, el 88.9% se ha graduado en alguna de las tres escuelas de la UNAM; el 54.0% en el plantel de la Ciudad Universitaria, el 22.2% en la ENEP-Zaragoza y el 12.7% en la ENEP-Iztacala. Igualmente esas tres escuelas de la misma universidad han producido hasta ahora el 73.2% de todos los dentistas acumulados en el estrato B y el 63.5% del total actual del estrato A.

El porcentaje de profesionales con preparación de posgrado mostró (cuadro IV) un pequeño aumento entre los dos estudios que en esta publicación se comentan. En 1982, fueron el 24.8% del total de la muestra quienes tuvieron ese tipo de preparación, en comparación con el 28.5% que la efectuaron hasta 1989. La diferencia importante sin embargo se manifiesta en el aspecto del país a donde se llevaron a cabo dichos posgrados. El cuadro V muestra cómo en el primer estudio, siete años antes, eran cerca de la mitad (49.4%) los profesionales que habían tenido la oportunidad de obtener su posgrado fuera de México. En el presente estudio, este porcentaje disminuyó drásticamente a un 7.3% del total de entrevistados que tuvieron la posibilidad de efectuar su preparación en el extranjero. Es muy probable que tanto el aumento relativo de quienes estudiaron un posgrado (del 24.8% al 28.5%), como el que la inmensa mayoría de ellos (92.7%) lo hubieran llevado a cabo en este país, se haya debido por un lado al cambio en la política oficial de becas, como también por el aumento ostensible en el número y variedad de cursos de posgrado, tanto de universidades como de instituciones privadas de la ciudad de México.

Por otra parte, es fácil también suponer que la devaluación

Cuadro IV
Estudios de Posgrado

Posgrado	Odontólogos	%
Realizó	110	28.5
No realizó	276	71.5
T o t a l	386	100.0

Cuadro V
Países a donde se efectuaron los estudios de Posgrado

Países	Odontólogos	%
México	102	92.7
E.U.A. y Canadá	6	5.5
Europa	2	1.8
T o t a l	110	100.0

de la moneda mexicana, que hizo desde luego más caros los cursos en el extranjero, haya influido para que los potenciales estudiantes permanecieran en México. Al mismo tiempo es posible que esto hubiera animado a algunas instituciones, así como a odontólogos privados, a abrir nuevos y diferentes cursos de posgrado.

Es bastante probable que el interés de los profesionales de práctica general por llevar a cabo algún estudio de especialización, se haya visto incrementado también como consecuencia de la crisis económica que sufrió este país entre 1982 y 1989. Pudiera ocurrir que esto se haya debido a que, ante dicha crisis económica que provoca un (natural o artificial, pero real) aumento de los precios de los servicios, el odontólogo sin especialidad se haya visto en serias dificultades para seguir ofreciendo servicios de práctica general, compitiendo con quienes, estando supuestamente mejor preparados, pudieran seguir funcionando en mejores condiciones de aceptación de quienes pudieran pagar los servicios, ahora más caros. De esta manera, podrían teóricamente presentarse solamente dos opciones: mejorarse profesionalmente o dejar la profesión.

En el cuadro VI se muestra una drástica disminución de contratación de odontólogos por colegas en todos los estratos. En 1982, era el 25.8% el porcentaje global con-

Cuadro VI

Contratación por colegas según estrato profesional

Estrato	Empleados	% (89)	% (82)
A	6	1.6	(4.5)
B	8	2.1	(9.7)
C	5	1.3	(11.6)
Total	19	4.9	(25.8)

tratado y ahora resulta ser del 4.9% (más de cinco veces menor). Nos inclinamos a pensar que más que haber disminuido la demanda de empleos, la crisis económica ha influido causando un drástico recorte en su oferta.

El número de Escuelas detuvo su crecimiento explosivo de la década de los 70. Por otra parte, tal vez debido a los mismos motivos, las Escuelas han comenzado a experimentar una disminución en el número de alumnos. Esto podría explicar que al tenerse un menor número de estudiantes se requirieron menor número de profesores. Se observa en el cuadro VII que siguen siendo los odontólogos del estrato A quienes presentan el mayor porcentaje de docentes, aunque desde luego ahora en menor proporción (31.0% en 1982 y 13.1% en 1989). De cualquier modo, siguen siendo los odontólogos del estrato A los que conservan mayores posibilidades de influir en los estudiantes para formarse de acuerdo a su propio modelo de práctica profesional, que como docente intenta naturalmente reproducir. Los odontólogos del estrato B disminuyeron su porcentaje de 18.5% en 1982 a 11.8% en 1989, lo cual podría indicar que estarían teniendo parecidas oportunidades que los del estrato A para reproducir su modelo de práctica profesional. El estrato C se mantuvo entre el 4.8% en 1982 y el 4.0% en 1989, lo cual de todas maneras indica que es éste el grupo que sigue teniendo menores oportunidades de influir en la formación de los futuros graduados

En el cuadro VIII se presenta la forma en la cual se distribuyen los odontólogos de la muestra en las institu-

Cuadro VII

Docencia según estrato profesional

Estrato	Docentes	% (89)	% (82)
A	14	13.1	(31.0)
B	18	11.8	(18.5)
C	6	4.8	(4.0)
Total	38	9.8	(17.1)

Cuadro VIII

Contratación por instituciones estatales y paraestatales

Estrato	Contratados	%	(% 82)	Odontólogos	%
A	6	5.6	(3.6)	107	100
B	23	15.0	(9.7)	153	100
C	12	9.5	(11.1)	126	100
total	41	10.6	(8.4)	386	100

ciones estatales y paraestatales. El 10.6% del total se encuentran ahora trabajando en este tipo de instituciones, cifra que globalmente es sólo un poco mayor al 8.4% que se tenía en el estudio de 1982. Sin embargo, la proporción por estrato sí muestra cambios significativos. En el estrato A, donde estaban trabajando en estas instituciones solamente el 3.6% de odontólogos, el porcentaje ha aumentado de manera importante a un 5.6%, prácticamente se ha incrementado este porcentaje en una y media veces. Es de hacerse notar que en este estrato se han ubicado los odontólogos que antes habían rehuido el trabajo estatal de una manera preponderante. El estrato B también ha experimentado un aumento de 9.7% en 1982 y a 15.0% en 1989, que igualmente representa un incremento de aproximadamente una y media veces. El crecimiento de los porcentajes en los estratos A y B se ha efectuado aparentemente a expensas del estrato C, odontólogos que eran los que mayormente buscaban empleos estatales y paraestatales y fue en éste donde se experimentó una disminución de un 15% aproximadamente. El aumento global aproximado de un 30% en el porcentaje de odontólogos que trabajan para el Estado, se está dando aparentemente tanto por el posible aumento en el número de plazas de odontólogos contratados por él, como por la disminución del porcentaje de odontólogos del estrato C, que antes era, desde luego, el mayor de los tres estratos que trabajaba para el Estado y ahora es el menor. Podría concluirse que el total en el número de plazas pagadas por el Estado aumentó en un 30% en comparación a 7 años antes, pero también podría significar que ante la posible reducción (no probada) en el número total de Cirujanos Dentistas que trabajan en la Ciudad de México, este porcentaje aumentara de manera relativa, pero el número real de plazas no.

En relación al origen del equipo dental utilizado por los odontólogos de este estudio, el cuadro IX, muestra que globalmente la preferencia para utilizar equipo nacional, extranjero o ambos, se distribuye de manera bastante similar de casi una tercera parte para cada una. Las

Cuadro IX
Origen del equipo dental utilizado

Estrato	Nacional		Extranjero		Ambos	
	No.	%	No.	%	No.	%
A	12	11.2	58	54.2	37	34.6
B	46	30.1	38	24.8	69	45.1
C	52	41.3	32	25.4	42	33.3
Total	110	28.5	128	33.2	148	38.3

diferencias importantes se muestran sin embargo en las comparaciones entre los tres estratos, ya que en el estrato A más de la mitad de los odontólogos (54.2%) prefieren utilizar equipo extranjero, una tercera parte (el 34.6%) prefieren ambos y solo uno de cada diez (11.2%) prefieren los equipos de fabricación nacional. En el estrato C ocurre exactamente lo contrario, ya que cuatro de cada diez (41.3%) prefieren el equipo nacional, una cuarta parte (25.4%) el equipo extranjero, y una tercera parte (33.3%) prefieren utilizar ambos tipos de equipos. En el estrato B casi la mitad (45.1%) prefieren ambos tipos de equipos, casi una tercera parte (30.1%) los equipos nacionales, y una cuarta parte (24.8%) los equipos extranjeros. Huelga hacer la mención de que son desde luego los equipos extranjeros los que presentan con mucho un mayor costo y complejidad tecnológica¹⁰.

En los cuadros IX y X se señalan los honorarios cobrados por los Cirujanos Dentistas de esta muestra, concretamente por una amalgama de una superficie, así como de una extracción simple. En primer término se puede

observar que el aumento en los precios entre 1982 y 1989 es elevado para ambos servicios en todos los estratos. De 1982 a 1989 el estrato A aumentó el precio de una amalgama de \$ 470 a \$ 46.829, es decir, un incremento de más de 99 veces en los honorarios. El incremento más bajo se manifestó también para las amalgamas pero ahora en el estrato C, que de \$ 213 cobrados en 1982, pasó a \$ 14.067 en 1989; es decir, un aumento de 66 veces en el precio. Es notable el que la proporción de incrementos es siempre mayor en el estrato A; 99 veces para las amalgamas y 97 veces para las extracciones. Resalta el hecho de que el siguiente mayor incremento se dio en el estrato C para las extracciones, con un aumento de 87 veces entre 1982 y 1989. Es probable que por ser ésta, con mucho, la actividad más frecuente en este estrato, haya una intención de darle mayor valor (y precio) a un servicio que difícilmente, en este estrato, puede posponerse, o aun dejarse de hacer.

Es clara también la diferencia entre los aumentos de estos servicios entre todos los estratos. En 1982 el estrato A cobraba por una amalgama 2.2 veces lo que el estrato C. En 1989 el A cobra 3.3 veces más que el C. En las extracciones, el estrato A cobraba 3.3 veces más que el C, en 1982 y ahora cobra 3.6 veces más. El estrato B cobraba 1.6 veces más que el C en 1982 y en 1989 el B cobró 2.0 veces más que el C. Es decir, de modo general no sólo se aumentaron los precios entre 66 y 99 veces, sino que el abanico de precios se abrió aún más en 1989. En ambos cuadros (X y XI) se muestra globalmente que nadie en el estrato C cobra más de \$ 40.000 por una amalgama o una extracción, ni nadie en el estrato B cobra más de \$ 60.000 por ninguno de esos servicios. En el estrato A en cambio,

Cuadro X
Honorarios amalgama

Estrato	A		B		C	
	No. de odontólogos	%	No. de odontólogos	%	No. de odontólogos	%
< \$ 20	5	4.7	24	15.7	94	74.6
\$ 20 a \$ 40	28	26.2	99	64.7	24	19.0
\$ 41 a \$ 60	28	26.2	9	5.9	0	0.0
\$ 61 a \$ 80	17	15.9	0	0.0	0	0.0
> \$ 80	4	3.7	0	0.0	0	0.0
No hace	15	14.0	4	2.6	0	0.0
No informó	10	9.3	17	11.1	8	6.4
		X = \$ 46.829 (X82 = 470) 99 veces		X = \$ 27.727 (X82 = 338) 82 veces		X = \$ 14.067 (X82 = 213) 66 veces

Cuadro XI
Honorarios extracción

Estrato	A		B		C	
	No. de odontólogos	%	No. de odontólogos	%	No. de odontólogos	%
< \$ 20	7	6.5	75	49.0	110	87.3
\$ 20 a \$ 40	36	33.6	54	35.3	7	5.6
\$ 41 a \$ 60	34	31.8	3	2.0	0	0.0
\$ 61 a \$ 80	7	6.5	0	0.0	0	0.0
> \$ 80	1	0.9	0	0.0	0	0.0
No hace	10	9.3	4	2.6	1	0.8
No informó	12	11.2	17	11.1	8	6.3
			1			
	X = \$ 40,353 (X82= 416) 97 veces		X = \$ 19,091 (X82 = 253) 75 veces		X = \$ 11,197 (X82 = 128) 87 veces	

un 3.7% y un 0.9% cobran más de \$ 80,000 por una amalgama o una extracción, respectivamente.

Conclusiones

La intención de este estudio fue obtener información acerca de los cambios experimentados en algunos aspectos de la práctica privada de la odontología en la ciudad de México, entre 1982 y 1989. La investigación abarcó mucha más información, así como el análisis de muchos otros factores. En esta publicación se expone un análisis preliminar de algunos de dichos datos. Se intenta en breve publicar este estudio con una mayor extensión y de manera más completa.

El presente trabajo muestra que la metodología seguida fue bastante consistente, suficientemente confiable y por lo tanto útil, ya que los datos obtenidos son sólidamente congruentes tanto al interior de cada uno de los dos estudios, así como entre ellos.

En términos generales esta investigación muestra que la práctica privada en la ciudad de México ha sufrido cambios tanto cuantitativos como cualitativos en el lapso

comprendido entre los dos estudios. Estos cambios se refieren en este informe parcial principalmente a algunas características de la forma de trabajar de los odontólogos, donde se formaron, cómo participa la mujer en la profesión, cuál es el nivel profesional de los odontólogos dónde se ubicaron tanto por estrato como por quién son contratados, qué tipo de equipos prefieren utilizar y cuánto cobran por determinados servicios. No refieren, sin embargo, (y por ahora) a quienes proporcionaron los servicios ni cuáles son éstos; en la publicación final se indicará si los propósitos y el objeto de trabajo de este cuerpo profesional ha cambiado sus tendencias mostradas en el primer estudio, en referencia a ser biologicista, mecanicista, con orientación hacia la tecnificación, por ahora no demuestra ningún cambio en el sentido de que se atienden más los intereses de la hegemonía económica, la industria odontológica y el gremio. Se pretende que todo esto se aborde en una próxima publicación sobre este mismo estudio y con esto se facilite el diagnóstico de la situación de la práctica profesional, que lleven a mejorar los modelos de atención odontológica para las mayorías.

Referencias

- Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior (ANUIES). Programa Integral para el Desarrollo de la Educación Superior (PROIDES). ANUIES, Febrero, 1987.
- Bojalil, L.F. y Lechuga, G.G. (comp) *Las profesiones en México*. UAM-X, México, 1989.
- Butter, I.H., Carpenter, S.E., Kay, B.J. & Simmons R.S. Gender hierarchies in the health labor force. *International Journal of Health Services* 17 (1): 133-148, 1987.

4. Carpenter, S.E. Women in male-dominated health professions. *International Journal of Health Services*. Vol. 7. No. 2: 191-206, 1977.
5. Geiringer, A. La práctica odontológica en Venezuela. Alfa impresores. Venezuela 1989.
6. Gross, W. & Crovitz, E. A comparison of medical student's attitudes toward women and women medical students. *Journal of Medical Education*. Vol. 50: 392-394. April 1975.
7. López Cámara V. y Lara Flores, N. Trabajo odontológico en la ciudad de México. Análisis de la práctica dominante. *Temas Universitarios* No. 5 UAM-X. 1983.
8. López Cámara, V. y Mondragón, I. Práctica odontológica en México. Centro de Recursos Odontológicos para el Niño. Caracas. Vol. 5 No. 2: 39-45 Agosto 1980.
9. OFEDO/UDUAL. Caracterización de la práctica odontológica en América Latina. Anteproyecto de investigación. Cuenca, Ecuador Mimeo. 47 p. Diciembre 1987.
10. Pereira, S. Tecnología apropiada para la salud. Dependencia. Auto-determinación. Cooperación técnica. Mimeo. 23 p. 1987.
11. Remedi, E., Landesman, M., Edwards, U., Aristi, P., Castañeda, A. La identidad de una actividad: ser maestro. *Temas Universitarios* No. 11. UAM-X. Mexico. 1988.
12. Sandoval Cavazos, J. Adecuación e inadecuación: falso dilema para la relación entre profesionales y mercado de trabajo. *Perfiles educativos* No. 31. p. 39-51. Ene-mar. 1986.
13. Savage, S.W. & Tate, P. Medical student's attitudes towards women: a sex-linked variable? *Medical Education*. Vol. 17: 159-164. 1983.
14. Yepez, R. ¿Crisis en la Universidad? Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina. Quito, Ecuador. 161 p. 1988.