

112



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SERVICIOS DE SALUD DISPONIBLES
EN SAN GREGORIO ATLAPULCO Y
PREVALENCIA DE CARIES EN LA
POBLACION ESCOLAR,

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
C I R U J A N A D E N T I S T A
P R E S E N T A N :

MARIA ANGELICA DE JESUS ARREDONDO
ALEJANDRA ELVIRA OROZCO GUTIERREZ

TUTOR: C.D. NANCY JACQUES MEDINA
ASESOR: C.D. MA ELENA NIETO CRUZ

Nancy Jacques



MÉXICO, D.F.

2741297

ENERO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres:

Gracias por su apoyo y paciencia, pero sobre todo por su amor y por haber confiado en mí.

A mis hermanos y sobrinos:

Por aguantarme y apoyarme cuando los necesité.

A mis abuelos, tíos a Fer y Mary:

Por el amor y entusiasmo que me brindaron y más que nada por haber creído en mí.

A la persona que me ha dado tantos momentos de alegría en las horas más difíciles de este logro a ti Jimena.

A mis amigos:

Alejandra por estar a mi lado en las buenas y en las malas, pero sobre todo porque se hiciera realidad nuestro sueño.

Verónica por tu cariño y amistad.

Alejandro por tu cariño y amistad incondicional.

A mis profesores:

Antonio Rosas, José Jiménez, Víctor Barajas gracias por la amistad, la paciencia y sobre todo por los consejos cuando los necesite.

A mi tutora Nancy:

Por su ayuda, interés y por el apoyo para la culminación de este trabajo gracias.

"Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar"

A mis padres:

Por su amor incondicional, su confianza y apoyo, gracias por compartir uno de nuestros grandes sueños, ahora son una realidad.

A mis hermanas:

Lorena, Pamela, Gabriela y Horacio, por ser los mejores hermanos, por su amor y ayuda. Especialmente para Pamela por estar conmigo cuando más te he necesitado. Gracias.

A mis amigos:

Angélica por aligerar estos días tan difíciles y acompañarme y compartir esta nuestra realidad.

Eduardo por la ayuda incondicional para la culminación de este logro.

A Fabián por el gusto de poder compartir este trabajo y sueño de mucho tiempo.

A mis maestros:

José Jiménez Vasquez, Víctor Manuel Barajas y Antonio Rosas, porque de ustedes he aprendido la enseñanza más grande, la amistad

A mi tutora de tesina:

Nancy Jacques por toda la ayuda, e interés para la culminación de este trabajo.

"Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar".

INDICE

1.	Introducción	1
2.	Antecedentes	5
3.	Generalidades	11
3.1	Sistema Nacional de Salud en México.....	11
3.2	La Salud Bucal en México.....	15
3.3	Factores condicionantes de la salud.....	18
3.4	Identificación de los Problemas en Odontología Comunitaria	19
3.5	Aspectos importantes de las caries.....	21
3.6	San Gregorio Atlapulco.....	23
4.	Planteamiento del problema.....	27
5.	Justificación.....	27
6.	Objetivos.....	28
6.1	General	28
6.2	Específicos	28
7.	Metodología.....	28
7.1	Material y método.....	28
7.2	Población de estudio y muestra	30
7.3	Tipo de estudio.....	30
7.4	Criterios de inclusión.....	30
Criterios de exclusión.....	30	
7.5	Variables de estudio.....	31
7.6	Instrumento de recolección de datos	31
7.7	Recursos.....	31
8.	Resultados.....	33
9.	Conclusiones	43
	Referencia Bibliográficas	44
	Anexo	

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha manifestado una creciente necesidad de documentar el efecto de la pobreza en las condiciones de salud de la población tanto en México, como a nivel mundial. Esto ha sido en gran parte el resultado de la acumulación de tendencias sobre la profundización de la desigualdad social y el aumento de la pobreza, fenómenos que se han acentuado a partir de la crisis económica de los ochentas. Aunque existen antecedentes de estudios realizados en México en este campo, como es el clásico de Celis y Nava y el desarrollo por la Coordinación General del plan nacional de zonas deprimidas y grupos Marginados (COPLAMAR) en 1982, la investigación sobre la desigualdad social y salud en nuestro país es todavía incipientes y objeto de múltiples controversias en el ámbito teórico, ideológico, metodológico y empírico. Por otro lado, también es un reflejo de la dificultad que implica integrar estas perspectivas en el estudio de los problemas de salud y de la respuesta social organizada para atenderlos.

Consecuencia de este hecho, es el manejo deficiente de los indicadores de desigualdad social en la investigación en salud pública y, por lo tanto, un conocimiento social y superficial del problema. Lo que a su vez, obstaculiza la identificación de acciones, estrategias, y políticas orientadas a enfrentar los efectos de la desigualdad social en la salud y la atención a la salud.

Debido a su compleja organización es difícil determinar la importancia del papel de los servicios de salud y públicos en nuestra comunidad. No obstante es evidente que la disponibilidad y el fácil acceso a los mismos son condiciones necesarias para el mejor estado de salud y la calidad de vida de la población y en consecuencia disminuir la mortalidad. (1)

Algunos estudios han demostrado que la utilización de los servicios de salud depende de factores sociales, culturales y económicos, por eso en zonas rurales el tratamiento médico es una función de accesibilidad de los servicios de la existencia de un servicio de salud o de su disponibilidad para todos los sectores de la población, impide su utilización, en particular los ofrecidos por la Secretaría de Salud. Esta situación pone de relieve el hecho de que las acciones de salud sólo serán óptimas si el desarrollo alcanza un nivel importante en todas las regiones del país. (2)

Los programas de desarrollo económico y social, como aquellos orientados al mejoramiento de los niveles de vida o a la importación de modos de vida urbanos, pueden romper con modelos de adaptación, produciendo alteraciones en el estilo de vida de la población.

Se puede afirmar que los factores de servicio de salud tales como acceso geográfico y económico, tiempo de espera, relación humana y calidad técnica, influyen en la población a la hora de decidir si acuden o no a los servicios de salud en caso de enfermedad. (3)

La simple observación de las precarias condiciones de vida de las prevalencias en las zonas urbano-marginales y rurales de México u otros países de Latinoamérica nos permite establecer quien vive mejor o peor, es decir, es quien merece la atención prioritaria de los servicios de salud y públicos.

El vertiginoso crecimiento del interés por la calidad de la atención a la salud en México y en muchos otros países se ha manifestado de muy diversas maneras. Una de ellas es, por ejemplo, el incremento en el número de eventos que, en torno a este tema, se organizan tanto en los ámbitos

académicos como en el de la prestación de servicios con objeto de difundir conceptos y métodos para evaluar y mejorar los niveles de la calidad.

Aunque es posible que no exista un sistema de salud que cumpla con lo ideal, es posible sin embargo identificar carencias u omisiones que dan lugar a deficiencias en la atención que recibe el usuario.

De tal manera, uno de los problemas identificados y de mayor importancia es la carencia de una conciencia y preocupación por la calidad en el ámbito de los servicios personales que prestan los profesionales de la salud que laboran en las distintas instituciones. (4)

La formulación de estándares y criterios se volvió un aspecto importante en la garantía de calidad clínica tradicional. A través de la garantía de calidad se intenta dar respuesta a los problemas a los que se enfrenta, en la actualidad, el sistema de atención a la salud: la elevación de los costos, la disminución de la accesibilidad (reflejadas en las listas de espera), una creciente población de viejos que demanda cada vez más atención y la escasez de personal. (5)

Uno de los elementos principales que se consideran para determinar las necesidades de atención de una enfermedad es su morbilidad. Además, uno de los problemas más importantes en las investigaciones epidemiológicas en México es la falta de recursos y personal para emprender encuestas rigurosamente estructuradas. La escasez de recursos que padece el Sector Salud en cuanto a la adquisición y sistematización de la información, se refleja en el reducido número y confiabilidad de las estadísticas oficiales en salud dental.

La caries es una enfermedad de alta prevalencia en México y en gran número de países. A través de diferentes programas preventivos, cuya piedra angular es el uso de fluoruros, se han obtenido importantes reducciones en los índices de caries, en especial en países desarrollados.

(6)

2. ANTECEDENTES

Las condiciones de la vivienda, al igual que de la pobreza estratifican socioeconómicamente a una población, dado que representan una traducción del ingreso en las condiciones materiales de la existencia. Por otro lado la vivienda posee un significado propio. Sus características tienen determinantes geográficos, climatológicos y culturales importantes. Dependen también de características comunitarias como la disponibilidad de los servicios básicos: agua, luz y drenaje. Con respecto a la forma en la que afectan a la salud, de nueva cuenta, las características de la vivienda adquieren significados distintos según el aspecto de salud que interesa por un lado, en relación sobre todo a enfermedades infecciosas, forman parte del conjunto de factores que tienen que ver con la exposición a la enfermedad.

En este sentido se consideran habitualmente aspectos de higiene, de hacinamiento, disponibilidad de agua potable y drenaje, y materiales del piso.

En las investigaciones realizadas se indica que los pobres y en particular los que viven en condiciones de pobreza extrema tienden a concentrarse en comunidades pequeñas, en viviendas en condiciones regulares o malas a tener un mayor número de preceptores de ingreso en sus hogares así como niveles de escolaridad más bajos. En cambio los no pobres se concentran en comunidades urbanas y las áreas metropolitanas, las tres cuartas partes tienen viviendas en condiciones buenas y las dos terceras partes tienen hogares con un único ingreso y cuyo jefe curso secundaria o más.

Puesto que los pobres se concentran en comunidades pequeñas que típicamente tienen una menor disponibilidad general de los servicios,

significa tener una mejor exposición a la enfermedad puesto que se concentran en viviendas sin drenaje ni agua potable, con mala higiene y hacinamiento, implica tener menos recursos para asignar a cuestiones de salud, y significa también tener menos conocimientos sobre aspectos de salud y de atención a la salud.

El diagnóstico de la salud pública conlleva a planteamientos cualitativamente distintos de la relación entre la desigualdad social y la salud.

Aquellos proyectos que buscan identificar el efecto de la desigualdad social en un problema determinado de salud, de atención a la salud o de ambos, se abocan en forma implícita o explícita a la búsqueda de acciones orientadas a cambios necesariamente colectivos relacionados con la estructura social.(1)

El fortalecimiento de los Sistemas Locales de salud (SILOS) es una estrategia propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, la cual fue incorporada al Programa Nacional de Salud 1990-1994. Su propósito principal es el de impulsar la toma de decisiones en los sitios donde se generan los problemas y, por consiguiente, propiciar la descentralización de facultades y recursos hacia las instancias periféricas del Sistema Nacional de Salud.

El desarrollo de la capacidad técnico-administrativa de los SILOS ha estado limitado por factores organizacionales, por falta de capacidad gerencial de su personal, por indefinición de las funciones que debe efectuar y, en general, por insuficiente apoyo administrativo y financiero desde los niveles estatal y nacional.

En México esta situación ha ido cambiando gradualmente y en ello el Proyecto de Desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias (PDJS) ha jugado un papel fundamental, toda vez que su misión y objetivo es el de fortalecer a las jurisdicciones sanitarias como las instancias coordinadoras de los SILOS en el territorio nacional. Es por la vía de este proyecto que las jurisdicciones sanitarias pasaron a ser instancias con grandes limitaciones técnico-administrativas a organismos con capacidad para programar, dirigir y evaluar los programas de atención médica de la población no asegurada, así como para coordinar las acciones de salud pública y asistencia social, tanto con las instituciones que en el ámbito local integran el Sector Salud, como aquellos organismos de otros sectores que están involucrados en la atención a la salud. (8)

La polarización económica y las políticas de salud a población abierta en México, generan complejas dificultades por la desigualdad asignación de los recursos, lo que afecta la distribución de la oferta de servicios en entidades federativas. El 76.5 por ciento de la población abierta se concentra en entidades más pobres, mientras que la cobertura potencial alcanza apenas al 34.2 por ciento, de la cual únicamente utilizan los servicios el 63.4 por ciento.

La cobertura de los servicios de salud en los estados con bajos índices de pobreza es 1.9 veces mayor, en relación con las entidades con índices elevados. En términos generales, la cobertura del servicio es baja, por lo que sólo si se amplía el acceso y se mejoran la calidad del servicio y las condiciones de vida de la población en las entidades federativas con mayor pobreza, será posible extender la cobertura de atención y con ello tener las bases materiales para la integración de un Sistema Nacional equitativo y de calidad aceptable. (9)

En los servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal se han generado una serie de cambios acordes con el crecimiento, desarrollo y transformación de nuestra ciudad.

En sus inicios, la institución se orientó a la integración de un sistema hospitalario para atención curativa de la salud en población abierta. Actualmente y en respuesta a las demandas de atención de los habitantes de la ciudad de México, el gobierno capitalino presentó en septiembre de 1989 un amplio programa de reordenación de los servicios médicos que ofrece el departamento del distrito federal. Este programa tiene como propósito fundamental establecer un esquema de operación de los servicios de salud que el Departamento del Distrito Federal presta ala población, bajo la coordinación de la Dirección General de los Servicios Médicos, que permite ampliar y mejorar la atención a la salud de los habitantes de esta ciudad haciendo un uso racional y eficiente de los recursos existentes.

El programa de reordenación de estos servicios médicos, a fin de alcanzar las metas que plantea, requirió de una serie de cambios en su estructura administrativa. Este rediseño organizacional, que fue la respuesta a las necesidades que el crecimiento y evolución de la población han generado, buscó establecer un esquema de servicio más amplio y homogéneo que permita una mayor cobertura, adecuada participación de la sociedad y una mejor aceptabilidad en términos de mejoramiento de la salud y satisfacción de los usuarios. (4)

La atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal, y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención. La evaluación de cada uno de estos aspectos permite estimar la calidad de atención brindada, siempre y cuando se tomen en

consideración las características específicas del país en que se da la atención del paciente. De cultura a cultura cambian las normas de adecuación y disponibilidad de recursos, las preferencias de la gente, sus creencias, y consecuentemente deben cambiar los criterios para evaluar la calidad de la atención.

Una vez definidos estos criterios, garantizar la calidad depende del diseño de un sistema adecuado a las particularidades de cada caso, y de la monitoría eficiente del desempeño eficiente de ese sistema. (12)

La caries en la dentición permanente en los escolares de 6 a 10 años de edad fue de 61%, mostrando un rápido ascenso con relación a la edad. En los niños examinados la prevalencia y gravedad de la caries en la dentición primaria desciende principalmente con la exfoliación de los molares. El índice ceo de los niños del Edo de México es más elevado que el observado en escolares de la capital del país.

Los datos de distribución del índice de caries en la dentición permanente, así como el incremento de los dientes afectados por año indican que el período entre los siete y ocho años de edad es altamente activo con relación al desarrollo de las lesiones cariosas incluso se les ha considerado de alto riesgo. Los altos índices de necesidad de tratamiento en la dentición primaria y en la permanente, manifiestan la dificultad de los servicios de salud para dar respuesta a las necesidades de atención de la población infantil.

Los altos índices de caries y la elevada necesidad de atención de los niños del Estado de México, que contrasta con el mejoramiento de la salud bucal en otros países, indican la necesidad de realizar un esfuerzo para que la

población infantil reciba los beneficios de programas preventivos, de amplia cobertura, como la fluoración de la sal, a fin de alcanzar la meta propuesta por la OMS en el programa de salud para todos en el año 2000.

Se concluye que es indispensable atacar los orígenes de las enfermedades bucodentales epidemiológicamente importantes y no simplemente sus secuelas, haciendo uso de las medidas de salud pública que permitan optimizar los recursos destinados a la resolución de estos problemas. Es necesario recordar que, al menos en el futuro cercano, es probable que México carezca de la infraestructura de salud y de los recursos para lograr mejorar el servicio de salud de la población a través de la clínica dental tradicional, en particular de las clases sociales más protegidas que constituyen la mayoría de la población a través de la clínica dental tradicional, en particular de las clases sociales más protegidas que constituyen la mayoría de la población. Esta situación hace imperativa la adopción de diversas líneas de la investigación cuya aplicación práctica contribuyen a resolver el problema de salud dental en México prestando atención especial a las características sociales, económicas y culturales que dan lugar a las enfermedades bucodentales epidemiológicamente importantes.(6)

3. GENERALIDADES

3.1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MÉXICO

El programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 es el instrumento mediante el cual, el Gobierno de la República se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que son ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación de la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.

El Programa esta dividido en cuatro secciones fundamentales. La primera de ellas se refiere a la evolución que ha tenido el sistema de salud en México y describe un diagnóstico general de la situación actual. La segunda plantea los puntos fundamentales de la reforma, tanto en sus aspectos estructurales como funcionales. La tercera parte se ocupa de los principales programas específicos que dan contenido al Programa Sectorial y, en la cuarta, se señalan los programas de apoyo que habrán de coadyuvar al avance de la reforma y a la reorganización del sector.

El Sistema de salud actual confronta serios problemas, como resultado, por un lado, de cambios radicales en el perfil epidemiológico y demográfico de la población; y por el otro lado de una organización y estructura que ya no es capaz de satisfacer con calidad y eficiencia las demandas crecientes en la materia y, sobre todo, las que habrán de presentarse en los próximos años.

Para fines prácticos, los servicios de salud dividen a la población mexicana en cuatro segmentos. Los dos más grandes los conforman, por una parte, aquéllos que tienen acceso a los servicios de salud que otorgan las instituciones de seguridad social, y por la otra, los que son cubiertos por los servicios que ofrecen tanto la Secretaría de Salud como el Programa IMSS-Solidaridad. A los extremos de estos dos grandes segmentos se ubican otros dos de menor tamaño: el de los que acuden a los servicios privados de salud y el de quienes no tienen acceso a los servicios regulares de salud. Este último grupo, motivo fundamental de preocupación y objeto importante de una de las principales estrategias del Programa, lo que constituye aproximadamente 10 millones de personas.

Otro problema grave que la reforma pretende resolver, se refiere al centralismo con el que ha venido operando el sistema de salud. Ni en la realidad epidemiológica ni los profundos cambios políticos que experimenta el país, dan viabilidad a una estructura centralista de tan grande magnitud. La descentralización del sistema es insoslayable, y constituye otra de las grandes vertientes del Programa. Por añadidura, la coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud ha sido insuficiente y la calidad de los mismos, si bien es heterogénea, tampoco satisface plenamente las expectativas de los usuarios. Por ello, se hace necesaria una mejor coordinación programática y funcional.

En suma: calidad suficiente, duplicaciones y cobertura limitada, constituyen los principales retos de la razón por la cual el Gobierno de la República, con base en un proceso con planeación democrática, decidió emprender una profunda reforma al Sistema de Salud. No solo para poder resolver en el corto plazo, los problemas señalados, sino para sentar las bases de una reorganización que, a mediano plazo, permita hacer un uso óptimo de la

infraestructura disponible, uniformar programas, introducir incentivos y ejercer, con la mayor eficiencia posible, el gasto federal en materia de salud.

Los cambios en el primer nivel de atención médica dentro de los servicios que ofrece la seguridad social, constituyen un incentivo fundamental que habrá de traducirse en una mayor calidad en la prestación de los servicios. El que los usuarios puedan elegir a los médicos que habrán de atenderlos, también servirá como un mecanismo para la contención de costos. La libre elección de los usuarios se contempla como una estrategia general, que cada institución podrá plantear con los alcances y peculiaridades propias de su estructura y normatividad.

Ante la cobertura limitada de servicios se plantean dos grandes estrategias: en las zonas predominantemente urbanas, donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma económica y anticipada por los servicios de salud, la ampliación de la seguridad social a través de mecanismos que propicien la incorporación del creciente sector de la economía informal; en tanto que, en las zonas rurales dispersas y en las urbanas de más alta marginación, la aplicación de un paquete básico de servicios de salud con acciones altamente costo-efectivas y que se significa, además, como una medida fundamental del Gobierno en su lucha contra la pobreza extrema.

Para fortalecer y complementar los servicios de salud se tiene previsto un programa vigoroso de mejoramiento de la gestión administrativa en los estados y, en el contexto del federalismo, la participación decidida de los ayuntamientos. El programa de Municipio Saludable propiciará un mayor compromiso de estos con las tareas propias del saneamiento básico y con una orientación fundamentalmente preventiva y de promoción de la salud. Los comités de salud, constituyen la base social de la estrategia.

Todos los programas específicos se orientan hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial y destacan decididamente lo preventivo sobre lo curativo: capacitación para la salud familiar, ejercicio físico para la salud, educación nutricional y salud escolar. Por otro lado, toman también en consideración las distintas etapas del ciclo vital: en salud infantil, resaltan el programa de enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias agudas. En salud reproductiva, sobresalen la planificación familiar, la disminución del riesgo preconcepcional, la detección y control oportuno del cáncer en la mujer y, particularmente, el programa de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual que incluye, por supuesto, el virus de inmunodeficiencia humana.

En salud de las poblaciones adulta y anciana resaltan los programas de prevención y control de la tuberculosis, de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Las dos últimas destacan por su creciente contribución a las principales causas de mortalidad en el país.

La modernización administrativa y la sistematización de la información estadística y epidemiológica, son fundamentales para poder disponer de cifras veraces que éstas pueden ser procesadas oportunamente para retroalimentar al propio sistema en su toma de decisiones e informar a la sociedad, sobre todos aquellos asuntos de salud pública que son del interés general. Una sociedad bien informada en materia de salud será, sin duda, una sociedad más saludable.

3.2. SALUD BUCAL EN MEXICO

Para describir el panorama actual de la Salud bucal en México y proponer alternativas, es imprescindible incursionar en los ámbitos social, económico, político y demográfico del país. Si bien es cierto que las condiciones de salud en México revisten características de desigualdad, fundamentalmente entre el medio urbano y rural, así como entre los grupos que están insertos en el sector productivo y los que no lo están, por citar algunos, estas desigualdades se hacen más evidentes en la medida que los recursos para enfrentar tales necesidades se van agotando.

En el área odontológica, aunque se han llevado a cabo acciones para solucionar los problemas prioritarios más frecuentes como son la caries dental y las periodontopatías, no se ha logrado ningún impacto en su reducción, esto debido a que las acciones para alcanzar la meta propuesta son insuficientes, o el acceso a los servicios de salud en algunas comunidades es difícil o inexistente el enfoque de atención primaria es incompleto, no lográndose una toma de conciencia en lo que a autocuidado se refiere.

La prevalencia e incidencia de caries dental en la población mexicana es un problema de salud serio, fácilmente prevenible si se toman las medidas adecuadas. El gobierno federal, a través de la Secretaria de Salud ha suscrito acuerdos internacionales para el mejoramiento de la salud.

En México la evolución del perfil epidemiológico muestra un evidente proceso de transición caracterizado por la disminución en la presencia de enfermedades y muertes por causas infecciosas y el aumento de aquellos relacionados a padecimientos crónico degenerativos, accidentes, lesiones,

así como la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucodentales. Resulta evidente que los componentes previamente establecidos por la entonces Subdirección de Salud bucal, tales como a) fluoración de la sal de mesa, b) salud bucal para escolares, c) curativo-asistencia, normatización, deberán cimentarse sólidamente en una vigilancia epidemiológica sistemática periódica y continúa cuyos esfuerzos deberán apoyarse, consolidarse y mantenerse con una restauración adecuada, planeada estratégicamente, adicionando lo que ya es impostergable de atender como lo es lo relativo a la atención de la tercera edad, así como la implementación de un programa específico de comunicación social, información estadística e informática todos en estos con indicadores que permitan evaluar el avance periódico, con la respuesta en marcha de programas novedosos, para la prevención y atención curativa donde en cada uno se genere investigación de primera calidad.

En México el 95% de la población se encuentra afectada por caries dental, el número de órganos dentarios no tratados es mayor en la población de escasos recursos, observándose en esta un patrón constante que conlleva a la pérdida parcial o total de dientes, esto debido a que este grupo generalmente recibe como tratamiento la extracción dentaria siendo la caries dental una enfermedad infecciosa que si no se le trata termina con la pérdida de los dientes afectados y consciente de la imposibilidad de tratar conservadoramente al 95% de la población, en 1991 se adoptó como medida masiva de prevención de este padecimiento la fluoración de la sal de mesa por considerarse de bajo costo, de riesgo mínimo y con una buena aceptación social.

Una de las tareas fundamentales que el Programa de Salud Bucal plantea como prioritario, es lograr una sólida educación y participación de la

comunidad a favor de la infancia ayudando a reducir la inequidad y coadyuvar en la descentralización de los servicios, siendo el reto implementar modelos de atención a la salud que aseguren un desarrollo pleno de los niños.

3.3. FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve la acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que la determinan. (Axel Kroeger, Luna Rolando, Atención Primaria de Salud, Principio y Método. Segunda Edición, OPS)

DIAGNOSTICO DE SALUD

Desde el punto de vista etimológico, diagnosticar significa conocer la situación real de la salud, conocimiento que se obtiene después de interrelacionar los diversos elementos que intervienen en forma directa o indirecta y se expresa en forma de conclusión derivada del sujeto o sujetos que lo elaboran.

Constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado a través de los indicadores de salud tales como: grado de satisfacción de la comunidad, diagnóstico educativo, nivel de higiene bucal, epidemiología bucal, atención clínico-estomatológica, aspectos socioeconómicos, factores de riesgo.

3.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS EN ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

El principal objeto de la odontología clínica es el paciente como elemento individualizado, en odontología comunitaria el principal objeto es la comunidad, que en odontología comunitaria el paciente es la comunidad.

El fin primordial en odontología es la salud, y la salud a través de la salud bucal, el primer paso que conduce a ser la identificación de los niveles de salud o enfermedad de la comunidad. La identificación de los principales problemas de salud, por otra parte debe anteceder al establecimiento de necesidades y, por tanto a la determinación de las prioridades en salud bucodental.

Ello obliga al establecimiento de unas normas a seguir, que van desde la determinación de unos criterios diagnósticos de la enfermedad, hasta la utilización de instrumentos de medida indicadores, índices, así como el uso de una metodología determinada en los procedimientos del examinador.

La morbilidad, es decir, la presencia de enfermedad en un individuo o una población, puede medirse de distintas formas. Básicamente, la morbilidad se mide por prevalencia o por incidencia. La prevalencia de una enfermedad o condición, en una población determinada equivale al número total de casos existentes en un momento dado. En caries, la incidencia sería la expresión de nuevas unidades, individuos, dientes, superficies modificadas en un período de tiempo determinado.

Para medir los problemas de salud o enfermedad de una comunidad, se utilizan diversos instrumentos de medida. Se denominan indicadores e

índices de salud o enfermedad, indicadores e índices se utilizan de forma sinónima, los primeros son medidas compuestas, más complejas y multidimensionales y pueden incluir informaciones de tipo cualitativo.

Un índice es un valor numérico que describe una situación relativa de salud o enfermedad de una determinada población a través de una escala graduada, con límites superior e inferior definidos, que permiten comparaciones con otras poblaciones clasificadas con los mismos métodos. Los cuales pueden ser:

- Índice de tratamiento periodontal de la comunidad y INTPC
- Índice de higiene bucal
- Índice de higiene oral simplificada
- Índice gingival
- Índice de maloclusiones
- Índice de prácticas de higiene del paciente
- Índice de fluorosis, etc.

La medición y determinación de la enfermedad requiere el establecimiento previo de unos criterios o normas que permiten establecer el diagnóstico.

La medición de la enfermedad en odontología comunitaria requiere de criterios y actitudes distintas a los que rigen en odontología clínica. Como dice Burt el buen clínico piensa en términos cualitativos.

En Salud Pública en donde la medición de la enfermedad requiere de técnicas que deben ser mucho más estandarizadas y objetivas. La aplicación de criterios estandarizados que requieren la supresión del juicio intuitivo clínico es quizá la diferencia más importante entre la exploración con

criterios clínicos y la que se realiza con criterios epidemiológicos de salud pública.

3.5. ASPECTOS IMPORTANTES DE LA CARIES

Las enfermedades bucodentales son un problema de salud pública. La caries, parodontopatías y otras alteraciones orales tienen una prevalencia alta en casi todo el mundo, por lo cual causan un gran impacto físico, psicosocial y financiero.

En la actualidad, la frecuencia de caries dental es mayor en los niños de países en vías de desarrollo que en la población infantil de países industrializados.

Durante los últimos 15 años se han desarrollado una gran diversidad de investigaciones sobre pruebas predictivas de incidencia de caries. Estas se pueden clasificar en dos grandes ramas de análisis: pruebas bacteriológicas y no bacteriológicas, y cuya finalidad ha sido determinar el riesgo a enfermar a los niños.

Los criterios que se han utilizado para la organización de estos indicadores, van desde diferentes juicios de identificación y registro de la prevalencia de caries (severidad, número de lesiones, superficie de riesgo afectadas, diagnóstico radiológico y no clínico, etc.), higiene oral, dieta, factores salivales, hasta pruebas más complejas de identificación de microorganismos en saliva (*S. Mutans*, y *L. Acidophilus*), como predictores del comportamiento de la incidencia de la enfermedad.

La razón de utilizar esta amplia gama de indicadores se fundamenta en que ninguno de estos registros por sí solo ha sido totalmente satisfactorio, ni las evidencias reportadas por los investigadores han demostrado que usar una variable específica como indicador, es superior a otra. La justificación puede encontrarse en que la predicción de cualquier enfermedad de causalidad multifactorial es difícil, siendo esta una aseveración especialmente cierta cuando cualquiera de los factores depende tanto del estilo de vida, así como del comportamiento de cada variable que condiciona la enfermedad.

Los procesos involucrados en el desarrollo de la caries son sumamente complejos, con variaciones temporales y espaciales no sólo en el número y tipo de determinantes involucradas sino también por lo relativo de su influencia. Algunos investigadores han incluido como predictores del riesgo

a caries el índice CPO-D y ceo-d, entre otros factores. Llegando a la conclusión de que método más seguro para predecir el riesgo a caries es utilizando la experiencia anterior de está enfermedad, o sea, el valor del índice ceo o CPO previo. Algunos estudios epidemiológicos donde se han correlacionado la experiencia anterior de caries en la dentición temporal con la incidencia de la caries en la dentición permanente han demostrado resultados contradictorios.

La OMS, en asamblea realizada en mayo de 1982, diseñó el programa de "Salud para todos en el año 2000", cuyo principal objetivo es lograr un estado de salud para la población mundial que le permita desarrollar una vida social y económica productiva.

Como parte de este programa, se estableció que para el año 2000, en el área de salud bucal, debe lograrse que la población menor de 13 años de edad tenga un promedio de dos dientes cariados, obturados o perdidos.

A través de diferentes y variados estudios, se han llegado a la conclusión de que la dieta juega un papel central en la formación de la caries dental. La observación en el hombre de la relación clara que existe de que a mayor consumo y frecuencia de carbohidratos fermentables, especialmente el azúcar refinada, existe una mayor actividad de caries dental es incuestionable. Los efectos locales de la dieta sobre los microorganismos que componen la placa dentobacteriana y específicamente en la producción de ácido por estas bacterias son de mayor importancia en la producción de caries dental que los aspectos sistémicos, esto es nutritivo, en el desarrollo dental.

Es por lo anterior que se ha establecido que una dieta rica en carbohidratos fermentables es una que produce caries dental ya que su efecto cariogénico lo lleva a cabo localmente en la superficie del diente. De esta manera, se puede encontrar diferentes dientes con superficies dentales que presentan más caries dentales que otras, especialmente en los niños. Así se puede afirmar que los molares inferiores y los dientes anteriores inferiores, a pesar que se desarrollan bajo las mismas circunstancias nutricionales y dietéticas, presentan más lesiones por el efecto local de la retención de alimentos en estas zonas.

Sin embargo, es muy importante tener en mente que la caries dental es multifactorial y que desde un punto de vista estricto, los alimentos no son cariogénicos, sino que se pueden convertir en cariogénicos a través de una compleja interacción de compuestos alimenticios, patrones de consumo de

los diferentes alimentos, de los microorganismos que se encuentran en la placa bacteriana y obviamente del tiempo que haya transcurrido.

Para concluir, el objetivo de Salud para todos en el año 2000 no está lejos de lograrse para esta población infantil; sin embargo, se deben reestructurar los programas preventivo-educativos orientados principalmente a concientizar al niño de que su salud dental depende de él principalmente, y a los padres de familia para que asistan a recibir curación de los dientes afectados.

Por otro lado, no sólo es necesario que se detenga el desarrollo de la caries mediante obturaciones, sino también la implementación de programas preventivos que fundamentalmente produzcan un cambio en los hábitos alimenticios e higiénicos favorables, debido a que la edad en que se incrementa de manera alarmante el promedio de dientes afectados por caries es después de los 12 años.

3.6. MONOGRAFÍA DE SAN GREGORIO ATLAPULCO

SIGNIFICADO DEL NOMBRE

Hay varias etimologías. La más conocida dice que Atlapulco viene del nahuatl atl, agua, pulli, revuelto y co, lugar, o sea "el lugar donde revolotea o donde se revuelve el agua, aunque también puede ser "agua lodosa" o "el lugar donde se pierde el agua"

DATOS HISTÓRICOS

En el año 1524, de una manera repentina, las aguas de las lagunas de la cuenca de México empezaron a bajar de nivel y en 1540 se notó otra disminución de las aguas de los lagos mencionados; por estas causas, y acumulaciones de los acarreo de la barranca Texcollí, el estuario de Atlapulco fue rellenándose con gran rapidez, produciéndose el azolve y

apareciendo en él las primeras chinampas, sobre las que se asentaron los atlapulpanecos, otros de los primeros pobladores de San Gregorio Atlapulco.

En otras fuentes se dice que la fundación de este pueblo ocurrió en 1555, es decir, unos treinta de años después de la Conquista. Sus habitantes originales parecían haber sido los acolhuas, gente pacífica que se dedicaba a la agricultura y que desarrolló el patrimonio agrícola de la zona desde remotísimos tiempos.

DATOS GEOGRAFICOS

UBICACIÓN

El pueblo de San Gregorio, se encuentra ubicado al sureste del Distrito Federal, en la Delegación Política de Xochimilco, perteneciente al Distrito de Salud Pública número X-A Tulyehualco, situado a 19 grados 2 minutos y 15 segundos de longitud oeste del Meridiano de Greenwich, 19 grados, 15 minutos y 37 segundos latitud norte y a una altura de 2246 metros sobre el nivel del mar.

LIMITES

Son hacia el norte con la zona chinampera, hacia el sur con Milpa Alta, hacia el este San Luis y Tulyehualco y hacia el oeste la cabecera delegacional. Tiene 15 barrios, la Asunción, San Sebastián, Santa Cecilia, San Andrés, San Miguel, Los Reyes, Chalma, San Antonio, San Francisco, San Martín Caballero, San Juditas, La Guadalupita, La Candelaria, Chinampas y San Juan Minas; así como cuatro colonias, La Huerta, San Juan Moyotepec, La Concepción y el Centro de San Gregorio.

SUPERFICIE

El pueblo de San Gregorio Atlapulco, tiene una superficie de 6km cuadrados.
No incluyendo la tierra de cultivo.

HIDROGRAFIA

Existe en la zona norte del pueblo una serie de canales, que son utilizados para transportar por medio de chalupas plantas y hortalizas.

TOPOGRAFIA

San Gregorio se asienta en su mayor parte en un área plana al norte y una pequeña parte en el cerro y la sierra del Teutli al sur.

TIPO DE SUELO, FLORA Y FAUNA

El suelo del pueblo y del ejido de San Gregorio Atlapulco es de tierra negra con abundante detritus orgánico, que la hacen apta para una gran variedad de cultivos.

VERDURAS Y LEGUMBRES	FRUTAS	FLORES
Verdolaga, amaranto	Ciruela roja y amarilla	Rosal, jacaranda, crisantemo
Col, apio, cilantro	Durazno, lima, naranja	Pensamiento
Yerbabuena, espinaca	Capulin, granada, pera	Nube, cempazuchil
Calabazas, frijol, maíz		Flor de nochebuena
Lechuga, tomate y epazote		

ÁRBOLES	MAMÍFROS	AVES
Pino	Perros, gatos, burros	Gallinas, patos, palomas
Ahuejote	Caballos, vacas, cerdos	Gorriones, tórtolas
Eucalipto		

CLIMA

El clima de la región es clasificado como tropical de altura tipo Valle de México o templado subhúmedo con lluvias regulares en verano y escasas en invierno y con heladas intensas en enero y febrero.

4. PLANTFAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer con que servicios de salud cuenta la comunidad de San Gregorio Atlapulco, para establecer la relación que existe entre los servicios de salud y una buena salud bucal.

5. JUSTIFICACIÓN

La incapacidad de todos los sistemas de atención de prevenir las grandes enfermedades de salud y odontológicas, de vivienda, de abastecimiento de agua, luz y drenaje y otros tantos servicios, es una llamada de atención de que las medidas de prevención de la población, la profesión y los sistemas de atención de salud oral y gubernamentales son inadecuados.

Esto se puede lograr por medio de abastecimiento de agua potable, el control de excretas, el control sanitario de la vivienda, el acceso a los medios educativos, el control de las enfermedades y que la comunidad tenga acceso a los servicios médicos y odontológicos, el saneamiento de los medios de transporte y los sitios de reunión y recreo.

Además, hay que tomar en cuenta que el servicio que se ofrezca a la comunidad debe de tener como base un diagnóstico de salud efectivo y en el rubro de salud bucodental los estudios son escasos y generalmente solo cubren levantamientos del índice cpo y ceo exclusivamente en población escolar.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer con que servicios de salud cuenta la comunidad de San Gregorio Atlapulco, para establecer la relación que existe entre los servicios de salud y una buena salud bucal.

5. JUSTIFICACIÓN

La incapacidad de todos los sistemas de atención de prevenir las grandes enfermedades de salud y odontológicas, de vivienda, de abastecimiento de agua, luz y drenaje y otros tantos servicios, es una llamada de atención de que las medidas de prevención de la población, la profesión y los sistemas de atención de salud oral y gubernamentales son inadecuados.

Esto se puede lograr por medio de abastecimiento de agua potable, el control de excretas, el control sanitario de la vivienda, el acceso a los medios educativos, el control de las enfermedades y que la comunidad tenga acceso a los servicios médicos y odontológicos, el saneamiento de los medios de transporte y los sitios de reunión y recreo.

Además, hay que tomar en cuenta que el servicio que se ofrezca a la comunidad debe de tener como base un diagnóstico de salud efectivo y en el rubro de salud bucodental los estudios son escasos y generalmente solo cubren levantamientos del índice cpo y ceo exclusivamente en población escolar.

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Conocer los servicios de Salud con los que cuenta la comunidad de San Gregorio Atlapulco, así como el estado de salud bucodental de la población escolar.

6.2 ESPECÍFICOS

- Identificar los servicios de salud con que cuenta la comunidad
- Determinar las características sociodemográficas de la comunidad
- Conocer el estado de salud general de la población
- Determinar el estado de salud bucodental de la población escolar de la comunidad, a través del levantamiento del índice CPO y ceo.
- Conocer el grado de satisfacción de los usuarios a los servicios odontológicos de la comunidad.

7. METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y METODO

Los datos para estimar el modelo causal provienen de diferentes fuentes; así los de orden socioeconómico y de servicios de salud, se tomaron del Censo de Población y de las estadísticas publicadas por la Secretaría de Salud y por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Conocer los servicios de Salud con los que cuenta la comunidad de San Gregorio Atlapulco, así como el estado de salud bucodental de la población escolar.

6.2 ESPECÍFICOS

- Identificar los servicios de salud con que cuenta la comunidad
- Determinar las características sociodemográficas de la comunidad
- Conocer el estado de salud general de la población
- Determinar el estado de salud bucodental de la población escolar de la comunidad, a través del levantamiento del índice CPO y ceo.
- Conocer el grado de satisfacción de los usuarios a los servicios odontológicos de la comunidad.

7. METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y METODO

Los datos para estimar el modelo causal provienen de diferentes fuentes; así los de orden socioeconómico y de servicios de salud, se tomaron del Censo de Población y de las estadísticas publicadas por la Secretaria de Salud y por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

En el presente informe se hizo la revisión de estudios de comunidad realizados por los pasantes del Centro de Salud Comunitario de San Gregorio y los datos obtenidos en la Jurisdicción Sanitaria de Xochimilco durante el año de 1998 y 1999. Esta información se encontraba archivada en las oficinas de la Jurisdicción, se reviso con el objeto de conocer las condiciones de vida, los servicios públicos con los que cuenta la comunidad, y así poder realizar el informe de las necesidades y deficiencias de la comunidad en cuanto a los servicios públicos con los que cuenta.

También se obtuvo el levantamiento epidemiológico bucal del ciclo escolar 95/96 realizado en la Escuela Primaria Ingeniero Miguel Bernard, así como el programa que realiza la Jurisdicción Sanitaria que consta de dos etapas que son las preventivas y las curativas realizadas en el año de 1999, y el de actividades realizadas por unidad operativa del año antes mencionado.

El levantamiento epidemiológico del índice CPO y ceo 1999, lo realizamos exclusivamente con alumnos de primer grado de la Escuela Primaria Ingeniero Miguel Bernard perteneciente a la comunidad, se obtuvo una muestra representativa para poblaciones homogéneas (Muestreo, OMS, Ginebra. 1997) y los escolares fueron elegidos a través de muestreo sistemático. El levantamiento del índice se realizó con los criterios que establece la OMS, con luz natural, explorador, vaciándose los datos en el formato y levantando además una encuesta sobre prácticas de salud bucodental.

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

Para el diagnóstico de salud general: toda la población de la comunidad de San Gregorio Atlapulco.

Para el levantamiento del índice CPO y ceo: escolares de primer año de la Escuela Primaria Ingeniero Miguel Bernard.

MUESTRA

69 escolares de ambos sexos pertenecientes a primer años de la Escuela Primaria Ingeniero Miguel Bernard.

7.3 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Escolares de ambos sexos pertenecientes a primer grado de la escuela Primaria Ingeniero Miguel Bernard.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Escolares pertenecientes a otros grados de la Escuela Primaria Ingeniero Miguel Bernard.

7.5 VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: edad, sexo

Prácticas de salud bucodental: frecuencia de cepillado, con que se realiza, frecuencia de consumo de dulces, que es caries, que es placa, para que sirven los dientes y como cuidar los dientes.

Índice CPO y ceo

Encuesta de satisfacción del usuario: edad, sexo, escolaridad, ocupación. Servicio utilizado, recursos, valoración del trata brindado, condiciones físicas del lugar, calidad del servicio, situaciones molestas en la atención recibida.

7.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Levantamiento del índice CPO y ceo

Encuesta de práctica de salud bucodental

Encuesta de satisfacción del usuario

7.7 RECURSOS

HUMANOS

Un tutor cirujano dentista

Dos pasantes de C:D: tesistas

Un asesor cirujano dentista

FÍSICOS

- Instituto Nacional de Geografía e Informática
- Jurisdicción Sanitaria de Xochimilco
- Biblioteca del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubiran.
- Centro Comunitario de Salud de San Gregorio Atlapulco
- Delegación Política de Xochimilco
- Escuela Primaria Ingeniero Miguel Bernard.

MATERIALES

69 encuestas de higiene bucodental, 19 encuestas de satisfacción, lápices, plumas, una computadora IBM Aptiva LD2, con paquetería Microsoft Office Word, Excel 97

8. RESULTADOS

En nuestra investigación basada en datos obtenidos en el año 1999 (Censo del Centro de Salud de San Gregorio) encontramos que San Gregorio Atlapulco cuenta con una población de 37024 habitantes de los cuales el 48.2% son hombres y el 51.8% son del sexo femenino.(Gráfica 1)

La ocupación más frecuente es empleados (15.44%), comerciantes (8.12%), campesinos (6.53%), el 22.3% son personas que se dedican al hogar y 29.3% son estudiantes . (Gráfica 2)

En relación con el ingreso por familia el más frecuente fue el 1 a 3 salarios mínimos (49.7%). En educación el 26.38% de la población es analfabeta, y un 26.47% tiene primaria, el 21% secundaria, preparatoria el 7.82% y estudios técnicos el 8.4%. (Gráfica 2)

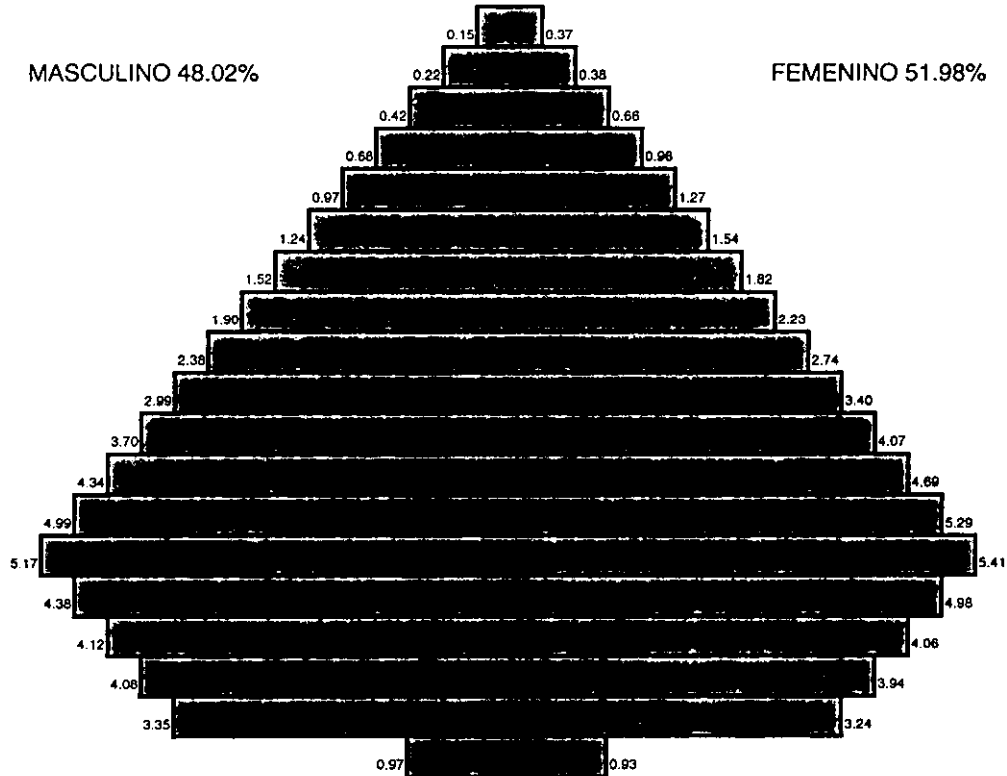
En vivienda se observó que el 37.7% consta de un cuarto. En cuanto a Servicios Públicos se cuenta con agua entubada un 88.4% de la población y no entubada el 11.6%, drenaje con tubería el 57.7% y sin tubería el 42.3%.

Una de las principales causas de mortalidad en la comunidad es la diabetes mellitus con un 83.9% y en cuanto a morbilidad el primer lugar lo ocupan las infecciones respiratorias agudas con un 149.8%. (Gráfica 3).

El estudio estuvo compuesto por una muestra de 69 escolares de los cuales el 47.8% son hombres y el 51.1% pertenecen al sexo femenino (Gráfica 4).

GRAFICA 1

PIRÁMIDE POBLACIONAL



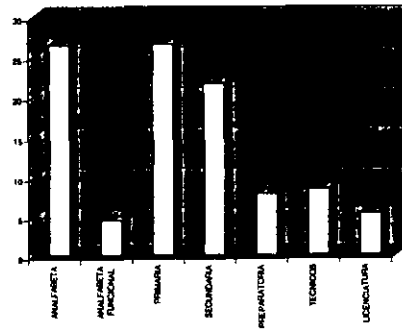
FUENTE DIRECTA

GRAFICA 2

OCCUPACION DE LOS HABITANTES DE SAN GREGORIO



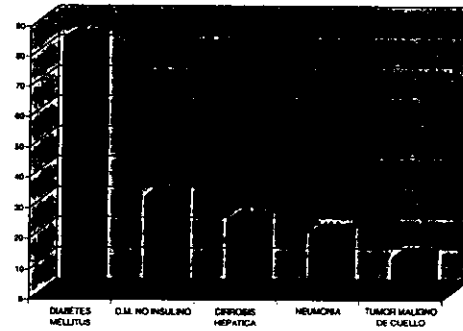
EDUCACION DE LOS HABITANTES DE SAN GREGORIO



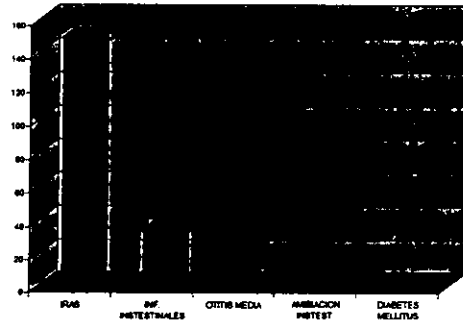
FUENTE DIRECTA

GRAFICA 3

MORTALIDAD DE LOS HABITANTES DE SAN GREGORIO



MORBILIDAD DE LOS HABITANTES DE SAN GREGORIO



FUENTE DIRECTA

GRAFICA 4

POBACION ENCUESTADA POR SEXO



FUENTE DIRECTA

Es importante mencionar que se hizo el análisis del índice de CPO y ceo, obteniéndose también la proporción de dientes sanos y dientes presentes.(Cuadro 1)

Al analizar el índice CPO se encontró que el porcentaje de dientes cariados es de un 12.2% mientras que el de dientes sanos el de 86.96%, dientes obturados y perdidos 0 (Cuadro 2), (Gráfica 5).

En el índice ceo los dientes cariados tienen un porcentaje de 16.9%, los dientes con extracción indicada el 1.84% y los dientes obturados el 5.36% (Gráfica 6).

En las encuestas de prácticas de higiene bucal que se realizaron a los niños de primer año se observó que el porcentaje de niños que se cepillan los dientes es de un 82.6%, de los que no se cepillan 17.37%; los niños que se cepillan los dientes tres veces 39.1%, los que se cepillan dos veces 10.1%, una sola vez al día 31.8%, mientras que aquellos que ninguna vez se cepillan es el 18.8%. En cuanto al consumo de dulces el 78.2% consume y el 21.7% no come dulces (Anexo).

En lo que se refiere al cuidado de los dientes un alto porcentaje de nuestra muestra no ha asistido al dentista nunca y esa cifra le corresponde el 43.4%, los que no visitan al dentista desde hace una año el 40.5%, los que no han sido atendidos en 6 meses el 7.2% y los que han ido hace un mes el 8.6%.

En la encuesta de satisfacción que se realizó en el Centro de Salud de San Gregorio la población que acudió a recibir atención bucodental en su mayoría son estudiantes 26.32% y el resto se dedica al comercio, siendo predominante las de sexo femenino 68.42% y el sexo masculino el 31.42%,

CUADRO 1

CONCENTRADO GENERAL DE ESCUELAS EXAMINADAS EN EL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO REALIZADO EN LOS AÑOS ESCOLARES 99/2000														
ESCUELAS EXAMINADAS	POBLACIÓN EXAMINADA	C.P.O.							C.E.O.					
		C	O	E	Ei	C.P.O.	TS	TP	c	E	o	ceo	TS	TP
99/2000 ING. MIGUEL BERNARD	69	46	0	0	0	46	327	376	202	22	64	288	901	1192

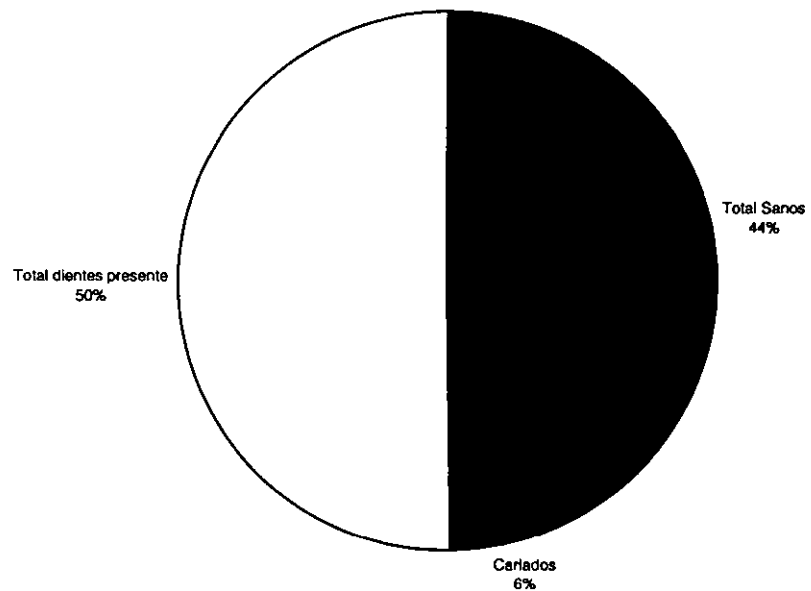
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO 2

CONCENTRADO GENERAL DE ESCUELAS EXAMINADAS EN EL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO REALIZADO EN EL AÑO ESCOLAR 99/2000														
EDADES	POBLACIÓN EXAMINADA	C.P.O.							C.E.O.					
1er GRADO "A"														
		C	O	E	Ei	C.P.O.	TS	TP	c	E	o	ceo	TS	TP
6F	9	5	0	0	0	5	31	36	26	2	10	38	142	180
5F	3	1	0	0	0	1	1	2	15	0	4	19	41	60
6M	5	2	0	0	0	2	18	24	15	0	4	19	77	96
7M	1	1	0	0	0	1	10	10	4	3	2	9	5	14
TOTAL	18	9	0	0	0	9	60	72	60	5	20	85	265	350
1er GRADO "B"														
6F	6	5	0	0	0	5	31	36	21	1	5	27	81	108
7F	1	2	0	0	0	2	6	8	7	2	0	9	7	16
5M	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	4	16	20
6M	6	7	0	0	0	7	31	38	25	0	0	25	81	106
7M	2	2	0	0	0	2	22	24	6	2	4	12	20	32
TOTAL	16	16	0	0	0	16	90	106	62	5	9	77	205	282
1er GRADO "C"														
6F	8	3	0	0	0	3	45	48	11	0	8	19	45	64
8F	1	0	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	14	14
6M	6	4	0	0	0	4	28	32	19	4	3	26	86	112
7M	3	6	0	0	0	6	24	30	22	1	0	23	19	42
TOTAL	18	13	0	0	0	13	107	120	52	5	11	68	164	232
1er GRADO "D"														
6F	8	4	0	0	0	4	28	32	14	0	8	22	138	180
6M	8	4	0	0	0	4	36	40	12	6	15	33	119	152
7M	1	0	0	0	0	0	6	6	2	0	1	3	13	16
TOTAL	17	8	0	0	0	8	70	78	28	6	24	58	270	328
GRAN TOTAL	69					46	327	376				288	901	1192

GRAFICA 5

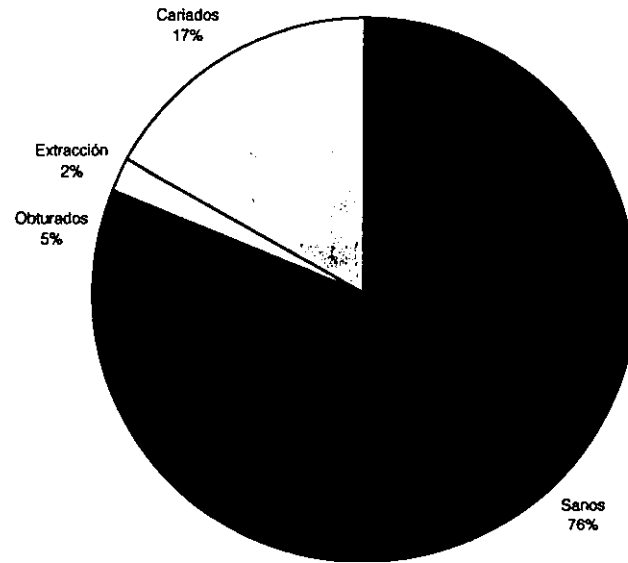
ANALISIS DEL INDICE CPO 99/2000



FUENTE DIRECTA

GRAFICA 6

ANALISIS DEL INDICE CEO 99/2000



FUENTE DIRECTA

el tratamiento que se realizó fue el de extracciones 36.84%, seguido de un 21.05% que fueron limpiezas, el 89.47% de la población contó con todos los recursos necesarios en la atención recibida, un 52.63% se sintió satisfecho con el servicio brindado. En cuanto a las condiciones físicas del lugar el 73.60% opina que la limpieza era buena, el 52.63% que los baños eran regulares y en cuanto a organización el 52.63% opino que era regular.

En cuanto al trato brindado por el personal que lo atendió opino que el 63.16% recibió buena atención del odontólogo, el 52.63% buena atención por parte de la enfermera mientras que el 5.26% considera mala la atención recibida por parte de la trabajadora social y recepcionista (Anexo)

CONCLUSIONES

Tomando como punto de partida nuestra investigación, concluimos que las diferencias en la población rural es menos favorables que en zonas urbanas un ejemplo de ello es la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para la población. En la gran mayoría de las localidades urbanas, el nivel de escolaridad, el empleo, la condición económica y la disponibilidad de la población parecen ser determinantes para que las acciones de salud tengan un efecto importante.

Los hábitos inadecuados, las actividades físicas limitadas, vivienda y servicios inadecuados o insuficientes entre otros, han determinado el perfil epidemiológico de nuestra población.

Cabe mencionar que gran parte de la población desconoce como utilizar los servicios de salud a los que tiene acceso.

Es importante resaltar que a pesar de las actividades educativas en salud bucodental que realiza el Centro de Salud en forma permanente en la población escolar, aún el 20.2% de ellos no sabe lo que es caries, pero aun más nos llamo la atención que el 89.8% de los niños no sabe lo que es placa dentobacteriana.

Todo esto nos demuestra que aún se requiere elaborar estrategias más efectivas para educar a la población escolar en salud bucodental y mejorar los accesos a los servicios odontológicos del Sistema de Salud en México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Infante C, Schlaepfer L. Las variables socioeconómicas en la investigación en salud pública en México. *Salud Pública Mex* 1994; 36: 364-373
2. López-Ríos Olga. Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 16-24.
3. Kroeger A, Malo F, Pérez-Samaniego C, Bergg H. Diferencias en las condiciones de salud y enfermedad en las poblaciones rurales y urbano marginales en el estado de Nuevo León. *Salud Pública Mex* 1991; 33: 136-154.
4. Laguna-Calderón J, Salinas-Oviedo C. Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 221-224.
5. Verheggen FWSM, Harteloh PPM. La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 316-320.
6. Maupomé-Cervantes G, Borges-Yañez SA, Prevalencia de caries en zonas rurales y peri-urbanas marginadas. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 357-367.

7. Hernández M. Alvarado ML, Análisis psicosocial de experiencias comunitarias de educación en salud. *Salud Pública Mex* 1994; 36: 291-300.
8. Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias
9. Miranda-Ocampo R, Salvatierra-Izaba B, Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 576-584.
10. García-Romero H, Cordera-Pastor A. Diagnóstico situacional de unidades médicas de Petróleos Mexicanos. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 556-562.
11. Irigoyen-Camacho ME. Caries dental en escolares del Distrito Federal. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 133-136.
12. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 113-117.
13. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 94-97.
14. Irigoyen María Esther, López Sofía. Caries y necesidades de atención en una población del Edo de México. *Práctica Odontológica* 1994; 15 (1): 37-41.

15. González Carbajal Eleuterio. Diagnóstico de Salud en México. Editorial Trillas, Segunda edición 1990.
16. Axel Kroeger, Luna rolando. Atención Primaria de Salud, Principio y Método. Segunsa Edición. OPS.
17. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población; La Habana 1992.
18. Yoshiko Higashida Hirose Bertha. Ciencias de la Salud; Editorial Mc Graw-Hill, Sedunda Edición 1992.
19. Richard L, Schaffer, William Mendenhall, Lyman Ott. Elementos de Muestreo. Grupo Editorial Iberoamérica 1991.
20. Méndez R. Ignacia. Conceptos muy elementales del muestreo con énfasis en la determinación práctica del tamaño de muestra. Editorial IIMAS-UNAM 1976. Vol. 3 Número 25.
21. Méndez Ramírez Ignacio, Namira Guerrero Delía. Lineamientos El Protocolo de Investigación, para su elaboración y análisis. Editorial Trillas. Segunda Edición 1987.
22. Abad Adela; Servia Luisa. Introducción al Muestreo. Editorial Limusa. Cuarta Edición 1990.
23. Sánchez Pérez Leonor, Martínez Saenz Patricia. Experiencia de caries en la dentición temporal como indicador de riesgo para la dentición permanente. Odontodosmis año 2 número 10, septiembre 1995.

24. Acosta Gio Enrique. Caries dental como problema de salud pública. Practica odontológica volumen 7, número 8, agosto 1986
25. Cerón García Pedro, García Chapas Amalia. Perfil epidemiológico bucal de escolares de 2 colonias de ciudad Nezahualcoyotl. Practica odontológica volumen 15, número 3, marzo 1994
26. Mendoza Roaf Patricia, Pozos Radillo Blanca. El estado de salud bucodental en escolares de Guadalajara. Practica odontológica, volumen 16, número 6, 1995.
27. Mendoza Roaf Patricia . Caries dental en los niños. Dentista paciente, volumen 2, número 20, 1994.
28. Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. Modelo de atención a la salud para la población abierta en el Distrito Federal.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN
ODONTOLOGÍA COMUNITARIA.

Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____

1. Te cepillas los dientes.

a) sí b)no

2. Cuantas veces al día

a)1 b)2 c)3 d)ninguna

3. Con que realizas tu cepillado

a)cepillo y pasta b)cepillo y jabón c)otro

4. Consumes Dulces

a)si b)no

5. Cuantas veces al día

a)2 b)3 c)5 d)5 o más

6. Sabes que es la caries

a)si b)no

7. Sabes que es la placa dento bacteriana

a)si b)no

8. Cuando fue la última vez que asististe al dentista

a)1 mes b)6meses c)1 año d)nunca

9. Sabes para que sirvan tus dientes

a)si b)no

10. Sabes como cuidar tus dientes

a)si b)no

8. En cuanto a condiciones físicas del lugar, diga si las considera:

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Limpieza					
Sanitarios					
Ventilación					
Iluminación					
Organización					

9. Como se ha sentido usted con el servicio que se le brindo

a) Satisfecho b) Medianamente satisfecho c) Insatisfecho

10. De las situaciones que a continuación se le presentan señale las que le causaron molestias al ser atendido en su centro de salud.

- a) Excesivo tiempo de espera
- b) Dificultad con el trato y amabilidad del personal
- c) Falta de comodidad
- d) Falta de información acerca de su padecimiento
- e) Falta de personal necesario para la atención
- f) Falta de material