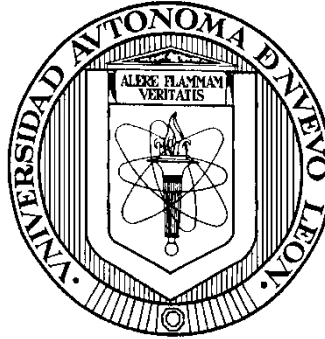


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE SALUD  
BUCAL. DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POBLACIÓN MARGINADA.**

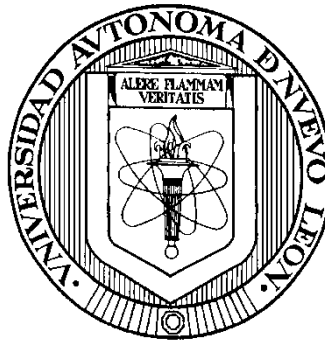
**Por**

**CD. GUILLERMO CRUZ PALMA**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE SALUD PÚBLICA**

**Junio 2012**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE SALUD  
BUCAL. DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POBLACIÓN MARGINADA.**

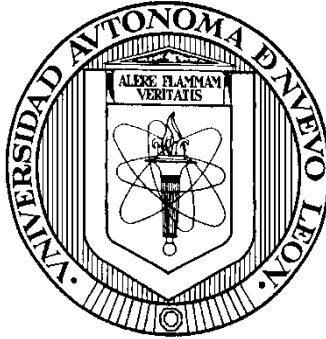
**Por**

**CD. GUILLERMO CRUZ PALMA**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE SALUD PÚBLICA**

**Junio 2012**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE SALUD  
BUCAL. DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POBLACIÓN MARGINADA.**

**Por**

**CD. GUILLERMO CRUZ PALMA**

**Directora de Tesis**

**DRA MED GEORGINA MAYELA NÚÑEZ ROCHA**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE SALUD PÚBLICA**

**Junio 2012**

**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE SALUD  
BUCAL. DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POBLACIÓN MARGINADA.**

**Aprobación de Tesis:**

---

**Director de Tesis**

---

**Presidente**

---

**Secretario**

---

**Vocal**

---

**Subdirector de Posgrado e Investigación**

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de NuevoLeón, que con el apoyo de una beca me permitieron desarrollar este proyecto de la maestría y adquirir mucha experiencia profesional.

A la Facultad de Odontología UANLpor permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

Agradezco a la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha, por haber confiado en mi persona, por su valiosa asesoría, por todos los conocimientos que compartió conmigo y por su valioso tiempo dedicado a este trabajo de tesis.

A mis profesores, que son parte esencial de este logro, el cual les comparto, ya que ustedes también lo trabajaron y espero que su esfuerzo y empeño se vea reflejado en este trabajo.

A quienes me enseñaron más que el saber científico, a quienes me enseñaron a ser lo que no se aprende en salón de clase y a compartir el conocimiento con los demás.

Gracias a todos.

## **Dedicatoria**

En primer lugar quiero agradecer a Dios por su inmenso amor y permitirme la vida, la salud y el entusiasmo para terminar con satisfacción mis estudios de maestría.

Quiero agradecer también a mi abuelita Evelia, que está en alguna parte cerca de Dios y que ha estado conmigo todo el tiempo.

A mis padres Guillermo y Yolanda, por su amor, comprensión y tolerancia, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte, gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre me alentaron en los momentos más difíciles y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos Sergio y Pilar, que los quiero mucho y que los felicito porque siempre ponen todo su empeño para salir adelante.

A mi abuelita Galdina y a mi abuelito Julio, gracias por haber fomentado en mí, el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A toda mi familia, quisiera nombrar a cada uno de ustedes pero son muchos, eso no quiere decir que no me acuerde de todos, mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en el transcurso de mi formación profesional.

A ti Lucero, que desde un principio hasta el día hoy me das ánimo y apoyo para terminar este proceso, te amo.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

## Tabla de contenido

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Capítulo I</b>	
Introducción	4
Marco de referencia	4
Elementos conceptuales	4
Determinantes sociales en salud	4
Determinantes sociales en salud bucal	13
Necesidades de salud	14
Necesidades de salud bucal	15
Grupos vulnerables	19
Grupos vulnerables en salud bucal	19
Planteamiento del problema.	24
Justificación	25
Objetivos	26
Hipótesis	27
<b>Capítulo II</b>	
Metodología	28
Diseño de estudio	28
Población de estudio	28
Criterios de inclusión y exclusión.	29
Muestra	30
Variables de estudio	31
Procedimiento	53

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Plan de análisis	54
Instrumentos	35
Aspectos éticos	40
Cronograma de actividades	41
Recursos humanos	42
Referencias	43
Capitulo III	
Resultados	
Capitulo IV	
Discusión	
Conclusiones	
Recomendaciones	
Referencias	
Apéndices	51



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Ciclo económico de la enfermedad

Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.

Figura 3. Mapa de variables

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Determinantes sociales estructurales de las desigualdades de salud

Tabla 2. Circunstancias materiales, factores conductuales y psicosociales

Tabla 3. Barreras de acceso a los servicios de salud

Tabla 4. Necesidades de salud bucal

## **LISTA DE GRÁFICAS**

Gráfica 1. Priorización de los determinantes sociales estructurales de las desigualdades de salud

Gráfica 2. Priorización de los determinantes intermedios de la salud

Gráfica 3. Priorización de los determinantes sociales (intermedios y estructurales)

Gráfica 4. Priorización en cuanto a las necesidades de salud bucal

Gráfica 5. Priorización de los determinantes sociales en salud bucal (General)

## RESUMEN

### ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE SALUD BUCAL. DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POBLACIÓN MARGINADA.

Autores: Cruz Palma Guillermo, Núñez Rocha Georgina Máyela

#### Introducción

El análisis de los problemas de salud con el enfoque de los determinantes sociales es un tema central de la OMS 2005; por otro lado la salud bucal en poblaciones es un problema de salud pública, particularmente entre grupos marginados en países en vías de desarrollo y desarrollados.

#### Objetivo general

Analizar los determinantes sociales y las necesidades de salud bucal, para definir prioridades en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.

#### Metodología

El diseño del estudio es transversal, la población de estudio fueron individuos que habitan esa población, la unidad de análisis fueron los grupos vulnerables de: niños escolares entre 6 y 12 años, mujeres embarazadas de cualquier edad, población trabajadora activa de 15 a 60 años de ambos sexos, adultos mayores de 60 años o más de ambos sexos (n= 368). Se aplicó estadística descriptiva: frecuencias y proporciones de las variables categóricas, promedios y desviación estándar de las variables numéricas y puntajes Z de los indicadores de determinantes sociales y necesidades de salud bucal para establecer prioridades. Un puntaje Z alto y negativo indicaba mayor necesidad.

#### Resultados

El promedio de edad de la población fue de  $34 \pm 21$  años, del género femenino el 62.5% y el 22 % viven en unión libre y tienen  $4.8 \pm 1$  por familia. El 30% trabaja en fábricas, el 25.5% en la construcción y el 20% en el comercio informal. En cuanto

a la priorización considerando los determinantes sociales estructurales de las desigualdades en salud (política pública, etnia, educación, migración, ingreso familiar mensual, gasto en alimentación, el gasto en salud y en salud bucal), los adultos mayores obtuvieron un puntaje z de -4.64 y los niños de 6.26 desviaciones estándar (DE); en lo referente a los determinantes intermedios (condiciones de vivienda, nivel de estilo de vida y barreras de acceso a los servicios de salud), las mujeres embarazadas obtuvieron un puntaje z de -7.46 y 6.5 DE los niños. En lo correspondiente a las necesidades de salud bucal (caries dental, higiene bucal y enfermedad periodontal); el grupo de los trabajadores obtuvieron un puntaje z de -2.94 y los niños de 3 DE. Al integrar los determinantes sociales y necesidades de salud bucal se observó que los adultos mayores presentan un puntaje z de -11.02 y los niños de 16 DE.

### **Conclusiones**

De acuerdo a los determinantes sociales de la salud y los estructurales, el grupo de los adultos mayores tienen mayor prioridad de atención. En lo referente a los determinantes intermedios de la salud, el grupo de las embarazadas; y finalmente en lo correspondiente a las necesidades de salud bucal, el grupo de los trabajadores fue el más desprotegido.

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El análisis de los problemas de la población con el denominado enfoque de los determinantes sociales en salud (DSS), es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la directriz emitida en el año 2005.<sup>1</sup> A pesar de su posicionamiento, es evidente que se trata de un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado y cuya investigación presenta enormes retos metodológicos.<sup>2</sup>

Como lo observa Graham, el concepto ha adquirido un significado dual refiriéndose por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad.<sup>3,4</sup>

Uno de los principales obstáculos para dar respuesta social organizada a población marginada, es la carencia de información específica que describa las necesidades de salud de estos grupos vulnerables. Por eso, se requiere identificar las necesidades de salud en la población y analizar dichas condiciones mediante indicadores de estas necesidades. Lo cual permitirá tener elementos suficientes para la planeación estratégica y formulación de políticas de salud.<sup>4</sup>

### **Marco de referencia**

#### **Determinantes sociales**

Virchow, uno de los fundadores de la salud pública moderna; analizó y estableció la determinación social de la enfermedad y su relación con la política.<sup>5</sup> Actualmente la OMS define a los determinantes sociales de la salud como "el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente nace, crece, y envejece afectando a su salud". Estos se han mantenido como el elemento central

de la ideología y vida cotidiana de la humanidad en algunas poblaciones, por ejemplo los migrantes. En ellos, la salud es concebida holísticamente con la tierra, la naturaleza y la vida social y espiritual.<sup>4</sup>

Asimismo, desde 1946, la Constitución de la OMS, ha establecido lo más avanzado del pensamiento médico social y definió a la salud como "un estado de pleno bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de enfermedad" desde entonces, ha quedado explícito dentro de sus funciones la colaboración con los estados miembros y los organismos especializados apropiados "para promover el mejoramiento de las condiciones sociales, que impactan a la salud."<sup>6</sup>

En 1948 en la declaración de la asamblea general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se afirmó en el artículo 25: "todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y de su familia incluyendo alimentos, habitación, atención médica, los servicios sociales necesarios, y el derecho de subsistir en caso de desempleo, enfermedad, incapacidad y vejez". Se conceptualizó a la salud como un derecho fundamental de los individuos, que a su vez quedó inscrito en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.<sup>7</sup>

En la segunda mitad del siglo pasado, la Conferencia Internacional de Alma Ata, Rusia, en 1978, consideró también como uno de los pilares básicos de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, a los DSS declarando "La necesidad de una estrategia integral de salud que no solo preste servicios de salud sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud."<sup>8</sup>

La directriz de la OMS de 2005 catapultó un sin número de investigaciones y artículos académicos alrededor del mundo sobre los determinantes sociales de la salud, estudios que, desafortunadamente, en ocasiones, contribuyeron a generar confusión al utilizar el concepto sin especificar sus alcances e implicaciones.

Algunas veces el concepto es tratado de manera ambigua como los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en salud.<sup>3</sup>

El crecimiento poblacional de las ciudades es un fenómeno mundial y progresivo, según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el 2005, el 49% de la población mundial residía en ciudades. Durante el siglo pasado, la urbanización fue resultado del desarrollo económico provocado por la industrialización. Este fenómeno continúa en los países en desarrollo, lo que se refleja en el número creciente de personas que actualmente radica en ciudades de estos países, cifra que será cuatro veces mayor en 2030. Esto significa que globalmente, el crecimiento poblacional se ha convertido en un fenómeno urbano ligado a las regiones menos desarrolladas.<sup>9</sup>

Uno de los mayores retos de estos cambios demográficos sin precedentes, es la atención a la salud de los grupos asentados de manera irregular en la periferia de los centros urbanos. Además, es necesario conocer los riesgos y las condiciones de salud, que son específicos por el ambiente físico de los grandes conglomerados. Desde esa perspectiva, los aspectos sociales son fundamentales para determinar las necesidades de salud de la población.<sup>10</sup>

Las áreas de extrema pobreza en las ciudades, han surgido como un fenómeno derivado de la inequidad social; en estas áreas se concentran tanto la población marginada de las propias ciudades como la que migra de las áreas rurales por la falta de empleo y posibilidades de desarrollo.<sup>11</sup> Estas poblaciones viven en condiciones de estrés social, manifestado por la de privación económica, el hacinamiento, la inestabilidad familiar, la insalubridad de la vivienda, el ambiente y la inseguridad, son condiciones que de manera aislada y en conjunto, influyen en la mortalidad prematura.<sup>11,12</sup>

Asimismo, algunos estudios han demostrado que tanto las condiciones de las viviendas como las de los propios vecindarios influyen en la salud de sus

habitantes. Aunque la definición de población marginada no ha sido establecida claramente, las condiciones de marginalidad y pobreza exponen a estos grupos a un espectro muy amplio de riesgos para su salud, que no son identificados ni atendidos debido a su falta de acceso a los servicios de salud.<sup>9,13,14.</sup>

En México, a pesar de los esfuerzos por sistematizar la definición de marginación mediante indicadores como son: los ingresos, la salud, la educación, la tenencia de la vivienda, y algunos indicadores de bienes o servicios en el hogar, las encuestas nacionales de salud no ofrecen una desagregación suficiente que permita representar a la población de las áreas urbanas marginadas, lo que provoca que los problemas de salud de los grupos que residen en ellas no se puedan distinguir de los del resto del centro urbano. En ese sentido, tanto los riesgos como las condiciones de salud y los aspectos sociales son fundamentales para determinar las necesidades de salud de la población.<sup>11,15,16</sup>

Resolver la ambigüedad señalada es fundamental para que la perspectiva de los determinantes cumpla un papel realmente transformador, pues de lo que se trata es del estudio de los determinantes sociales y de las inequidades en salud. Como lo plantean Solar y Erwin, lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud. Por lo tanto, es un concepto diferente a la tradicional perspectiva de factores de riesgo y está anclado en el análisis de las inequidades entre grupos sociales.<sup>3,17</sup>

En la práctica, en algunas ocasiones, lo que aparece como un determinante de la salud de una sociedad o un grupo social no se confirma como un factor de riesgo en estudios a nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos casos.<sup>18</sup> Por ejemplo, la teoría psicosocial, propone que la auto percepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación

sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades.<sup>17,19, 20</sup>

Existen aportes a la evidencia empírica que constituyen la menor esperanza de vida y las mayores tasas de mortalidad en grupos que tienen satisfechas sus necesidades básicas y que incluso cuentan con ingresos superiores al promedio nacional en sus países, pero que viven en sociedades altamente desiguales como, por ejemplo, la población afro descendiente de los Estados Unidos y de Inglaterra.<sup>18</sup>

Por otro lado, la teoría de la producción social de la enfermedad, fundamentada en el materialismo-estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad.<sup>17</sup> Dicha teoría afirma que las prioridades del capitalismo: la acumulación de prestigio, riqueza y poder se logran sacrificando el bienestar y estado de salud de los menos aventajados de la sociedad. Esta perspectiva no niega que los factores sociales operen en sociedades desiguales, pero demanda un análisis más estructural de las condiciones.<sup>21</sup>

Asimismo, la perspectiva eco social reúne elementos para construir una plataforma teórica multinivel, donde se entienda que cada nivel de la organización social y biológica, desde las células hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un eco-sistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud.<sup>17,22,23</sup> Esta perspectiva, analiza cómo el contexto, no sólo social, sino también el medio ambiente físico, interactúa con la biología y cómo los individuos “encarnan”, es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan. Ese proceso configura los “estilos de vida colectivos”, entendiendo que los estilos de vida no son decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven.<sup>24</sup>



Esto confirma lo que se menciona en libro *Civilización y Enfermedad* de Henry E. Sigerist, el cual escribió que "en cualquier sociedad dada, la incidencia de la enfermedad está determinada mayormente por factores económicos, una baja calidad de vida, falta de comida, ropa y combustible, malas condiciones de vivienda y otros síntomas de pobreza han sido siempre las mayores causas de enfermedad."<sup>25</sup>

### **Determinantes Sociales en los Países**

En Francia, después de las guerras napoleónicas, Villermé LR, quien fuera médico militar, comenzó a analizar las diferencias en mortalidad en los distintos distritos de París; primeramente examinó, con meticulosas investigaciones llevadas a cabo calle por calle, los factores medioambientales como la altitud, los vientos y el clima, sin encontrar ninguna correlación con las diferencias en mortalidad; luego estudió los ingresos y finalmente las condiciones de la vivienda de los habitantes. Descubrió, por ejemplo, que en la Ruede la Mortellerie, donde vivían las personas más pobres de París, la tasa de mortalidad era de 30.6 por cada mil, mientras que cerca en Ile-Saint Louis, un área más espaciosa y cómoda habitada por los ricos, la tasa era de 19.1 por cada mil.<sup>26</sup>

En Alemania, en la segunda mitad del siglo XIX, las causas sociales de las enfermedades aparecieron aún con más claridad. Por la iniciativa de Virchow, (el fundador de la biología celular) se analizó directa y orgánicamente el nexo entre salud y la política.<sup>27</sup> Su compromiso comenzó cuando el gobierno de Prusia lo envió al norte de Silesia debido a un brote de tifus, y encontró que la verdadera causa de la enfermedad se hallaba en las misérrimas condiciones de vida, mala higiene y pobreza, todo ello debido a la existencia de un estado represivo y autoritario. Luego subrayó la necesidad de una epidemiología sociológica y sugirió como receta para prevenir la enfermedad: "la educación acompañada de sus dos hijas: libertad y prosperidad". Finalmente, formuló la más clara e incisiva expresión de la relación entre la medicina y la política: "Si la medicina desea

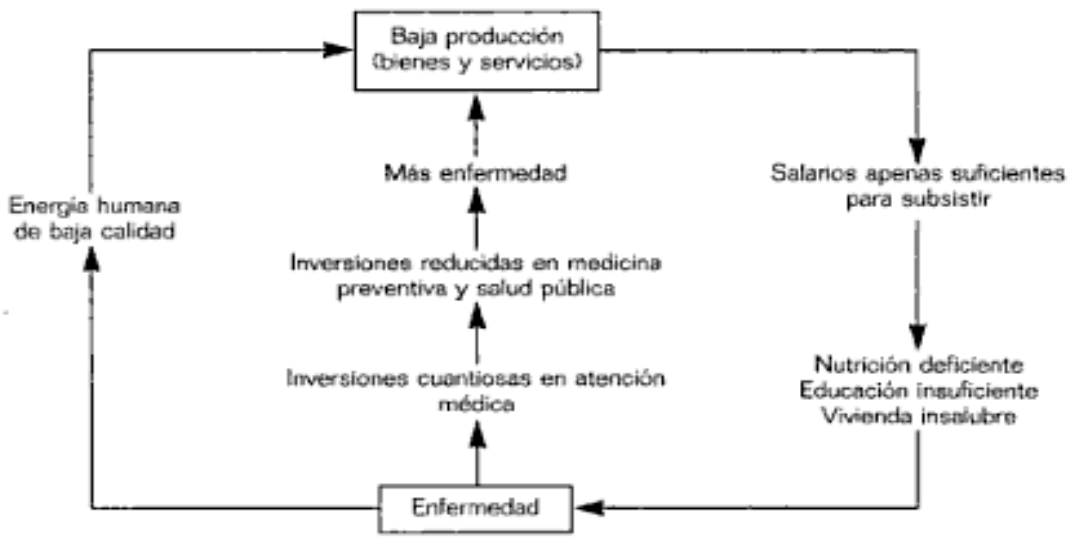
lograr sus objetivos por completo, debe entrar por completo a la vida política, y debe indicar todos los obstáculos que impiden la consumación normal del ciclo de vida".<sup>27</sup>

En el estado indio de Kerala, en Sri Lanka, Costa Rica y en Cuba, el cambio de dirección hacia las necesidades urgentes de los pobres y desfavorecidos y hacia los determinantes sociales de las enfermedades comenzaron en los años 60 y 70 del pasado siglo, con la opción de programas de salud de estilo comunitario, con formas de asistencia participativa y con énfasis en la prevención y los cuidados básicos accesibles a todos. La confirmación de este tipo de enfoque se encuentra en la experiencia de buena salud con bajo costo en el estado indio. Estos países han demostrado que la salud puede progresar incluso cuando el salario per cápita no es alto, siempre que haya un compromiso por parte del estado y de la comunidad y apoyo de las profesiones de la salud para crear servicios generalizados, accesibles y calificados; para extender la educación básica y atacar las raíces sociales de la enfermedad.<sup>27</sup>

En 1976 HafdanMahler, en aquel momento Director General, propuso una idea utópica pero muy inspiradora a la Asamblea General de la OMS: salud para todos en el año 2000. La prioridad en la atención primaria iba acompañada de una referencia explícita del *causaecausarum*: "el objetivo implica la eliminación de los obstáculos para la salud, o sea la eliminación de la desnutrición, la ignorancia, la polución de las aguas y las viviendas insalubres, las cuales son tan importantes como la solución de los problemas médicos".

Los países subdesarrollados tienen un marco general de miseria, ignorancia, insalubridad y enfermedad lo cual determina la llamada patología de la pobreza, donde se observa un alto índice de morbilidad, desnutrición, mortalidad y por ende bajas perspectivas de vida. Lo anterior se fundamenta con la teoría de Horwitz en donde existe un círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad en donde participa el componente económico como lo muestra la figura 1.<sup>28</sup>

**Figura 1. Ciclo económico de la enfermedad**

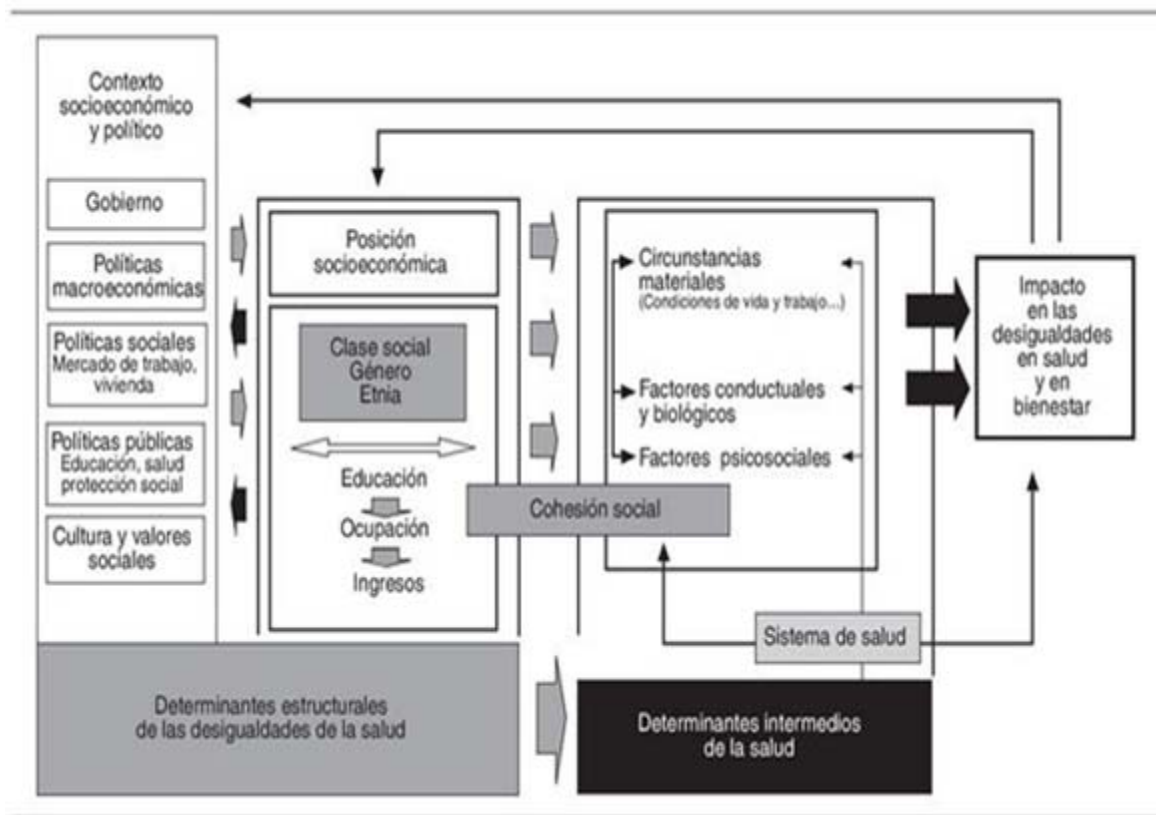


Fuente: Horwitz, 1960

### **Determinantes sociales propiamente dichos**

Actualmente a nivel mundial, una contribución para enfrentar el tema de los determinantes sociales, fue la decisión de la OMS en el 2005, al crear la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) formada por 20 expertos y presidida por el epidemiólogo británico Marmot. Esta comisión tiene la tarea de investigar, promover acciones, solicitar apoyo de los gobiernos e instituciones locales e incluir en su trabajo a toda la sociedad civil. Esta es una tarea ardua para obtener y diseminar experiencias al respecto y para encarar permanentemente las profundas desigualdades en la salud, que existen tanto entre países como entre clases sociales y grupos dentro de un mismo país. Dicha comisión propuso el siguiente modelo conceptual (figura 2) <sup>27</sup>

**Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.  
Comisión de Determinantes Sociales de la OMS.**



Fuente: Solar e Irwin, 2007

El marco conceptual incorpora dos grandes rubros para su análisis, por una parte están los determinantes estructurales de las desigualdades de salud (DES) compuesto por:

a) Contexto socioeconómico y político, el cual se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social; se incluyen los siguientes aspectos: el gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia y la corrupción, el poder de los sindicatos, etc.; las políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; las políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; además de las políticas públicas (educación y atención

sanitaria) y los valores (sociales y culturales), como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

Aún se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población, aunque ya hay algunos que demuestran la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido de que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, y logran mejores resultados en algunos indicadores de salud y menores desigualdades de salud<sup>29-35</sup>.

b) Posición socioeconómica. Donde se analiza los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza; estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres y las personas de raza blanca<sup>36,37, 38</sup>.

La desigualdad que se produce se define relacionamente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas; estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, que se denominan clasismo, sexismo o racismo<sup>39</sup>.

Otro apartado son los determinantes intermedios de la salud (DIS), donde la estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los

cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud; estos factores son: a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia<sup>40</sup>; b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos) y el poco control<sup>41</sup>; c) los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud y d) el sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales.

El marco conceptual incorpora al sistema de salud como un determinante social más porque, por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, por ejemplo el ingreso familiar mensual, y por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales.<sup>42</sup>

En ese sentido, la idea central es que la medicina y los servicios de salud constituyen sólo uno de los factores que tiene influencia sobre la salud de la población. En realidad, los factores principales se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginación y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas.<sup>27</sup>

El proceso de salud-enfermedad depende principalmente de la estructura socioeconómica, por lo cual la patología del subdesarrollo y de las familias pobres tiene su origen, sobre todo, en las condiciones de depresión socioeconómica en las que viven; por tanto, la salud de la población es una variable que depende del

desarrollo socioeconómico; así, el subdesarrollo económico y social condiciona el subdesarrollo de la salud.<sup>43</sup>

Por otro lado, la conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo; Así como su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de la vida determinan sus preferencias y estilo de vivir. Las conductas y estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen; de esta forma, problemas de salud como el tabaquismo, la desnutrición, el alcoholismo, la exposición a agentes infecciosos y tóxicos, la violencia y los accidentes, aunque tienen sus determinantes proximales en los estilos de vida y las preferencias individuales, tienen también sus macro determinantes en el nivel de acceso a servicios básicos, educación, empleo, vivienda e información; en la equidad de la distribución del ingreso económico y en la manera como la sociedad tolera, respeta y celebra la diversidad de género, etnia, culto y opinión.<sup>43</sup>

### **Determinantes sociales en salud bucal**

Bajo este marco de referencia, existen una serie de factores socio demográficos que están directamente relacionados con el surgimiento de las enfermedades bucales como son la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, la ocupación, entre otros; de ahí que la medición del estado de salud se hace a través de indicadores con un enfoque clínico higiénico epidemiológico y social de los problemas de salud bucal.<sup>44</sup>

El comportamiento, en este caso los hábitos deseables en términos de salud oral, están relacionados con diversos factores, de ellos los socio-económicos son muy importantes en la determinación del comportamiento para la salud, los niños de clases socio-económicas bajas tienden a tener peor salud oral y peores hábitos dietéticos que los niños de clases socio-económicas superiores.<sup>45-47</sup>

También las creencias de la familia o grupos de iguales son determinantes muy poderosos y es improbable que un niño adopte un nuevo modo de comportamiento contra ellos. Las acciones positivas para la salud pueden ser inculcadas, especialmente hasta los 5 años, si tienen como modelos a los padres. De acuerdo a los cambios en la estructura familiar de los últimos 40 años, es menos probable que los padres puedan participar de modo efectivo en los programas de salud; es necesario potenciar otras alternativas para conseguir su participación.<sup>32</sup> En adolescentes en cambio las actitudes, además de modeladas por la familia, están influidas por los valores y normas de los grupos de iguales (amigos, compañeros de estudio). Se ha demostrado que el comportamiento puede ser modificado usando a los líderes del grupo como modelos.<sup>47-49</sup>

### **Necesidades de salud.**

Las necesidades pueden definirse como aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención. En el lenguaje común no es raro que se use el término "necesidad" para referirse a un servicio o a un recurso, como por ejemplo, cuando se dice que una persona "necesita" una consulta o que una comunidad "necesita" un hospital. Este uso es incorrecto; en rigor, el concepto de necesidad en el área de servicios de salud, debe reservarse para aludir a las condiciones de salud. Al hablar de servicios o recursos es mejor usar el término requerimientos. La distinción no es únicamente semántica. En un sentido general, una necesidad representa una situación que debe ser satisfecha, pues de lo contrario el individuo sufrirá consecuencias negativas; ni los servicios ni los recursos cumplen con este requisito, pues ambos son medios para satisfacer las necesidades de salud, mas no representan, en sí mismos, una necesidad. El reservar este término para las condiciones de salud subraya que su mejoramiento, constituye el fin de la atención.<sup>49,50</sup>



Las necesidades son un subconjunto de las condiciones que la sociedad ha determinado que requieren de una respuesta en forma de atención. Cualquier proceso vital (El crecimiento, el desarrollo, la reproducción, el bienestar, la disfunción, el dolor, la enfermedad, la incapacidad o la muerte) puede considerarse como una condición de salud; de este universo, cada sociedad, en cada momento histórico, define un subconjunto para el cual se propone ofrecer atención. Una condición objetiva, por ejemplo un síntoma o una conducta, puede ser interpretada como un crimen o como un castigo divino más no como una enfermedad, por lo cual no constituye una necesidad de salud. Así mismo, la sociedad puede carecer de respuestas para esa condición, por lo que tampoco se le considera una necesidad; sólo cuando socialmente se especifica que una condición requiere de atención, dicha condición se convierte en una necesidad de salud.<sup>51</sup>

Aun cuando esté basada en evidencia científica, la definición de las necesidades de salud tiene un carácter normativo, pues delimita cuáles condiciones deberían recibir una respuesta. Esta posición normativa es particularmente prominente en las definiciones profesionales y marca todo un enfoque para la planeación de los servicios y los recursos. La especificación de las necesidades permite determinar qué servicios deben prestarse para satisfacerlas y qué recursos deben estar disponibles para producir esos servicios. Como alternativa a este enfoque normativo basado en las necesidades, se ha propuesto un enfoque empírico cuya base es la demanda de servicios.<sup>49</sup>

### **Necesidades de salud bucal (NSB)**

El diagnóstico del estado de salud bucal familiar, el establecimiento de la vigilancia y evaluación de este mediante el plan de acción y ejecución, constituyen los tres elementos más importantes para desarrollar la Estomatología General Integral, con la aplicación adecuada de los conceptos relacionados con los determinantes del estado de salud.<sup>52</sup>

Por efecto de la globalización el patrón dietético en el ámbito mundial, y sobre todo en la población infantil y adolescente ha cambiado negativamente. El constante bombardeo de publicidad que conduce a una elevada ingesta de productos ricos en carbohidratos y azúcares, está desplazando cada vez más al consumo de proteínas, fibra, frutas y vegetales frescos; lo que trae entre otras consecuencias, la aparición de caries dental.<sup>53</sup>

Por otra parte, los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y la disminución de la calidad de vida "son considerables y costosos". La OMS estima que el tratamiento representa entre el 5 y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. Asimismo, según el mismo informe, la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías), y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales. Igualmente, entre el 5 y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de dientes. En los países industrializados, los estudios realizados muestran que el tabaquismo es un factor de riesgo clave en las periodontopatías.<sup>53</sup>

En el nuevo informe se establecen los principales componentes y prioridades del programa mundial de salud bucodental de la OMS. Además de abordar factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo, una parte esencial de la estrategia también se ocupa de los principales determinantes socioculturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud bucodental.<sup>54</sup>

Las actividades de prevención, conjuntamente con las de promoción, basadas en el enfoque de riesgo para la atención primaria, se vienen desarrollando en el país desde 1970, y es en el año 1985 que se logra dar una

cobertura del 100 % de la población estudiada, tanto en zonas urbanas como rurales, la cual se ejecuta en las instituciones de salud por un pequeño equipo integrado por técnicas de atención estomatológica dirigidas y controladas por el estomatólogo responsabilizado con la actividad o servicios correspondientes, basado en un esquema de prevención, confeccionado a partir de las actividades preventivas del Programa Nacional de Salud Bucal.<sup>52</sup>

En investigaciones recientes en donde se han examinado las consecuencias sociales y psicológicas de las condiciones dentales muestran que los problemas de salud bucodental comprometen la calidad de vida de la gente de edad, al limitar sus interacciones sociales y afectar su amor propio.<sup>55</sup>

## **Higiene bucal**

Los problemas y enfermedades odonto-estomatológicas más frecuentes debidos a una incorrecta o insuficiente higiene bucodental son:

- Baja autoestima
- Mala Apariencia física
- Desarrollo excesivo de placa bacteriana y formación de sarro.
- Halitosis.
- Caries.
- Gingivitis.
- Periodontitis.

El mejor modo de prevenirlas es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al odontólogo. También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico: azúcares como la sacarosa o la glucosa.<sup>56</sup>

## Enfermedades bucodentales

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que las familias de bajos recursos, los grupos con menor desarrollo social y aislado geográficamente, además de los migrantes y los individuos con capacidades diferentes, son los que menor cuidado recibe y se encuentran con mayor riesgo de enfermedades bucales<sup>57</sup>. Por otro lado en México de acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2007 (SIVEPAB), con información de usuarios que acuden a los servicios de salud odontológicos, 100% padece caries dental y 53% presenta algún grado de enfermedad periodontal<sup>58</sup>

En la caries dental son considerados factores de riesgo sociales, el estrato socioeconómico, el estilo de vida y el nivel cultural, que al interrelacionarse con los factores biológicos definen el perfil de riesgo de cada individuo. Cabe mencionar que el cambio en el estilo de vida de la civilización fue lo que determinó un aumento en la prevalencia de la caries dental, refiriéndose principalmente al incremento en la dieta de alimentos blandos que contienen hidratos de carbono (azúcar blanca).<sup>59,60</sup>

En cuanto a las enfermedades periodontales, la población usuaria muestra una prevalencia promedio de 70% en el grupo de 30 a 50 años de edad, en el que se presentan las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor frecuencia. En mujeres en edad reproductiva esta cifra es de 60%, lo que resulta de una falta de cultura de la higiene bucal.<sup>56</sup>

Esto puede ser por la falta de aplicación continua de las estrategias enfocadas a grupos de riesgo específicos, como son escolares, embarazadas, adultos trabajadores, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, personas que viven con VIH/SIDA y con capacidades diferentes, se traduce en mayor incidencia de enfermedades bucales, lo que implica una menor calidad de vida. Además, en el grupo de escolares se ha detectado insuficiente

promoción de la salud, irregularidad en la aplicación del esquema básico de prevención, así como escasa atención curativa por la limitación de recursos humanos, materiales y financieros.<sup>56</sup>

Los servicios odontológicos institucionales, no obstante haber alcanzado grandes avances, su calidad de atención no corresponde a lo esperado, debido a la poca o nula actualización del personal profesional y a la falta de equipo e instrumental o su obsolescencia. En algunas entidades federativas el presupuesto asignado es insuficiente para cumplir con la demanda mínima de la población.<sup>56</sup>

## **Vulnerabilidad**

La vulnerabilidad representa un estado de debilidad, la ruptura de un equilibrio precario, que arrastra al individuo o al grupo a una espiral de efectos negativos acumulativos. Uno de sus rasgos distintivos es la incapacidad de actuar o de reaccionar a un corto plazo. La noción de vulnerabilidad no se limita a la falta de satisfacción de necesidades materiales, también incluye las conductas discriminatorias y puede aplicarse a individuos, a grupos sociales o sociedades y presentarse en contextos nacionales; de hecho la vulnerabilidad se puede aplicar en el ámbito internacional, así hay naciones que por ser más pobres y menos integradas son más vulnerables.<sup>61</sup>

## **Grupos vulnerables en salud bucal**

### **Salud bucal en niños escolares.**

La atención estomatológica al niño y al adolescente, está centrada en la población de 0 a 18 años de edad, y para ello se apoya en el ciclo vital del individuo. Se observa que en los niños de la primera infancia (0 a 2 años), es conveniente darle consejos a las madres acerca de la alimentación y el control de hábitos nocivos a la salud. En la segunda infancia (niños de 2 a 4 años) la atención estomatológica aplicando todas las acciones de salud; de igual forma en

preescolar (de 4 a 5 años), los escolares (de 5 a 10 años) y los adolescentes (de 10 a 18 años). Cada una de estas etapas presenta características específicas o particulares que se deben tener en cuenta para el éxito en la ejecución de las acciones de salud.<sup>62</sup>

Se ha encontrado correlación entre la prevalencia de caries y el estatus social, el nivel educacional de la madre, nivel de ingreso mensual y percepción positiva del estado dental, nivel socioeconómico y profesión del padre. Se ha reportado que las diferencias entre clases sociales respecto a la presencia de caries no pueden ser eliminadas únicamente con cambios en hábitos higiénicos y dietéticos y se menciona que existe evidencia de que, en países desarrollados, se han disminuido los niveles de caries, mientras que en países no desarrollados la caries se incrementa. Algunos investigadores observaron que el nivel de ingresos, la clase social y el número de personas por habitación están significativamente asociadas con la prevalencia de caries dental en niños americanos blancos pero no en niños americanos indios. Se mostró en escolares jordanos e ingleses de diferentes clases sociales, que son más afectados por caries los pertenecientes a clases bajas. En comunidades rurales de países africanos se observó incremento en la incidencia de caries en niños pertenecientes a clases altas con poder adquisitivo para aumentar el consumo de golosinas a base de glucosa y sacarosa.<sup>61</sup>

En México se reportaron calificaciones más altas de caries dental en las zonas rurales comparadas con los centros urbanos. También se muestra asociación estadística con la escolaridad de los padres, así como mayor frecuencia de caries en los niños que viven en zonas de nivel socioeconómico más bajo.<sup>62</sup>

Por otra parte, entre los factores determinantes para la presencia de enfermedades bucodentales en niños y adolescentes se encuentran la edad, el

género, el estrés, el nivel socioeconómico y el tipo de bacterias presentes en la placa dentobacteriana.<sup>55</sup>

### **Salud bucal en mujeres embarazadas**

Las mujeres tienen necesidades especiales de salud bucal durante las diferentes fases de su vida. Los cambios en los niveles hormonales de la mujer durante la pubertad, menstruación, embarazo y la menopausia exageran la manera en que la encía reacciona a la placa dental. En estos períodos, las mujeres necesitan mantener sus dientes limpios, especialmente cerca del borde de la encía, ayudará dramáticamente a reducir o mejor aún prevenir la gingivitis durante su embarazo y es recomendable sustituir los dulces por alimentos más sanos tales como quesos, frutas frescas o vegetales que son mejores para sus dientes. La mujer durante el estado de gestación está sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer la caries dental. Los cambios en la producción salival, flora bucal, dieta, entre otros, constituyen factores capaces de producirla.<sup>63</sup>

Además afecta el tejido gingival, dando lugar a la llamada gingivitis del embarazo; en el segundo mes de gestación comienzan los síntomas y signos de esta enfermedad, que se mantienen o aumentan durante el segundo trimestre, llegan al máximo al octavo mes, descienden durante el último, y remiten después del parto.<sup>63</sup>

### **Salud bucal en trabajadores activos.**

La población adulta, sometida al rigor del trabajo como único elemento para subsistir en una sociedad moderna, que induce a la competitividad como sistema de vida, estableciendo un desequilibrio entre el bienestar material y el espiritual, atentando con ello a su calidad de vida, debe soportar altas exigencias laborales para justificar su presencia en su lugar de trabajo, lo que genera una serie de

efectos nocivos, llevándola a quedar cada vez más vulnerable al efecto de enfermedades de diverso tipo, sobre todo el estrés laboral.<sup>64</sup>

La ausencia al trabajo por enfermedad de cualquier tipo, es un problema aún no resuelto por los estados y las instituciones laborales. Se conoce desde hace tiempo, que las ausencias laborales por incapacidades médicas son un hecho recurrente en cualquier repartición laboral, sea esta pública o privada. En efecto, la mayoría de los estudios relacionados con la ausencia al trabajo por enfermedad, apuntan hacia la existencia de una etiología multifactorial, fenómeno en el cual interaccionan factores individuales (tomando al trabajador con inquietudes, expectativas, necesidades, valores, habilidades, conocimientos, etc.), factores laborales (relacionado con las condiciones y tipo de trabajo) y factores ambientales o extra laborales (determinado por el medio social en el que operan dichas organizaciones).<sup>64</sup>

Hoy en día, las empresas están preocupadas de la salud ocupacional de sus empleados; dentro de las acciones que emprenden para asegurar su productividad laboral, se encuentran los programas de acondicionamiento físico, brigadas médicas y promoción a la salud por medio de estilos de vida saludables.<sup>64</sup>

Refiriéndonos a la salud bucal cabe mencionar que la población laboral mayoritaria corresponde a sujetos de edad adulta, los que poco a poco comenzarán a sufrir alteraciones orgánicas y físicas dentro de la cavidad bucal producto del envejecimiento natural del hombre. Estas alteraciones afectan la masticación, la fonación y por ende la relación social y el aspecto facial.<sup>64</sup>

### **Salud bucal en adultos mayores**

Las personas de más de 60 años, muestran un riesgo incrementado de lesiones pre malignas y cáncer bucal, relacionadas con la susceptibilidad de los tejidos y con factores extrínsecos como fumar, masticar tabaco, ingerir bebidas



alcohólicas, y comidas muy calientes y condimentadas, así como por la irritación por prótesis mal adaptadas.<sup>65</sup>

En la población de adultos mayores en el mundo aumenta un 1,7 % anualmente, y Latinoamérica no es ajena a este fenómeno, el cual plantea retos de tipo económico, político y social para los estados y para las instituciones formadoras de profesionales de salud. La boca desempeña también en los pacientes geriátricos funciones muy importantes, y el deterioro de la salud bucal es capaz de alterarlas, afectando la calidad de vida de los individuos.<sup>66</sup>

Para ofrecer un tratamiento odontológico a un anciano, es necesario tener en cuenta las condiciones normativas (visión profesional) y realistas del paciente (situación funcional, cognitiva, económica), con el fin de garantizar la mejor alternativa para cada persona en particular. La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el anciano repercuten de manera significativa en su calidad de vida.<sup>67</sup>

Al aumentar la proporción de personas de tercera edad, se presentan retos de tipo económico, social y político que exigen a los estados y a las autoridades competentes la generación de políticas que permitan solucionar las necesidades de estos grupos de población.<sup>68</sup>

Bajo este contexto donde se ha desarrollado los elementos conceptuales y antecedentes, podemos tener un marco de referencia que nos permite realizar el estudio sobre el análisis de los determinantes sociales y las necesidades de salud bucal para lograr nuestro objetivo de establecer la prioridad de atención en los grupos vulnerables.

## **Planteamiento del problema.**

El estudio de los DSS es un tema central que propone la OMS; es además, un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología.

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que determinan los perfiles de salud - enfermedad en los grupos de población.

Desde esa perspectiva, en la población que habita en la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León, los estudios sobre salud se han dirigido a los factores biológicos y en menor medida a los sociales, que son los que determinan o deterioran la salud de los individuos y su distribución dentro de los grupos vulnerables, específicamente la salud bucal.

Una razón puede ser, que se han enfocado a los factores de riesgo y no a aquellos elementos de la estructura social, que condicionan la posición de estas personas en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas de salud.

Es necesario entonces, generar metodologías que permitan establecer prioridades en los grupos vulnerables y de esa manera apoyar la acción y la toma de decisiones en intervenciones efectivas, sobre la base de necesidades reales de salud bucal en los grupos vulnerables.

### **Bajo este contexto se establece la siguiente pregunta:**

¿Cuál de los grupos vulnerables de la colonia Alianza Real de Gral. Escobedo Nuevo León, tiene mayor prioridad de atención de acuerdo a sus DSS y NSB?

## **Justificación.**

Uno de los mayores retos es la atención a la salud a grupos vulnerables; sobre todo a los que se asientan en áreas urbano-marginales en donde participan factores sociales, físicos y ambientales. Por otro lado y de acuerdo a reportes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2010 (SIVEPAB), que incluye información de usuarios que acuden a los servicios de salud odontológicos; 100% padecían caries dental, el 79.9% falta de higiene bucal y el 58.7 % tenían algún signo de enfermedad periodontal.

Este hecho pone de manifiesto lo fundamental del estudio de los DSS que participan en las necesidades de salud bucal en la población. En ese sentido, es prioritario disminuir las diferencias entre poblaciones y dirigir la atención hacia aquel grupo que más lo necesite. La satisfacción de las necesidades de salud bucal de la población, está determinada por el cumplimiento de ciertos factores sociales que conforman una estructura.

Contando con el apoyo del responsable de salud bucal, de la Jurisdicción 2 de los Servicios de Salud de Nuevo León, se llevó a cabo esta investigación con el fin de proporcionar información, para establecer prioridades y tomar decisiones en los grupos vulnerables de dicha población y en un futuro, planear intervenciones con enfoque de riesgo. La originalidad del presente proyecto radica en la metodología propuesta para establecer la prioridad en relación a los determinantes sociales y necesidades de salud bucal en el presente estudio. Por lo tanto, se pretende buscar un equilibrio y dar respuesta social organizada para enfrentar esos retos. Con los resultados de este trabajo, será posible planear de manera adecuada y otorgar racionalidad técnica y viabilidad a las decisiones del personal directivo de esta Jurisdicción.

**Objetivo general:**

Analizar los DSSy las NSB para definir prioridades, en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.

**Objetivos específicos:**

1. Establecer prioridad en cuanto a los DES (Políticas Públicas, Etnia, Educación, Ocupación, Ingreso, Migración) en los grupos vulnerables de la colonia Alianza Real de Gral. Escobedo Nuevo León.

2. Establecer prioridad en cuanto a los DIS (Circunstancias materiales, Factores conductuales y psicosociales, Sistema de Salud) en los grupos vulnerables de la colonia Alianza Real de Gral. Escobedo Nuevo León.

3. Determinar prioridad en cuanto a las NSB (Caries dental, Higiene bucal y Enfermedad periodontal) en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real de Gral. Escobedo Nuevo León.

## **Capítulo II.**

### **Metodología.**

**Diseño de estudio.** Transversal.

### **Población de estudio.**

La población que vive en la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.

### **Unidad de análisis.**

Grupos vulnerables: Niños escolares, mujeres embarazadas, trabajadores activos, adultos mayores.

### **Criterios de selección.**

#### **Criterios de inclusión:**

- Niños escolares de ambos sexos de 6 a 12 años
- Mujeres embarazadas de cualquier edad.
- Población trabajadora activa de 15 a 60 años de ambos sexos
- Adultos mayores de 60 años en adelante de ambos sexos.

#### **Criterios de exclusión:**

- Personas que no desearon participar en el estudio.
- Personas con algún padecimiento que alteraba la realización del estudio clínico ( algunos casos de autismo , síndrome de Down, parálisis cerebral infantil)
- Personas que acudieron bajo el influjo de alcohol, drogas y conducta violenta.

### **Criterios de eliminación:**

- Pacientes edentulos aunque se les realizó su revisión clínica.
- Población económicamente activa sin empleo aunque se les realizó su revisión clínica.
- Pacientes portadores aparatos ortodonticos, aunque se les realizó su revisión clínica).

### **Técnica Muestral**

**Muestreo:** No probabilístico, por conveniencia.

### **Cálculo del tamaño de la muestra:**

Se utilizó la fórmula para establecer una proporción en una población infinita.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

Grupos vulnerables:

Embarazadas: p=20%

Niños escolares= 83%

Adultos mayores: p=20%

Adultos económicamente activos: p= 70%

$$Z^2 = 1.96^2 = 3.84$$

$$p = .70$$

$$q = .30$$

$$d^2 = .05^2 = .0025$$

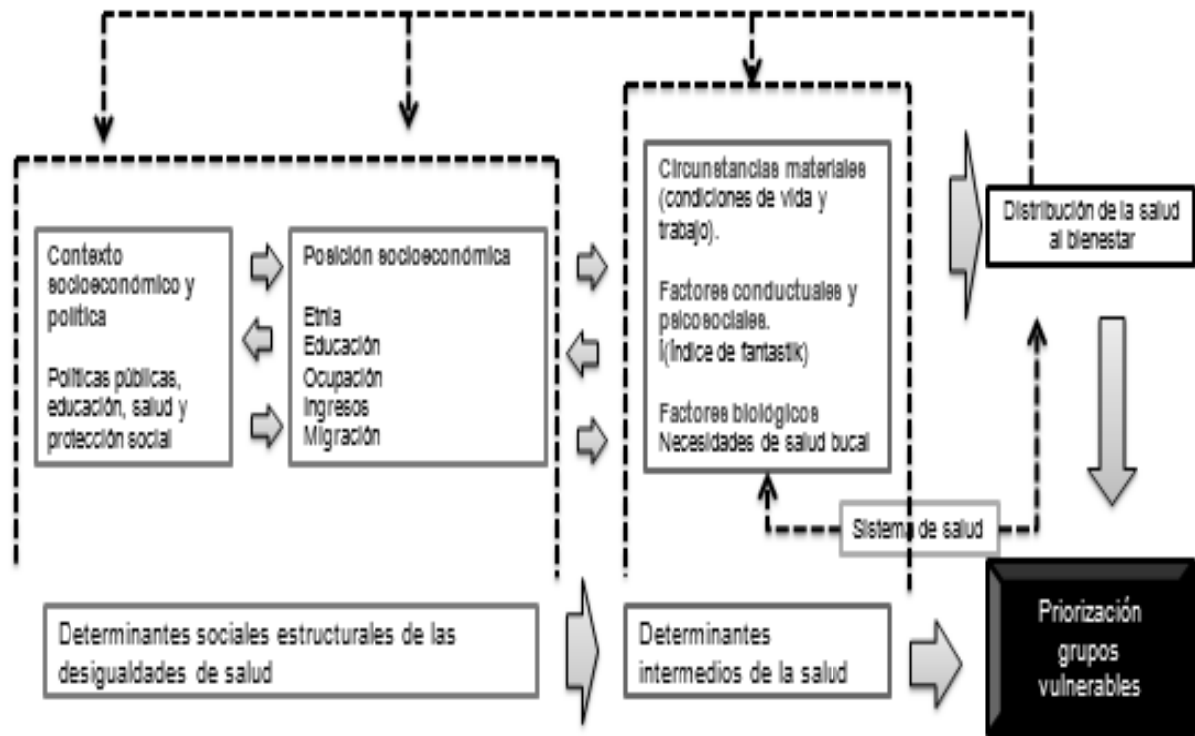
$$n = 3.84 (.30 \times .70) / .0025$$

$$n = 0.61 / .0025 = 322$$

$$\mathbf{n=368}$$

### **Variables**

## Mapa de variables



## Procedimiento.

Primero se solicitó la autorización del proyecto al comité de ética e investigación, luego se gestionó con el responsable de salud bucal de la Jurisdicción 2 de los Servicios de Salud de Nuevo León, al cual se le explicaron los objetivos de esta investigación; el estudio se realizó en población abierta, visitando casa por casa en la colonia Alianza Real de Escobedo Nuevo León; con el apoyo de las promotoras de salud; se identificaron los elementos de la población de estudio que reunían los criterios de inclusión.

Previo a la aplicación de la encuesta se solicitó consentimiento informado a cada participante, se aplicó una encuesta donde se incluyó los elementos necesarios para lograr el objetivo de la investigación, después se realizó una exploración clínica, donde se diagnosticaron las NSB, posteriormente se registró una Cédula de colección de datos, a través de las piezas cariadas, los índices IHOS y el Periodontico de Russell.

Se estructuró una base de datos y se procedió al análisis estadístico; finalmente se presentan los resultados.

### **Propuesta de análisis estadístico.**

Estadística descriptiva:

Frecuencias y proporciones de las variables categóricas, medias y desviación estándar de las variables numéricas, puntajes  $Z^*$  (PZ) de los indicadores de DSSy NSB para establecer prioridades en grupos vulnerables. Los PZ indican cuántas desviaciones estándar a partir de la media se encuentran cada valor de  $X$ , y se calculan con base en la fórmula  $Z = (X_i - \bar{X})/s$  En donde  $X_i$  corresponde a la proporción observada en cada indicador, o bien, al promedio de las proporciones observadas en el caso de más de un indicador bajo análisis.

$\bar{X}$  corresponde a la media de los valores de  $X$ .  $S$  a la desviación estándar de los valores de  $X_i$ .

Un puntaje  $Z$  alto y negativo indica mayor necesidad.

Se contó con el apoyo de paquetes estadísticos SPSS versión 15.0 para Windows y EPIDAT, versión 3.1 para Windows.

### **Instrumentos del estudio.**

A continuación se describen los instrumentos utilizados en el estudio:

En cuanto a los DES, se realizó una encuesta donde se consideró: los que contaban con apoyo federal, local o municipal; años de escolaridad, personas que habla indígena, lugar de nacimiento, ingreso familiar mensual.



En cuanto a los DIS, se realizó una encuesta, donde se considero: las circunstancias materiales de la vivienda, personas con cocina dentro del dormitorio, hacinamiento, plagas, cacharros en la intemperie, barreras de acceso a los servicios de salud, factores conductuales y psicosociales y las necesidades de salud bucal.

Para medir los factores conductuales y psicosociales de la población, se utilizó el instrumento FANTASTIC (Wilson, Nielsen & Ciliska, 1984), el cual explora nueve dominios sobre componentes físicos, psicológicos sociales del estilo de vida: Familia y amigos (valora la comunicación, afecto y apoyo emocional), Actividad (ejercicio activo y relajación), Nutrición (alimentación balanceada, desayuno, excesos de azúcar, sal y grasas y peso ideal), Tabaco-toxinas (consumo de tabaco, abuso de drogas y consumo de café, té y refresco), Alcohol (consumo por semana y beber alcohol y manejar), Sueño-estrés (horas de sueño, uso de cinturón de seguridad y eventos de estrés en el último año), Tipo de personalidad (sensación de impaciencia, agresividad y sentimientos de ira), Interior (positivismo, ansiedad, preocupación y depresión) y Carrera (satisfacción con las labores y relaciones con los que le rodean). Se ha aplicado en población de estudiantes, trabajadores, (Sharratt, Smith, Howell & Davenport, 1984) y en población mexicana se validó por un panel de expertos (López, Rodríguez, Murguía, Hernández & Casas, 2000).

Es un cuestionario auto aplicable que consta de 25 reactivos con opciones de respuesta de 0 a 4 y se califican por medio de una escala tipo Likert con las opciones de respuesta: casi siempre, frecuentemente, algunas veces, rara vez y casi nunca para los cuestionamientos 1, 2, 3, 6, 7, 15, 21, 24 y 25; casi nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente y casi diario para los reactivos 8, 11, 18, 19, 20, 22 y 23 y variaciones de respuesta con respecto al cuestionamiento en los reactivos 4, 5, 9, 10, 12, 13, 14, 16 y 17. Se calcula una calificación de 0 a 100 puntos para todo el instrumento. Tiene cinco niveles de calificación:  $\leq 39$  puntos=

existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos= regular, 70 a 84 puntos = bueno y 85 a 100 puntos = excelente.

En cuanto a la NSB se tomó en cuenta la prevalencia de Caries dental, Higiene bucal y Enfermedad periodontal.

Para medir la prevalencia de Caries Dental se cuantificó en la población de estudio a todos aquellos que tienen uno o más dientes afectados y además se contabilizó dientes cariados.

Para medir la prevalencia de Higiene Oral se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS):

#### Procedimiento

1. Selección de los dientes. Se dividió la boca en seis partes (sextante) y se revisó seis dientes específicos, uno por cada sextante.

2. Número de las superficies. Se evaluó únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS.

3. Puntuación. El IHOS tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando detritos y cálculo.

Selección de los dientes y las superficies:

Identificación de los dientes específicos

1. Segmentos posteriores. Se examinó el primer molar permanente (erupcionado completamente) que se encuentre hacia distal del segundo premolar.

Se revisó el primer molar 1.6, 2.6, 3.6 y 4.6, pero si no estuvo presente o se encontró restaurado con una corona total se sustituyó por el segundo y, en el caso de no encontrarse, por el tercer molar.

En los molares superiores se revisó las superficies vestibulares y en los molares inferiores las superficies linguales.

2. Segmentos anteriores. Se exploró la superficie bucal del central superior derecho 1.1 y la superficie bucal del central inferior izquierdo 3.1. Cuando se encontró ausente o restaurado, se sustituyó por el otro central, el 1.1 por 2.1 y 3.1 por 4.1.

#### Secuencia

Se examinó la superficie dental de borde incisal a cervical con el explorador a lo largo de la superficie en forma de zigzag. La puntuación reflejó toda la superficie, incluida el área proximal de las zonas de contacto.

Se revisó siguiendo la secuencia 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1 y 4.6, para valorar detritos y cálculo.

#### Exclusión

- Segmentos posteriores. Si no se encontró ningún molar (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) se excluyó ese segmento de la revisión.
- Segmentos anteriores. Si no se encontró ningún central (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) también se excluyó.
- Para indicar la exclusión, se llenó la celda con el número 9.

#### Registro de detritos

Los detritos se definen como la materia suave adherida al diente, formada por mucina, bacterias así como los restos alimenticios.

0= Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie examinada.

1=Presencia de detritos cubriendo menos de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca.

2= Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha extrínseca.

3= Presencia de detritos cubriendo 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca.

### Registro de cálculo dentario

Se utilizó un explorador para estimar el área cubierta por depósitos de cálculo supragingival, se identificó los depósitos subgingivales con el explorador o la sonda periodontal.

0= Ausencia de cálculo supragingival.

1= Presencia de cálculo supragingival cubriendo menos de 1 /3 de la superficie examinada.

2= Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1 /3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.

3= Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2 /3 de la superficie examinada o bien una faja continua de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical del diente.

### Obtención del índice

Posterior al registro de los valores de los detritos y de cálculo dentario, se realizó el cómputo del IHOS para cada individuo, el promedio de detritos bucales se obtuvo al sumar los valores encontrados y dividir entre las superficies examinadas; el mismo método se utilizó para obtener el promedio del cálculo

dentario; el IHOS es la suma del promedio de detritos bucales y del cálculo dentario.

Escala sugerida para la valoración del IHOS

Excelente 0

Buena 0.1-1.2

Regular 1.3-3.0

Mala 3.1-6.0

En cuanto a la Enfermedad Periodontal, se utilizó el Índice de Russell:

El cual es capaz de medir tanto la inflamación gingival como el grado de destrucción ósea.

Se utilizó un espejo bucal, un explorador y una buena fuente de luz.

En este Índice se tomó en consideración la inflamación, la formación de bolsa y la movilidad dentaria, asignándole un puntaje a los diferentes criterios. Se examinó todos los dientes de los individuos.

El puntaje IP de un individuo es el puntaje medio de todos los dientes examinados.

El puntaje IP de una población se puede calcular sumando todos los IP individuales y dividiéndolo entre el total de personas examinadas. Es un promedio.

0 = Encía sana, sin evidencia de alteración.

1 = Gingivitis leve: área de inflamación en la encía libre, no circunscribe al diente.

2 = Gingivitis: área de inflamación en toda encía libre que rodea al diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial.

6 = Gingivitis con formación de bolsa: ruptura de la adherencia epitelial y evidencia de bolsa parodontal. No hay interferencia con la masticación, ni existe movilidad dentaria.

8=Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria, bolsa profunda y superior a la mitad de la movilidad evidente del diente

### **Consideraciones Éticas.**

El presente estudio se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud; se consideró lo establecido en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación para la Salud en Seres Humanos. Respecto al Capítulo I, Artículo 13, se consideró el respeto en todo momento y siempre se tuvo en cuenta la dignidad como persona sin utilizarlo, protegiendo sus derechos y su bienestar.

De acuerdo al artículo 14, fracciones V, VII y VIII la investigación se ajustó a principios científicos y éticos, para lo que se solicitó el consentimiento informado de todos los participantes, para esto fue indispensable brindar información amplia y completa sobre como se llevaría a cabo la investigación y cual sería su participación.

Según el artículo 17 fracción I, éste estudio se consideró investigación con riesgo mínimo donde se emplearon una encuesta en forma de entrevista y una revisión intraoral a cada participante.

Con fundamento en el artículo 18 se suspendió la participación en la investigación de inmediato cuando la persona así lo solicitó.

De acuerdo al artículo 29 se contó con la autorización del responsable de salud bucal de la Jurisdicción 2 de la Secretaria de Salud de Nuevo León.

Por ultimo se consideró el artículo 57 en donde el consentimiento informado de ninguna manera puede ser influenciado por alguna autoridad, en un grupo subordinado en este caso el personal de odontología.

### **Capítulo III.**

#### **Resultados.**

En el presente capítulo se incluyen los resultados del estudio, en donde se presenta la estadística descriptiva y la priorización referente a los determinantes sociales estructurales de las desigualdades de salud (DE) , determinantes intermedios de la salud, las necesidades de salud bucal y por último se presenta la priorización concerniente a los determinantes sociales y determinantes sociales de la salud bucal de manera general, con el fin de dar respuesta a los objetivos planeados.

#### **Determinantes estructurales de las desigualdades de salud.**

En lo correspondiente a las características de la población estudiada de la colonia Alianza Real de Gral. Escobedo Nuevo León, la edad promedio del total de los entrevistados fue de  $34 \pm 21$  años con un rango de 6 a 90 años; 62.5% fueron mujeres, 36.7% casados y 22.6% en unión libre. El 11.1 % no tenían educación y el promedio de escolaridad fue de  $5.7 \pm 2.9$  años. El 44.6% son migrantes; de ellos, el 51% provienen del estado de San Luis Potosí. En la población de estudio el 54.1% no cuentan con apoyo federal de algún programa y el 4.1% hablan alguna lengua indígena. Se observó que en promedio, una familia está integrada por  $4.8 \pm 1$  miembros, con un ingreso familiar mensual (IFM) promedio de  $4,354 \pm 1367$  pesos mexicanos; el promedio porcentual del IFM gastado en alimentación fue  $61.1 \pm 10$ , gasto en salud  $4.2 \pm 5$  y gasto en salud bucal  $0.43 \pm 1$ .

En la tabla 1 se pueden observar estas características de manera desagregada por grupo vulnerable.

**Tabla 1. Determinantes sociales estructurales de las desigualdades de salud, en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.**

<b>Población</b>	<b>General n=368 %</b>	<b>Niños n=92 %</b>	<b>Embarazadas n= 92 %</b>	<b>Trabajadores n= 92 %</b>	<b>Adultos mayores n=92 %</b>
<b>Característica</b>					
<b>No cuentan con apoyo federal</b>	54.1	44.6	64.1	46.7	60.9
<b>Con migración</b>	38.6	23.9	37.0	38.0	56.2
<b>Con lengua indígena</b>	4.1	2.2	6.5	3.3	4.3
<b>Sin educación*</b>	11.1	10.9	4.3	3.3	26.1.
<b>Trabajan en comercio ambulante</b>	4.9	1.1	2.2	10.9	6.5
	<b>ξ DE</b>	<b>ξ DE</b>	<b>ξ DE</b>	<b>ξ DE</b>	<b>ξ DE</b>
<b>Ingreso familiar mensual</b>	4354 ±1367	4502 ±1225	4264 ±1197	4373 ±1487	4278 ± 1536
<b>Gasto en alimentación**</b>	61.1 ±10	60.7 ±10	60.2 ±9	60.6 ±11	63.1 ±10
<b>Gasto en salud**</b>	4.2 ±5	2.4 ±4	5.2 ±5	5.1 ±5	3.9 ±4
<b>Gasto en salud bucal**</b>	0.4 ±1	0.1 ±0.9	0.7 ±2	0.4 ±1	0.3 ±1

Fuente. Encuesta

n: 368

\* En los niños, se consideró la educación de la madre

\*\*ξ del porcentaje de ingreso familiar mensual.

Asimismo, en lo referente a la priorización de acuerdo con los DE (política pública, etnia, educación, migración, ingreso familiar mensual, gasto en alimentación, el gasto en salud y en salud bucal), se estableció como grupo prioritario los adultos mayores, con un PZ de -4.64 en contraste con los niños escolares 6.26. El resto de los grupos con sus PZ se observan en la tabla 2.



**Tabla 2. Priorización de los determinantes sociales estructurales de las desigualdades de salud, en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.**

Grupo	Característica	Puntaje Z Determinantes estructurales	Jerarquización Determinantes estructurales
Adultos mayores		-4.6	1
Embarazadas		-3.6	2
Trabajadores		1.9	3
Niños		6.2	4

Fuente. Encuesta

n: 368

### **Determinantes intermedios de la salud**

En cuanto a los DI en donde se incluye lo correspondiente a las circunstancias materiales, particularmente condiciones de vivienda, se encuentra que el 55% viven en casa cuyo techo es de madera, lámina o cartón, el 24.2% de las viviendas tienen muros de madera, lámina o cartón y el 10.3% de ellas con piso de tierra. El 64.7% de los entrevistados viven en hacinamiento y el 53% tienen la cocina dentro de su dormitorio. El 27.7% tiene cacharros a la intemperie, y 87.5% mencionaron encontrar plagas de diferentes insectos. En la tabla 3 se encuentran las condiciones de vida de manera desagregada por grupo vulnerable

Por otro lado dentro de los DI se consideró el nivel de estilo de vida de los integrantes de cada uno de los grupos vulnerables y se midió a través del instrumento FANTASTIC, el cual contiene datos sobre: Familia - amigos, Actividad, Nutrición, Tabaco-toxinas, Alcohol, Sueño-estrés, Tipo de personalidad, Interior y Carrera). En el 66.3% de los participantes el nivel de estilo de vida fue “en riesgo”. Los niños fueron los más afectados de acuerdo a las cifras que se observan en la tabla 3.

**Tabla 3. Circunstancias materiales, factores conductuales y psicosociales, en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.**

Población	General n=368 %	Niños n=92 %	Embarazadas n= 92 %	Trabajadores n= 92 %	Adultos mayores n=92 %
<b>Circunstancias materiales</b>					
<b>Techo madera</b>	55.0	54.4	63.0	42.4	59.8
<b>Muros madera</b>	24.2	20.7	26.1	19.6	30.4
<b>Piso de tierra</b>	10.3	7.6	8.7	9.8	15.2
<b>Cocina dentro del dormitorio</b>	53.0	58.7	56.5	44.6	52.2
<b>Hacinamiento</b>	64.7	71.7	59.8	63.0	64.1
<b>Cacharros en la casa</b>	27.7	22.8	26.1	25.0	37.0
<b>Tienen plagas en su casa</b>	87.5	91.3	84.8	87.0	87.0
<b>Factores conductuales y psicosociales</b>					
<b>Nivel de estilo de vida (en riesgo )</b>	66.3	85.9	55.4	63.0	60.9

Fuente. Encuesta

n: 368

En lo referente a los indicadores sobre barreras de acceso para uso de servicios de salud; en la población de estudio el 17.1% no contaba con servicio de salud en general y el 11.6% no cuentan con servicio de salud bucal en particular, y el 34.1% no sabe si su institución de salud cuenta con servicio dental. El 54.1% nunca acude con el dentista y del 45.9% que si ha utilizado el servicio dental; el 14.8% tiene más de un año sin acudir. El 59.1% de ellos cuando acude a consulta dental, se traslada en transporte público. El 49.4% de los que tienen servicios de salud, menciona no había dentistas disponibles cuando lo solicitó y el 34.7% de los que llegaron a utilizar el servicio indica que no había material disponible para su tratamiento dental. Asimismo, el 5.7% refirió mal trato del personal que atiende la consulta dental motivo por el cual, el 14.8% no regresaría a consultar.

La percepción del tiempo promedio de espera a la consulta dental fue  $62.3 \pm 44$  min, la percepción del tiempo promedio de traslado de su casa a la consulta dental fue de  $44.1 \pm 35$  min y la percepción gasto en promedio fue de  $23.4 \pm 23$  pesos. Estos datos por grupo se observan en la tabla 4.

**Tabla 4. Barreras de acceso a los servicios de salud en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.**

<b>Población</b>	<b>General n=368 %</b>	<b>Niños n=92 %</b>	<b>Embarazadas n= 92 %</b>	<b>Trabajadores n= 92 %</b>	<b>Adultos mayores n=92 %</b>
<b>Característica</b>					
<b>No cuentan con servicio de salud</b>	17.1	14.1	17.4	20.7	16.3
<b>No cuentan con servicio de salud bucal</b>	11.6	7.7	18.4	11.3	9.1
<b>Nunca van al dentista</b>	54.1	46.7	53.3	59.8	43.5
<b>Tienen más de un año sin ir al dentista</b>	14.8	10.2	20.0	11.9	17.5
<b>Percepción de mucho tiempo de espera para consultar</b>	55.1	53.0	42.2	54.8	72.5
<b>Medio de traslado (camión)</b>	59.1	46.9	73.3	61.9	55.0
<b>Percepción de mucho tiempo de traslado</b>	40.8	36.8	55.6	38.1	42.5
<b>Percepción de mucho gasto en traslado</b>	30.1	24.4	35.6	26.2	35.0
<b>No había dentistas disponibles</b>	49.4	57.1	48.9	42.9	47.5
<b>No había material disponible</b>	34.7	30.6	42.2	21.4	45.0
<b>Mal trato del personal</b>	5.7	0	8.8	7.1	7.5
<b>No regresaría a consultar</b>	14.8	10.2	24.4	9.5	15.0
	<b>ξ DE</b>	<b>ξ DE</b>	<b>ξ DE</b>	<b>ξ DE</b>	<b>ξ DE</b>
<b>Tiempo de espera para la consulta dental (min)</b>	62.3 ±44	64.1 ±52	53.8 ±41	61.5 ±42	70.3 ±39
<b>Tiempo de traslado (min)</b>	44.1±35	36.2 ±37	51.5 ±34	47.1 ±36	42.2 ±34
<b>Gasto en traslado (pesos)</b>	23.4±23	15.5 ±20	30.2 ±25	26.1 ±21	22.8 ±25

Fuente. Encuesta

n: 368

Los resultados de la priorización, en donde se incluyeron los indicadores de los determinantes intermedios (circunstancias materiales, factores conductuales y psicosociales y barreras de acceso a los servicios de salud), se encuentra que el grupo de las mujeres embarazadas fue el más desprotegido con un PZ de -7.4 y los niños se encontraban en mejor estado con un PZ de 6.7 como se observa en la tabla 5.

**Tabla 5. Priorización de los determinantes intermedios en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.**

Grupo	Característica	Puntaje Z Determinantes intermedios	Jerarquización Determinantes intermedios
Embarazadas		-7.4	1
Adultos mayores		-5.0	2
Trabajadores		6.0	3
Niños		6.7	4

Fuente. Encuesta

n: 368

La priorización en relación a los determinantes sociales en general (determinantes estructurales e intermedios de la salud) se muestra en la tabla 6. El grupo de las mujeres embarazadas ocupó el primer lugar en prioridad con un PZ de -11.0 y los niños escolares el lugar 4 con PZ de 13.1.

**Tabla 6. Priorización de los determinantes sociales (intermedios y estructurales) en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.**

Grupo	Característica	Puntaje Z Determinantes sociales de salud	Jerarquización Determinantes sociales de salud
Embarazadas		-11.0	1
Adultos mayores		-9.8	2
Trabajadores		7.9	3
Niños		13.1	4

Fuente: Encuesta

n: 368

## Necesidades de salud bucal.

En lo referente a las necesidades de salud bucal; el 95.4% de la población de estudio presentaron caries dental, con un promedio de  $5.6 \pm 2$  dientes cariados, el 14.9% presenta mala higiene de acuerdo al IHOS y el índice de Russel promedio de  $1.02 \pm 0.8$ ; de manera desagregada en los grupos vulnerables de la población Alianza Real de Escobedo Nuevo León, los trabajadores presentan en promedio  $7.38 \pm 2$  de piezas dentales con caries dental, en cuanto a la higiene bucal, el índice promedio de IHOS es de  $2.51 \pm 1$  y en cuanto a la enfermedad periodontal, basándose en el índice promedio de Russel es de  $1.18 \pm 0.7$ . El resultado por grupo vulnerable se encuentra en la tabla 7.

**Tabla 7. Necesidades de salud bucal, en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.**

### AQUÍ COMPLETAR CUADRO CON PREVALENCIAS

Población	General n=368 ξ DE	Niños n=92 ξ DE	Embarazadas n= 92 ξ DE	Trabajadores n= 92 ξ DE	Adultos mayores n=92 ξ DE
<b>Característica</b>					
<b>Dientes cariados</b>	5.6 ±2	3.88 ±1	5.07 ±2	7.38 ±2	6.13 ±2
<b>Índice de IHOS</b>	1.7 ±1	0.65 ±0.7	1.67 ±1	2.51 ±1	2.3 ±1
<b>Índice Russel</b>	1.02 ±0.8	0	0.75 ± 0.6	1.18 ±0.7	1.15 ±0.8

Fuente: Cédula de colección de datos

n: 368

En la tabla 8, se observan los resultados de la priorización de las necesidades de salud bucal, en donde se incluyen los indicadores de: caries dental, higiene bucal y enfermedad periodontal. El grupo de los trabajadores fue el que presentó mayor prioridad con un PZ de -2.9, en relación con el resto de los grupos.

**Tabla 8. Priorización de las necesidades de salud bucal, en los grupos vulnerables de la población, colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.**

	Puntaje Z Necesidades de salud bucal	Jerarquización Necesidades de salud bucal
Trabajadores	-2.9	1
Adultos mayores	-1.3	2
Embarazadas	1.2	3
Niños	3.0	4

Fuente: Cédula de colección de datos

n: 368

En la priorización de los determinantes sociales de salud bucal de manera general: determinantes sociales y necesidades de salud bucal, es el grupo de los adultos mayores quién presenta mayor prioridad con un PZ de -11.0 y los niños escolares 16.0 son los que se encuentran en mejores condiciones como se muestra en la tabla 9.

**Tabla 9. Priorización de los determinantes sociales en salud bucal (General) en grupos vulnerables de la colonia Alianza Real. Gral. Escobedo Nuevo León.**

Característica \ Grupo	Determinantes estructurales	Determinantes intermedios	Determinantes sociales	Necesidades de salud bucal	Determinantes sociales de salud (General)	Jerarquización Determinantes sociales de salud (General)
Adultos mayores	-4.6	-5.0	-9.8	-1.3	-11.2	1
Embarazadas	-3.6	-7.4	-11.0	1.2	-9.8	2
Trabajadores	1.9	6.0	7.9	-2.9	4.9	3
Niños	6.2	6.7	13.1	3.0	16.1	4

Fuente: Cédula de colección de datos

n: 368

## Capítulo IV.

### Discusión

La OMS ha indicado que los DSS, influyen fuertemente en el estado de salud y longevidad de una población (Wilkinson R)<sup>1</sup> y se han asociado a las necesidades de salud en general y salud bucal en particular. Se ha observado que éstas últimas afectan directamente la calidad de vida y la autoestima de las personas, lo cual establece su importancia como parte fundamental de la salud integral de la población.

Este trabajo, pretende establecer el papel de los DSS sobre la situación de salud oral en una población con alto índice de marginación, con el fin de responder a la tercera recomendación de la CDSS y medir la magnitud de un problema y evaluar la magnitud de la inequidad sanitaria, para priorizar, como punto de partida esencial para la acción. A su vez permitió identificar grupos de población en situación de vulnerabilidad y expuestos a diferentes factores que determinan el estado de salud. Indudablemente el hecho de identificar al grupo vulnerable con mayor prioridad, fue un reto pero es también una necesidad de conocimiento para tomadores de decisiones y actores que participan en la formulación de políticas sociales y buscan la equidad como un elemento esencial para mejorar las condiciones de vida de una población. (referencia SUBSANAR DESIGUALDADES NELLY)

Al analizar los resultados, en lo referente a los determinantes estructurales, en el presente estudio se encontró que más del 50% tiene apoyo federal (Programa Oportunidades), dicha cifra se puede considerar baja, si se sabe que la población de esta colonia y por tanto sus grupos vulnerables tales como las embarazadas y los adultos mayores que resultaron ser los más afectados, están considerados como de alta marginación. La política social de donde se deriva el Programa Oportunidades es un instrumento del estado para combatir las desigualdades sociales a través de recursos destinados a la educación, salud, nutrición; busca romper con el círculo intergeneracional de la pobreza a la cual

considera como la privación de capacidades y su fin último es desarrollar dichas capacidades en las personas, utilizando además, la transferencia económica como un medio para mejorar sus condiciones. **Ref PROOP NORESTE**

En esta población, se encuentra que en la distribución por género predominó el femenino, ya que al seleccionar la muestra se consideró al grupo de mujeres embarazadas como vulnerable, lo cual pudo haber incrementado su porcentaje. **2**; en cuanto al estado civil de la población, aunque una tercera parte estaba casada, es conveniente mencionar que más del 20% presentan unión libre lo cual desde el punto de vista de acceso a los servicios puede dificultar la atención en salud oral, ya que en la institución que incluye a más del cincuenta por ciento de la población, les exigen en algunas ocasiones el documento que avale su estado civil como casada, o bien que tenga cierto tiempo de vivir en unión libre con una serie de requisitos que en ocasiones hacen que desistan de la búsqueda de atención **REFimss**.

Un determinante de gran importancia a considerar, es la educación; en esta población se encontró un alto porcentaje de personas sin educación, lo cual potencialmente define la posibilidad de estos individuos para obtener un empleo y consecuentemente un ingreso. Este factor es esencial en el incremento de la brecha dentro de la estructura social. **Referencia nelly o ietza**

El porcentaje de población analfabeta en este estudio, solo fue comparable con los estados del sureste del país; esta situación resulta paradójica si se sabe que Nuevo León es uno de los estados con más baja marginación y con un porcentaje general de 2.2 % de población analfabeta. Asimismo, se observó que el promedio de años de escolaridad en este grupo de población casi alcanzó al reportado para el estado de Chiapas de 6.7 en contraste con Nuevo León que es de 9.8 años y a nivel nacional de 8.6, lo cual refuerza la evidencia de que existen grupos de población con alto riesgo social dentro de un mismo nicho ecológico, seguramente relacionado con su estado de migración y sus etapas de



desequilibrio, traslado y estabilización como refiere LarizaLomnitz GMNR migrantes.

En ese sentido, en el año 2005 llegaron de otras ciudades a vivir al estado de Nuevo León 96 326 personas, la mayoría provenían del estado de San Luis Potosí y más del cuatro por ciento hablaban alguna lengua indígena en su mayoría Náhuatl, a diferencia del estado de Nuevo León de manera general, en donde solo se ha reportado el uno por ciento con dicha característica. Esto es congruente con lo establecido por el INEGI para Nuevo León, donde se considera el estado con mayor movilidad a nivel nacional y con una intensidad migratoria alta, sobre todo de los estados de San Luis Potosí y Tamaulipas cuyo grado de marginación es alto y muy alto. REF .

En esta población, en lo concerniente a la ocupación se encontró un porcentaje de personas que trabajan en el comercio informal. Dicha ocupación en su mayoría se encuentra relacionada con el nivel de educación y por tanto esto mismo determina el ingreso. Por otro lado, en el grupo de niños hubo un porcentaje de ellos que trabajaban, violando así sus derechos; en donde la Convención de los Derechos de los Niños en su artículo 32 dice, *“que los niños deben estar protegidos contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pudiera representar un peligro para su integridad o entorpecer su educación y que sea nocivo para su salud”* (REF UNICEF).

El promedio de miembros por hogar resultó ser mayor al promedio nacional de 4.3 miembros familia; (INEGI) En el presente estudio, en lo concerniente al IFM; éste fue menor al ingreso de la población del estado de Nuevo León en general; el cual está localizado en el cuarto decil y se establece entre 6721 a 10700 pesos mensuales. donde lo tomó la ENSANUT? y el promedio porcentual gastado en alimentación fue mayor a sesenta por ciento de manera general y en todos los grupos, observando un mínimo porcentaje del ingreso gastado en salud y en salud bucal. En teoría, no debiera gastar la población en estos dos últimos rubros ya que en una situación ideal, estaría cubierto por servicios de salud. Por

otro lado, se observa en estados de alta marginación como Chiapas que los hogares gastan más del 40% del IFM en alimentación y 2.1 en salud, cifras semejantes al presente trabajo y diferente a nivel nacional donde el gasto en alimentación es de 32.7%. (INEGI) En población marginada o en situación de pobreza, se observa que los hogares gastan más del 40% de sus ingresos en necesidades básicas como la alimentación y en lo referente a salud, se explica porque se ha establecido que en población con alto grado de marginación y además con migración, los recursos se obtienen mediante el intercambio de bienes y servicios entre miembros de la misma población, en donde el que trabaja, subsidia al que desempleado o se paga en especie. Lomnitz GMNR.

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.OMS, la prevención y el tratamiento apropiado de las enfermedades bucodentales comunes son parte del componente básico de atención primaria de salud, y las poblaciones de bajos ingresos están particularmente en riesgo debido a una variedad de factores, entre ellos la falta de acceso a la atención odontológica, el alto costo de los servicios dentales y una falta general de información sobre el papel vital que desempeña la salud bucal en la salud y el bienestar de las personas. (SaskiaEstupiñán-Day,)

En esta parte de la discusión de los determinantes estructurales de la salud , es necesario comentar la relación entre la educación , ocupación e ingreso , donde la teoría del capital humano establece que el ingreso de un individuo depende de los años de escolaridad que acumule, en tanto que la teoría general de los mercados segmentados, señala que el ingreso es explicado exclusivamente por la ocupación en la que se ubica el individuo. (Braveman)

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU) 2007, indican que tanto la educación como la ocupación son importantes en la determinación del ingreso. Se encuentra que la educación afecta al ingreso de dos

maneras: de manera directa y de manera indirecta, siendo que este efecto indirecto se da vía la ocupación, es decir, la educación permite a los individuos acceder a mejor puestos de trabajo los cuales le reportan al individuo un ingreso mayor. Por otro lado la ocupación o el puesto tienen un efecto sobre el ingreso independiente de la educación. (REF encuesta de empleo urbano)

Al analizar los Determinantes Estructurales, es importante explicar la diferenciación social a través de estratos sociales como lo menciona **Francés García**; donde los sistemas de estratificación son fundamentalmente sistemas jerárquicos y se puede entender el concepto de estrato referenciando a **Dahrendorf** como “una categoría de personas que ocupan una posición similar en una escala que jerarquiza ciertas categorías propias de una situación, como pueden ser el ingreso, el prestigio o el estilo de vida”.

En general, se han utilizado dos tipos de criterios para jerarquizar, independientemente de las variables que establece la jerarquía: uno evaluativo subjetivo (juicios de valor y opiniones de los individuos sobre la percepción que tienen de la distribución de las variables escogidas) y otro evaluativo objetivo (distribución real de variables como ingresos, ocupación y educación). Dentro de estos últimos se encuentra el análisis que básicamente establece la diferenciación medida a través de índices de nivel socioeconómico, asumiendo que la situación socioeconómica de los sujetos es la que determina cuáles son sus oportunidades dentro de la estructura social. **Dr Ricardo Sabates**

En la parte de las variables estructurales del modelo de DSS se estableció mediante PZ que los adultos mayores son el grupo con mayor prioridad. En América Latina se evidencia un proceso de envejecimiento de la población y México no es la excepción, lo que exige compromisos específicos en lo referente a políticas de salud para este grupo.

La prevalencia de adultos mayores con analfabetismo fue en más del 20%, mayor al reportado en Chile pero menor que en Bolivia. Sin embargo, si se compara con el estado de Chiapas que tiene 17.8% en su población ésta cifra es mayor lo mismo que en Nuevo León que es 2.2%. Lo anterior indica que al estudiarse grupos de población en una misma entidad federativa dejan a la luz grandes diferencias. En el caso de la educación y la salud, dicha correlación ha sido explicada de diferentes maneras: gente educada toma mejores decisiones o tiene mejor información acerca de su salud, gente con salud deficiente logra bajos niveles educativos. **ToodJewell, PERSONAS MAYORES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE-CEPAL**

Por otro lado, en el presente estudio este grupo de adultos mayores se observó con un alto índice de migración y un ingreso familiar mensual un poco mayor a dos salarios mínimos. Se ha establecido una relación positiva entre un mejor estado de salud y una buena situación socioeconómica. Asimismo, existen estudios epidemiológicos que empleando la mortalidad, como indicador de salud, no logran encontrar ninguna asociación significativa entre salud deficiente y bajo nivel socioeconómico en los grupos de edades avanzadas. Una posible explicación corresponde a que los individuos de estratos bajos mueren antes ya que la provisión pública de servicios de salud, con énfasis en el adulto mayor, reduce las brechas entre capacidad de pago y acceso a los cuidados de salud. La evidencia del nivel socioeconómico como factor de riesgo para los más viejos es importante para la implementación de estrategias de prevención y para evaluar la naturaleza de las desigualdades y el impacto sobre la salud. **ToodJewell**

Al analizar los determinantes intermedios de la salud, en lo referente a circunstancias materiales y de vivienda, se encuentra más del 50% de las viviendas con mala calidad constructiva y con piso de tierra, además de fauna nociva, fue mayor al que se observa en el estado de Chiapas y Baja California con 36.1% y 36.6% respectivamente y en Nuevo León 6.5%. **(CEIEG- INEGI CHIAPAS)** En cuanto al porcentaje de hogares con hacinamiento se estableció en más del 60% de las viviendas en comparación con el reportado a nivel nacional

de 50.6%, de Chiapas con 72.5% y Nuevo León 36.1%. Esto refleja las condiciones en las que viven estos grupos sociales; numerosos estudios han dejado la evidencia de que la salud de una población está determinada por las condiciones del entorno donde vive, crece, trabaja y envejece una población. (OMS subsanar desigualdades).

Un factor determinante de la salud es el estilo de vida; las conductas, actitudes y hábitos participan en el estado de salud de una población, interviniendo en un número de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles. En esta población más del 30% presentó un estilo de vida malo, aunque son pocos los estudios en este ámbito, se ha visto que en estudios sobre factores psicosociales que el estilo de vida está presente hasta un 32.7 % semejante a lo encontrado para estos grupos en vulnerabilidad. Particularmente en las embarazadas, adultos mayores y trabajadores se presentaron altos niveles lo cual es de considerar, ya que esta situación puede influir en lo relacionado con el buen control prenatal, en el control de enfermedades crónicas y específicamente en el grupo de trabajadores con mayores riesgos de trabajo. (estilo de vida en trabajadores Lilia Macedo de la Concha).

En cuanto a las barreras de acceso a los servicios de salud, en primer lugar el 17.1% no contaba con servicios de salud; a nivel nacional en el 2010 el 33.8% no tenían derechohabencia y en estados como Chiapas el 41.7%. Esto se explica porque el 61.7% se encuentra afiliado al seguro popular, ya que dicha estrategia, se dirige principalmente a comunidades marginadas. Sin embargo, el seguro popular no cubre el total de sus necesidades de salud porque únicamente aplica acciones correspondientes a un paquete básico de salud, sobre todo encaminado a las acciones preventivas, comunitarias y ambulatorias. Es conveniente mencionar que el derechohabiente se afilia pensando que se le atenderá en su totalidad los problemas de salud y la realidad es que es una falacia, ya que al momento de solicitar atención, se enfrentan con esa noticia. (Guadalupe).

Asimismo, de los que si tienen servicio de salud, algunos no cuentan con servicio dental; además, es relevante mencionar que más del 30% de ellos no saben o no están informados acerca de la atención dental en su institución de salud. Esto se es una evidencia de diferencia en el acceso como lo muestra un estudio que se llevó a cabo en Brasil donde estas francas desigualdades se muestran sobre todo en población escolar y en adulto mayor que vivían en áreas urbano marginales y cuyo impacto en aspectos de salud dental, estaba directamente relacionada con el nivel de ingreso. Por lo tanto, es evidente que estas áreas son fuente de grupos en estado de exclusión. Por otro lado, más de la mitad de los entrevistados en el presente estudio no habían acudido al dentista en el último año. A pesar de tener acceso a los servicios, éstos no lo utilizaban porque no tenían capacidad de pago debido a sus bajos ingresos. En Brasil, alrededor del 40% de los adultos y 67% de los adultos mayores no acudieron al dentista en los tres años anteriores a la entrevista. Además, se estableció que este grupo tenía un bajo gradiente socioeconómico. Esta situación ha tenido respuesta social al proponer políticas de salud bucal dirigidas a grupos prioritarios como la Política Nacional de Salud Oral (Brasil Sonriente). (Marcia en Brasil )

En lo correspondiente a la calidad de la atención y barreras de acceso a servicios dentales, la mayoría de las personas entrevistadas tenían la percepción de mucho tiempo de espera y de traslado; además que no había ni personal ni material para su atención y un 5.7 % recibió mal trato del personal de salud. Semejante al de un estudio sobre accesibilidad realizado en el estado de Tamaulipas en población abierta en donde el 37.8 % y 47.3% percibió mucho en tiempo de espera y de traslado respectivamente. Donde refirieron más de 60 minutos en promedio, diferente a lo encontrado en Tamaulipas, donde solo percibieron 19.7 minutos de espera para consultar. En cuanto a las barreras organizacionales, en lo referente a personal y material para la atención solo una mínima parte de la población era la que percibía carencia de personal de salud, pero el porcentaje fue mayor en lo correspondiente a material (21.6%). Asimismo, en la percepción de mal trato del personal de salud al solicitar atención dental,

dicho estudio establece solo un 2. 7% menor al reportado en la población del presente trabajo. (kena)

Las barreras económicas, se establecieron con gasto en traslado en donde el promedio en pesos fue de 23.4 pesos y en Tamaulipas fue de 21.1 pesos, cabe mencionar que esta población no se encontraba exclusivamente en área marginadas por lo que es gravoso este gasto en los grupos vulnerables porque tienen un nivel de ingresos más bajo

En cuanto a la calidad de la atención y las barreras de acceso al servicio de salud en poblaciones no aseguradas de entidades de alta marginación como los estados de Chiapas, Oaxaca, Puebla y Veracruz , en donde se determinó mediante una guía de observación los tiempos de espera; los cuales resultaron ser mayores a los encontrados en esta comunidad, en donde fueron tiempos de espera percibidos. Esta diferencia puede deberse a la inercia que existe al solicitar servicios y en donde el paciente se “acostumbra” a esperar, de manera que el tiempo percibido es menor. Además, se observó también que el tiempo para atender a embarazadas con menor escolaridad y menor nivel socioeconómico fue mas tardado pero no por eso fue mejor la atención proporcionada por el personal de salud. Sin embargo, estas pacientes no reportaban como inadecuada dicha atención lo cual se ha documentado con anterioridad como una asociación inversa (Bromfman,1,16,28.)

En este conjunto de variables tanto intermedias y como estructurales como determinantes de la salud; las mujeres embarazadas fueron las que tuvieron mayor prioridad de atención de acuerdo a los PZ obtenidos , lo cual es de gran trascendencia por lo correspondiente al binomio madre hijo. Se han hecho estudios específicos en atención a este grupo, en donde se ha establecido la mala calidad de las viviendas en relación con la satisfacción de la atención a la salud (Afluentes)

Bajo este contexto, el sistema de salud a través de las organizaciones , deben garantizar la atención mediante un servicio acorde con las necesidades y en casos de poblaciones vulnerables, llevar la atención a dichas comunidades con el único fin de evitar barreras de acceso y ellos puedan utilizar los servicios, sin tener que invertir en tiempos de espera y de traslado, ya que afecta el presupuesto que se tiene para otro tipo de necesidades básicas como es la alimentación. Es conveniente estar pendiente para que los servicios a este grupo se otorguen de manera más justa, sobre todo en estas poblaciones donde queda de manifiesto la gran desigualdad. (Kena , Bromfman,1,16,28.)

En lo referente a necesidades de salud;en salud pública una de las funciones esenciales, es identificar necesidades insatisfechas de manera objetiva y determinar las condiciones de salud de una población. (Frenk hacia una nueva salud pública) .En ese sentido, con el fin de priorizar la atención en los grupos vulnerables en función de sus necesidades de salud bucal (caries dental, higiene bucal y enfermedad periodontal), se observó que más del 90% de la población estudiada presentó este fenómeno, semejante a la población que acude a los servicios de salud en México de acuerdo a SIBEPAB, 2010. La salud bucal se debe considerar como elemento de la salud general y por tanto del bienestar y calidad de vida del individuo. (Carlo E Medina Solis 2006)

La mala higiene es uno de los principales factores que participan tanto en las caries como en enfermedad periodontal; en esta población la prevalencia de este fenómeno (mala higiene) fue baja en relación a la prevalencia de caries. Esto se explica porque la causa de estas patologías es multifactorial, sobre todo en poblaciones con alto índice de pobreza, en donde la transición nutricional predomina, consumiendo alimentos ricos en azúcares por ser de menor costo como es el caso de esta población de estudio(KjeldJenssen)

Por grupos de edad se observó caries en más del 90% de los niños escolares a diferencia de lo establecido en la Encuesta Nacional de Salud de Escolares donde se reportó en el 2008 que a nivel nacional el 43.% de los niños



presentaba caries y en Nuevo León de 36.5%. Otro grupo de riesgo lo constituyen las embarazadas en donde se ha establecido una prevalencia de 21.1% de caries en usuarias de consulta externa en Cuba, diferente al resultado del presente trabajo que fue casi el 90% cuya explicación puede ser el vivir en una zona marginada y bajo acceso a los servicios de salud. **Bastarrachea Maribel. (Ma Esther Camacho caries en escolares df, Encuesta nacional de salud en escolares**

El grupo de trabajadores fue el más afectado en lo correspondiente a necesidades de salud oral (mala higiene, caries dental y enfermedad periodontal), la mayoría de ellos eran obreros o con trabajo ambulante sin un horario fijo o con turnos rotativos, lo cual dificultaba su asistencia a consulta sobre salud oral en caso de tener servicios de salud. Lo cual se ha establecido que en conjunto con la educación y el ingreso, son variables latentes en esta población (Luismaita 2006). Los trabajadores presentaron un promedio de 7 piezas con caries, en comparación con el realizado en México en el grupo de trabajadoras de la costura en donde se presentó en el grupo de 30 a 44 años un promedio de caries de 9 afectando sobretodo a mujeres trabajadoras, donde se comprobó la doble jornada y el escaso tiempo que tenían para el cuidado de su salud oral **(Norma Lara Flores 2011 )**.

Finalmente en este rubro, los adultos mayores resultaron afectados en cuanto a mala higiene bucal, caries y enfermedad periodontal, lo cual deja la evidencia del estilo de vida en riesgo de este grupo y se puede considerar como uno de los factores más relevantes que desencadenan estos daños a la salud oral. Este grupo presentó casi el 100% de caries en comparación en adultos mayores de población general de Chile con 44.7%, lo cual indica el nivel de desarrollo y las condiciones de salud de ese país. **(Espinoza Santander 2011)**. En cuanto a la mala higiene bucal, cerca del 20% de los adultos mayores la presentó lo cual tiene directamente efecto en la enfermedad odontológica, diferente a un estudio en Cuba, donde la mala higiene oral estuvo presente en el 40% de la población estudiada atribuyendo esta situación a la falta de educación para la salud oral. **(Maritza del Carmen cuba gerodontologia)**

Sin embargo, el grupo de mayor prioridad en necesidades de salud, fueron los trabajadores; esto se ha establecido en otros estudios en donde refieren que a medida que avanza la edad, la persona es más proclive a presentar patología dental sobre todo caries. Los trabajadores tienen problemas con acceso a los servicios por barreras temporales y falta de tiempo para acudir al servicio dental cuando lo tienen. En este grupo se presentaron altas prevalencias de las tres variables de salud dental y fue el más afectado de acuerdo a los PZ (-2.9). Los trabajadores también se encuentran afectados por los bajos salarios y las barreras económicas a los servicios de salud, dejando a un lado las necesidades de salud, las cuales no son atendidas resultado de sus pobres condiciones de vida y trabajo lo que demuestra la gran desigualdad que existe afectando su bienestar e incluso su productividad. (Norma Lara 2011, Paula M. Rowden 2011).

De manera general incluyendo el total de indicadores, el grupo de mayor prioridad fue el de los adultos mayores, seguido por las mujeres embarazadas. La prevalencia de problemas bucales de los adultos mayores y el escaso acceso a medidas preventivas y atención en salud oral, no se justifica de ninguna manera, tampoco, el excluir a este grupo social de los programas, puesto que se da por hecho que el costo será mayor en atención restauradora. Se ha de considerar la prevención odontológica en todos los grupos de edad ya que esto generaría menos costos en el futuro; en ocasiones también se han visto actitudes de discriminación en lo relacionado a la vejez como el limitar los recursos para este grupo de edad y esto deja como evidencia el desconocimiento de las importantes desigualdades en el estado de salud bucal según nivel educativo y socioeconómico. Las inequidades en la salud bucal en los adultos mayores son un desafío de la salud pública. (Espinoza y Todd Jewell)

La decisión de generar políticas dirigidas a la atención sanitaria en odontología, requiere una reflexión sobre cuáles son los grupos de individuos susceptibles, además de conocer los indicadores epidemiológicos y cuáles intervenciones son más costo-efectivas. Es importante que la problemática de salud

oral se encuentre incluida en la agenda políticas y motivar a los que formulan políticas de salud a los miembros de la comunidad de profesionales odontológicos y formadores de odontólogos, a fundamentaren forma más explícita sus decisiones en consideraciones de justicia social lo que propicia el reconocer a grupos vulnerables y sus necesidades reales a resolver. (CEPAL América latina y el caribe )

## **Conclusiones**

De acuerdo a los determinantes sociales de la salud bucal de manera general, el grupo de los adultos mayores tienen mayor prioridad de atención.

En cuanto a los determinantes intermedios de la salud, el grupo de las embarazadas fueron las más afectadas y con mayor prioridad de atención.

En lo concerniente a las necesidades de salud bucal, el grupo de los trabajadores tienen mayor prioridad de atención.

Los resultados de este estudio permitieron identificar las necesidades en salud bucal respecto a las condiciones sociales en las que vive esta población, para tener elementos de evidencia y apoyar la acción y la toma de decisiones en intervenciones efectivas, sobre la base de necesidades reales en salud bucal.

## **Propuestas de salud**

Fortalecer programas de salud e incorporar a los adultos mayores a los servicios de salud bucal, a fin de lograr que generaciones futuras lleguen a los 60 años con una mejor salud oral y por tanto mejor calidad de vida.

Mejorar el acceso a los servicios de salud bucal a embarazadas y orientar a este grupo de la necesidad real de atención odontológica

Mejorar acceso a los servicios de salud bucal a trabajadores mediante brigadas fuera de horas laborales o atención odontológica preventiva en sus áreas de trabajo

Incrementar programas preventivos de educación para la salud bucal en todos los grupos vulnerables ya que sólo acude a los servicios de salud cuando está enferma.

Revisar las prioridades de los programas de salud bucal con el fin de evitar la pérdida de dientes permanentes mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y conservador.

### **Propuestas de investigación**

Diseñar proyectos de intervención en población marginada, de acuerdo a la prioridad, por grupos vulnerables.

Diseñar proyectos de evaluación en población marginada, para medir el desempeño obtenido en las intervenciones.

Diseñar estudios de seguimiento en dicha población y en otro tipo de poblaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 1. CENSO

#### Referencias

- 1) Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA 6214 en Reducir las desigualdades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2009. Recuperado 18 de mayo 2012. Disponible en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/62/A62\\_R14- SP.PDF](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/62/A62_R14-SP.PDF).
- 2) Álvarez Castaño LE. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2009; 8 (17): 69-79.
- 3) Graham H. Social Determinants and their unequal distribution: clarifying policy understanding. *Milbank Q.* 2004; 82 (1): 101-124.
- 4) Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Recuperado 18 de mayo de 2012. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- 5) Virchow RLK *Cellular pathology, 1859 special ed., 204–207.* London: John Churchill; 1978.

- 6) Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición. 2006. Recuperado 18 de mayo de 2012 Disponible en [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
- 7) Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Recuperado 18 de mayo de 2012. Disponible en <http://www.un.org/es/docujments/udhr/index.shtml>
- 8) Organización Mundial de la Salud: Alma –Ata 1978. Atención primaria de salud. Serie salud para todos. Ginebra. 1978. Recuperado 18 de mayo de 2012. disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- 9) Reyes- Morales H, Gómez- Dantés H, Torres-Arreola LP, Tomé-Sandoval P, Galván-Flores G, González-Unzaga MA, et. al. Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas en México. Rev. Panam. Salud Pública. 2009; 25 (4) : 328-336.
- 10) Vlahov D, Galea S, Galea S, GibleE, Freundeberg N. Perspectives on urban conditions and population. Cad. SaudePublica. 2005; 21 (3): 949-957
- 11) Dufour DL, Piperata BA. Rural-to-urban migration in Latin America: an update and thoughts on the model. Am J Hum Biol. 2004; 16(4):395-404.
- 12) Chen JT, Rehkopf DH, Waterman PD, Subramanian SV, Coull BA, Cohen B. Mapping and measuring social disparities in premature mortality: the impact of census tract poverty within and across Boston neighborhoods, 1999-2001. J Urban Health. 2006; 83 (6): 1063-1084.

- 13) Cohen DA, Farley TA, Mason K. Why is poverty unhealthy? Social and physical mediators. *SocSci Med.* 2003;57(9):1631-1641.
  
- 14) Schneider J, Drukker M, Van Der Ende J, Verhulst FC, van Os J, Nicolson NA. Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from late childhood into early adolescence. *J EpidemiolCommunityHealth.* 2003;59:699-703
  
- 15) Vlahov D, Galea S. Urbanization, urbanicity, and health. *J Urban Health.* 2002; 79 (4) Suppl1: S1-12.
  
- 16) Consejo Nacional de Población. Índices de marginación 2000 [sitio en Internet]. México, D.F.: Secretaría de Gobernación; 2001. Recuperado 18 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/2000.htm>
  
- 17) Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. [monograph on Internet]. Geneve: World Health Organization; 2007. Recuperado 18 de mayo de 2012. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
  
- 18) Cavanagh S, Chadwick K. Health needs assessment: a practical guide. London: NationalInstituteForHealth and ClinicalExcellence; 2005. Recuperado 18 de mayo de 2012. Disponible en [http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/health\\_needs\\_assessment\\_a\\_practical\\_guide.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/health_needs_assessment_a_practical_guide.jsp). Acceso el 10 de marzo de 2009.

- 19) Marmot M. The status syndrome: How social standing affects our health and longevity. *N Engl J Med.* 2005; 1159-1160.
- 20) Raphael D. Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *Int J Health Serv.* 2006; 36 (4) : 651-677.
- 21) Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *Am J Public Health.* 2008; 98 (4): 699-704.
- 22) Krieger N. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *Am J Public Health* 2008; 98(2): 221-230.
- 23) Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001; 30(4):668-677.
- 24) Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health SocBehav.* 2005; 46(1): 51-67.
- 25) Sigerist HE. *Civilization and Disease.* Chicago: The University of Chicago Press; 1943. 255 pag.
- 26) Villermé LR. Rapport fait par M. Villermé et lu à l' Académie de Médecine, au nom de la Commission de Statistique, sur une série de tableaux relatifs au mouvement de la population dans le douze arrondissements municipaux de la ville de Paris pendant les cinq années 1817, 1818, 1919, 1820 et 1821. Paris: Académie de Médecine; 1826.



- 27) Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. *Rev. cub. salud pública [serial on the Internet]*. 2007 Mar [cited 2010 Dec 05]; 33(1): . Recuperado 18 de mayo de 2012:  
[www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=en). doi: 10.1590/S0864-34662007000100003.
- 28) Horwitz, A, La Salud el bienestar económico. *Publicaciones Varias No. 57*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C. 1960.
- 29) Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Águeda Q, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet*. 2006;368:1033-7.
- 30) Borrell C, Espelt A, Rodríguez-Sanz M. Politics and health. *J Epidemiol Comm Health*. 2007;61:658-9.
- 31) Chung H, Muntaner C. Welfare state matters: a typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy*. 2007; 80:328-39.
- 32) Chung H, Muntaner C. Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries. *SocSci Med*. 2006;63:829-42.
- 33) Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *SocSci Med*. 2004; 58:41-56.
- 34) Raphael D, Bryant T. The welfare state as a determinant of women's health: support for women's quality of life in Canada and four comparison nations. *Health Policy*. 2004;68:63-79.
- 35) Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. The importance of the political and the social in explaining mortality

- differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *Int J Health Serv.* 2003;33:419-94.
- 36) Marmot M; Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet.* 2007;370:1153-63.
- 37) Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections, and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003;32:652-7.
- 38) Krieger N. Refiguring «race»: epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *Int J Health Serv.* 2000;30:211-6.
- 39) Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *SocSci Med.* 2005;61:1576-96.
- 40) Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ.* 2000 29;320:1200-4.
- 41) Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ.* 2001;19:1233-6.
- 42) Borrell Carme, Artazcoz Lucía. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *GacSanit [revista en la Internet].* 2008 Oct [citado 2011 Jun 20] ; 22(5): 465-473. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000500012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012&lng=es)
- 43) Sánchez rosado Manuel, elementos de salud pública, 1994, 2º ed.

- 44) Arcay, Ramón (2002) "Estilo de vida asociado al ausentismo laboral en trabajadores universitarios" en Resúmenes del V Congreso Internacional de Investigación y Perfeccionamiento en Ciencias de la Actividad Física y Salud, Departamento de Educación Física, Universidad de Tarapacá, Arica Chile, pp. 128 – 148
- 45) Craft M, Croucher R, Dickinson J. Whole healthy or diseased disabled teeth?. The Health Education Council Monograph Series n.4. London: The Health Education Council, 1981.
- 46) Rayner J F, Cohen L K. School Dental Health Education. En Richards ND and Cohen L K eds. Social Sciences and Dentistry: A critical bibliography Vol. Berlin: International Quintessence Publishing Group, 1971; 275-307.
- 47) Ewles L., Simnet I. Promoting Health. A practical guide to health education. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1987: 30-38.
- 48) Downer A C, Blickhorn A S. The use of behaviour Modification Techniques as an Aid to Improving Adolescents' Oral Higiene. British DentalJournal 1985; 158: 450-451
- 49) Donabedian, A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica, 1988: 78-81
- 50) Frenk , la salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Ankel, S. "Health Needs, Health-Care Requirements, and the Myth of Infinite Demand". Lancet, 1991; 337:1588-1590.
- 51) Alderson, M. R. "Indicators of Need, Demand, and Use". En: Acheson, R. M., D. Hall y L. Aird (compiladores). Seminars in Community Medicine Volume 2:

Health Information, Planning, and Monitoring. Oxford: Oxford University Press, 1976: 29-46

- 52) Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992
- 53) Escalona T, Lobo Y, Matheus Y, Rondón M, Santiago H, Sosa R. Influencia de los hábitos alimentarios en la aparición de la caries dental en menores de 15 años U.E, Escuela Básica Andrés Bello Mérida (Venezuela). [Tesis de Grado] Mérida: Facultad de Nutrición y Dietética, Universidad de Los Andes; 2001
- 54) Terceiro D, Klemons G. Salud bucal del niño. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Rubisntein A. Ed. 2001. Pg 1002-05.
- 55) Irigoyen E, Velázquez C, Zepeda A, Mejía A. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México. ADM 1999; 56 (2): 64-69
- 56) Cuenca Sala, Emili, Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos aplicaciones, Barcelona, 2005, Masson, p:87-102
- 57) Estupiñan D,S. Improving Oral Health in Latin America. Oral Care Report /Harvard 1999, Vol.9,núm 3
- 58) Programa de acción específico 2007-2012 Salud bucal. Recuperado 18 de mayo de 2012 Disponible en: URL:  
<http://www.cenave.gob.mx/progaccion/saludbucal.pdf>
- 59) Quintero J, Méndez M, Medina M, Gómez M. Factores de riesgo y caries dental en adolescentes de 12 a 15 años. AMC. 2008. (Citado 03 jul

2009);. Disponible en: URL:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552008000300004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000300004&lng=es&nrm=iso)>

- 60) Romo-Pinales Ma. Rebeca, de Jesús Herrera Ma. Isabel, Bribiesca-García Ma. Eugenia, Rubio-Cisneros Jaime, Hernández-Zavala Ma. Silvia, Murrieta-Pruneda J. Francisco. Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd. Nezahualcóyotl. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2011 Jun 20] ; 62(2): 124-135. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462005000200006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000200006&lng=es)
- 61) Forester, Jacques, "invertir la espiral de la vulnerabilidad", revista internacional de la cruz roja, núm.124, julio-agosto de 1994, pp.328-329.
- 62) Bowen WH. Placa dental y bacteriología de la caries. En: Cohen B, Kramer IR. Fundamentos científicos de Odontología. La Habana; Editorial Científico-Técnica; 1983.p.459-67.
- 63) Laine M. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. ActaOdontolScand 2002; 60(5):257-64.
- 64) Arcay, Ramón (2002) "Estilo de vida asociado al ausentismo laboral en trabajadores universitarios" en Resúmenes del V Congreso Internacional de Investigación y Perfeccionamiento en Ciencias de la Actividad Física y Salud, Departamento de Educación Física, Universidad de Tarapacá, Arica Chile, pp. 128 – 148
- 65) Mario R. La salud bucodental de los ancianos, realidad, mitos y posibilidades. Bol Of Saint Pam 1994; 116(5).

66) Cañada Madinazcoitia L, Martínez Vázquez de Prada JA, Río Highsmith J del. Tratamiento prostodónticos en pacientes geriátricos. RCOE 2001 6(2):187-93

67) Díaz Guzmán LM, Gay Zárate O. Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Revista Asociación Dental Mexicana (ADM).2005; 52 Vol. LXII (1). p.39.

68) Gutiérrez Robledo LM. Afecciones orales. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. Washington: OPS; 1994. pp. 199-202.

40) Aurora Margarita Fuentes Rodriguez, pedro cesar cantumartinez “perfil epidemiológico bucal de los pacientes geriátricos que acuden a las clínicas de admisión y diagnostico de la facultad de odontología de la UANL , 2007memorias del concurso y encuentro estatal de salud 2007 21 y 23 noviembre del 2008 RESPYN.

3) Leticia Araceli zarate Aguirre factores asociados con la enfermedad periodontal 2007, memorias concurso y encuentro estatal de salud 2008 21 y 23 noviembre del 2008 RESPYN.

41) FUENTE:Para 1990 a 2012: CONAPO. *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*.  
www.conapo.gob.mx (Consulta: 03 de enero de 2012).

42)Hernández Franco, D. y M. J. Pérez García, 2003, Gastos de los hogares y Pobreza en México.

## **Apéndice**

### **Anexo 1**

#### **Carta de consentimiento informado**

Titulo del estudio: Análisis de los determinantes sociales y necesidades de salud bucal. Definición de prioridades en población marginada.

#### Introducción y propósito

El CD. Guillermo Cruz Palma, estudiante del programa de posgrado de Maestría en Ciencias en Salud Pública, me ha solicitado participar en un estudio que lleva por título “Análisis de los determinantes sociales de salud y necesidades de salud bucal. Definición de prioridades en población marginada”. Se me ha explicado que el propósito de este estudio es analizar mis determinantes sociales de la salud, con mis necesidades de salud para poder establecer prioridades en mi comunidad. Esta investigación se lleva a cabo como requisito para la obtención del grado de Maestría en la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

#### Procedimiento

Se me informó que participarán los habitantes de la Colonia Alianza Real de Escobedo Nuevo León. Mi participación consistirá en contestar una encuesta en relación con mi factor socio demográfico y económico, mis estilos de vida y el acceso al servicio de salud, los cuales ayudaran a conocer los determinantes sociales que influyen en mi salud, después se me hará una revisión intraoral la cual ayudara para conocer mis necesidades de salud bucal; se me explicará cada pregunta y se me aclarará cualquier duda al respecto, mi participación tendrá una duración aproximada de 10 minutos.

#### Riesgos/Beneficios

Se me informó que mi participación conllevará un riesgo mínimo ya que me revisaran mis dientes con instrumental básico de diagnostico, con el riesgo de lastimar los tejidos de la cavidad bucal, mismo que será disminuido al estar el profesional de salud pendiente del procedimiento; que mi colaboración es importante ya que los resultados de la investigación servirán para planear intervenciones para disminuir la morbilidad de salud bucal, además se me aclaró que por invertir mi tiempo no obtendré ganancias económicas.

#### Participación voluntaria/Abandono

Se me ha informado que mi participación en el estudio es voluntaria y que en cualquier momento, aún después de haberla iniciado puedo rehusarme a seguir contestando.

#### Preguntas

En caso de que necesite informes o aclaraciones podré comunicarme a la Secretaría de investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición con la Dra. Georgina Máyela Núñez Rocha. al teléfono 13 40 48 90 ext 3039, en el horario de 9 a 17 horas.

#### Confidencialidad

La información que proporcionaré se usará exclusivamente para fines de investigación. Los resultados del estudio serán integrados en un informe general



que se dará a conocer a los directivos de la facultad, sin que se pueda identificar mi participación personal. Mi identidad no será revelada en ningún momento.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del participante

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y nombre del investigador

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Encuesta.



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
MAESTRIA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA  
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS**

No. Folio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### I. FACTOR SOCIODEMOGRAFICO

1.- Edad: \_\_\_\_\_

2.- Género:

1.-Masculino

2.-Femenino

**3.- Grupo vulnerable:**

1. Niño 6 a 12 años
2. Mujer embarazada
3. Trabajador activo
4. Adulto mayor

**4.- Cuantas familias viven en estacasa: \_\_\_\_\_**

**5.- No. De integrantes de la familia:\_\_\_\_\_**

Niños de 6 a 12 años:\_\_\_\_\_

Mujeres embarazadas:\_\_\_\_\_

Trabajadores activos:\_\_\_\_\_

Adultos mayores:\_\_\_\_\_

**6.- Lugar de nacimiento:**

1. Monterrey
2. Tamaulipas
3. Coahuila
4. San Luis Potosí
5. Zacatecas
6. Durango
7. Otros

**7.- Migración:**

1. SI
2. NO

**8.- Estado civil:**

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Unión libre
5. Divorciado o separado

**9.- Habla una lengua indígena.**

1. SI
2. NO

**10.- Años de estudio: \_\_\_\_\_**

**11.- Cuenta con algún apoyofederal:**

- 1.-SI
- 2.- NO

**12.-cuál?**

1. Progresas
2. Oportunidades
3. Alimentario
4. Adulto mayor
5. Madres de familia
6. Otros

**13.- Actividad actual**

1. Hogar
2. Profesionista
3. Comerciante
4. Empleado
5. Obrero/operario
6. Comerciante informal
7. Desempleado

8. Estudiante

9. Otros

## **II. FACTOR SOCIOECONOMICO.**

14.- ¿Cual es su Ingreso familiar mensual? \_\_\_\_\_

15.- Porcentaje de ingreso que gasta en alimentación de la familia al mes. \_\_\_\_\_

16.- Porcentaje de ingreso que gasta en salud de la familia al mes. \_\_\_\_\_

17.- Porcentaje de ingreso que gasta en salud bucal de la familia al mes. \_\_\_\_\_

## **III.CIRCUNSTANCIAS MATERIALES (CONDICIONES DE VIDA)**

### **18.- Techo:**

9. Concreto

10.Lamina

11.Madera

12.Cartón

13.Otros materiales

### **19.- Muros**

1. Concretos

2. Lamina

3. Madera

4. Cartón

5. Otros materiales

### **20.- Piso**

1. Material

2. Tierra

**21.-Cocina**

1. Dentro del dormitorio
2. Fuera del dormitorio

**22.- Número de dormitorios\_\_\_\_\_**

**23.- Hacinamiento:**

1. Si
2. No

**24.- Cacharros en la intemperie.**

1. Si
2. No

**25.- Plagas:**

1. Cucarachas
2. Moscos o zancudos
3. Hormigas
4. Todas las anteriores
5. Otras
6. Ninguna

**(CONDICIONES DE TRABAJO)**

**En caso de ser trabajador activo contestar las siguientes preguntas de lo contrario pasar a la pregunta 32.**

**26.- Donde trabaja:**

1. Oficina
2. Institución
3. Tienda

4. Fábrica
5. Comercio informal
6. Construcción
7. otros

**27.- Tipo de contratación:**

1. Temporal
2. Definitiva

**28.- Turno laboral:**

1. Matutino
2. Vespertino
3. Nocturno
4. Mixto

**29.- Antigüedad en el trabajo:**

1. Menos de un año
2. Un año o más

**30.- Ha tenido accidentes en el trabajo:**

1. Si
2. No

**31.- Ha faltado al trabajo por enfermedad:**

1. Si
2. No

**II. SERVICIO DE SALUD**

**32.- ¿Cuenta con algún servicio de salud?**

- 1) Si

- 2) No -----sigue en pregunta 35.
- 3) No se-----sigue en pregunta 35

**33.- ¿Cuál es la institución que le presta los servicios de salud?**

- 1) IMSS
- 2) ISSSTE
- 3) SSA
- 4) PEMEX
- 5) SEDENA
- 6) SEMAR
- 7) SEGURO POPULAR
- 8) PRIVADO
- 9) OTROS
- 10) 2 o mas

**34.- Sabe usted si la institución que le presta servicio de salud cuenta con dentista?**

1. Si
2. No
3. No se

**35.- Usted ha ido alguna vez a consulta con el dentista:**

1. Si
2. No-----Salta a la pregunta 49

**36.- Cuando fue la última vez:**

1. Menos de un año
2. Hace un año
3. Mas de un año
4. 2 años o mas

**37.- A donde?**

1. Particular
2. Institución
3. Brigada

**38.- ¿Cuándo fue al dentista cuánto tiempo esperó para que lo atendieran?**

\_\_\_\_\_

**39.- ¿Cómo percibe usted el tiempo que esperó para ser atendido?**

- 1) Muy poco
- 2) Poco
- 3) Regular
- 4) Mucho
- 5) Muchísimo

**40.- Cómo se trasladó a la consulta con el dentista**

1. Camión
2. Caminando
3. Carro
4. otro

**41.- ¿Cuánto tiempo se tardó usted en llegar al dentista?**

\_\_\_\_\_

**42.- ¿Cómo considera éste tiempo?**

- 1) Muy poco
- 2) Poco
- 3) Regular
- 4) Mucho
- 5) Muchísimo



**43.- ¿Cuánto dinero gasta usted en el traslado de su casa al dentista?\_\_\_\_\_**

**44.- ¿Cómo considera ese dinero?**

- 1) Muy poco
- 2) Poco
- 3) Regular
- 4) Mucho
- 5) Muchísimo
- 6) NA

**45.- ¿Considera usted que al momento que llegó a efectuarse su tratamiento dental había dentistas disponibles?**

1. Si
2. No

**46.- ¿Considera usted que al momento que llegó a efectuarse un tratamiento dental contaban con el material suficiente para su realización?**

1. Si
2. No

**47.- ¿Cómo considera que lo trató el personal que lo atendió?**

1. Muy mal
2. Mal
3. Regular
4. Bien
5. Muy bien

**48.- ¿Regresaría a este mismo lugar a consultar?**

1. Si
2. No

3. No se

**49.- Sí trabaja, considera que su horario de trabajo interfiere con el horario en el que se pueda asistir a consulta dental.**

1. Si

2. No

**50.- Cuanto?**

1) Muy poco

2) Poco

3) Regular

4) Mucho

5) Muchísimo

## V. ESTILO DE VIDA (FANTASTIC)

51.- Después de leer cuidadosamente elija, marcando con una cruz (X), el cuadro que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en el último mes. Le suplicamos responder todas las preguntas.

Factor	Ítem	0	1	2	3	4
Familia y amigos	La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara	Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Doy y recibo afecto	Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Obtengo el apoyo emocional que necesito	Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca

Actividad	Ejercicio activo 30 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido etc.)	4 veces o mas a la semana	3 veces o mas a la semana	2 veces o mas a la semana	Rara vez	Nunca
	Relajación y disfrute del tiempo libre	Casi diario	3 a 5 veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Nunca
Nutrición	Alimentación balanceada	Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Desayuna diariamente	Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Exceso de azúcar, sal, grasa animal o comida chatarra	Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Frecuente mente	Casi nunca
	Peso Ideal	Bajo peso de hasta 2Kg.	Normal	Sobrepeso de hasta 2 Kg.	Sobrepeso de hasta 4 Kg.	Sobrepeso mayor de 6 Kg.
Tabaco y Toxinas	Consumo de tabaco	Ninguno en los últimos 5 años	Ninguno en el último año	Ninguno en los últimos 6 meses	1 a 10 veces a la semana	Más de 10 veces a la semana
	Abuso de drogas prescritas y sin prescribir	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi diario
	Café, te, refresco de cola	Nunca	1 o 2 al día	3 a 6 al día	7 a 10 al día	Más de al día
Alcohol	Promedio de consumo a la semana	0 a 7 bebidas	8 a 10 bebidas	11 a 13 bebidas	14 a 20 bebidas	Más de 20 bebidas

	Bebe alcohol y maneja	Nunca	Casi nunca	Solo Ocasionalmente	Una vez al mes	Frecuente mente
Sueño, cinturón de seguridad, stress	Duerme de 7 a 9 horas por noche	Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Frecuente mente	Casi nunca
	Con que frecuencia usa el cinturón de seguridad	Siempre	La mayoría de veces	Algunos veces	Rara vez	Casi nunca
	Eventos importantes de estrés el año pasado	Ninguno	1	2 o 3	4 o 5	Más de 5
Tipo de personalidad	Sensación de urgencia o impaciencia	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
	Competividad y agresividad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
	Sentimientos de ira y hostilidad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
Interior	Piensa de manera positiva	Casi Siempre	Frecuente mente	Algunos veces	Rara vez	nunca
	Ansiedad , preocupación	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
	Depresión	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
Carrera (trabajo, labores del hogar, etc.)	Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña	Casi Siempre	Frecuente mente	Algunos veces	Rara vez	Casi nunca

	Buenas relaciones con quienes les rodean	Casi Siempre	Frecuente mente	Algunos veces	Rara vez	Casi nunca
--	------------------------------------------	--------------	-----------------	---------------	----------	------------

## VI. NECESIDADES DE SALUD BUCAL

### CARIES DENTAL

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

### ÍNDICE DE RUSSEL

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

### ÍNDICE DE IHO

	SUPERIORES			INFERIORES			DIENTES EXAMINADOS	CUENTA DE LESIONES	PROMEDIO	PROMEDIO I.H.O.S.
	16	11	26	36	31	46				
MATERIA ALBA										
CÁLCULO										

### Anexo 3.

#### Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
<b>Determinantes sociales de salud</b>	Independiente	Es el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja afectando a su salud	El índice de determinantes sociales de salud se va a obtener al analizar:	Numérico	Encuesta
<b>Edad</b>	Independiente	Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo	Años cumplidos	Numérico	Encuesta
<b>Género</b>	Independiente	Es el taxón que agrupa a especies que comparten ciertos caracteres.	1.- Masculino 2.- Femenino	Nominal	Encuesta
<b>Estado civil</b>	Independiente	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	1. Soltero 2. Divorciado 3. Viudo 4. Unión libre 5. Divorciado o separado 6. Otro	Nominal	Encuesta
<b>Educación</b>	Independiente	Se materializa en una serie de habilidades y valores, que producen cambios intelectuales, emocionales y sociales en el individuo.	Años de escolaridad	Numérico	Encuesta
<b>Etnia</b>	Independiente	Comunidad humana que puede ser definida por la afinidad cultural,	Habla un lengua indígena	Nominal	Encuesta

		lingüística o racial.			
<b>Migración</b>	Independiente	desplazamiento de población que tiene lugar desde un lugar de origen hacia otro destino, y que implica un cambio de la residencia habitual	Lugar de nacimiento.	Nominal	Encuesta
<b>Ingreso</b>	Independiente	Son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia.	Ingreso familiar mensual en pesos mexicanos	Numérico	Encuesta
<b>Protección social</b>	Independiente	Es la acción pública para construir una ciudad con igualdad, equidad, justicia social, reconocimiento de la diversidad, alta cohesión e integración social, pleno goce de los derechos, creciente elevación de la calidad de vida y acceso universal al conjunto de bienes y servicios públicos urbanos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Progresas</li> <li>2. Oportunidades</li> <li>3. Alimentario</li> <li>4. Adulto mayor</li> <li>5. Jefas de familia</li> <li>6. Otros</li> </ol>	Nominal	Encuesta
<b>Ocupación</b>	Independiente	Es la acción y efecto de ocupar u ocuparse. El término, que proviene del latín <i>occupatio</i> , se utiliza como sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hogar</li> <li>2. Profesionista</li> <li>3. Comerciante</li> <li>4. Empleado</li> <li>5. Obrero/operario</li> <li>6. Comerciante informal</li> <li>7. Desempleado</li> <li>8. Estudiante</li> <li>9. Otros</li> </ol>	Nominal	Encuesta
<b>vivienda</b>	Independiente	Es una edificación cuya principal función es	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concreto</li> <li>2. Lamina</li> </ol>	Nominal	Encuesta



		ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Madera</li> <li>4. Cartón</li> <li>5. Otros materiales</li> </ol>		
<b>Hacinamiento</b>	Independiente	Situación en el cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.	Lugar de nacimiento:	Nominal	Encuesta
<b>Sistema de salud</b>	Independiente	Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud	Derechohabiente Acceso Uso	Nominal	Encuesta
<b>Estilo de vida</b>	Independiente	Son los factores derivados de los patrones de comportamiento que pueden tener un marcado efecto en la salud del individuo y están relacionados con aspectos que reflejan actitudes, valores y oportunidades en la vida	Tiene cinco niveles de calificación: < 39 puntos= existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos= regular, 70 a 84 puntos = bueno y 85 a 100 puntos = excelente	Numérico	Encuesta
<b>Necesidades de salud bucal</b>	Dependiente	Se entiende a las deficiencias en la cavidad bucal las cuales impiden que un individuo alcance un	El índice de necesidades de salud bucal se va a obtener con la prevalencia de caries dental, higiene bucal y enfermedad periodontal	Numérico	Cedula de colección de datos

		bienestar o confort.			
<b>Caries dental</b>	Dependiente	Proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.	Se va a obtener por medio del número de dientes cariados.	Numérico	Cedula de colección de datos
<b>Higiene bucal</b>	Dependiente	Conjunto de normas y prácticas tendientes a la satisfacción más conveniente de la limpieza bucal	Escala sugerida para la valoración del IHOS  Excelente 0 Buena 0.1-1.2 Regular 1.3-3.0 Mala 3.1-6.0	Numérico	Cedula de colección de datos
<b>Enfermedad periodontal</b>	Dependiente	Enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes.	Se va a obtener por medio del Índice periodontal de Russell.	Numérico	Cedula de colección de datos