



**CONSEJO FEDERAL
DE INVERSIONES**

SALUD BUCAL.

Campañas de Promoción y Evaluación de Resultados.

Segunda Etapa.

INFORME FINAL

Coordinador: Lic. Gustavo Ariel Rodríguez

Colaborador: Lic. Nicolás Gallo

Indice

Prólogo	4
TAREA N° 1	8
Relevamiento mediante encuestas de los hábitos y prácticas de salud bucal en las poblaciones seleccionadas de la provincia de Córdoba.	8
TAREA N° 2:	11
Análisis y clasificación de la información relevada en la Tarea 1.....	11
Tarea N° 3:.....	14
Análisis de las zonas con precariedad en las prácticas y hábitos de Salud Bucal de acuerdo a las condiciones sociales y de localización territorial.	14
Análisis según Localidades	16
Educación e Información.....	18
TAREA N° 4:	22
Identificación y recopilación de los objetivos planteados en los programas y campañas de salud bucal y comparación con los resultados alcanzados en las mismas.	22
Análisis de los resultados Obtenidos.....	24
Programa: “Recuperemos la sonrisa de nuestros Niños”. Centro de Atención Primaria de la Salud -CAPS-	31
Tarea N° 5:.....	34
Evaluación los resultados de dichos programas en función a los datos obtenidos.....	34
Tarea N° 6:.....	36
“Informe vinculado a la evaluación de los programas “Programa Provincial de Salud Bucal “Recuperemos la sonrisa de nuestros niños” y “Mi cepillo de dientes”	36
Tarea N° 7:.....	40
“Identificación de los hábitos a incorporar en los beneficios de las políticas de Salud Bucal”. ...	40
Tarea N° 8:.....	42
“Identificación de necesidad de reformulaciones en las políticas de Salud Bucal existentes, y aspectos a considerar para la formulación de futuras políticas de Salud Bucal”.	42
ANEXO 1	46
SALUD BUCAL	46
ANEXO N°2:	53
Manual de Procedimiento.....	53

Proyecto: Salud Bucal. Campañas de Promoción y Evaluación de resultados.
Segunda Etapa

ANEXO N° 3:	59
ANEXO N° 4	61
Datos generales sobre las zonas encuestadas	61
Localidad de Ucache.....	61
Localidad de Reducción.....	62
Localidad de Bell Ville.....	63
Localidad de Mattaldi.....	64
Ciudad de Córdoba.....	67
ANEXO N° 5	70
Descripción e importancia de los CAPS.....	70
ANEXO N°6	72
Análisis Exploratorio Multivariado	72
Descripción de los métodos de análisis exploratorio.....	72
Hábitos de Salud Bucal.....	72
Fuentes de información de Salud Bucal	77
Características socioeconómicas.....	81
Determinantes de Hábitos	83
Incidencia de Hábitos Vulnerables por Localidad	83
Incidencia de Hábitos Saludables por Localidad	85
Incidencia de Hábitos Vulnerables según Educación e información.....	87
Incidencia de Hábitos Saludables según Educación e información.....	89
Incidencia de Hábitos Vulnerables según la Edad.....	91
Edad e información	91
Incidencia de Hábitos Saludables según Edad e información	92
Incidencia de Hábitos Vulnerables según Edad y Género.....	93
Incidencia de Hábitos Vulnerables según Edad y Género.....	94
Incidencia de Hábitos Vulnerables según Situación Socioeconómica.....	95
Incidencia de Hábitos Saludables según Situación Socioeconómica	96
Anexo N° 7.....	98
Descripción de conocimientos, términos y conceptos relacionados con la Salud Bucal.....	98

Prólogo

“El desafío es desarrollar políticas que aborden la salud como un Derecho y no como la mera ausencia de enfermedad”

Dr. Enrique Rozenblat Coordinador Gral. de ProAPS (CBA 2006-2007)

El estudio realizado en la primera etapa de este proyecto tuvo como objeto el relevamiento de la información sobre los diferentes programas y campañas para la salud bucal implementado desde el año 2010 hasta la fecha. Este relevamiento puso en evidencia la escasez de **registros** en relación a las intervenciones que el Gobierno Provincial desarrolló en el período mencionado y que tuvieron a la Salud Bucal como objeto. La información recolectada –como ya se indicó en la primera etapa del presente proyecto- provino principalmente de fuentes “informales”, es decir, de conversaciones con diferentes actores involucrados en alguno de los proyectos implementados y registros propios de los profesionales consultados.

La importancia en la continuidad del proyecto de investigación “*Salud Bucal. Campañas de promoción y evaluación de resultados*”, se desprende de la necesidad de poder contar con información sobre incidencia y resultados de los programas y campañas implementados en los diferentes espacios geográficos de la provincia de Córdoba. Ello posibilitará la evaluación de los mismos para decidir en base a información fehaciente la generación, sostenimiento y/o reformulación de políticas que respondan a las necesidades concretas de mejora de la salud bucal de la población. De los resultados obtenidos se podrá evaluar si las actividades que están implementándose en el ámbito público son efectivas en la consecución de los objetivos planteados por dichos programas; además será posible conocer cómo impacta en la vida cotidiana de la población este tipo de actividades, favoreciendo así el desarrollo de futuras acciones y/o políticas públicas en beneficio de la sociedad.

El presente proyecto, para llegar a su elaboración final, consistió en el desarrollo de tres informes previos donde se fueron analizando, y en forma progresiva, las

tareas fijadas en el plan de trabajo, con el objeto de relevar la información necesaria con el fin de evaluar la incidencia de la campaña “*Mi cepillo de dientes*”, implementado desde el gobierno de la provincia Córdoba, en las diferentes localidades donde se llevó adelante dicha campaña, y el programa provincial para la Salud Bucal “*Recuperemos la sonrisa de nuestro niños*”, implementado en la ciudad de Córdoba, específicamente en nueve (9) CAPS¹ que dicha ciudad posee. Para ello se utilizara la administración de Encuestas como herramienta para la obtención de los datos necesarios y así contrastar con los objetivos y fines del programa a evaluar.

En el presente informe se describe el desarrollo de las actividades previstas en el Plan de Tareas establecido en el Proyecto de Investigación denominado “**Salud Bucal. Campañas de promoción y Evaluación de resultados. Segunda Etapa**”.

Dichas tareas implican:

- a) La realización de encuestas en los lugares asignados, relevando hábitos y prácticas referidas a la salud bucal, así como el procesamiento y análisis de datos.
- b) El estudio de los programas y campañas de salud bucal, “MI CEPILLO DE DIENTES” Y “RECUPEREMOS LA SONRISA DE NESTROS NIÑOS”, identificando los objetivos propuestos por cada uno de ellos.
- c) Analizar las zonas con precariedad en las prácticas y hábitos de Salud Bucal de acuerdo a las condiciones sociales y de localización territorial.
- d) La comparación entre los resultados obtenidos en el punto a) y los objetivos propuestos en el punto b)
- e) Evaluar los resultados de dichos programas en función a los datos obtenidos.

¹ Los Centros de Atención Primaria de la Salud -CAPS- están ubicados en diferentes barrios de la Ciudad de Córdoba.

- f) Una vez obtenido los resultados del punto e), elaborar un informe vinculado a la evaluación de los programas *“Programa Provincial de Salud Bucal “Recuperemos la sonrisa de nuestros niños” y “Mi cepillo de dientes”*.
- g) Identificar los hábitos a incorporar en los beneficios de las políticas de Salud Bucal.
- h) Identificar necesidad de reformulaciones en las políticas de Salud Bucal existentes, y aspectos a considerar para la formulación de futuras políticas de Salud Bucal.

La totalidad de las zonas a encuestar, según lo prevé el presente Proyecto, son: Río Cuarto, Bell Ville, Ucacha, Reducción, Mataldi, y en la ciudad de Córdoba se incluyen los CAPS ubicados en los barrios:

“Zepa, Sol Naciente, Ciudad Mi Esperanza, Ciudad J.Pablo II, Ciudad Ampliación Cabildo, Ciudad Evita, Ciudad de Mis Sueños, Ciudad de los Cuartetos y por último el barrio El Chingolo”.

El Informe aquí presentado constituye la entrega final de la investigación realizada en el ***“Proyecto Salud Bucal. Campañas de Promoción y Evaluación de Resultados. Segunda Etapa”***, el cual se enmarca en un convenio firmado entre la Fundación Banco de la Provincia de Córdoba y el Consejo Federal de Inversiones (CFI), según Expediente N° 12958 04 02.

Descripción de Tareas

TAREA Nº 1

Relevamiento mediante encuestas de los hábitos y prácticas de salud bucal en las poblaciones seleccionadas de la provincia de Córdoba.

Para relevar los datos necesarios que posibiliten el desarrollo y análisis del presente Proyecto, se seleccionaron las poblaciones donde se ejecutaron las campañas que se quiere evaluar. En este caso el análisis se hará teniendo en cuenta que dichas campañas fueron implementadas desde diferentes áreas del gobierno de la provincia de Córdoba:

- 1) **“Mi Cepillo de Dientes”** desarrollada por la Agencia Córdoba Joven (ACJ) en las localidades de Río Cuarto, Mattaldi, Reducción, Ucha, Bell Ville y la ciudad de Córdoba.
- 2) El **“Programa Provincial de Salud Bucal “Recuperemos la sonrisa de nuestros niños”**, del Instituto Provincial Odontológico implementado en los establecimientos educativos Provinciales del área de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Se relevaron los datos obtenidos sobre el programa realizado por la Agencia Córdoba Joven denominado “Mi Cepillo de Dientes” en las localidades antes mencionadas y el programa “Recuperemos la sonrisa de nuestros niños” implementado por el Instituto Provincial Odontológico llevado adelante en los CAPS, distribuidos en los diferentes barrios de la ciudad de Córdoba.

A través de la administración de encuestas en dichas zonas seleccionadas, se podrán generar los datos cuantitativos que permitan realizar un análisis estadístico sobre la información que brinden respecto a hábitos, costumbres y conocimiento sobre la Salud Bucal y el grado de incidencia del programa a evaluar.

Se ha confeccionado para ello un “Formulario de Encuesta” y un manual de procedimiento con la correspondiente capacitación de encuestadores, tareas confeccionadas en la primera etapa del Proyecto².

² El “Formulario de Encuesta” y el Manual de Procedimiento y Capacitación se encuentran en el Anexo Nº 2 y Nº 3 del presente informe.

Para la obtención de resultados medibles y cuantificables se realiza un preciso estudio y recopilación de datos acerca de las siguientes variables que resultan relevantes:

-Variables cuantitativas: edad, veces que se higieniza la boca por día, frecuencia de cambios de cepillos de dientes por año, concurrencia anual al odontólogo.

-Variables cualitativas: sexo, ciudad y barrio donde reside, motivo de concurrencia a los CAPS³, nivel de estudio alcanzado, zonas de higiene bucal, elementos utilizados para el higiene de la boca, nivel de conocimiento sobre Salud Bucal, lugar de obtención de la información, conocimiento sobre enfermedades específicas de la boca.

Por otra parte, resulta importante poder explicitar la estructura que tiene la encuesta elaborada, la cual cuenta con cuatro apartados:

1- *Identificación del individuo.* En este apartado se registran los datos personales que puedan resultar de interés sobre la persona a quien se le realiza la encuesta.

2- *Prácticas de Salud Bucal.* Esta sección tiene que ver con los hábitos y acciones que desarrolla la persona en su vida cotidiana para el cuidado de su boca. Incluye no sólo las prácticas que se realizan en relación a la higiene bucal, sino también ítems referidos al conocimiento de salud bucal, saberes que tiene la persona acerca de la temática planteada, la información y datos que pudo recibir sobre la participación de alguna campaña, programa, o por enseñanzas de establecimientos educativos y salud brindados por el hogar/familia

3- *Condiciones Socioeconómicas.* La obtención de información en relación a sexo, edad, y lugar de residencia, estudios cursados, cobertura médica o no, servicios disponibles en el hogar (luz, agua, cloacas, gas), nos informa acerca del nivel socio-económico y contexto situacional.

³ Esta variable se contemplaba si el relevamiento de los datos se hacía en cada CAPS; a los fines del presente estudio resulta irrelevante ya que se optó por el tipo de encuestas "Encuestas por Hogar", generando este método mayor validez en el análisis.

4- El último punto incluye dos ítems, el primero refiere al tipo de vivienda, el segundo a observaciones finales.

El cuestionario contiene 40 (cuarenta) preguntas, de las cuales algunas son cerradas y otras semi-cerradas.

El relevamiento de la información, como se hizo para el primer informe, se realizara desde la metodología de “Encuesta por Hogares”, que es la plataforma conceptual y metodológica que optimiza la selección de la muestra facilitando la vinculación de la información de hogares a nivel de microdatos, permitiendo la actualización continua de los marcos muestrales y mejorando así la calidad de las estadísticas nacionales evitando la duplicación de la información.

La selección de la muestra⁴ se realizó fijando un punto a través de la manzana seleccionada, determinada en la hoja de ruta, donde se explicita el recorrido en la manzana (comenzando desde la esquina noroeste, girando con la mano derecha sobre la pared, como se indica en la hoja de ruta). Respecto a la frecuencia de muestreo, se encuesta la vivienda ubicada en la esquina noroeste y luego, sistemáticamente, una cada dos viviendas teniendo en cuenta sólo viviendas, si se presenta alguna confusión, se consulta en el lugar, y si no hay a quien consultar, se cuenta como vivienda.

⁴ Aclara el Manual de Procedimientos que “una muestra es un conjunto de casos o individuos representativos de una población determinada. Para que una muestra sea representativa debe elegirse cuidadosamente para que refleje las características, opiniones, creencias y atributos de la población total o grupo completo que se estudia. La inclusión de sujetos en la muestra debe ser realizada mediante una técnica de muestreo, que permita posteriormente generalizar la información obtenida a toda la población en estudio”. Ver anexo N° 2.

TAREA Nº 2:

Análisis y clasificación de la información relevada en la Tarea 1

A fin de realizar un análisis lo más exhaustivo posible de los hábitos y conocimientos sobre Salud Bucal luego de haberse implementado por parte del gobierno de la Provincia de Córdoba a través de la A.C.J. el programa “Mi Cepillo de Dientes” en la ciudad de Río Cuarto, y el programa provincial para la Salud Bucal “Recuperemos la sonrisa de nuestro niños” llevado adelante por el I. P. Odontológico en la ciudad de Córdoba, en los barrios donde funcionan los CAPS, se expondrá la metodología implementada para, una vez administradas las encuestas, poder discriminar los datos para la generación de variables y analizar las deducciones estadísticas arrojadas en este informe.

El Procesamiento de los datos relevados se realiza a través de los siguientes pasos:

- *Escaneo de encuesta:* de los cuestionarios se genera un soporte digital para facilitar la utilización del software apropiado.
- *Reconocimiento de Marca:* uso del software para el reconocimiento de las respuestas sobre el cuestionario.
- *Control de Reconocimiento:* para la identificación de posibles errores se realiza una revisión de reconocimiento los cuales, pueden ser del encuestador y/o del programa.
- *Armado de Tabla de Datos:* que implica traducir las respuestas de las preguntas en variables útiles que faciliten el análisis.

Para el Análisis de los datos, se siguen los siguientes pasos:

- Análisis: se incluye la descripción de cada una de las variables o estadística descriptiva.
- Entrecruzamiento de variables, utilizando técnicas como: análisis exploratorio.

La metodología empleada para el estudio de campo para analizar relaciones entre variables categóricas y semejanzas entre individuos se realiza a través del Análisis de Correspondencias Múltiples. El término “correspondencia” refiere a la oposición de dos o más conjuntos entre los que media una relación. En el caso de dos variables, la correspondencia se establece mediante una tabla de frecuencias cruzadas conocida como tabla de contingencia. La misma sirve para testear el grado de dependencia entre las variables mediante una prueba “chi-cuadrado”. El análisis de correspondencia simple utiliza la información de la tabla de contingencia para construir una representación simplificada de las categorías de ambas variables, que permite identificar el modo en que se relacionan.

El análisis de correspondencia múltiple extiende el concepto permitiendo la representación simplificada de muchas variables categóricas, de forma tal que se conserve el mayor grado de información posible. Este método construye variables continuas independientes que capturan las dimensiones de mayor heterogeneidad entre los individuos. De esta manera, los planos formados por las primeras dimensiones contienen un porcentaje de información elevado, pudiendo prescindir de las últimas dimensiones. En otros términos, el análisis aprovecha la elevada dependencia entre las variables para construir dimensiones que la sintetizan.

Los cuestionarios impresos y administrados en ambas localidades, una vez completados correctamente fueron procesados mediante un software de reconocimiento óptimo de marcas (OMR, por su nombre en inglés). Para realizar la tarea del reconocimiento de las marcas, se optó por el empleo de un script para adquisición de datos mediante muestreos con soporte en papel (SDAPS, por su

nombre en inglés), escrito en Python y disponible en (www.sdaps.org) bajo licencia pública general (GPL, por su nombre en inglés).

Los cuestionarios compatibles con este método de reconocimiento de marcas fueron compuestos tipográficamente empleando el lenguaje de marcado LaTeX, a través del motor de compilación pdf LaTeX (disponibles en www.tug.org) y la clase provista por SDAPS para tal efecto⁵.

⁵ Datos facilitados por la consultora PlusKey Argentina

Tarea N° 3:

Análisis de las zonas con precariedad en las prácticas y hábitos de Salud Bucal de acuerdo a las condiciones sociales y de localización territorial.

La Precariedad o Vulnerabilidad en las prácticas y hábitos de Salud Bucal implica fundamentalmente que de la población encuestada, existe un hábito de higiene nulos o muy elementales que apenas incluyen el uso de cepillo, aunque no todos los días de la semana a lo que se agrega que los individuos incluidos en esta clase no realizan consultas odontológicas.

Respecto al sondeo realizado y los datos arrojados por el total de las encuestas previstas y analizadas, y haciendo una aproximación general a través de la correlación entre diferentes variables significativas que pueden mostrar con mayor claridad la precariedad respecto a la Salud Bucal en las zonas y sectores consultados, la primera aclaración que se debe hacer es sobre la asociación que se realiza atribuyendo a un bajo nivel socioeconómico la relación directa con la baja calidad en hábitos de salud, desde los resultados obtenidos esta relación no se puede afirmar, principalmente por los datos que arroja los diferentes barrios de la ciudad de Córdoba en los que se implementaron el programa “Recuperemos la sonrisa de nuestros Niños” llevado adelante en los CAPS. En estos barrios, ubicados a la periferia de la ciudad de Córdoba, se caracterizan por un nivel socioeconómico por debajo de la media y según los datos consultados se observa que casi el 70% de los encuestados no tiene acceso al servicio de gas, un 45% no tiene servicio de cloacas, en lo que respecta a cobertura médica casi el 70% no tiene ningún tipo de obra social. Estos porcentajes (se recuerda que son tendencias, en este caso significativas) son reflejo de un indicador sobre la situación socio-económica⁶ de la muestra analizada, a los que se puede incluirse lo que tiene que ver con el acceso a la información, que un 50% no cuenta con televisión, solo el 35% dispone de comunicación telefónica personal y casi un 70%

⁶ Ver Anexo N° 6

no tiene servicio de internet. Si es significativamente importante el uso de la Radio como medio informativo, cerca del 80% utiliza este medio de comunicación.

Se exponen estos datos sobre el acceso a la información por el hecho de que en las circunstancias actuales recibir o no información es un indicador importante que influye sobre el nivel de precariedad en lo que tiene que ver con la Salud Bucal, y los datos muestran que en estas zonas de bajos recursos económicos, cuando tuvieron acceso a la información, desde hospitales y centros de salud, resultaron en gran medida beneficiosos respecto a los conocimientos brindados, siendo las campañas/programas uno de los medios utilizados, donde los encuestados que tuvieron la posibilidad de participar en estas **instancias informativas**. Los resultados, a nivel estadístico, muestran una alta correlación entre la calidad de la Salud Bucal y el nivel de información.

Otro índice que arroja el análisis de los datos obtenidos es que el grupo etario más afectado tiene que ver con los **Jóvenes**. Tanto niños como adultos jóvenes presentan un nivel aceptable de salud bucal a lo que se puede agregar que los programas y campañas tienen un alto porcentaje de intencionalidad la llegada a estos grupos, quedando relegado y los que muestran un alto índice de precariedad o vulnerabilidad los comprendidos entre los 15 y 25 años, sumado pero en menor medida al grupo de los adultos mayores que también muestran un nivel de precariedad llamativo que da indicios de la existencia de una relación entre Jóvenes – Adultos Mayores respecto a los hábitos adquiridos. Es importante señalar que las campañas/programas implementados se orientan a brindar información principalmente a Niños y Niñas, y que indirectamente afecta al mayor responsable ya que son los principales receptores del aprendizaje y desarrollo que este grupo etario va adquiriendo, o bien, fruto de la concurrencia como acompañante a los lugares donde se brinda dicha información.

Otro dato importante es como la información que es asimilada a en la Juventud puede influir en un gran porcentaje en los hábitos futuros. Esto se evidencia en los resultados del grupo Adultos donde su nivel de precariedad no es consecuencia

del paso del tiempo y por desinterés en el cuidado personal -aunque si se reconoce en el estudio que un porcentaje que es menor estaría reconociendo esta característica-, sino por el hecho de no haber tenido una instancia informativa en la juventud, es decir, llegan a la vida adulta sin la posibilidad de una concientización sobre hábitos e higiene bucal saludables, tal como es expuso líneas arriba.

Análisis según Localidades

Para evaluar el efecto “territorial” que puede tener la localidad en sí misma, debemos comparar el índice de vulnerabilidad para condiciones socioeconómicas idénticas. Para ello se utilizan otros indicadores:

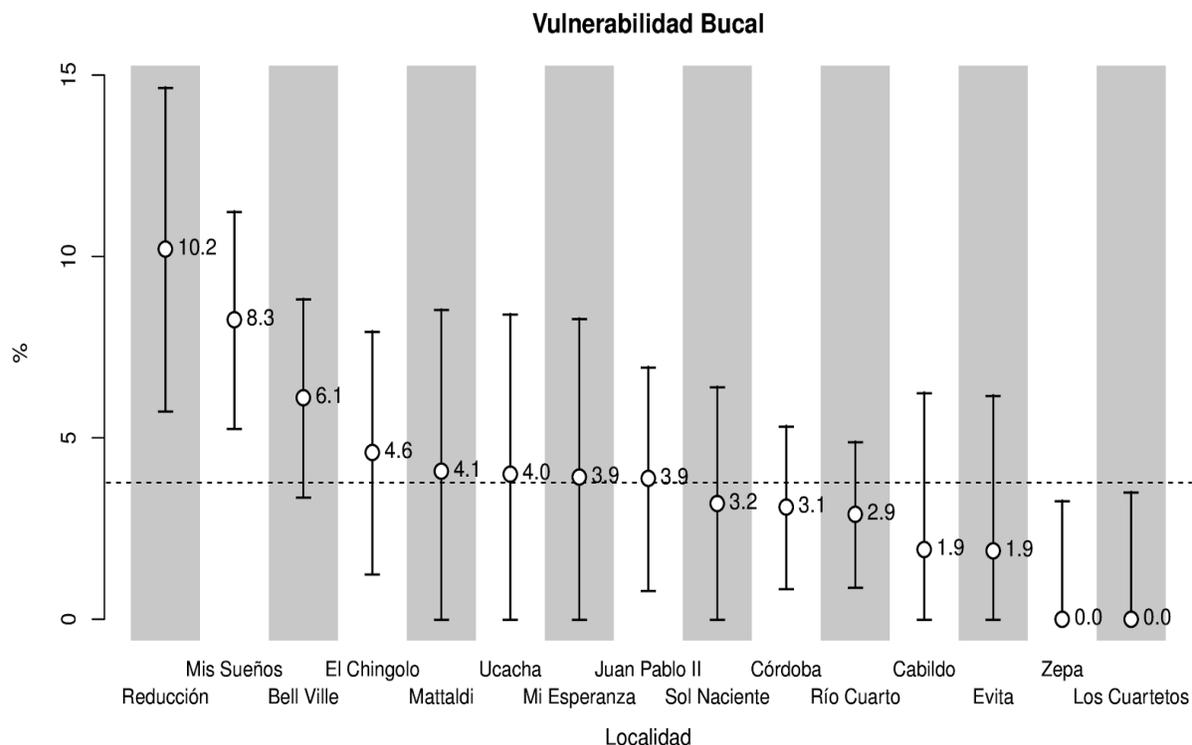
- Edad
- Género
- Años de educación formal
- Información sobre el cepillado de dientes
- Indicador de “bienestar material”

El último es un indicador que simplemente resume en un número el acceso a Agua potable, Gas natural, Cloaca, TV LED, Internet y Automóvil. Es un valor que va desde 0 cuando no se posee ninguno de los anteriores a 6 cuando se posee todos. Es un indicador muy limitado porque le da el mismo peso al acceso al Agua potable que a un automóvil, pero resulta útil cuando el número de observaciones es reducido, y no es posible tener tantas dimensiones de análisis.

De la muestra total analizada, cerca del 4% de las personas encuestadas tienen esta clase de hábitos vulnerables, aunque este porcentaje varía considerablemente en las distintas localidades, presentando puntos máximos y mínimos; específicamente, en la localidad de Reducción es significativamente superior (10,2%) y Río Cuarto presenta el 2,89%, siendo de las localidades estudiadas, porcentaje más bajo según los índices de precariedad calculados en función de la población relevada.

El gráfico N°1 muestra en burbujas la estimación puntual del porcentaje de personas vulnerables. Los segmentos muestran el intervalo de confianza de la estimación al 90%. Para la estimación de los intervalos se utiliza la distribución Binomial de la frecuencia absoluta, que resulta más apropiado para eventos raros, que el enfoque clásico de suponer distribución normal (empleado en los informes previos). La amplitud del intervalo es una función del tamaño de la muestra en cada localidad. Las Zonas encuestadas fueron ordenadas de mayor a menor probabilidad de Vulnerabilidad.

Gráfico N° 1



En el gráfico N°1 se muestra la proporción no condicional de vulnerabilidad, es decir, podemos determinar el nivel vulnerabilidad en cada Zona sin conocer los determinantes de dicho nivel. Se estima un modelo de probabilidad condicional,

mediante técnicas de regresión no paramétricas⁷. Luego se predice la probabilidad de ser un individuo vulnerable en cada localidad cuando se poseen 10 años de educación formal (Secundario Incompleto), acceso a 3 bienes materiales, y una edad específica (25 = Jóvenes, 45 = Adultos y 65 = Mayores). Se asume que el género se distribuye en mitades, al igual que el acceso a la información del cepillado.

Las diferencias que puedan encontrarse en la estimación entre las localidades deben considerarse como no explicadas por Edad, Género, Educación, Información y Bienestar económico, y por lo tanto atribuibles a características propias de las localidades. Los motivos por los cuales una localidad muestre un mayor nivel de vulnerabilidad pueden estar relacionados a las características socioeconómicas de los individuos, pero esta hipótesis no es confiable, o bien pueden deberse a características intrínsecas al acervo cultural y ambiental de la región (efecto territorial). Como se menciona líneas arriba, el factor educativo juega un papel crucial en este aspecto por lo que cualquier instancia formativa es de gran influencia para contrarrestar el nivel de vulnerabilidad.

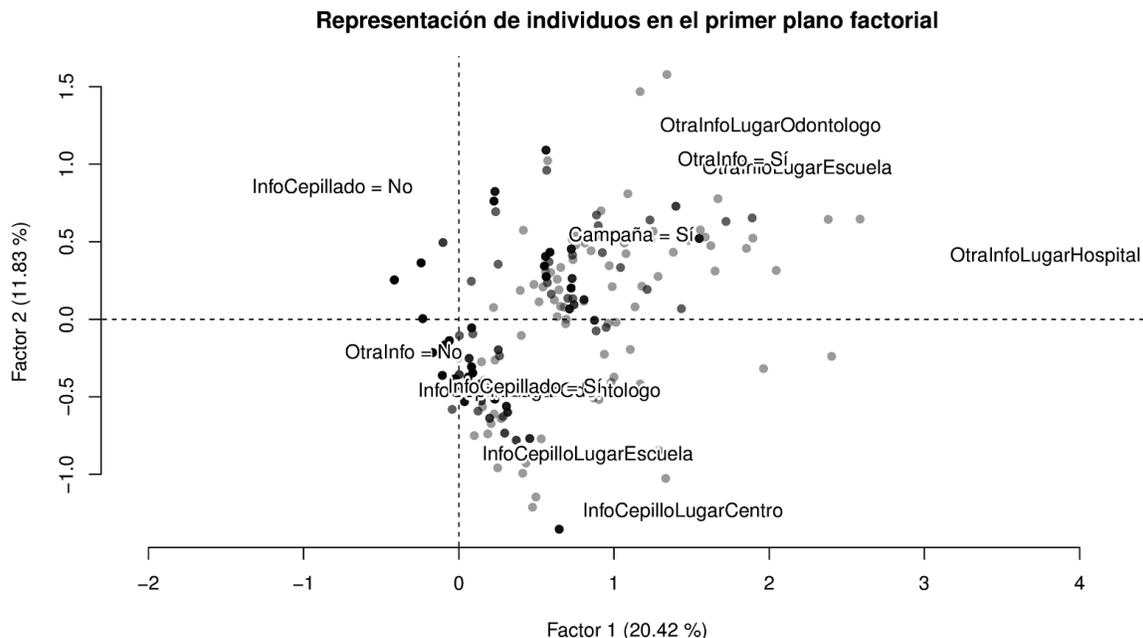
Educación e Información

Existe la posibilidad de sacar conclusiones muy interesantes respecto del efecto que tiene la educación formal y el acceso a información sobre el cepillado, como paliativo de los riesgos de vulnerabilidad bucal, independientemente de la localidad de estudio. Si bien un mayor nivel educativo reduce la probabilidad de tener hábitos no saludables, cuando se introduce la variable de acceso a información específica, sea impartida en la escuela o en otro medio, se puede observar como la información es el principal determinante de la conducta. En otras

⁷ Las probabilidades condicionadas se calculan una vez que se ha incorporado información adicional a la situación de partida. Para dar más claridad al significado se utiliza un ejemplo conocido en estadística que refiere al Dado, es decir, si se tira un dado y sabemos que la probabilidad de que salga un 5 es 1/6. Si incorporamos nueva información, por ejemplo que alguien nos dice que el resultado ha sido un número par, entonces la probabilidad de que el resultado sea el 2 ya no es 1/6.

palabras, la cantidad de educación en sí misma no es suficiente para que las personas adopten hábitos saludables. Es necesario el refuerzo de la información adecuada para que la persona sea consciente de los beneficios de la salud bucal.

Gráfico N° 2

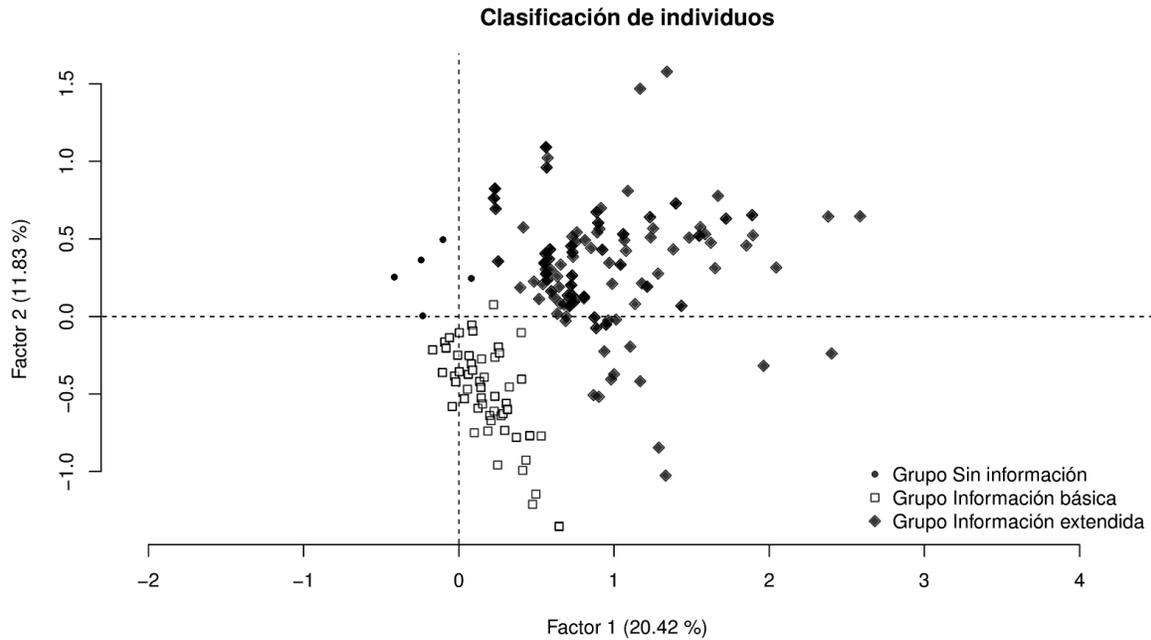


En el gráfico n°2⁸ refleja el acceso a la información que tiene la población encuestada, dividido en cuatro cuadrantes, este muestra como los conocimientos facilitados en espacios referidos a la Salud han tenido una fuerte impronta en los hábitos e higiene bucal. A medida que la muestra se va posicionando en el cuadrante superior derecho, la información adquirida ha sido efectiva; mientras más a la derecha del cuadrante, mayor efecto. Clasificando los individuos sobre las principales dimensiones factoriales, obtenemos, como lo muestra el gráfico N° 3, tres grupos: Sin información (33,3%), Información básica (50,4%) e Información extendida (16,2%). Cabe aclarar que las respuestas que da la gente están en función del grado de conciencia y memoria que tengan respecto de haber recibido la información. Es decir, es posible que alguien haya sido educado en su casa por

⁸ El color/intensidad del punto está en función de la cantidad de respuestas sobre la misma pregunta en diferentes protocolos, es decir, si los puntos "infoCepilloLugarEscuela" son más oscuros es porque en varias encuestas se respondió afirmativamente sobre este lugar.

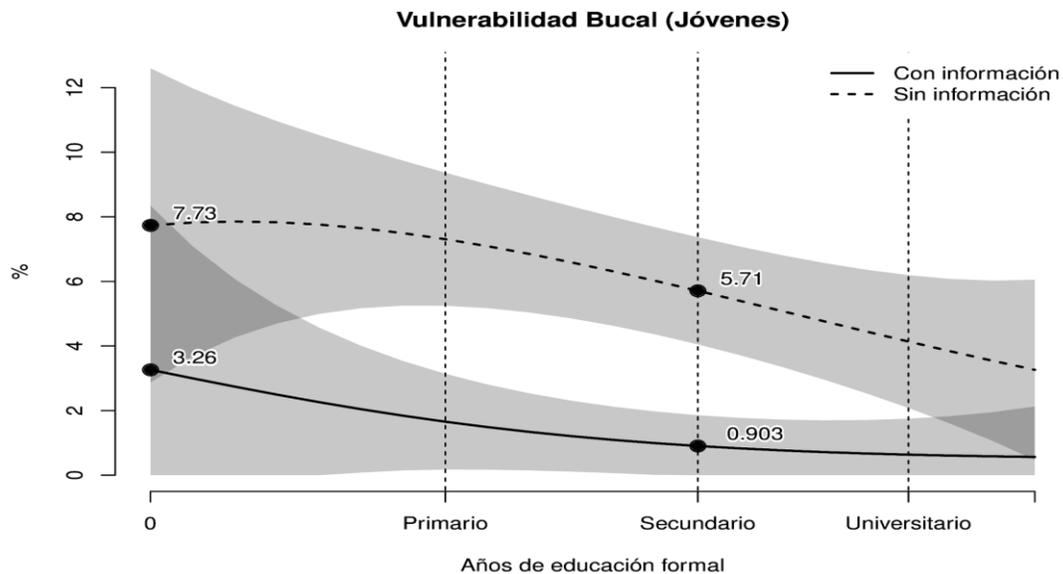
su familia, y sin embargo, la persona puede responder que nunca recibió información porque no le asigna la suficiente relevancia.

Gráfico N° 3



Del total de la población encuestada, la franja etaria que refleja como la información puede afectar en gran medida es en el grupo de los Jóvenes.

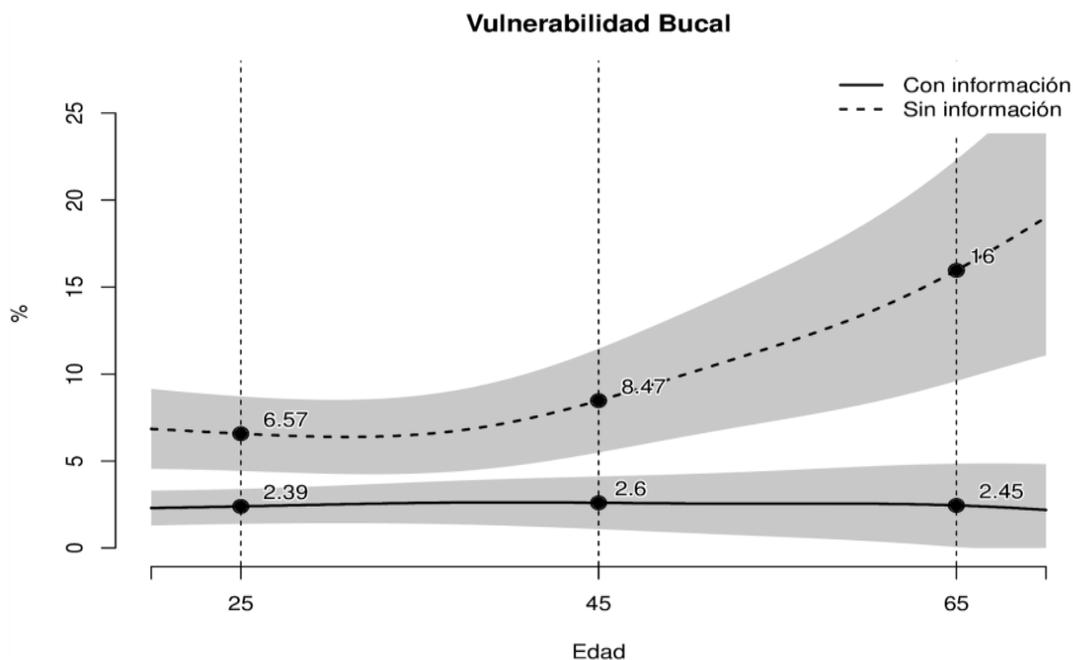
Gráfico N° 4



El gráfico N° 4 refleja la tendencia en la adquisición de conocimientos, en el grupo caracterizado como vulnerable, en este caso, entre los 15 y 25 años reviste de suma importancia para generar un hábito saludable. Aquellos que no tienen un nivel educativo acorde a la media pero han participado o se le ha brindado información referido a temas del cuidado de la salud, el impacto ha sido mayor y perdurable en el tiempo.

De lo arriba expuesto se desprende como la falta de información constituye un determinante de la vulnerabilidad cada vez más poderoso a medida que crece la edad de las personas, como se muestra en el gráfico N°3.

Gráfico N° 5



TAREA Nº 4:

Identificación y recopilación de los objetivos planteados en los programas y campañas de salud bucal y comparación con los resultados alcanzados en las mismas.

Se desprende de los resultados obtenidos en la primera etapa del presente proyecto la posibilidad de que, una vez realizado el relevamiento y el análisis de los datos que arrojen las encuestas, contrastar con dos programas que el gobierno de la provincia de Córdoba ejecutó, a través de sus diferentes ministerios, en estos últimos dos años, los cuales son:

- **“Mi Cepillo de Dientes”** (Agencia Córdoba Joven)
- **Programa Provincial de Salud Bucal “Recuperemos la sonrisa de nuestros niños”** (Instituto Provincial Odontológico)

La campaña denominada **“Mi Cepillo de Dientes”** es desarrollada por la Agencia Córdoba Joven (ACJ) desde el año 2012, enmarcada dentro del programa “Jóvenes en Movimiento”. Esta tarea es desempeñada en distintos delegaciones departamentales de la ACJ, incluyendo diversos ámbitos, tanto educativos como dispensarios y centros de salud.

El objetivo de la campaña consiste en *generar hábitos de vida saludable en remplazo de conductas o costumbres perjudiciales para la salud, trabajando de manera conjunta con organizaciones o instituciones locales*. Mi Cepillo de Dientes apunta a *generar vínculos intergeneracionales entre personas jóvenes y niños atendiendo a problemáticas referidas a la salud dental*.

La propuesta consiste en generar jornadas de prevención donde se realicen controles a los niños por parte de profesionales de la salud dental y brindar al mismo tiempo herramientas para el cuidado de los dientes, promoviendo hábitos saludables. Participan en estas jornadas grupos de jóvenes, que forman parte de las actividades de concientización y control como colaboradores, así como

también proponiendo actividades lúdicas o recreativas que sirvan de marco para que los niños incorporen hábitos de higiene y salud.

Mi Cepillo de Dientes se implementa a través charlas brindadas por profesionales de la salud dental, que comparten con los niños y padres *información acerca de la importancia del cuidado bucal, técnicas para un correcto cepillado y limpieza y demás consejos útiles para la prevención y tratamiento de distintas enfermedades bucales*. Asimismo, se les entrega a los niños un kit de cuidado dental que contiene dentífrico y cepillos de dientes, y folletería con información importante.

El Programa Provincial de Salud Bucal **“Recuperemos la sonrisa de nuestros niños”** se implementó bajo la dirección de la Dra. Carolina Isla, del Instituto Provincial Odontológico. El objetivo general del programa es mejorar la salud bucal de los niños que asisten a los establecimientos educativos Provinciales del área programática de los Centros de Atención Primaria (CAPS), promocionando una alimentación saludable y la conservación del primer molar sano. Este programa busca generar espacios de trabajo e interacción entre los diferentes actores de la comunidad, como profesionales, padres y niños para la promoción de hábitos de higiene oral y alimentación saludable. La población objetivo son todos los niños en edad escolar (5 a 11 años).

El programa se realizó en establecimientos educativos del área programática de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de los barrios de Córdoba Capital como Zepa, Sol Naciente, Ciudad Villa Las Rosas, Ciudad Mi Esperanza, Ciudad Juan Pablo II, Cabildo, Ciudad Evita, Ciudad de Mis Sueños, Villa Angelelli, Ciudad de Los Cuartetos y Chingolo; y actualmente en Centro (CIMI), Ampliación Ferreira, Gral. Savio.

Para poder simplificar el análisis y así agruparlos y contrastarlo con los resultados obtenidos en las encuestas, luego de su estudio correspondiente se deduce que los objetivos de la campaña *“Mi Cepillo de Dientes”* y el programa provincial *“Recuperemos la Sonrisa de nuestros Niños”* puede traducirse en tres puntos que comprenden:

- Generar hábito en el cepillado de Dientes
- Formar sobre el cuidado de la Boca.
- Promover el control con profesionales.

Análisis de los resultados Obtenidos.

De acuerdo a la definición de las variables explicitadas en la Etapa 1 del presente informe y a partir se seleccionaron los siguientes datos del total de los resultados obtenidos en el análisis de las respuestas del cuestionario de encuestas y luego se los contrastó con los puntos anteriormente especificados arrojando los siguientes resultados⁹:

Cuadro N° 1

Zona/Genero	Total Encuestados		
	Varón	Mujer	Total
Bell Ville	34	97	131
Mattaldi	17	32	49
Reducción	10	39	49
Uacha	18	32	50
Río Cuarto	89	152	241
Ciudad de Córdoba	86	107	193
Cabildo	33	19	52
El Chingolo	39	48	87
Evita	11	39	50
J.Pablo II	48	54	102
Los Cuartetos	34	45	79
Mi Esperanza	16	35	51
Mis Sueños	49	59	108
Sol Naciente	43	50	93
Zepa	19	71	90
Total	546	879	1425

Como se observa en el Cuadro N°1, teniendo en cuenta la Variable Género, se encontró que la amplia mayoría de la muestra estuvo conformada por mujeres, representando el 62% de los encuestados en las diferentes localidades y en los

⁹ Se segmentará el análisis en función de la campaña “Mi Cepillo de Dientes” y el programa “Recuperemos la sonrisa de nuestros niños”.

CAPS¹⁰. En casi todos los lugares relevados estuvo presente esta tendencia, donde el género Masculino representó el 38 % del total. Cabe aclarar que no se presentó mayor cantidad de varones encuestados por sobre las mujeres en ninguna localidad/Barrio relevado.

Del cuadro 1 se desprende el siguiente gráfico que muestra los porcentajes de los individuos encuestados ordenados por edad:

Cuadro N° 2

Población encuestada por Edad						
Zona/Edad	menor a 15	15 a 24	25 a 34	35 a 49	50 a 64	65 o más
Bell Ville	2%	15%	18%	26%	21%	18%
Mattaldi	6%	6%	8%	29%	31%	19%
Reducción	4%	19%	15%	32%	15%	15%
Uacha	6%	18%	18%	20%	22%	16%
Río Cuarto	4%	18%	28%	30%	14%	6%
Ciudad de Córdoba	0,50%	29,5%	29%	25%	12%	4%
Cabildo	6%	38%	25%	19%	12%	0%
El Chingolo	8%	43%	25%	25%	8%	0%
Evita	0%	38%	41%	13%	6%	2%
J.Pablo II	0%	34%	16%	27%	10%	12%
Los Cuartetos	3%	43%	32%	19%	3%	0%
Mi Esperanza	0%	42%	29%	21%	8%	0%
Mis Sueños	1%	48%	20%	15%	16%	0%
Sol Naciente	2%	38%	23%	22%	13%	1%
Zepa	0%	26%	30%	33%	8,8%	0,20%

Este nos indica que la mayor cantidad de encuestados de se encuentra en la franja etaria que va de los 15 a los 24 años, concentrándose allí el 30% de las respuestas y el 54% si se le suma la franja de 25 a 34 años, donde se reconoce el límite, desde las diferentes posiciones psicológicas y sociológicas, en el que se extiende la juventud.

¹⁰ En el Cuadro N° 1 figuran con color Rojo los barrios donde se ubican los CAPS donde se llevó adelante el programa “Recuperemos la sonrisa de nuestros Niños”, para distinguirlos de las localidades encuestadas donde se aplicó la campaña “Mi cepillo de Dientes”.

A los fines de tener más especificidad en el estudio sobre los datos obtenidos, el análisis se segmentara de acuerdo a la Campaña/Programa que se están evaluando, es decir, se analizarán los datos referentes a la campaña **“Mi Cepillo de Dientes”** en un primer punto y luego, el programa **“Recuperemos la sonrisa de nuestros niños”** se analizara en otro punto de este apartado referente a la Tarea N°4.

Como se expone en el Anexo N°1¹¹ referido a la Salud Bucal, los hábitos saludables están en relación a la limpieza de Dientes, Encía y Lengua. Efectuando un análisis de correspondencias múltiples¹² y teniendo presente los resultados obtenidos, se pueden explorar los hábitos de salud bucal para encontrar correlaciones entre dichos hábitos y grupos de individuos. Utilizando los datos provistos por el total de las encuestas relevadas, se pueden identificar 4 grupos de encuestados.

En el Anexo N°1 antes mencionado referido a la Salud Bucal y todo lo que implica en tener una boca saludable, los datos que reflejan un hábito saludable pueden estar en función a la limpieza de Dientes, Encía y Lengua. Efectuando un análisis de correspondencias múltiples¹³ teniendo presente también los resultados obtenidos se pueden explorar los hábitos de salud bucal para encontrar asociaciones entre dichos hábitos y grupos de individuos de hábitos similares. Utilizando los datos provistos por el total de las encuestas relevadas, se pueden identificar 4 grupos de encuestados.

- Grupo 1: **“Hábitos saludables”**. (el 50% aproximadamente) Este grupo se caracteriza por hábitos saludables como higienizar lengua y

¹¹ Ver página N° 47

¹² Es una técnica descriptiva que suele aplicarse al estudio de tablas de contingencia y es conceptualmente similar al análisis de componentes principales con la diferencia de que en el análisis de correspondencias los datos se escalan de modo que filas y columnas se tratan de modo equivalente.

¹³ Es una técnica descriptiva que suele aplicarse al estudio de tablas de contingencia y es conceptualmente similar al análisis de componentes principales con la diferencia de que en el análisis de correspondencias los datos se escalan de modo que filas y columnas se tratan de modo equivalente.

enciás además de dientes, alrededor de dos veces al día involucrando hilo dental y enjuague en algunos casos. Cambian el cepillo de dientes y consultan al odontólogo entre 2 a 3 veces por año.

- Grupo 2: “**Higiene extrema**”. (cerca del 8%) Este grupo se caracterizó por tener hábitos más extremos que el anterior, practicando limpieza de la boca 3 veces al día. Además consultan al odontólogo y cambian su cepillo 3 veces o más al año. Además, una proporción significativa de ellos visitó a un especialista en los 3 meses previos a la encuesta.
- Grupo 3: “**Hábitos básicos**”. (el 35% aproximadamente) Realiza una limpieza básica de su boca, utilizando cepillo para limpiar sus dientes una vez al día. En su mayoría, no higienizan lengua ni encías. Consultan al odontólogo y cambian su cepillo con poca frecuencia.
- Grupo 4: “**Vulnerable**”. (cerca del 5%) Este grupo no realiza higiene diaria ni consulta a especialistas.

En el cuadro comparativo N°3¹⁴ evidencia que todas las localidades mantienen porcentajes similares en relación a la higiene de Dientes, todos ellos iguales o superiores al 94 %. Pero esta concordancia desaparece si se toman como referencia otras dimensiones de esta variable, así por ejemplo en lo que respecta a las Encías Mattaldi es la localidad que más las ha incorporado como zona de higiene -82%- , seguido por Bell Ville con un 70% y Río Cuarto con el 61%. Así mismo estas tres localidades mantienen prácticamente el mismo porcentaje en relación a la Lengua -64%-, este mismo disminuye en Ucatcha al 52% y en Reducción al 43%. En la ciudad de Córdoba se presenta paradójicamente los porcentajes más altos y más bajos, ya que en lo referente a los dientes, el 98% los tiene incorporado como zona de higiene, no ocurriendo lo mismo con la Lengua y Encías -33 y 44% respectivamente-. Específicamente, analizando el nivel de

¹⁴ Se Resaltarán en los siguientes cuadros la localidad de Río Cuarto, siendo esta la que se toma como referencia para el análisis, producto de este 3er informe parcial.

hábito Saludable de la localidad de Río Cuarto respecto a las localidades examinadas, los datos son alentadores distribuyéndose dentro de los grupos 1 (“Hábitos Saludables”) y 3 (“Hábitos Básicos”).

Cuadro N° 3

Localidad/Higiene zona	Dientes	Encía	Lengua
Bell Ville	96%	70%	64,50%
Mattaldi	96%	82%	64%
Río Cuarto	97%	61%	64%
Reducción	94%	51%	43%
Ucacha	94%	52%	52%
Ciudad de Córdoba	98%	44%	33%

En relación a la “Frecuencia del Cepillado al día”, se constata que la ciudad de Río Cuarto posee el hábito más saludable, si se la compara con otras localidades donde se implementó el programa. Puede apreciarse así en el Cuadro N° 4 que más de la mitad de la población de esta ciudad -52,50%- cepilla sus dientes entre 3 o más veces por día. En el otro extremo, se evidencia que la localidad de Reducción presenta en esta variable el hábito menos saludable, ya que el 44,89% de la población encuestada no realiza el mínimo de cepillado diario recomendado por odontólogos. En la ciudad de Córdoba, solamente un 29,5% se encuentra dentro de los parámetros establecidos por los profesionales de la salud bucal. En esta localidad, la mayor cantidad de respuestas (56%) se concentraron en dos cepillados al día.

Cuadro N° 4

Loc./Frec.	Frecuencia Cepillado al día				
	Nunca	1	2	3	más
Reducción	12,24%	32,65%	32,65%	18,36%	4,10%
Ucacha	2%	22%	40%	30%	6%
Mattaldi	4,10%	10,20%	45%	30,50%	10,20%
Bell Ville	5,50%	27%	30%	29,50%	8,00%
Río Cuarto	3%	8%	36%	41,50%	11%
C. de Córdoba	1,5%	13%	56%	27,5%	2%

Un aspecto muy importante referido a la salud bucal lo constituye el cambio de cepillo. En esta variable, la localidad con el hábito más saludable según las encuestas es Mattaldi, ya que el 57% (24%+33%) de su población realiza como mínimo 3 o más cambios de cepillo por año. En el segundo lugar, se ubica la ciudad de Río Cuarto, con el 50%. En esta variable, la localidad de Reducción vuelve a presentar la práctica menos saludable ya que el 54% de su población cambia su cepillo una vez al año o menos. Por otro lado, los encuestados de la ciudad de Córdoba manifiestan en esta variable que el casi 71% cambia su cepillo una o dos veces al año, por lo que se afirma que en esta variable, la amplia mayoría de la población No posee un hábito saludable en este aspecto, según indica el gráfico N° 5.

Cuadro N° 5

Loc./Frec.	Frecuencia Cambio Cepillo				
	No	1	2	3	más veces
Reducción	32%	22%	16%	18%	12%
Ucacha	16%	15%	24%	36%	9%
Mattaldi	8%	20%	15%	24%	33%
Bell Ville	10%	22%	35%	23%	10%
Río Cuarto	5,50%	18%	26%	30%	20%
C. de Córdoba	1,5%	33%	37,5%	26,5%	1,5%

Otra variable que resulta de interés para el presente informe tiene que ver con la concurrencia al odontólogo. Como recomendación para un control correcto de la salud de la boca, se indica asistir una vez al año al profesional. Teniendo este dato presente, se tuvo en cuenta para recabar información cuando fue la última visita que la persona encuestada realizó al especialista. De esta manera como se observa en el cuadro N° 6 la mayoría de los encuestados de las localidades de Río Cuarto y Bell Ville habían realizado la visita aproximadamente tres meses antes de la aplicación del instrumento, arrojando 24% para la primera y un 26% para la segunda. En Mattaldi, Ucacha y Reducción, la mayor cantidad de encuestados la habían realizado aproximadamente un año antes de la aplicación del cuestionario, constituyendo el 32%, el 25% y el 31,25 respectivamente. En la ciudad de Córdoba se presenta en esta variable un hábito poco saludable ya que el 53% de su población hace un año o más que no visita al odontólogo. Ahora bien, tomando a todas las localidades en su conjunto se encuentra que el 18% de la población hace más de un año que no visita al profesional de la salud. Se encuentra nuevamente que Reducción con el 18,75% es la localidad con la menor práctica saludable en esta variable.

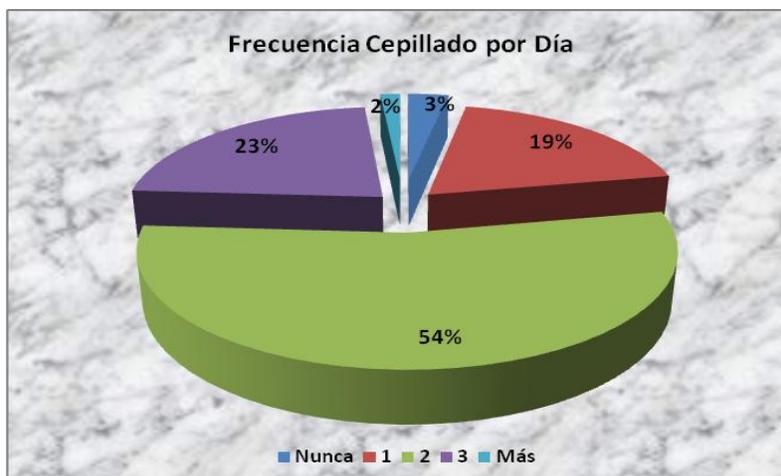
Cuadro N° 6

	Última Visita al Odontólogo						
	Nunca	1 mes	3 meses	6 meses	1 año	Más	No Sabe
Reducción	10,41%	14,60%	8,33%	10,41%	31,25%	18,75%	6,25%
Ucacha	9,00%	23,00%	8,50%	21,00%	25,00%	10,50%	3,00%
Mattaldi	4,00%	13,00%	30,00%	10,50%	32,00%	10,50%	4,00%
Bell Ville	1,50%	21,00%	26,00%	11,00%	18,00%	19,00%	4,00%
Río Cuarto	0,50%	19,00%	24,00%	17,00%	21,00%	16,50%	2,00%
C. de Córdoba	0,50%	19,00%	13,00%	14,50%	20,00%	33,00%	0%

Programa: “Recuperemos la sonrisa de nuestros Niños”. Centro de Atención Primaria de la Salud -CAPS-

Se realizara en este apartado el análisis correspondiente al programa implementado por el Instituto Provincial Odontológico en los barrios de la ciudad de Córdoba donde cuentan con un Centro de Atención Primaria de la Salud. Este programa está orientado a generar hábitos saludables principalmente en los niños.

Gráfico N° 6



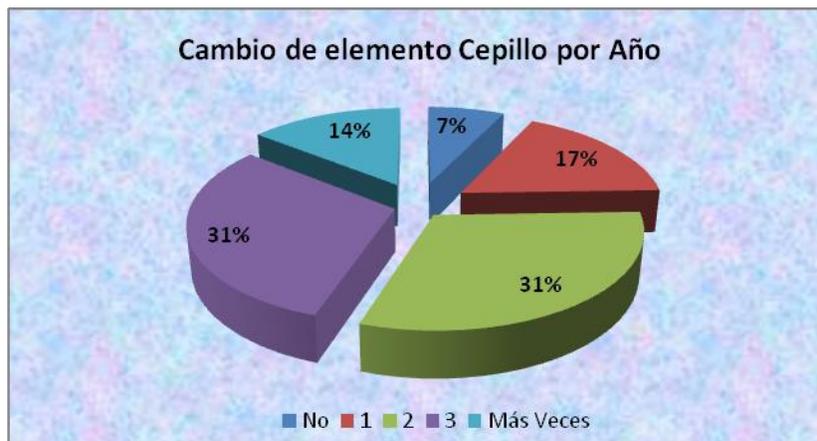
Un predictor fiable de salud bucal es la frecuencia de cepillado por día. Los odontólogos recomiendan hacerlo como mínimo dos veces diarias, o después de cada comida. Como se observa en el gráfico N°4, se encontró que el 2% no realiza este hábito de higiene, mientras que un 19% lo hace sólo una vez al día. El restante 79% se cepilla los dientes dos o más veces por día. Se concluye entonces que el 21% de la población no realiza el mínimo de dos cepillados diarios recomendado por odontólogos.

Gráfico N° 7



La recomendación realizada por odontólogos es que se debe concurrir por lo menos una vez al año a consulta, de esta manera se pueden identificar problemáticas –como caries- y resolverlas a tiempo, antes que se pierdan piezas dentarias, o que surjan complicaciones por la misma enfermedad periodontal. Se encontró, como el gráfico N°5 lo expone, que el 3% nunca realiza la visita y el 26% hace más de un año que no lo hace. Esto quiere decir que el 63% ha realizado esta visita en el último año, mientras el 8% no sabe cuando lo ha hecho.

Gráfico N° 8



Cómo se ha indicado en las sucesivas entregas del proyecto, la importancia del cambio de cepillo al año es grande, ya que es el instrumento con el cual se realiza la mayor parte del higienizado, por ello debe encontrarse en óptimas condiciones. En esta variable se encontró en la población encuestada de los CAPS-CBA (gráfico N°6) que el 7% no realiza el cambio de cepillo, el 17% lo hace una vez al año, y el 31% dos veces. Por lo que solo el 45% de la población posee un hábito saludable en este punto.

Tarea N° 5:

Evaluación los resultados de dichos programas en función a los datos obtenidos.

El relevamiento de datos arrojados por las encuestas permite estimar el grado de participación en los programas que el presente proyecto ha evaluado a fin de saber el alcance en la población destinataria sobre los hábitos de Salud Bucal y si la información brindada ha podido incorporarse en los Hábitos de las personas que participaron en dichos programas.

El estudio muestra que la asistencia o participación a estos dos programas no ha sido lo esperado, según los resultados que se obtuvieron hasta el momento. Del Total de los encuestados, en promedio solo asistieron entre el 5 y el 10%, esto imposibilita elaborar una hipótesis convincente ya la muestra a estudiar no es significativa, aunque esta información, que si bien limita el análisis, puede decir sobre las formas o medios que se utilizan para motivar a la participación y acceso a los mismos. Para ello, un dato importante que brindan las encuestas es sobre con qué medios de comunicación cuenta y cuál es el más utilizado. Los datos que se obtuvieron muestran que para informarse, los individuos encuestados utilizan el **medio Radial** entre un 60 y un 70%, el **medio televisivo** entre un 50 y un 60% y **Gráfica e Internet** entre un 40 y un 50%. Cabe aclarar que la edad es una variable muy representativa cuando se correlaciona con los medios de información utilizados, siendo mayor los Adultos el número encuestado. Esto es importante tenerlo presente para en el futuro y a los fines de incrementar la participación en los programas de salud bucal, utilizar los medios correspondientes y la información que facilite la asistencia.

En el futuro y a los fines de incrementar la participación en los programas de salud bucal, es indispensable tener como referencia cuales son los medios de comunicación correspondientes y la información que facilite la asistencia.

Ahora bien, del porcentaje de participación en la campaña y programa los resultados fueron muy alentadores, como muestra el cuadro N° 7, salvo en la localidad de Uacha donde el porcentaje es el más bajo, el resto de las zonas

encuestadas muestran casi un 90% de efectividad respecto a la aplicación de los conocimientos brindados por estos programas.

Cuadro N° 7

Aplica Conocimiento	
Reducción	100%
Ucacha	50%
Mattaldi	100%
Bell Ville	90%
Río Cuarto	100%
C. de Córdoba	100%

Este es un resultado importante ya que motiva a la insistencia de la aplicación de los mismos teniendo presente las observaciones antes realizadas.

Otro dato a tener en cuenta y que puede estar influyendo en los buenos resultados sobre los Hábitos de la Salud Bucal es el factor de *Agente multiplicador* que puede estar presentándose en los que han asistido a estos programas. Cuando la información resulta atrayente y de importancia para el oyente, este tiene la característica o el interés de difundir lo aprendido o adquirido a otros que por diferentes causas no han participado de las campañas, pero es solo una aproximación en función a los buenos resultados sobre los hábitos de salud bucal sobre el total de los encuestados.

Tarea N° 6:

“Informe vinculado a la evaluación de los programas “Programa Provincial de Salud Bucal “Recuperemos la sonrisa de nuestros niños” y “Mi cepillo de dientes”

Como se explicitó en la primera etapa de este proyecto¹⁵ sobre la importancia en el desarrollo de estos instrumentos valiosos para la sociedad en su conjunto, sabiendo que su fin es educar, en lo que respecta a los programas evaluados, estos revisten el encuadre que apunta a la educación sanitaria. Recordando algunos conceptos que hacen al desarrollo y generación de espacios formativos que concienticen a la población para una mejor calidad de vida, en este sentido el rol de la Educación Sanitaria es crucial; esta “...es una de las acciones fundamentales para el fomento y protección de la salud de la población”. (Salleras Sanmartí: 1985:53), siendo importantísimo el desarrollo de los mecanismos que aseguren a la persona y la población en su conjunto el nivel de vida adecuado y así lograr una mejora de la salud de la comunidad. Según se planteó en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud “...el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (OMS: 1983). De aquí se desprende la necesidad de revisar las perspectivas y las acciones relacionadas con la educación sanitaria a modo de poder alcanzar la meta de salud planteadas por el año 2000, donde la OMS años antes había propuesto examinar “...los métodos y criterios actuales de educación sanitaria con el fin de armonizarlos con los principios de la atención primaria de salud e intensificar las actividades en ese sector” (OMS: 1983). Así mismo, en el “Sexto Informe Sobre la Situación Sanitaria Mundial”¹⁶ se plantea que para el logro de la salud es necesaria la voluntad de la población y el gobierno, y para alcanzarlo es indispensable una educación adecuada. De aquí la importancia de tratar este tema, siendo la educación uno de

¹⁵ Salud Bucal. Campañas de promoción y evaluación de resultados. 1990-2012. Anexo N° 1 pag. 26

¹⁶ Sexto Informe sobre la situación sanitaria mundial, 1973-1977. Parte I: análisis global. Ginebra, OMS, 1981.

los principales problemas de salud, así como la prevención y acciones son actividades fundamentales de la atención primaria de salud.

Sin un proyecto que fomente e integre programas y planes no puede haber políticas públicas, por ello es necesario como punto de partida una planificación estratégica y así, lograr diseñar y gestionar las mismas. Una de las herramientas con la que el estado cuenta para satisfacer la demanda de la comunidad es desde los diferentes Programas de Salud que de sus diferentes organismos ejecuta. Estos programas a su vez deben reunir ciertas características cuyos objetivos de mejora del nivel de salud sean viables, el tiempo, lugar y espacio debidamente establecidos, y las actividades y recursos con los que se cuente sean los necesarios para lograr los objetivos propuestos.

La Previsión de Recursos para que los programas sean llevados adelante y que posibilitara su Ejecución y una vez finalizado, el poder hacer la Evaluación correspondiente, son los elementos que todo planificador debe tener presente.¹⁷

En todo programa de salud no deben faltar las actividades de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y educación para la salud, es decir, ser lo más integral posible para que ningún miembro de la población quede sin su beneficio.

De lo desarrollado y según lo explicitado en la tarea N° 4 del presente proyecto¹⁸ respecto a los fines de los dos programas/campañas a evaluar y de acuerdo a los resultados obtenidos y analizados en las localidades donde se implementaron, haciendo un análisis específico sobre la campaña “*Mi Cepillo de Dientes*”, en función a las variables seleccionadas y los objetivos fijados se observó una muy buena asimilación en los encuestados participantes de la campaña respecto a la Información brindada; los hábitos respecto al cepillado de la dentadura arroja resultados más que satisfactorio como lo es, pero en menor medida la consulta al

¹⁷ Félix de Carlos Villafranca, Manual del Técnico Superior en Higiene Bucodental, 2005, Ed. Mad S.L., España.

¹⁸ Página 22.

odontólogo y por debajo los hábitos de lo que significa el mantener una boca saludable. En este último punto se presenta un inconveniente a nivel general, existe un claro desconocimiento sobre a lo que se refiere con “Salud Bucal” como concepto general y específicamente si a esto se lo vincula con lo referido a lo nutricional, que apunta a la relación Alimentos-Salud Bucal, sobre cómo afecta tanto en beneficio como en detrimento los alimentos en la Salud de la boca, los resultados indica un porcentaje bajo de información; como paralelo a estos datos, en aspectos generales se estaría ubicando el total de la población encuestada en la media saludable, de acuerdo a los parámetros establecidos por los profesionales en Salud Bucal, con picos de precariedad preocupantes en zonas que necesitarían en un plazo no muy extendido la implementación de Campañas y o Programas.

De la baja participación que arrojó la muestra y los resultados a nivel general sobre los hábitos de higiene, posibilita la conjetura que los individuos sean también extensores de los conocimientos adquiridos a diferentes miembros de su comunidad. Cabe destacar que la localidad de Reducción, que presenta puntos críticos que la posicionan como una zona con mayor vulnerabilidad sobre los hábitos saludables de la boca, principalmente en los jóvenes, todo respondiendo a los parámetros sobre los objetivos de la campaña implementada, lo que marca una necesidad del reforzamiento para el incentivo de los hábitos de higiene bucal en esta localidad primeramente.

El Programa odontológico provincial *“Recuperemos la sonrisa de nuestro niños”*, apuntó a los barrios más precarios de la ciudad de Córdoba cuya vinculación directa con la población fue realizada a través de los CAPS. Estos centros no se encuentran dentro de cada barrio, sino por la periferia. Los resultados que arrojaron los individuos encuestados fueron muy positivos por las características socioeconómicas de las zonas. Se presentó un bajo nivel respecto a la Educación, un bajo porcentaje de habitantes ha podido finalizar el secundario, realidad que no puede pasar desapercibida sabiendo que este programa es específicamente Formativo. Lo que se obtuvo es una alta asimilación y aplicación de los

conocimientos facilitados. Los hábitos respecto al cepillado de dientes en promedio se ubica dentro de la media saludable, entre 2 y 3 veces al día, sobre la consulta al odontólogo, los datos muestran que los individuos, de la información consultada a los profesionales en hospitales y centros de salud han sido muy bien incorporada, siendo esta la herramienta formativa que tienen a su alcance. Respecto a los hábitos en general sobre en el cuidado de la boca, se presenta el mismo inconveniente que se explicita en la campaña “Mi Cepillo de Dientes” respecto a la relación alimentación-salud bucal. Existe un claro desconocimiento sobre esta vinculación y según informes odontológicos y nutricionales, lo significativo en su incidencia a nivel de Salud Bucal.

Como casos preocupantes se presentan los barrios Juan Pablo II, El Chingolo y Mis Sueños, siendo estos los que requieren, de existir, una intervención desde la educación sanitaria para mejorar los hábitos de higiene bucal.

Ahora bien, tomando como referencia los resultados totales, sin distinguir entre campaña/programa, se puede inferir que si bien, el alcance no fue el deseado, ya que el porcentaje de participación en ambas campañas, según los individuos encuestados fue escasa, lo que estaría indicando la posibilidad de un desajuste en la difusión o una insuficiente utilización de los medios o recursos de comunicación para dar a conocer las actividades propuestas. Ahora bien, de los resultados se observa que casi un 75% de los encuestados desconocería el término o lo que contempla la Salud Bucal, vinculando este dato con la desinformación respecto a la relación Alimentación-Salud Bucal.

Al centrarse el estudio en aquellos que respondieron haber participado en el Programa/Campaña, se deriva de los datos analizados una alta receptividad de la información brindada a la población encuestada que reconocer haber participado de la instancia formativa, por lo que se podría concluir un acierto en el área de ejecución y el recurso humano utilizado, con valores estadísticos muy alentadores en lo que respecta a la posibilidad de una reinserción de los programas/campañas en el espacio geográfico seleccionado.

Tarea N° 7:

“Identificación de los hábitos a incorporar en los beneficios de las políticas de Salud Bucal”.

Los objetivos de los programas evaluados toman aspectos esenciales y fundamentales para mantener un hábito de higiene bucal saludable como lo son el cepillarse al menos tres veces al día, consultar al odontólogo como mínimo una vez al año e informar en aspectos generales respecto al cuidado de la boca, ya que no solo es la limpieza de las piezas dentales desde el cepillado lo que hace a la higiene bucal, sino higienizar las encías y lengua, generando así una calidad de vida más saludable.

Respecto a estos aspectos, los datos reflejan una necesidad de reforzar y revalorizar el hábito sobre la **limpieza de la Lengua**. Es importante remarcar que fomentar este hábito ayuda en gran medida a disminuir uno de los principales problemas del mal aliento como la halitosis, ya que ayuda a eliminar esa mucosa blanca que se forma en la superficie de la misma (que da color blanco a la Lengua) la cual se transforma en alimento para la bacteria causante de este problema y que estadísticamente lo padecen 1 de cada 4 personas.

Otro dato significativo refiere al **cambio de cepillo**; este hábito, si bien es una de las variables dependientes del ingreso económico del individuo, cumple una función relevante para no contraer infecciones en las piezas dentales. Se evidencia valores muy bajos que estarían cumpliendo con los requerimientos de prevención para un hábito saludable, lo que llevaría a una necesidad de fortalecer esta práctica.

Del conocimiento que la población encuestada manifestó tener resulta substancial añadir a los objetivos el brindar información sobre cómo afecta la alimentación, sobre todo, alimentos que benefician la salud como aquellos que no tienen ningún aporte, no solo al cuidado de la boca, sino a una vida saludable.

Sucesivos estudios muestran como los componentes de los alimentos que generan residuos en la boca, como por ejemplo los carbohidratos -combustible para las bacterias causantes de la caries- puede empezar a formar placa bacteriana sobre las piezas dentales antes de la media hora después de haber ingerido los alimentos.

Incorporar al equipo de profesionales a especialistas de la alimentación que brinden y asesoren sobre un plan nutricional adaptado a las circunstancias culturales del lugar o zona donde se implementa la campaña, es decir, si el lugar seleccionado para la ejecución del programa presenta aspectos precarios desde lo socioeconómico, ofrezcan diferentes posibilidades sobre alimentos que sean accesibles para los individuos a los que se está informando. La limpieza frecuente junto con la limitación de alimentos ricos en azúcares, reemplazándolo por otros sustitutos que ayuden al cuidado por ejemplo, puede contribuir a prevenir el deterioro de las piezas dentales.

Tarea N° 8:

“Identificación de necesidad de reformulaciones en las políticas de Salud Bucal existentes, y aspectos a considerar para la formulación de futuras políticas de Salud Bucal”.

La necesidad de reforzar las campañas/programas en las diferentes localidades de la provincia, es porque existe una alta correlación entre hábitos saludables de higiene bucal y asistencia a las campañas.

Cada vez que el Estado implementa o promueve desde la Educación Sanitaria hábitos saludables en la población, esta es recibida satisfactoriamente e incorporada a su vida cotidiana, en especial medida produce un gran impacto e importantes modificaciones a lo largo del tiempo en los sectores más vulnerables en términos socioeconómicos. Es por eso que se estimula a continuar con estos programas/campañas teniendo presentes, luego de todo lo analizado, las siguientes propuestas que mejorarían no solo el nivel de este instrumento del Estado, sino propiciaría un mayor alcance y un incremento en la calidad de vida de los ciudadanos.

1. Lo primero que surge, desde un posicionamiento más teórico y luego de consultar el sitio web del Ministerio de Salud de la Nación, específicamente en lo que respecta a Salud Bucal, eje central de este informe, se hace indispensable redefinir el concepto y herramientas que en dicho portal figuran ya que solo se atiende a la necesidad de la limpieza de las piezas dentales pero no se destaca la importancia de higienizar Encías y Lengua también como parte constitutiva del cuidado e higiene de la Boca. Como ya se analizó, el solo cepillar los dientes no asegura una boca saludable, agregando que una infección en estas dos áreas (encía y lengua) deja en una situación altamente vulnerable a las piezas dentales.

2. Ampliar y profundizar la información que se brinda respecto a la relación entre Alimentación y Hábitos de Salud Bucal. Se consultó a una especialista¹⁹ en este tema para dar mayor sustento a esta relación argumentando que es de vital importancia, lo que se ingiere, no solo desde los restos de comida que queden depositados en algún área de la boca pueden producir infecciones o enfermedades, sino como el proceso de asimilación y descomposición de los alimentos en el sistema digestivo a través de los jugos gástricos (compuestos por ácidos necesarios para digerir las proteínas) pueden generar el *reflujo* -ir en contra del flujo normal de los alimentos- *gastroesofágico* influyendo indirectamente en la generación de infecciones en la zona de la boca.

3. Sabiendo que las Campañas/programas analizados en este informe apuntan principalmente a los Niños como franja etaria elegida para instrucción de los hábitos de higiene bucal, los resultados muestran una vulnerabilidad entre los jóvenes (principalmente) y los adultos mayores que es preocupante. Los datos indican como el adulto mayor, todo lo no aprendido en la etapa de la juventud, la integración de los conocimientos es más compleja. Es por esto que resulta de gran interés incluir en las Campañas/Programas espacios de vinculación intergeneracional. Sobre este tema se elaboró en el Consorcio Internacional para los Programas Intergeneracionales (ICIP), a finales de la década del '90 un concepto referido a lo que es y engloba un programa intergeneracional²⁰ diciendo que *“los programas intergeneracionales son vehículos para el intercambio determinado y continuado de recursos y aprendizaje entre las generaciones mayores y las más jóvenes con el fin de conseguir beneficios individuales y sociales”*. Esta concepción fue revisada por un grupo de profesionales latinoamericanos enunciando que *“los programas intergeneracionales son medios, estrategias, oportunidades y formas de creación de espacios para*

¹⁹ Licenciada en Nutrición, sra. Romina Gisele Sosa. M.P. 2901

²⁰ Conceptos extraídos del sitio web <http://envejecimientoactivo.wordpress.com/>

el encuentro, la sensibilización, la promoción del apoyo social y el intercambio recíproco, intencionado, comprometido y voluntario de recursos, aprendizajes, ideas y valores encaminados a producir entre las distintas generaciones lazos afectivos, cambios y beneficios individuales, familiares y comunitarios, entre otros, que permitan la construcción de sociedades, más justas, integradas y solidarias". Resulta de interés la utilización de este instrumento para incrementar el nivel de hábitos saludables teniendo un doble efecto, generar la posibilidad de disminuir la vulnerabilidad y revalorizar la figura del adulto mayor re-significando su rol en la sociedad, algo que se está aplicando en muchos países del mundo.

4. Vinculación Estado/Universidad, específicamente desde la carrera de Odontología, trabajar mancomunadamente entre los ejecutores de los programas/campañas y la facultad de Odontología facilitando espacios de prácticas profesionales a través de la colaboración de actividades, control y formación a futuros individuos donde se ejecute nuevamente dichas instancias informativas y así, contando con un mayor número de recurso humano idóneo para este trabajo, abarcar más zonas o incrementar la periodicidad de la ejecución. Esta propuesta tendría también un doble sentido, por un lado que el Estado y la casa de altos estudios (en este caso la Universidad Nacional de Córdoba; Facultad de Odontología) trabajen en conjunto en pos de una mayor calidad de vida para los ciudadanos, vinculación muchas veces demandada por diferentes actores de la sociedad; y por otro lado facilita a los estudiantes mayor accesibilidad respecto a su formación en las prácticas profesionales.
5. Por último, rescatar la propuesta realizada en la primera etapa de este proyecto, que tiene que ver con la generación de una base de datos donde cuente con toda la información respecto a los programas y campañas que los sucesivos gobiernos lleven adelante para poder evaluar eficientemente su aplicación y de ocurrir inconvenientes – no cumplir con algún objetivo propuesto- brindar soluciones en la inmediatez.

ANEXOS

ANEXO 1

SALUD BUCAL²¹

En el presente anexo se pretende una conceptualización teórica de dicho término, así como la implicancia de factores sociales. También, se explicitan ciertos hábitos y cuidados necesarios a modo de prevenir posibles patologías bucodentales.

Concepto

Se entiende por salud bucal como el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y de su estructura de sostén, así como a las partes que rodean la cavidad bucal; estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial. Las enfermedades dentales, por su alta prevalencia, son una de las principales causas sanitarias de sufrimiento de la población. Afectan a la salud general de cada persona, ocasionando dolor, ansiedad y molestia, pero también afectan sus relaciones sociales, autoestima y en definitiva, su calidad de vida.

Así cómo ha evolucionado el concepto de salud, reconociendo un gran número de componentes y no solo tiene que ver con aspectos físicos y biológicos, sino que incluyen otros factores como son el psicológico, social, también lo ha hecho el de salud bucal, el cual ha cambiado desde el nivel biológico *“en que la cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y la deglución, hasta los niveles sociales y psicológicos, donde contribuyen con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial. La salud bucal también se ha definido como dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado, enfatizando que es componente integral de la salud, por lo que se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir...”*²²

²¹ Parte de este material fue consultado y extraído de la primera etapa del Proyecto “Salud Bucal. Campañas de promoción y evaluación de Resultados. 1980-2012”.

²² <http://saludbucalmx.blogspot.com.ar>

Consideraciones Sociales. Hábitos y cuidados en la Salud Bucal

Actualmente lograr una buena salud bucal es reconocer, “como elemento importante para el bienestar físico y social de las personas. Los dientes son importantes para comer y por razones estéticas.” (Axel Kroeger y Ronaldo Luna:1992). En esta instancia se observa la incidencia que tiene una buena dentadura y la relación con factores sociales, como sería lograr un puesto de trabajo, pertenecer a un grupo de pares, etc. “Los dientes cariados y los problemas de salud oral, se cuentan entre las causas más importantes de ausentismo laboral. Los niños con salud oral pobre o que sufren abscesos y dolores de dientes no pueden aprender bien en la escuela, y tienden a interrumpir sus estudios debido a problemas asociados con atención odontológica. (Axel Kroeger y Ronaldo Luna: 1992). Como expone un comité de expertos de la OMS, las enfermedades dentales no ponen en peligro la vida, pero “...tienen un efecto pernicioso en la calidad de vida desde la infancia hasta la ancianidad, pues influyen en la autoestima, la capacidad para alimentarse, la nutrición y la salud.” (OMS: 1983). Los dientes poseen un componente importante en las sociedades modernas, ya que se asocian a un cuidado del aspecto personal, siendo el rostro de una persona la clave de la integración en la sociedad, y los dientes desempeñan un papel importante en el habla y la comunicación. Además el hecho de tener dientes y encías sanas es fundamental para impedir el ingreso de agentes infecciosos en el cuerpo y para eliminar incomodidades sociales como sería tener mal aliento.

Para prevenir la aparición de caries y enfermedades periodontales y por ende, lograr una higiene bucal adecuada es necesario proporcionar ciertos cuidados para que la boca luzca y huelga bien. La mejor forma de evitar una enfermedad es actuar antes que ésta enfermedad comience, por esto las técnicas que pueden evitar que la boca se enferme son:

- La higiene bucal
- La aplicación de flúor
- Una dieta adecuada
- Visita odontológica

A continuación se realizara una descripción de los términos anteriormente mencionados.

Higiene Bucal: hábitos y cuidados

Los más común para realizar la higiene bucal es el uso del cepillado dental, pero también "...se pueden utilizar varios instrumentos: - ramitas de una planta fibrosa [...] -pequeñas brocha hecha con fibras naturales, -esponja amarrada a la punta de un palito. Lo más importante es entender qué se quiere hacer con un cepillo" (Axel Kroeger y Ronaldo Luna: 1992) Por eso, es importante comprender que la higiene bucal se logra a partir de los cuidados diarios que brindamos a nuestra boca ayudando a tener los dientes limpios y no encontrar restos de alimentos, que las encías presenten un color rosado, que no duelan ni sangren durante la limpieza con cepillo o hilo dental y que el mal aliento no sea un problema constante. Además impiden problemas posteriores, reduciendo significativamente el desarrollo de caries, enfermedades de las encías, entre otros problema dentales. Estos cuidados consisten en: -cepillado profundo a partir del uso de cepillo, hilo dental y enjuague bucal.

Existen numerosas técnicas de cepillado de dientes, y seguramente una son mejores que otras, pero lo importante es que se realice el cepillado. "La técnica más fácil para aprender es haciendo movimientos desde las encías hacia los dientes, es decir de arriba hacia abajo en los dientes superiores, y de abajo hacia arriba en los inferiores [...] no haga movimientos de izquierda a derecha..." ya que de esta manera "...lastima los dientes y las encía." (Axel Kroeger y Ronaldo Luna: 1992). Es recomendable la limpieza de dientes, encías y lengua, y que se lleve a

cabo después de cada comida, siendo la limpieza previa a dormir la más importante, a modo de que los alimentos no se queden tanto tiempo en la boca.

El uso del hilo dental permite sacar los restos de alimentos entre los dientes, limpiando de esta manera la superficie de los dientes donde no se alcanza con el cepillo de dientes, efectuándose esta técnica una vez al día. Se necesita aproximadamente 30 cm de hilo, el cual se estira y se la desliza realizando una suave presión para introducirlo entre los dientes, llegando a las encías, volviendo hacia el extremo del diente con movimiento de raspado suave. Se repite el procedimiento explicado anteriormente, en la cara lateral del diente vecino y se pasa al espacio interdentario siguiente, limpiando así todas las caras laterales de todos los dientes. Resulta importante destacar que la limpieza de los dientes se efectúa con partes de hilo dental que no se haya usado.

Aplicación de Flúor

El flúor es un elemento químico que se encuentra en diferentes concentraciones en el agua y en algunos alimentos (te, manzana, pescado y mariscos, el pollo, la gelatina y la espinaca), así como también en la pasta dental. “La suministración de flúor efectúa un aumento de la resistencia de la superficie del esmalte del diente a la agresión de los ácidos. Así los ácidos no pueden disolver fácilmente el esmalte del diente y más difícilmente producen huecos. También [...] impide parcialmente la formación de la placa bacteriana. (Axel Kroeger y Ronaldo Luna:1992). Es decir ha demostrado tener un efecto anticaries, por lo que los odontólogos la incorporan como una de las principales medidas preventivas para combatir las caries dentales, a través de la aplicación tópica de barnices y geles con altas concentraciones de fluoruro, lo que se ha podido comprobar que hace más resistente al esmalta de los dientes, elimina las bacterias que producen caries, evita que los dientes sean dañados por las bacterias y ácidos que se producen luego de la ingesta de alimentos y al no ser correctamente cepillado los dientes.

Así mismo, se adopta como medida de salud la florización del agua, de ahí también resulta importante contemplar e identificar el agua que bebemos, porque puede ocasionar problemas bucodentales, entre otras enfermedades.

Alimentación y Nutrición

Tomando como referencia a Villafranca (2005), se entiende que “la nutrición es la ciencia que estudia los alimentos, los nutrientes y otras sustancias conexas, [...] así como el proceso por el que el organismo dirige, absorbe, transporta, utiliza y elimina sustancia alimenticia; además se ocupa de las consecuencias sociales, económicas, culturales y psíquicas de la ingestión de alimentos.”

El autor expone, que la dieta y la nutrición actúa en forma perentoria en el desarrollo dental interviniendo en la integridad de tejidos gingivales y de la boca, la fortaleza de huesos y la prevención y el tratamiento de enfermedades estomatológicas. Es decir que durante toda la vida siguen afectando dientes, huesos e integridad de la mucosa de la boca así como la resistencia a las infecciones y longevidad de las piezas dentales.

Este autor continua explicando que “la dieta tiene un efecto local en la integridad de las piezas es decir como el tipo, la forma y la frecuencia de comidas y bebidas consumidas tiene un efecto directo en los dientes. La nutrición ejerce un efecto general o sistémico y el impacto que en esta esfera tiene la ingesta de nutrientes afecta el desarrollo y conservación de la cavidad bucal. La nutrición y la dieta influyen poderosamente en la cavidad bucal, pero también es válida la situación contraria, es decir el estado de la cavidad mencionada también influye en la capacidad del sujeto para consumir una dieta determinada y en equilibrio posterior de nutrientes. [...] La dieta y la nutrición son importantes en todas las fases de desarrollo, erupción y conservación de piezas dentales.

Una vez que las piezas han aparecido, la dieta y la ingesta de nutrientes siguen influyendo en el desarrollo y mineralización de los dientes, dan potencia y fortaleza al esmalte y también afectan los patrones de erupción de las piezas restantes. Los efectos locales de la dieta, en particular los carbohidratos fermentables y la frecuencia de comidas, son los factores que rigen la producción

de ácidos orgánicos por parte de bacterias de la boca y la rapidez con la que evolucionan las caries.” (Villafranca: 2005). Por esto es fundamental comer lo menos posible azúcar, caramelos, golosinas o bebidas embotelladas, y harinas. Pero como es imposible suspender estos alimentos por completo en la vida de una persona, es que se recomienda comer dulces una vez al día y luego lavarse los dientes, que comer varias veces a lo largo del día. Lo recomendable es la incorporación de “...alimentos fibrosos y duros que reducen significativamente la acumulación de placa bacteriana sobre los dientes y que favorecen el proceso de masticación y la fisiología bucal, en general, mediante una mayor secreción de saliva y movimiento de los músculos de lengua y mejillas que facilitan la autolimpieza” (Axel Kroeger y Ronaldo Luna: 1992)

Para que las personas logren una alimentación adecuada es necesario un conocimiento básico del aporte nutricional que nos brindan los alimentos y saber qué necesitamos comer para estar bien. Por esto es fundamental, que la educación sanitaria desempeñe un rol importante a modo de poder conducir a las personas para consumir alimentos sanos. “La educación de la gente en materia de salud nutricional es el asunto más importante para fomentar la salud individual y colectiva.” (Villafranca: 2005)

Por otra parte, según lo establece el comité de expertos de la OMS, algunos datos sugieren que las periodontopatías avanzan con más rapidez en las poblaciones desnutridas, teniendo la desnutrición un papel importante en las infecciones bucodentales.

Visita Odontológica

Así mismo, es necesario concurrir regularmente al odontólogo, como medida preventiva, ya que nos ayudará a desarrollar técnicas de higiene bucal y detectar las áreas que demandan una atención especial durante la limpieza de la boca, además nos trasmite la correcta manera de cepillar los dientes y cómo utilizar el hilo dental.

Además el profesional emplea diferentes procedimientos como la aplicación de flúor, acción que es complementaria “a la colocación de sellantes de fosas y

fisuras, ya que el flúor actúa protegiendo la superficie dentaria, los sellantes se introducen en las llamadas fosas y fisuras para evitar que los restos de los alimentos y bacterias penetren en ella, cariendo así el esmalte”.(Pág. Web.odontomarketing)

Es importante destacar que la primera visita del niño al dentista debe ser antes de cumplir los tres años de edad, ya que el chequeo odontológico temprano en la vida de un niño permite tener experiencias positivas.

ANEXO N°2:

Manual de Procedimiento

Estudio de opinión pública

Salud Bucal. Campañas de Promoción y Evaluación de Resultados. Segunda Etapa

Manual de procedimientos

Mayo, 2014

Índice

1. Introducción	1
2. Funciones del coordinador	1
3. Funciones del encuestador	2
4. Selección de la muestra	3
5. Formularios a completar	4
5.1. Hoja de ruta	4
5.2. Cuestionario	4
6. Registro de las respuestas	4
7. Otras consideraciones	5

mas e instrucciones que permitan orientar y facilitar el trabajo de campo. Se encuentra dirigido a encuestadores y coordinadores, quienes lo utilizarán como instrumento de referencia principal en su importante labor de recolectar información. La correcta ejecución de esta labor asegurará el éxito del estudio de campo y permitirá garantizar la fiabilidad de los resultados de ambos proyectos de investigación.

Esperamos que ésta sea una experiencia de aprendizaje, enriquecedora para todos los que participamos en ella. Contamos con tu colaboración y deseamos poder replicarla y mejorarla en el futuro.

1. Introducción

El presente estudio de campo es organizado por el CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES. Tiene por objetivo principal identificar conocimientos y hábitos de los cordobeses acerca de la salud bucal.

El presente manual de procedimiento ha sido confeccionado con el propósito de establecer definiciones, procedimientos, nor-

2. Funciones del coordinador

El/la coordinador/a es la persona responsable de garantizar que se lleven a cabo los procedimientos necesarios y adecuados para aplicar la encuesta y así recoger la información requerida. Se encarga de velar por la precisión y calidad de los datos recopilados. Tiene bajo su cargo a un número determinado de encuestadores/as a quienes debe organizar, dirigir y controlar durante

todo el proceso de aplicación de las encuestas.

A continuación se detallan las principales tareas que debe llevar a cabo un/a coordinador/a.

Leer el manual del procedimientos. Es importante que el/la coordinador/a conozca a la perfección el presente manual. Este conocimiento le permitirá realizar su labor con solvencia.

Consultar todas las dudas. Deberá consultar toda inquietud que se le presente al responsable de la investigación y/o a la persona encargada de la metodología del estudio de campo.

Asistir a la capacitación. Deberá participar de la capacitación de los encuestadores que están a su cargo, para poder establecer una relación cordial y fructífera basada en el encuentro presencial.

Mantener comunicación periódica con los encuestadores a cargo. Debe estar al tanto de desarrollo del trabajo de campo por parte de los encuestadores. Debe informarlos de cualquier modificación metodológica inmediatamente se produzca.

Dirigir el trabajo de los encuestadores. El/la coordinador/a es la persona encargada de asignar la carga de trabajo a cada encuestador/a. Es decir, el número de cuestionarios a realizar, la localización geográfica de la encuesta y los plazos de ejecución.

Provisión de los materiales de trabajo. El/la coordinador/a es la persona encargada de distribuir todo el material necesario para la labor de los encuestadores.

Controlar el material recibido. Una vez finalizado el trabajo y le sean entregados los cuestionarios, el/la coordinador/a revisará cada uno de ellos a fin de verificar que estén completos y que hayan sido llenados en forma correcta. Si encuentra algún error, devolverá el o los cuestionarios al encuestador/a, quien deberá corregir los datos equivocados o completar la información ausente mediante una consulta directa con la persona encuestada.

3. Funciones del encuestador

El/la encuestador/a es la persona encargada de llevar a cabo la encuesta. Es decir, de aplicar los cuestionarios, haciendo las preguntas, escuchando y registrando las respuestas de las personas encuestadas. Todo ello debe realizarlo de acuerdo a los procedimientos y normas planteadas en el presente manual.

El trabajo de un/a encuestador/a es fundamental, pues de él o ella depende en gran medida que la información recopilada sea confiable, completa y de alta calidad.

A continuación se detallan las principales tareas que debe llevar a cabo un/a encuestador/a.

Leer el manual de capacitación. Es importante que el/la encuestador/a conozca a la perfección el presente manual a los efectos de que pueda realizar su labor con solvencia.

Consultar todas las dudas. Deberá consultar toda inquietud que tenga al coordinador/a de campo. Si por alguna situación en las viviendas seleccionadas es imposible realizar la encuesta, el/la encuestador/a debe comunicárselo inmediatamente al coor-

dinador/a para que éste pueda determinar una solución adecuada.

Asistir a la capacitación. En esta oportunidad tomará contacto presencial con el resto de los integrantes del proyecto de investigación. La calidad y calidez de la relación es fundamental que realizar la labor con motivación y compromiso.

Respetar las instrucciones. Excepto cuando el/la coordinador/a se lo indique, no debe apartarse de las normas establecidas en el presente manual.

Mantener comunicación periódica con el coordinador. Deberá comunicar el grado de desarrollo de su tarea al coordinador/a, a fin de que el mismo pueda efectuar con tiempo y efectividad los cambios que sean necesarios.

Solicitar la información a la persona entrevistada en forma cortés. Deberá presentarse a cada entrevistado/a tal como lo indica el encabezado del cuestionario, y realizar la entrevista únicamente a aquellas personas que aceptan ser entrevistadas. Sostendrá una conducta adecuada durante todo el trabajo de campo y especialmente durante la encuesta. Recuerde que representa a una institución específica y es la imagen visible de la institución. Lleve siempre consigo, durante el trabajo de campo, los documentos y distintivos que lo acreditan como encuestador/a.

Enviar en tiempo y forma los cuestionarios completos. Deberá contar con la disponibilidad de tiempo necesaria para aplicar las encuestas en los horarios que indiquen las personas a ser encuestadas. Realizar las encuestas exclusivamente median-

te visitas personales y aplicar correctamente el cuestionario. Es importante que revise cada cuestionario y formulario para asegurarse de que todas las preguntas fueron realizadas y que todos los datos solicitados han sido colocados.

4. Selección de la muestra

Una muestra es un conjunto de casos o individuos representativos de una población determinada. Para que una muestra sea representativa debe elegirse cuidadosamente para que refleje las características, opiniones, creencias y atributos de la población total o grupo completo que se estudia. La inclusión de sujetos en la muestra debe ser realizada mediante una técnica de muestreo, que permita posteriormente generalizar la información obtenida a toda la población en estudio.

Punto muestra. La manzana seleccionada.

Recorrido en la manzana. Comienza en la esquina NOR-OESTE y se gira con la mano derecha sobre la pared, como indican las flechas en la figura.

Frecuencia de muestreo. Se encuesta la vivienda ubicada en la esquina noroeste y luego, sistemáticamente, una cada dos viviendas¹. En el conteo de frecuencia tener en cuenta sólo viviendas; en los casos que se preste a confusión, consultar en el lugar; si no hay a quien consultar, contar como vivienda.

¹El coordinador puede indicarle otra frecuencia de selección.

Selección aleatoria del encuestado. Una vez que es atendido por un mayor de 14 años en la vivienda, pregunte

¿Cuántas personas mayores de 14 años integran el hogar?

Luego utilice la Tabla de Selección Aleatoria para seleccionar al encuestado. Debe cruzar la columna correspondiente a la cantidad de integrantes en el hogar con la fila correspondiente al cuestionario. El número en la celda indica el integrante a encuestar, en orden de edad ascendente. Por ejemplo, cuando aplica el 3er cuestionario, si en el hogar hay 5 integrantes, busca en la fila 3 y columna 5 y encuentra un número 2, indicando que debe encuestar al segundo integrante más joven del hogar.

Reemplazos por no respuesta de persona seleccionada. El reemplazo se realiza por la persona edad más cercana a la seleccionada en primer lugar.

5. Formularios a completar

5.1. Hoja de ruta

Dispondrá de varias planillas para completar. La primera de ellas contiene la hoja de ruta. Cada carilla contiene ocho formularios numerados. Debe utilizar un formulario para cada vivienda seleccionada, sin importar si se lleva a cabo la encuesta o no.

- Deberá completar el número de cuestionario que se aplicó en la vivienda, dejando sin completar este dato cuando la encuesta no se puede realizar.
- Deberá completar la dirección de la vivienda, sin importar el resultado de la encuesta.

- Escribirá en el cuadro de observaciones, todo lo que considere conveniente.

Es importante que complete correctamente este formulario, para poder realizar un control de la tarea una vez finalizado el estudio de campo y poder acudir a la vivienda en caso de requerir correcciones a las respuestas del cuestionario. *Importante: No debe mencionar al encuestado que usted anota estos datos. Complete este formulario una vez que se despidió.*

5.2. Cuestionario

Una vez que la persona acepta ser entrevistada, aplique un cuestionario. El mismo consta de una presentación, 9 secciones de preguntas y una sección final para indicar la calidad de la vivienda.

El cuestionario contiene aclaraciones escritas en «*itálica*» que no debe leer al encuestado, utilícelas como una guía para su trabajo. También presenta otras indicaciones «no leer» en algunas opciones de respuestas. Cada pregunta contiene la posibilidad de marcar cuando el encuestado se niega a responder «Nc» y cuando no sabe que responder «Ns».

Importante: En ningún caso se pueden marcar más de una opción. Todas las preguntas tienen respuestas mutuamente excluyentes. Si el encuestado no puede decidirse por una, marque la opción por la que se inclinó en primera instancia.

6. Registro de las respuestas

Una vez finalizado la etapa de recolección de información, los cuestionarios son procesados por un software de reconocimiento de marcas, que facilita la tarea de tabulado de los datos. Para que las marcas sean recono-

cidas de forma correcta es fundamental que se respeten las siguientes instrucciones:

- Utilice una lapicera de color negro trazo grueso. Evite el uso de lápices claros, o lapiceras de color rojo o verde.
- Utilice exclusivamente una cruz para las respuestas correctas.
- Tache completamente el cuadro cuando se equivoque.
- No remarque sus respuestas con la intención de hacerlas más legibles.

La única marca válida para una respuesta correcta es  y la única marca válida para una respuesta corregida es .

Los siguientes ejemplos son marcas inválidas: Lápiz en lugar de lapicera  (demasiado claro), respuesta remarcada  (demasiado oscuro).

Los siguientes ejemplos son correcciones inválidas: relleno incompleto  (debe pintar todo el cuadro para anular la respuesta), abandono de marca  (en este caso debe tachar todo el cuadro o el sistema lo confundirá con una respuesta correcta).

Es importante que no realice cruces demasiado grandes que puedan confundir al software marcando respuestas que no corresponden, por ejemplo



En caso de las preguntas abiertas, escriba la respuesta en el recuadro con letra clara y de forma concisa.

Por último, bajo ninguna circunstancia tache secciones ni preguntas. Si desea hacer acotaciones que considera que pueden ser útiles para los investigadores utilice el margen cuidando de no escribir sobre algún casillero, o bien utilice el espacio de observaciones del formulario de vivienda.

7. Otras consideraciones

- Si es necesario puede aclarar que la encuesta no se realiza con el objetivo de obtener información para alguna empresa o partido político.
- Nunca alterar o ignorar la información u opiniones proporcionadas por las personas entrevistadas. Adulterar y/o excluir información es algo que no es permitido bajo ninguna circunstancia.
- Nunca falsear información. No se debe completar los cuestionarios o preguntas que hayan quedado en blanco con información falsa; es decir, que no haya sido brindada por los y las entrevistadas.
- No se debe presionar u obligar a los y las entrevistadas para que proporcionen la información requerida en la encuesta.
- Respetar las respuestas y opiniones de las personas entrevistadas.
- En ningún caso se debe inducir o sugerir las respuestas de las personas encuestadas. Ni suponer respuestas, basadas en apreciaciones subjetivas sobre la condición socioeconómica del encuestado.
- Bajo ningún motivo se debe ofrecer alguna recompensa o hacer falsas promesas a cambio de brindar la información solicitada en la encuesta.
- Nunca se debe divulgar, repetir o comentar la información u opiniones proporcionadas por la persona entrevistada; así como tampoco mostrar a personas ajenas al estudio los cuestionarios

Proyecto: Salud Bucal. Campañas de Promoción y Evaluación de resultados.
Segunda Etapa

que hayan sido completados. Recordar siempre que la información brindada es CONFIDENCIAL.

Desde ya, te deseamos mucha suerte en tu labor y te agradecemos por tu colaboración en el proyecto.

Proyecto: Salud Bucal. Campañas de Promoción y Evaluación de resultados.
Segunda Etapa

ANEXO N° 3:

CUESTIONARIO / ENCUESTA

Consejo Federal de Inversiones

SALUD BUCAL. CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS. SEGUNDA ETAPA

Instrucciones

Utiliza lapicera negra trazo grueso.
Marca con una cruz la respuesta.
Si te equivocas tacha la incorrecta.

0.1. CAPS / Barrio / Localidad

0.2. Fecha

0.3. Encuestador

1. Identificación del Individuo

1.1. Género

Varón Mujer

1.2. Edad

1.4. ¿Cuál es su estado civil? *Sólo la última situación.*

Soltero/a en Pareja Casado/a
 Separado/a Divorciado/a Viudo/a
 Nc ^{no} leer

1.3. ¿Cuál es su parentesco con el Jefe/a de hogar?

Jefe/a Cónyuge Hijo/a
 Yerno/a Nieto/a Padre/Madre
 Suegro/a Otro familiar No familiar

1.5. ¿Tiene hijos?

Nc ^{no} leer No Sí ¿Cuántos?

2. Prácticas de Salud Bucal

2.1. ¿Te higienizás la boca diariamente?

Sí No Nc ^{no} leer

2.2. ¿Qué zonas de tu boca higienizás?

	Sí	No	Nc ^{no} leer
- Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.8. Alguna vez, ¿Tu odontólogo/a ha aplicado flúor en tu dentadura?

Sí No No sabe Nc ^{no} leer

2.9. ¿Recibió información sobre cuál es la técnica adecuada para el cepillado de sus dientes?

Sí No. *Pasar a 2.12* Nc ^{no} leer. *Pasar a 2.12*

2.10. ¿En qué lugares recibió esa información?

2.3. ¿Cuántas veces al día utilizás estos elementos?

	Nunca	1	2	3	más	Nc ^{no} leer
- Cepillo	<input type="checkbox"/>					
- Hilo Dental	<input type="checkbox"/>					
- Enjuague Bucal	<input type="checkbox"/>					

	Sí	No	Nc ^{no} leer
- Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Escuela, Centro Educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Odontólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dispensario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hospitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Centro de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4. ¿Realiza consultas odontológicas para evaluar la salud general de tu boca? ¿Cuántas veces al año?

No 1 2 3 Más veces Nc ^{no} leer

2.11. Otro lugar ¿Cuál?

2.5. ¿Cambias tu cepillo de dientes? ¿Cuántas veces al año?

No 1 2 3 Más veces Nc ^{no} leer

2.12. ¿Has recibido otro tipo de información sobre el cuidado de tu boca? (diferente del cepillado)

Sí No. *Pasar a 2.15* Nc ^{no} leer. *Pasar a 2.15*

2.6. ¿Cuándo fue la última vez que concurriste al odontólogo?

Nunca 1 mes 3 meses 6 meses
 1 año Más Ns ^{no} leer Nc ^{no} leer

2.13. ¿En qué lugares recibió esa información?

	Sí	No	Nc ^{no} leer
- Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Escuela, Centro Educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Odontólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dispensario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hospitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Centro de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.7. ¿Cuál fue el principal motivo?

Nc ^{no} leer Limpieza Caries
 Extracción Sangrado de encías
 Ortodoncia Implantes Otro

2.14. Otro lugar ¿Cuál?

¿Cuál



NONE



3420821876 0001

**Proyecto: Salud Bucal. Campañas de Promoción y Evaluación de resultados.
Segunda Etapa**

Consejo Federal de Inversiones

SALUD BUCAL. CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS. SEGUNDA ETAPA

2.15. La higienización de la boca es un concepto de salud bucal, ¿podría nombrar otros que se relacionen con dicho término?

2.16. ¿Cree que un problema en la boca puede generar inconvenientes en otras zonas del cuerpo?

Sí No Nc ^{no leer}

2.17. ¿Participó de alguna campaña de salud bucal?

Sí No. *Pasar a 2.20* Nc ^{no leer}. *Pasar a 2.20*

2.18. ¿Pudo aplicar los conocimientos brindados?

Sí No Nc ^{no leer}

2.19. ¿Le resultó novedosa la información?

Sí No Nc ^{no leer}

2.20. ¿Podría mencionar alguna enfermedad o infección bucal?

2.21. ¿Puede nombrar tres alimentos que favorezcan la salud de tu boca?

2.22. ¿Puede nombrar tres alimentos que perjudiquen la salud de tu boca?

3. Condiciones Socioeconómicas

3.1. La vivienda es ...

Alquilada Propia Prestada
 Ocupada Ns ^{no leer} Nc ^{no leer}

3.2. ¿En su vivienda tiene ...

	Sí	No	Ns ^{no leer}	Nc ^{no leer}
- Agua de red	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gas natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Desagüe de red (Cloaca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Televisor LCD/LED (Plano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Teléfono Fijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3. ¿En su hogar tienen Auto?

No 1 2 3 o más Nc ^{no leer}

3.4. ¿Trabajó en los últimos 30 días?

Sí No. *Pasar a 3.7* Nc ^{no leer}. *Pasar a 3.7*

3.5. ¿Trabaja ...

	Sí	No	Nc ^{no leer}
- como empleado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- por cuenta propia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6. ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente?

Menos de 20 20 a 34 35 a 45
 más de 45 Ns ^{no leer} Nc ^{no leer}

3.7. En los últimos 30 días, ¿Buscó trabajo nuevo?

Nc ^{no leer} No Sí

3.8. ¿Posee cobertura de salud a través de...

	Sí	No	Ns ^{no leer}	Nc ^{no leer}
- Obra Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mutual o Prepaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.9. ¿Cuál es el último nivel educativo que cursó?

Nc ^{no leer} Ninguno Primario
 Secundario Terciario Universitario
 Posgrado

3.10. ¿Completó el nivel?

Sí No En curso Nc ^{no leer}

3.11. ¿Cuánto utiliza para informarse ...

	Nada	Poco	Mucho	Nc ^{no leer}
- la TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- los Diarios y Revistas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la Radio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- las Redes Sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¡Gracias por su Colaboración!

4.1. Tipo de Vivienda

Casa Dpto. Pieza Emergencia



NONE

4.2. Observaciones



3420821876 0002

ANEXO Nº 4

Datos generales sobre las zonas encuestadas

Localidad de Ucacha

Situada en el centro/sur de la provincia de Córdoba, en el departamento Juárez Celman, cuenta con una población de 5.136 habitantes según los datos que arroja el INDEC del año 2010.

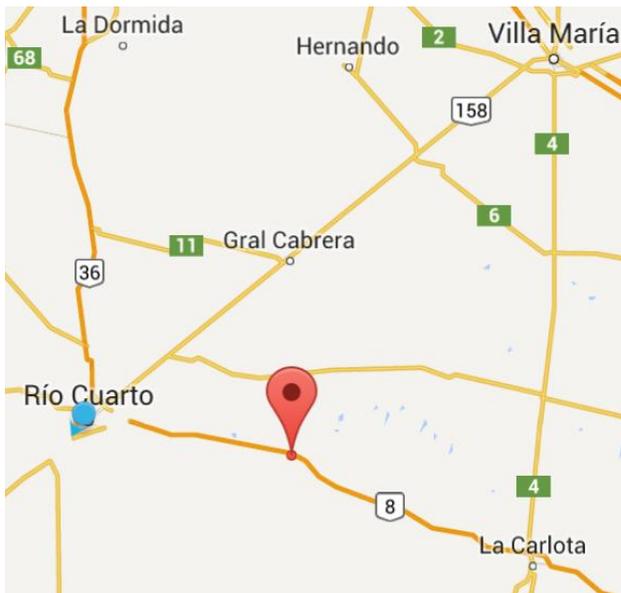


Ubicada a unos 90 kilómetros de Río Cuarto (capital alterna de la provincia de Córdoba) aproximadamente, la localidad de Ucacha (imagen izquierda, punto rojo) está relacionada con el resto del país mediante la ruta provincial -RP- 11 y un ramal de ferrocarril. A través de la RP 11 se conecta con la localidad de Villa

María enlazándose a través de la ruta provincial Nº 4, o por varios caminos vecinales, y con la localidad de Río Cuarto por la ruta nacional Nº 158.

Ubicada en la pampa húmeda del territorio cordobés, a 250 km de la capital provincial, es una región rica por su fertilidad, teniendo así la posibilidad de una agricultura y una ganadería extensivas. En la actualidad y desde hace unos años, la soja es el cultivo de mayor preponderancia en la zona.

Localidad de Reducción



Villa Reducción (imagen izquierda punto rojo) está ubicada en el departamento de J. Celman en la Provincia de Córdoba, en la margen izquierda del Río Cuarto, a unos 60 kilómetros de esa ciudad, es atravesada de este a oeste por la ruta nacional N°8, la cual constituye su principal vía de comunicación, vinculándola al oeste con la localidad de Río Cuarto y al este con la

localidad de La Carlota. La cantidad de habitantes teniendo en cuenta la zona rural y urbana es de 2.258. Un alto porcentaje de los habitantes de esta localidad migran diariamente por trabajo y estudio a Río Cuarto debido a su proximidad.

Los principales recursos de Reducción son los que provienen de la actividad agrícola - ganadera, dado a que la zona reúne la condiciones óptimas para dicha actividad.²³

²³ Información obtenida del sitio web: www.reduccion.gov.ar

Localidad de Bell Ville

Bell Ville, declarada ciudad en 1908, está ubicada en el sudeste de la provincia de Córdoba, Argentina, y es cabecera del Departamento Unión. Cuenta con una población de 33.835 personas -según los datos que arroja el INDEC del año 2010- lo que la ubica en la octava posición provincial en cantidad de habitantes

Se encuentra en la Pampa Húmeda, a orillas del Río Tercero o Ctlamochita en el cruce de la Ruta Nacional N° 9 y la Ruta Provincial N° 3, su ubicación es equidistante de dos ciudades muy importantes, está a 200 km. al sudeste de la ciudad de Córdoba y 200 km. al noroeste de Rosario.

Su economía es fundamentalmente agrícola ganadera, en las últimas décadas ha profundizado la elaboración e industrialización de las materias primas agropecuarias, por ello la industria es principalmente alimentaria, aunque existan otras relacionadas con la maquinaria agrícola y afines. (www.bellville.gov.ar)



Localidad de Mattaldi

Mattaldi se encuentra ubicada en el Departamento General Roca de la provincia de Córdoba, sobre la ruta provincial N° 27, a 383 km al Norte de la capital. En el 2008, año en que se realizó el último censo, la población era de 1883 habitantes.

La localidad es atravesada por el ferrocarril de cargas General San Martín.

La principal actividad económica es la agricultura, seguida por la ganadería, siendo el principal cultivo la soja. Su industria, dadas las características de la zona, se encuentra estrechamente relacionada con el campo. (www.cba.gov.ar/departamento/general-roca/mattaldi)



Villa de la Concepción del Río Cuarto

La Villa de la Concepción del Río Cuarto²⁴ fue fundada por auto del 11 de noviembre de 1786 por el Marqués Rafael de Sobre Monte, por entonces Gobernador Intendente de Córdoba del Tucumán, quien dio mandato al vecino don Juan Gualberto Soria para que forme el nuevo pueblo de la Concepción, en terrenos previamente seleccionados, a la banda sur del río Cuarto, e inmediato al paraje del mismo nombre. Posteriormente, el pueblo será elevado a categoría de "Villa Real " por Cédula fechada en Aranjuez en 1797. La fundación se realizó en torno a una antiquísima capilla consagrada a la devoción de una imagen de la Inmaculada Concepción de la Virgen María, lo que indujo a los primeros pobladores a reconocerla por su Santa Patrona. El 30 de junio de 1966 se sancionó la ordenanza por el que se establece el 11 de noviembre de 1786, como fecha de fundación de la ciudad de Río Cuarto, conforme al dictamen de una

Comisión Honoraria que se expidió en tal sentido.

Estratégicamente ubicado en el centro de Argentina, Río Cuarto es un importante nudo de rutas y un paso casi obligado para el turismo y el comercio internacional entre el Mercosur y Chile. La actividad industrial se concentra en su Parque Industrial, dejando libre la ciudad del intenso tránsito



de camiones. Los accesos a la ciudad son la ruta nacional N°8, RN 36 y la RN 158, que comunican a Río Cuarto con las ciudades económicas más importantes

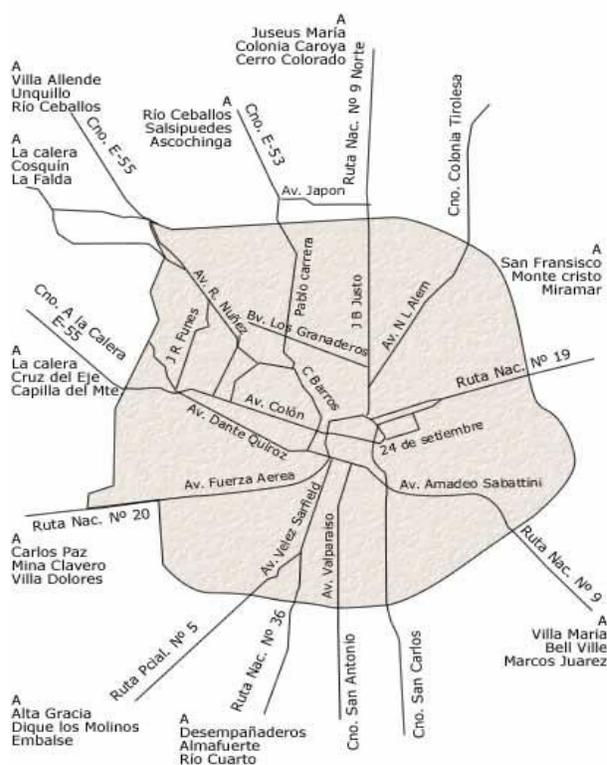
²⁴ La fuente de consulta utilizada fue el sitio web oficial de la Municipalidad de Río Cuarto : www.riocuarto.gov.ar

del país. La RN 36 la vincula con la ciudad de Córdoba, la RN 158 la comunica con la localidad de General Deheza, Villa María y San Francisco, la RN 8 la conecta con la provincia de San Luis y la provincia de Buenos Aires, mientras que la RN 35 la relaciona la provincia de La Pampa, estas rutas van acompañadas por vías ferroviarias de trocha ancha.

Los primeros años del siglo veinte encontraron a esta ciudad en continuo progreso, reflejado en la modernización de la infraestructura municipal, destacándose la implementación de la luz eléctrica (1904) y la construcción del teatro Municipal, inaugurado en 1909. En la faz educacional, Río Cuarto contaba desde muchos años atrás con la Escuela Normal (1888) y un Colegio Nacional (1912), a los que se sumaron con el tiempo varios establecimientos secundarios privados y fiscales, y un considerable número de escuelas primarias. En 1971 se crea la Universidad Nacional de Río Cuarto, centro cultural e intelectual del sur de Córdoba y de provincias vecinas. Centralizando sus actividades en las cómodas instalaciones del campus universitario, distante a 6 km. del centro de la ciudad. Por su densidad demográfica la ciudad se ubica entre las veinte ciudades argentinas más pobladas. En su condición de polo de atracción de una vasta región agrícola ganadera a la que abastece de todas sus necesidades, la exposición Rural e Industrial de Río Cuarto, que se realiza en el mes de septiembre, es la segunda en importancia en el país.

Ciudad de Córdoba

El 6 de julio de 1573 Jerónimo Luis de Cabrera fundó la ciudad de Córdoba de La Nueva Andalucía, a orillas del río Suquía, en un sitio llamado Quizquizacate por los lugareños (“Encuentro de los ríos” en idioma sanavirón). El nombre dado por Cabrera a la ciudad es un homenaje a su ciudad natal, la ciudad española de Córdoba en la comunidad de Andalucía.



La ciudad de Córdoba es la capital de la provincia homónima. Se ubica en el centro continental de la República Argentina. Posee una infraestructura de comunicaciones y una ubicación central, geo-estratégica en el corredor bioceánico y el Mercosur.

El censo nacional de 2010 estableció una población de 1329604 habitantes. La serie de tiempo refleja una tendencia decreciente en la tasa de crecimiento poblacional. Se caracteriza por una economía basada en la industria y los servicios, con baja participación en la actividad primaria.

Es una importante factoría cultural, receptora de estudiantes universitarios de todo el país y del mundo. Su Universidad, fundada en 1613, es la primera de Argentina y la cuarta más antigua de América. Es considerada una de las más importantes del continente. Cuenta con más de cien mil alumnos.

La ciudad tiene puntos históricos, culturales y turísticos importantes. La Cañada es el encauzamiento parcial de un arroyo que cruza la ciudad de sur a norte. En

2000, como hecho culturalmente significativo, la Unesco declaró a la Manzana Jesuítica Patrimonio de la Humanidad y en 2006 fue nombrada Capital Americana de la Cultura de ese año.

Administrativamente está dividida en once Centros de Participación Comunal que la descentralizan. Para la administración de las Encuestas fueron seleccionados los siguientes barrios de la ciudad tomando como referencia la implementación del programa a evaluar en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en distintos barrios de la ciudad de Córdoba capital, para lo cual se toman en consideración los siguientes.

- **Bº Zepa.** Por Ruta Nacional nº 19, Pasando Mercado de Abasto. En Manzana 5, Lote 15. Coordenadas: 31°23'19"S 64°6'36"W.
- **Bº Sol Naciente.** Zona Noroeste, camino ciudad Villa Carlos Paz. Barrios aledaños: Bº Autódromo. Bº Cerrito, Bº Arguello II. Coordenadas: 31°19'26"S 64°14'32"W.
- **Bº Ciudad Mi Esperanza.** Por Ruta 19- Avenida Circunvalación Agustín Tosco, tomar Av. Armada Argentina. Manzana nº 7. Barrios aledaño: Bº Cabildo y Country El Algarrobo. A metros de campus Universidad Católica de Córdoba. Coordenadas: 31°24'14"S 64°3'48"W.
- **Ciudad Juan Pablo II.** Por Ruta 19- Avenida Circunvalación Agustín Tosco. Barrios aledaños: Bº Ampliación Los Alamos, Bº Villa Azalais Anexo. Manzana 106. Coordenada: 31°21'48"S 64°9'27"W.
- **Ciudad Ampliación Cabildo.** Congreso 6100. Barrios aledaños: Bº Arpeboch, Bº Santa Isabel segunda Sección y SMATA III. Coordenadas: 31°29'6"S 64°13'43"W.
- **Ciudad Evita.** Por Ruta Nacional nº 9 Sur. Barrios aledaños: Bº San Lorenzo y Bº IPV Camino a Villa Posse. Coordenadas: 31°26'56"S 64°6'31"W.

Proyecto: Salud Bucal. Campañas de Promoción y Evaluación de resultados.
Segunda Etapa

- **Ciudad de Mis Seños.** Por Ruta Nacional nº 9 sur. Manzana 45. Barrios aledaños: Bº Los Fresnos y Bº 25 de Mayo. Coordenadas 31°28'41"S 64°5'10"W.
- **Ciudad de Los Cuartetos.** Por Ruta 19- Avenida Circunvalación Agustín Tosco. Como lugar de referencia Nueva Escuela de Suboficiales y Agentes de Policía. Lote 1, manzana nº 11. Coordenadas:31°21'21"S 64°7'49"W.
- **El Chingolo.** Por Ruta Nacional nº 9. Manzana 6 Lote 1, posterior a la escuela de Bº Liceo. Coordenadas: 31°20'19"S 64°10'9"W.

ANEXO N° 5

Descripción e importancia de los CAPS

El nuevo planteamiento sobre el concepto de salud, llevo a que mediados del siglo XX se propusiera la necesidad de organizar los servicios de salud e impulsar la medicina preventiva. Esta tarea se vio apoyada con lo establecido en la asamblea realizada en 1971 por la O.M.S., en la cual se instauro una meta para la salud, cuyo lema fue: “Salud para todos en el 2000”. En 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en Alma-Ata, URRS, apoyada por la O.M.S., el UNICEF y con la participación de más de cien países, se estableció que para poder alcanzar dicha meta, era necesario, establecer una estrategia específica que permitiera la cobertura a las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral, a la cual se la definió como Atención Primaria de la Salud (APS). Se entiende a la APS como “...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, que pone al alcance de toda la población mediante la plena participación de la comunidad y aun costo que la sociedad y el país puedan soportar. [...]Esto puede significar desde la implementación de una serie de actividades en el área de salud hasta propuestas con fuertes implicaciones sociopolíticas, pues abordar la salud integralmente implica considerar aspectos de carácter social, políticos y económicos que están vinculados con el mantenimiento o con la falta de salud, de modo que la correcta aplicación de la APS debe generar a mediano y largo plazo cambios en el sector salud, así como también, en la esfera social y económica” (Celis y León: 15:2003)

Objetivos de la APS

Los objetivos están determinados a partir de cuatro puntos:

1. “Igualdad: reducir las diferencias en el estado de salud entre los países y entre los grupos sociales.

2. Añadir salud a la vida: aumentar un 10% el número de años que se vive sin problemas de salud.
3. Añadir vida a los años: asegurando el desarrollo y utilización de las capacidades de los individuos para afrontar la vida en un ambiente saludable.
4. Añadir años a la vida: evitando muertes prematuras y aumentar la esperanza de vida.” (Villafranca: 2005)

La OMS plantea que los objetivos de la APS se pueden alcanzar en colaboración con la educación sanitaria, al establecer que “...de hecho, para que la atención primaria sea accesible a todos, los habitantes de cada comunidad debe esforzarse para apoyarse todo lo posible en sus propios recursos. Para lograr la autorresponsabilidad, la población ha de intervenir en la planificación, ejecución y evaluación en los sistemas basados en la atención primaria de salud. Lo mejor para lograrlo es una actividad educativa apropiada que se proponga capacitar a la población para hacer frente a problemas acuciantes de salud” (O.M.S: 1983)

Funciones de la APS en odontología

La atención a la salud buco-dental incluye:

- Información y educación en materia de higiene y salud bucodental
- Las medidas preventivas y asistenciales: aplicación de flúor tópico obturaciones, sellado de fisuras u otras.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias.

ANEXO N°6

Análisis Exploratorio Multivariado

Descripción de los métodos de análisis exploratorio

El Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) es un método estadístico que permite encontrar variables cuantitativas que resumen la información de un conjunto de variables cualitativas. Por lo general, se utiliza para reducir las dimensiones de análisis en estudios con información recabada mediante cuestionarios cerrados.

En particular, en este estudio se utiliza para encontrar similitudes entre los encuestados acerca de:

1. hábitos de salud bucal,
2. procedencia de la información sobre salud bucal, y
3. características socioeconómicas.

A partir de un conjunto de variables categóricas, se definen tantas variables binarias como categorías se dispongan. Cada una de ellas es una dimensión de análisis que se refieren a un aspecto complejo de la conducta o el pensamiento de los individuos. El ACM procura re-expresar la información en nuevas variables independientes entre sí, que abarcan la mayor cantidad de variabilidad posible. Estas nuevas variables se las denomina dimensiones o componentes factoriales.

El conjunto de las principales dimensiones factoriales brinda un espacio de información suficiente como para comparar los individuos y determinar grupos de semejanzas. El método de Clasificación Jerárquica sobre Componentes Principales (CJCP) obtiene los grupos de individuos que son semejantes.

Hábitos de Salud Bucal

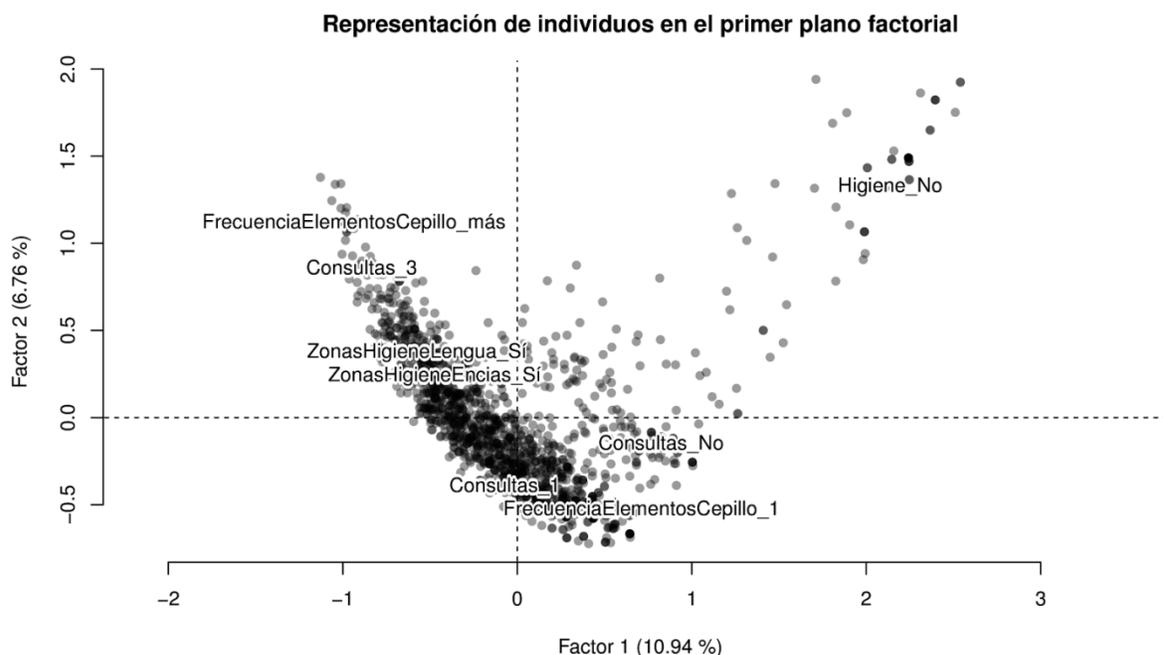
En el cuestionario se indagó acerca de hábitos que hacen a la Salud Bucal, a través de las siguientes preguntas (en paréntesis el nombre de la variable correspondiente):

1. ¿Te higienizas la boca diariamente? Si / No (Higiene)
2. ¿Qué zonas de tu boca higienizas? Si / No

- 2.1. Dientes (ZonasHigieneDientes)
- 2.2. Encías (ZonasHigieneEncias)
- 2.3. Lengua (ZonasHigieneLengua)
3. ¿Cuántas veces al día utilizas estos elementos? Nunca / 1 / 2 / 3 / Más
 - 3.1. Cepillo (FrecuenciaElementosCepillo)
 - 3.2. Hilo Dental (FrecuenciaElementosHilo)
 - 3.3. Enjuague Bucal (FrecuenciaElementosEnjuague)
4. ¿Cuántas veces al año realiza consultas para evaluar la salud general de tu boca? Nunca / 1 / 2 / 3 / Más (Consultas)
5. ¿Cuántas veces al año cambia su cepillo de dientes? Nunca / 1 / 2 / 3 / Más (CambioCepillo)
6. ¿Cuándo fue la última vez que concurreó al odontólogo? Nunca / 1 mes / 3 meses / 6 meses / 1 año / Más (ÚltimaVisitaOdontologo)
7. Alguna vez, ¿Tu odontólogo ha aplicado flúor en tu dentadura? Si / No (Fluor)

El ACM reduce la información de las respuestas a las anteriores preguntas. Las dos primeras componentes principales representan 17,7% de la variabilidad de los datos. La figura 1 representa los individuos de acuerdo a coordenadas factoriales. La primera componente se relaciona en un 61% con la frecuencia de utilización del cepillo de dientes, en un 48,4% con la frecuencia de recambio del cepillo de dientes y en un 41,4% con el hecho de cepillarse los dientes. La relación es inversa, indicando que hacia la izquierda se encuentran mejores hábitos de salud dental, mientras que hacia la derecha, los peores.

Figura N° 1



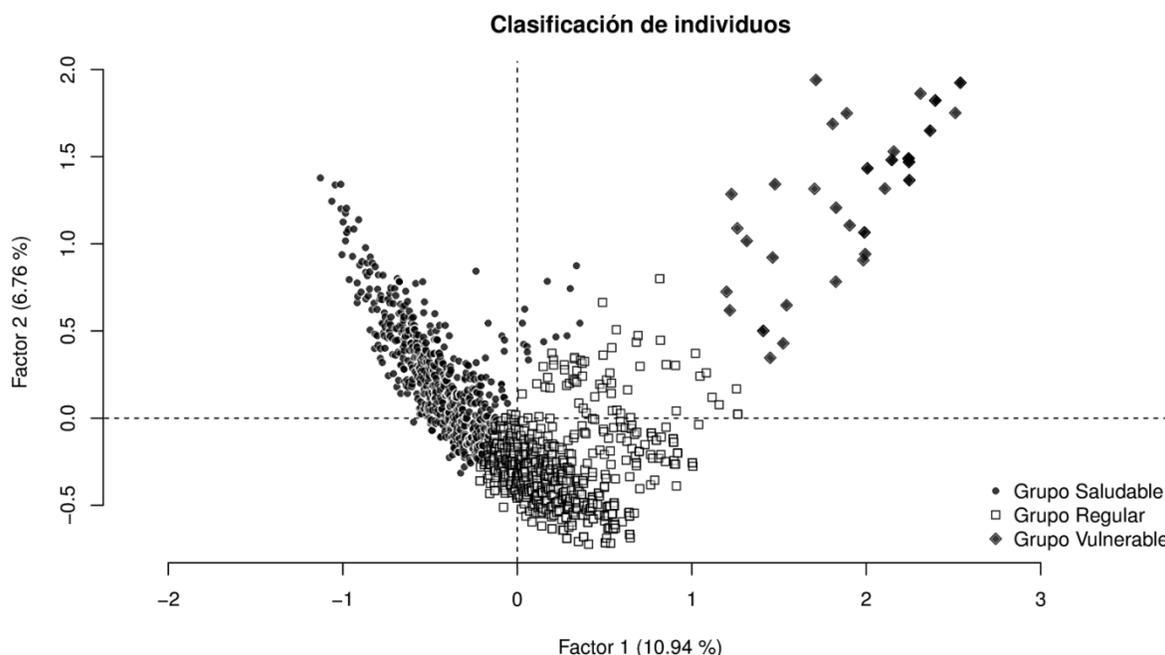
La segunda componente se relaciona en un 51,9% con la frecuencia de utilización del cepillo, en 38,2% con el recambio de cepillo y en 30,5% con el hecho de cepillarse los dientes. En este caso la relación es directa con los hábitos extremos, hacia arriba se esperan frecuencias de cepillado extremadamente bajas o altas, mientras que hacia abajo se esperan frecuencias normales. La ventaja de considerar variables categóricas, omitiendo la ordinalidad que implican algunas como la frecuencia de cepillado, es que habilita al método a encontrar relaciones no lineales entre las categorías.

En la figura puede verse que el cuadrante superior izquierdo es caracterizado por alta frecuencia de consultas al odontólogo, alta frecuencia de cepillado y hábitos de higiene en lengua y encías. En contraposición, el cuadrante inferior derecho, es caracterizado por baja frecuencia de cepillado y consultas odontológicas. El cuadrante superior derecho, contiene a aquellos individuos que tienen hábitos insuficientes o nulos.

Utilizando este espacio de representación se clasificaron los individuos en tres grupos de hábitos: Vulnerables (3,8%), Regulares (49,7%) y Saludables (46,5%).

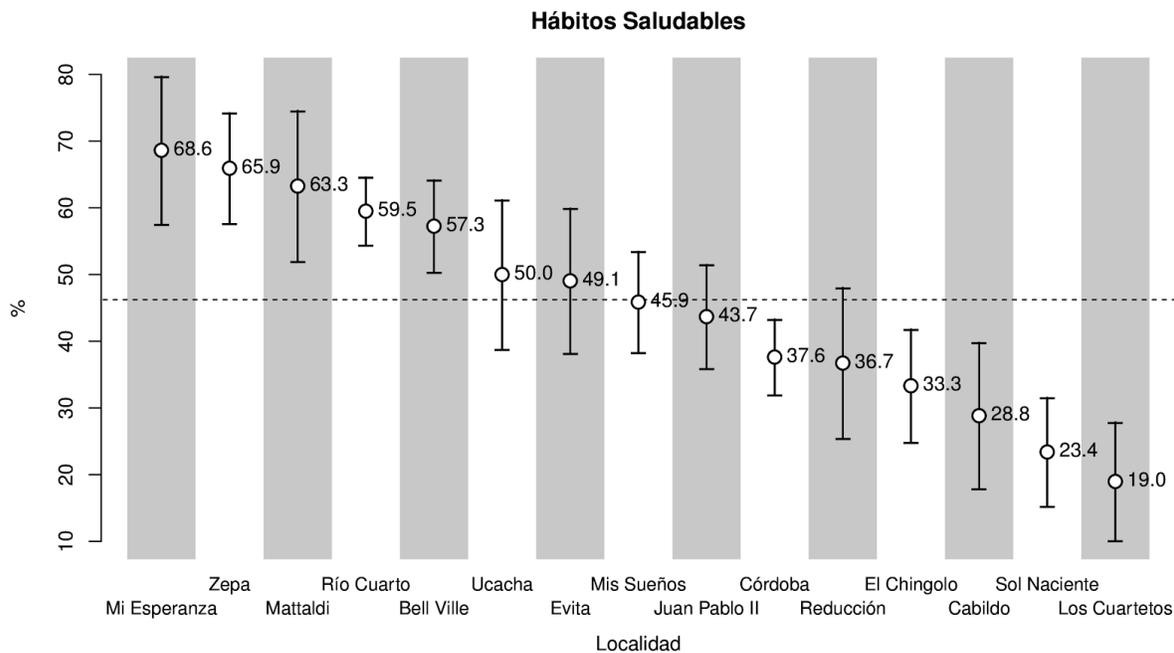
Al tratarse de un método exploratorio, la distinción entre la cualificación de los hábitos es endógena al la muestra. Es posible que para otra muestra, en otro momento de tiempo o espacio geográfico, la clasificación tenga criterios que pueden diferir considerablemente. Aún así, la separación entre individuos Vulnerables y Regulares resulta robusta a la inclusión y/o exclusión de localidades en la muestra de estudio. Por otra parte, la separación entre Regulares y Saludables tiene mayor variabilidad ante cambios muestrales. Esta es una limitación que impide la comparación directa con otros estudios similares. Sin embargo tiene la ventaja de simplificar el concepto de hábitos de salud bucal, sin recurrir a debates filosóficos ni abandonar la información detallada que surge el cuestionario.

Figura N° 2



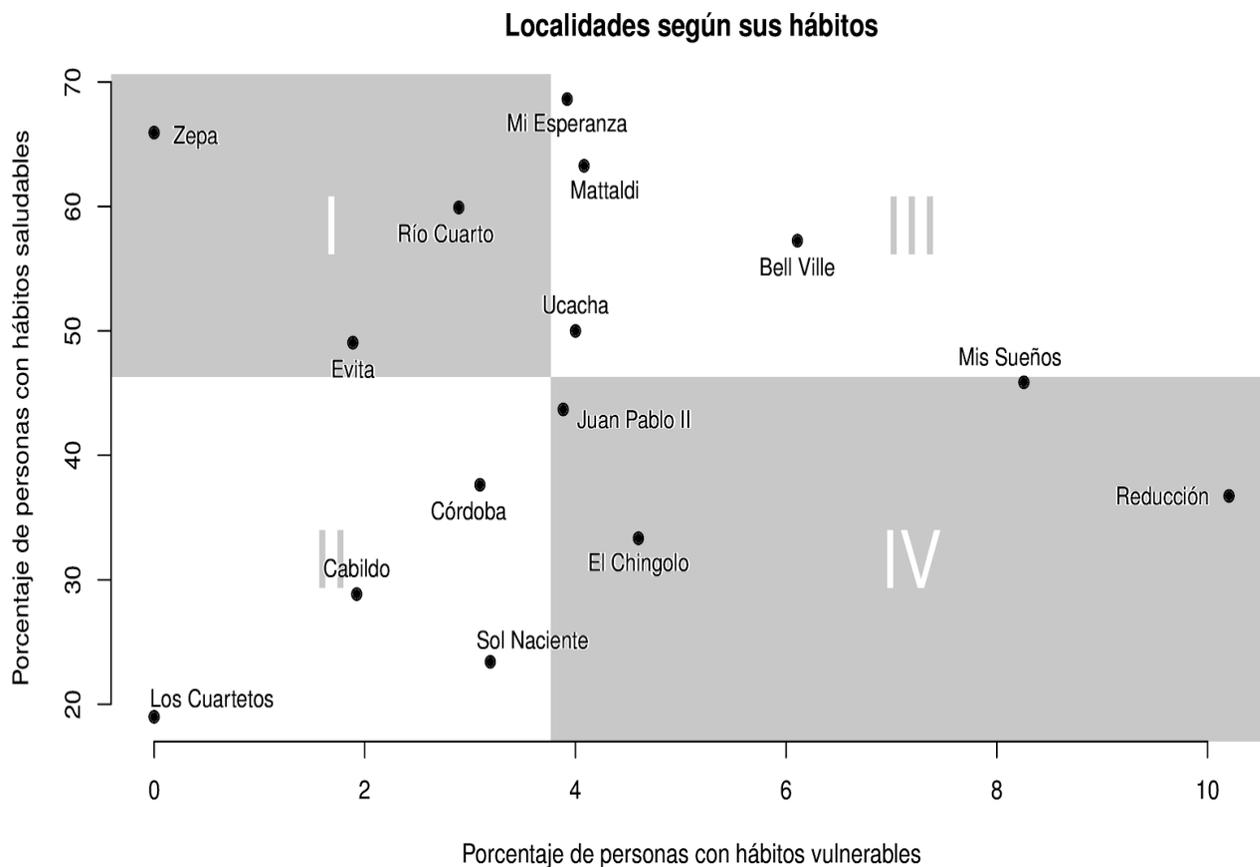
Una vez clasificados los individuos, podemos realizar comparaciones entre las localidades. La siguiente figura muestra el ranking de localidades estudiadas según el porcentaje de personas que tienen hábitos saludables.

Figura N° 3



La siguiente figura muestra la relación de la incidencia de ambos grupos de hábitos extremos en las localidades. En el cuadrante I se encuentran las localidades que tienen baja incidencia de vulnerabilidad y alta incidencia de hábitos saludables. En oposición, el cuadrante IV contiene las localidades con alta incidencia de vulnerabilidad y baja incidencia de hábitos saludables. Estos cuadrantes son los extremos, y representan la dirección (desde IV a I) de desarrollo en términos de hábitos de salud bucal.

Figura N° 4



El cuadrante III es aquel en el que co-existe alta incidencia de ambos grupos extremos, indicando una situación de inequidad. Por último, el cuadrante II aparece como más equitativo, donde la incidencia de vulnerabilidad es baja, pero se trata de localidades que permanecen alejadas del ideal.

Fuentes de información de Salud Bucal

En el cuestionario se indagó sobre el tipo de información recibida por el individuo:

1. ¿Recibió información sobre cuál es la técnica adecuada para el cepillado de sus dientes? Sí / No (InfoCepillado)
2. ¿En qué lugares recibió esa información? Sí / No
 - 2.1. Familia (InfoCepilloFamilia)
 - 2.2. Escuela (InfoCepilloEscuela)

- 2.3. Odontólogo (InfoCepilloOdontologo)
- 2.4. Dispensario (InfoCepilloDispensario)
- 2.5. Hospital (InfoCepilloHospital)
- 2.6. Centro de Salud (InfoCepilloCentro)
3. ¿Has recibido otro tipo de información sobre el cuidado de tu boca?
Sí / No (OtraInfo)
 - 3.1. Familia (OtraInfoFamilia)
 - 3.2. Escuela (OtraInfoEscuela)
 - 3.3. Odontólogo (OtraInfoOdontologo)
 - 3.4. Dispensario (OtraInfoDispensario)
 - 3.5. Hospital (OtraInfoHospital)
 - 3.6. Centro de Salud (OtraInfoCentro)
4. ¿Participó de alguna campaña de salud bucal? Sí / No (Campania)

El ACM brinda un modo de analizar conjuntamente la variabilidad de las preguntas anteriores. En este caso, las dos primeras componentes representan el 32,2% de la información total. La primer componente factorial se relaciona en un 62,8% con la obtención de otro tipo de información además del cepillado, y en 34,6% con la obtención de información sobre el cepillado. Por otra parte la segunda dimensión factorial se relaciona en un 37,4% con la información de cepillado y en un 21,6% con otro tipo de información. La figura muestra la representación de los individuos en este plano, y de las principales variables mostrando que el acceso a información por parte del profesional odontólogo, de la escuela, y de la familia es el principal, mientras que el acceso desde Centros de Salud u Hospitales es menos común, aunque está inversamente relacionado con la ausencia de información.

Clasificando los individuos sobre las principales dimensiones factoriales, obtenemos tres grupos: Sin información (33,3%), Información básica (50,4%) e Información extendida (16,2%). Cabe aclarar que las respuestas que da la gente están en función del grado de conciencia y memoria que tengan respecto de haber recibido la información. Es decir, es posible que alguien haya sido educado en su

casa por su familia, y sin embargo, la persona puede responder que nunca recibió información porque no le asigna la suficiente relevancia.

Figura N° 5

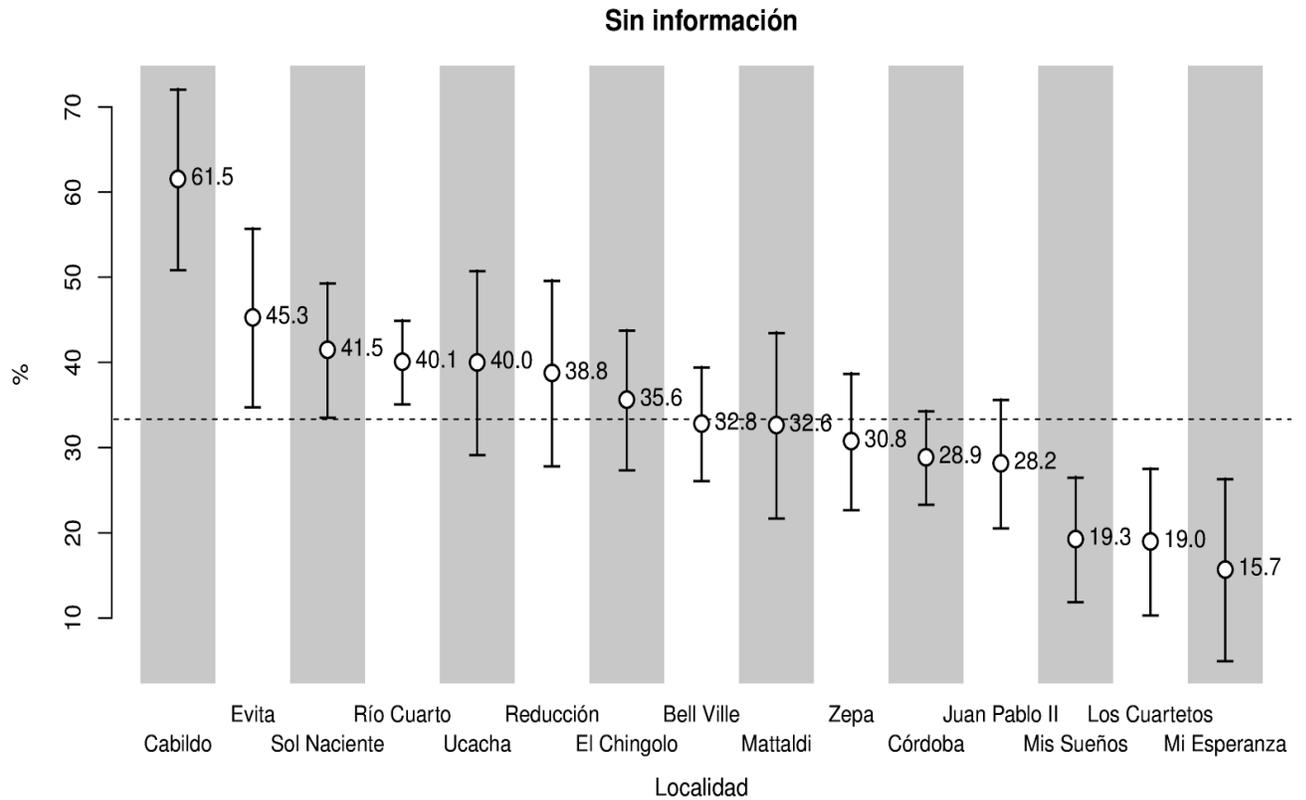


Figura N° 6

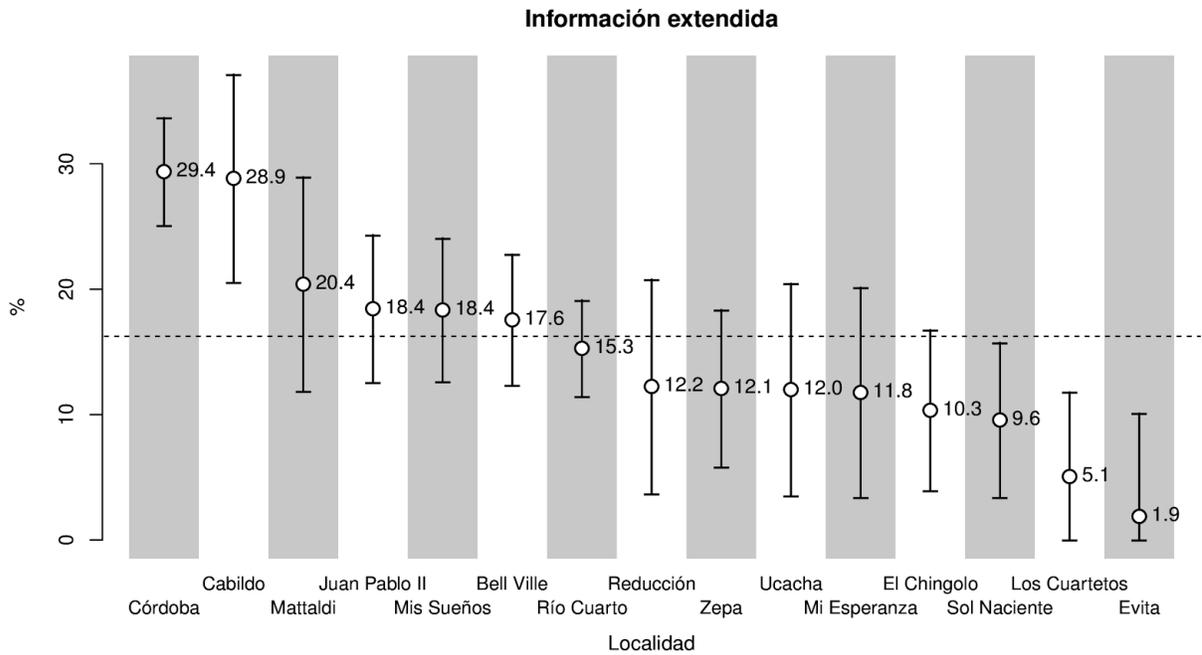
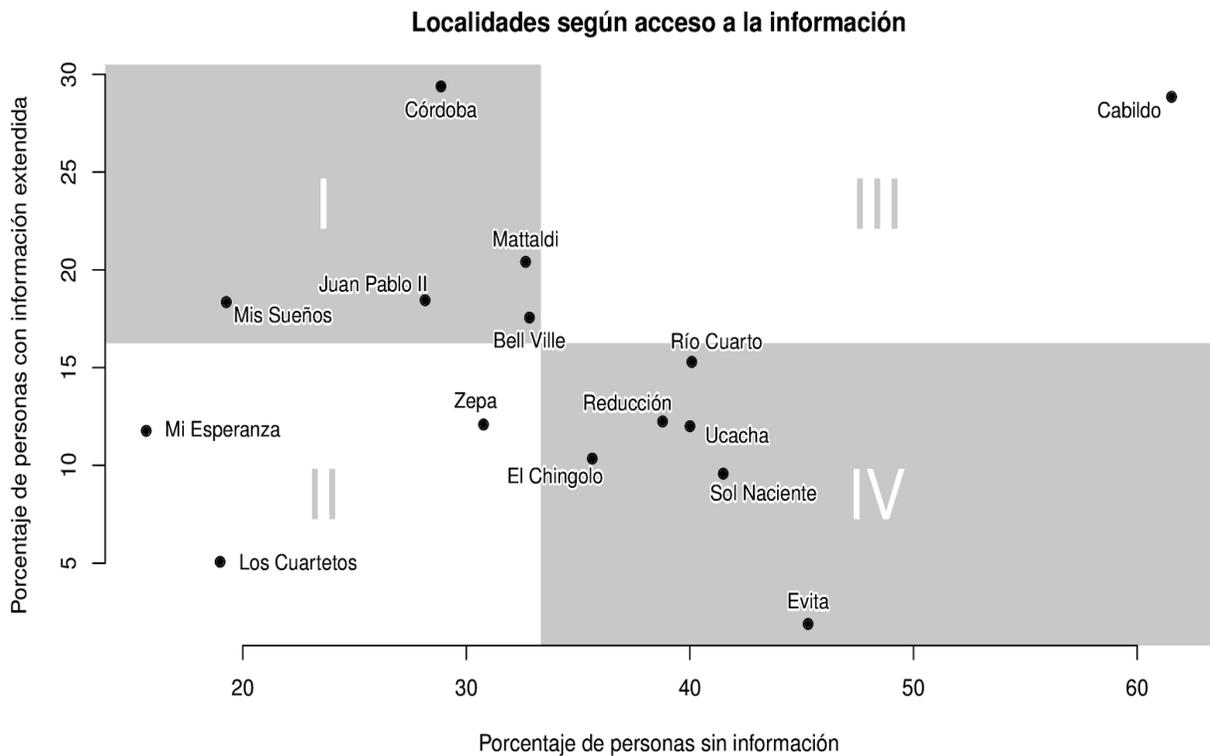


Figura N° 7



Características socioeconómicas

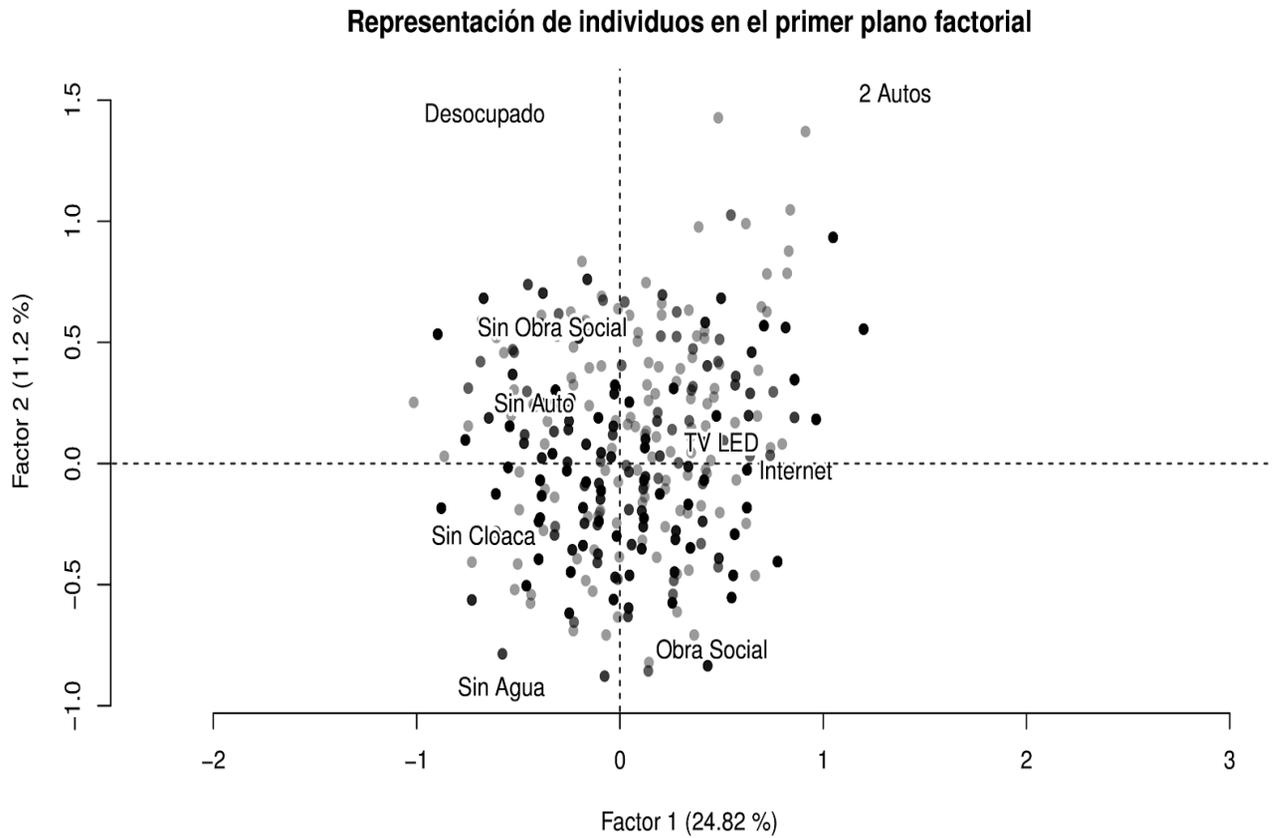
Teniendo en cuenta, los aspectos materiales, educativos y laborales, se procedió a analizar los individuos, con el objetivo de determinar las diferencias socioeconómicas entre las localidades encontradas en la muestra.

Para ello se utilizaron las variables que surgen del cuestionario:

1. ¿En su vivienda tiene ...
 - 1.1. Agua de red?
 - 1.2. Gas natural?
 - 1.3. Desagüe de red?
 - 1.4. Televisor LCD/LED?
 - 1.5. Teléfono Fijo?
 - 1.6. Internet?
2. ¿En su hogar tiene Auto?
3. ¿Trabaja ...
 - 3.1. como empleado?
 - 3.2. por cuenta propia?
4. En los últimos 30 días, ¿buscó trabajo nuevo?
5. ¿Posee cobertura de salud a través de ...
 - 5.1. Obra Social?
 - 5.2. Prepaga?

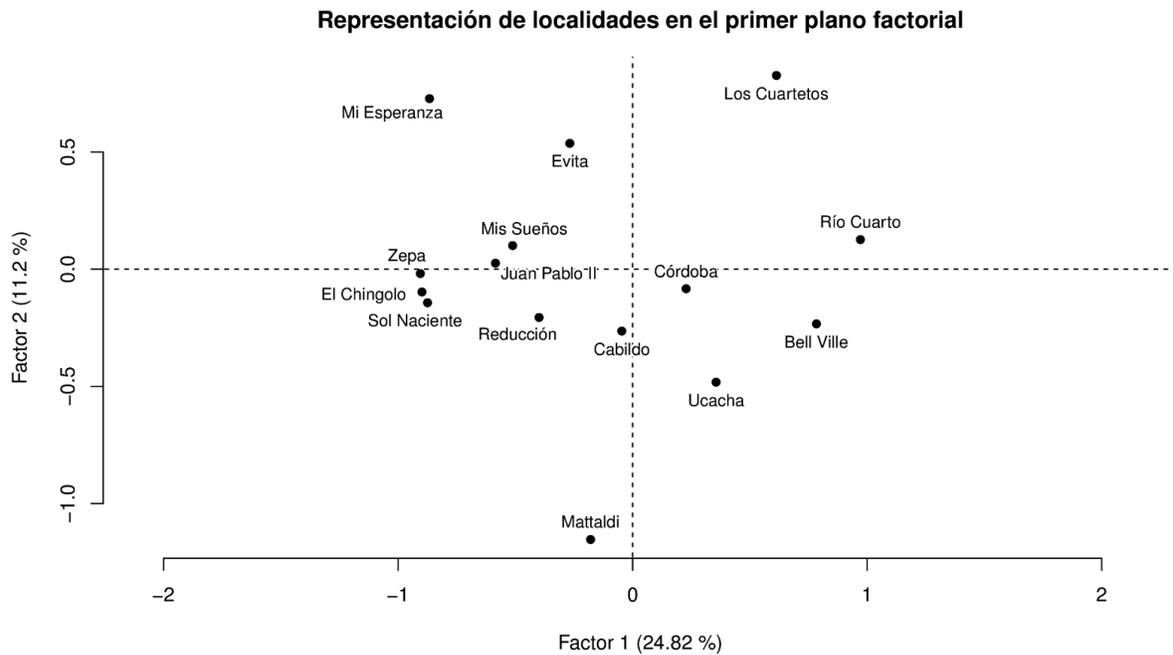
Cabe destacar que las variables de trabajo se utilizaron sólo para distinguir el estado ocupacional y en particular la situación de desempleo. Las variables educativas se combinaron para producir las categorías según nivel completo, incompleto o en curso.

Figura N° 8



En este caso en lugar de proceder con la clasificación de los individuos, nos interesan las dimensiones factoriales en sí mismas, la cuáles serán utilizadas como variables socioeconómicas en los análisis de determinantes.

Figura N° 9



Determinantes de Hábitos

Incidencia de Hábitos Vulnerables por Localidad

- Años de educación formal = 10
- Nivel Socioeconómico Medio (Factor 1 = Factor 2 = Factor 3 = 0)
- Sin Información (Grupo a partir del ACM)
- Jóvenes = 25
- Adultos = 45
- Mayores = 65
- Género = Varones y Mujeres (en proporciones idénticas)

Figura N° 10

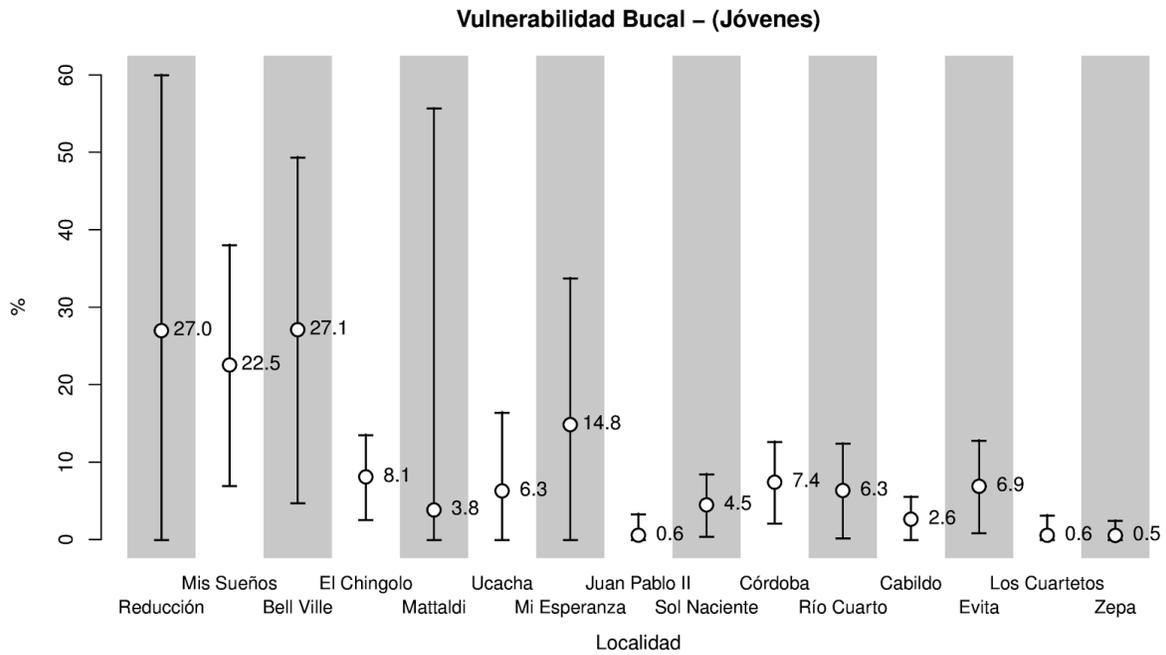


Figura N° 11

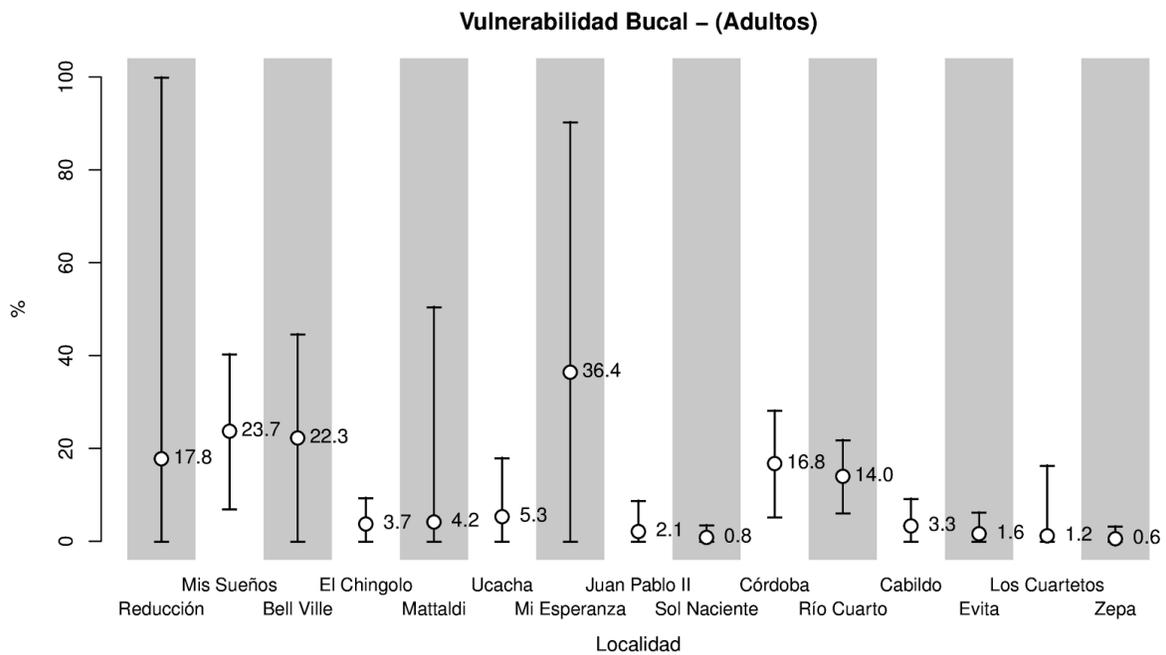
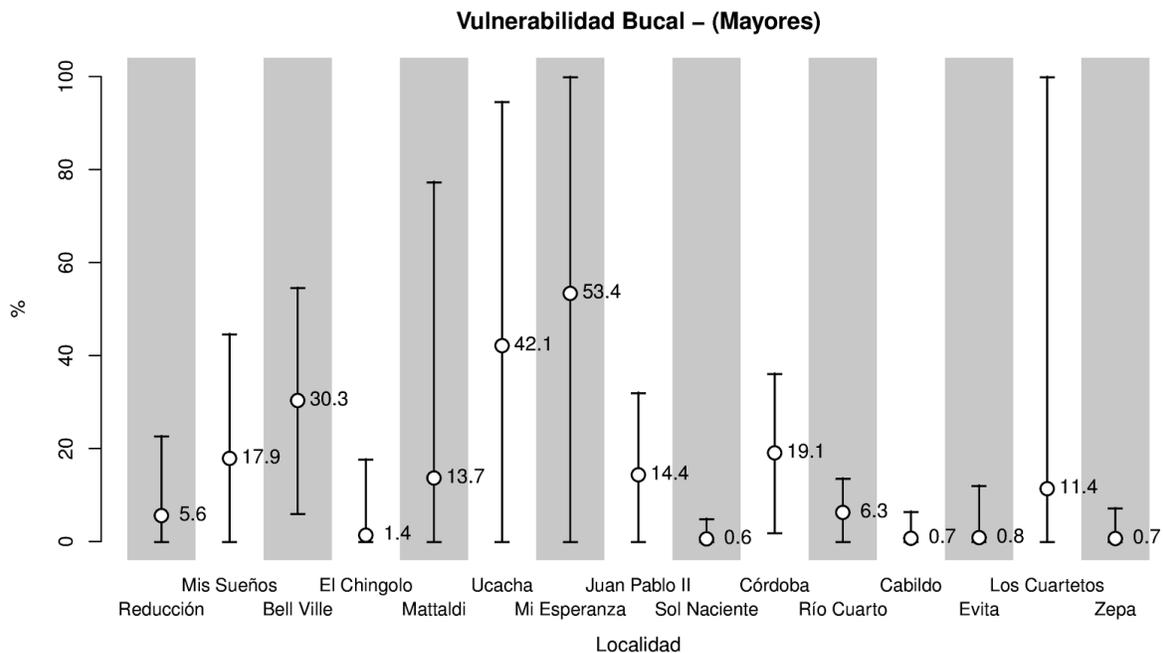


Figura N°12



Incidencia de Hábitos Saludables por Localidad

- Años de educación formal = 10
- Nivel Socioeconómico Medio (Factor 1 = Factor 2 = Factor 3 = 0)
- Información Básica (Grupo a partir del ACM)
- Jóvenes = 25
- Adultos = 45
- Mayores = 65
- Género = Varones y Mujeres (en proporciones idénticas)

Figura N° 13

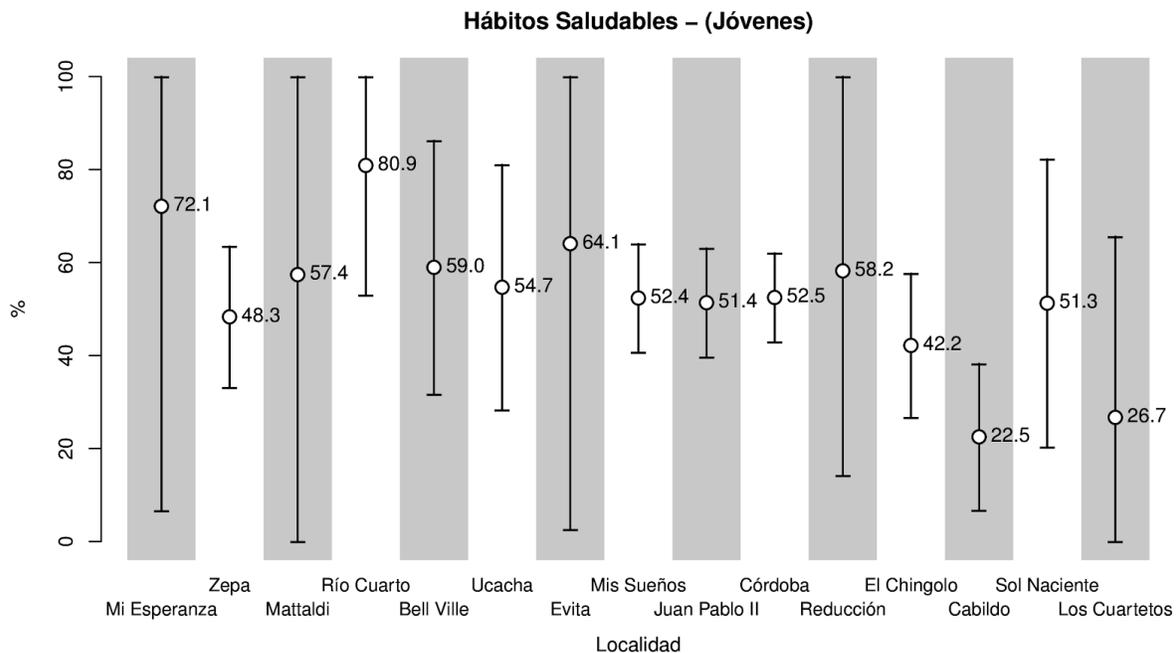


Figura N° 14

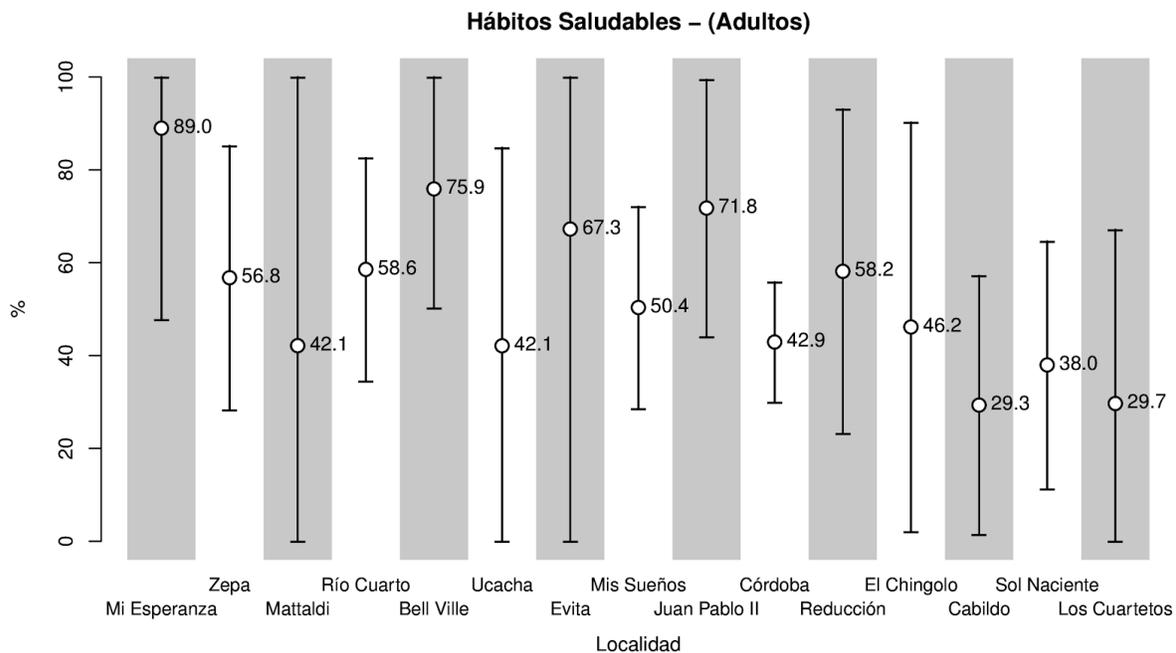
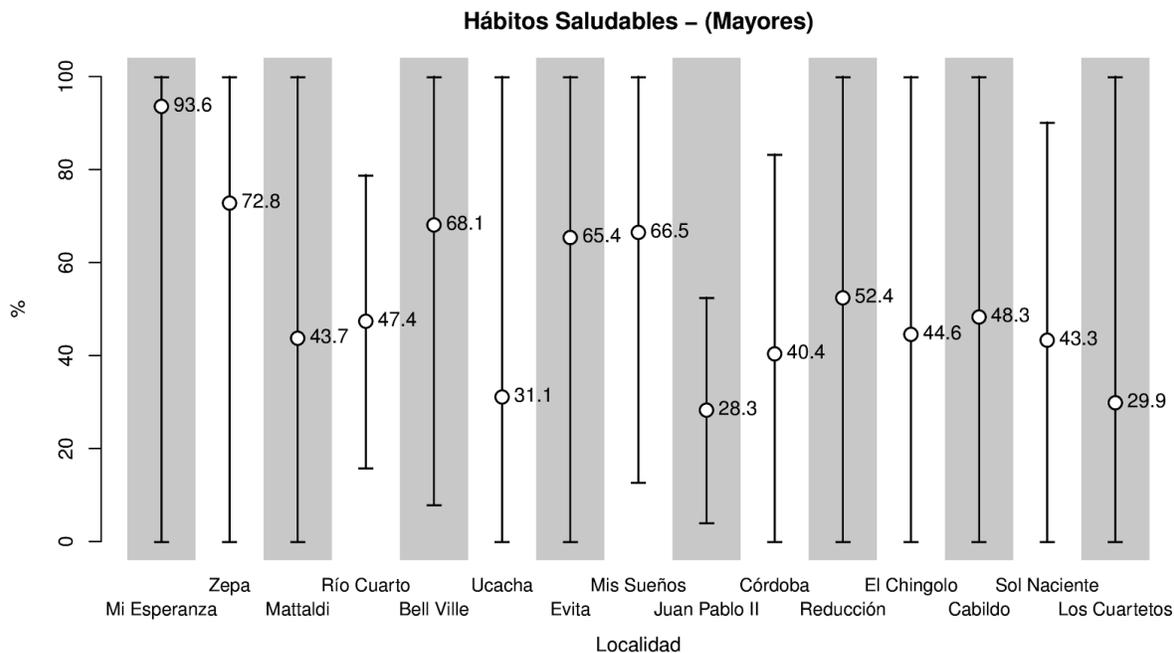


Figura N° 15



Incidencia de Hábitos Vulnerables según Educación e información

- Nivel Socioeconómico Medio (Factor 1 = Factor 2 = Factor 3 = 0)
- Sin Información (Grupo 1 a partir del ACM)
- Información Extendida (Grupo 3 a partir del ACM)
- Jóvenes = 25
- Adultos = 45
- Mayores = 65
- Género = Varones y Mujeres (en proporciones idénticas)

Figura N° 15

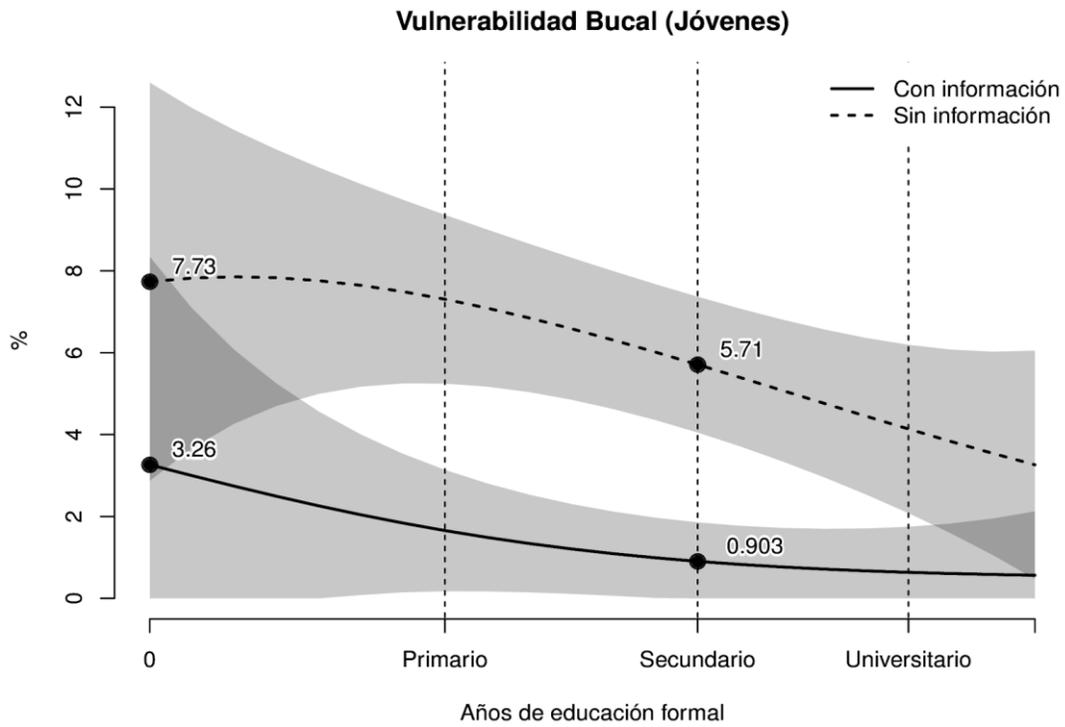


Figura N° 16

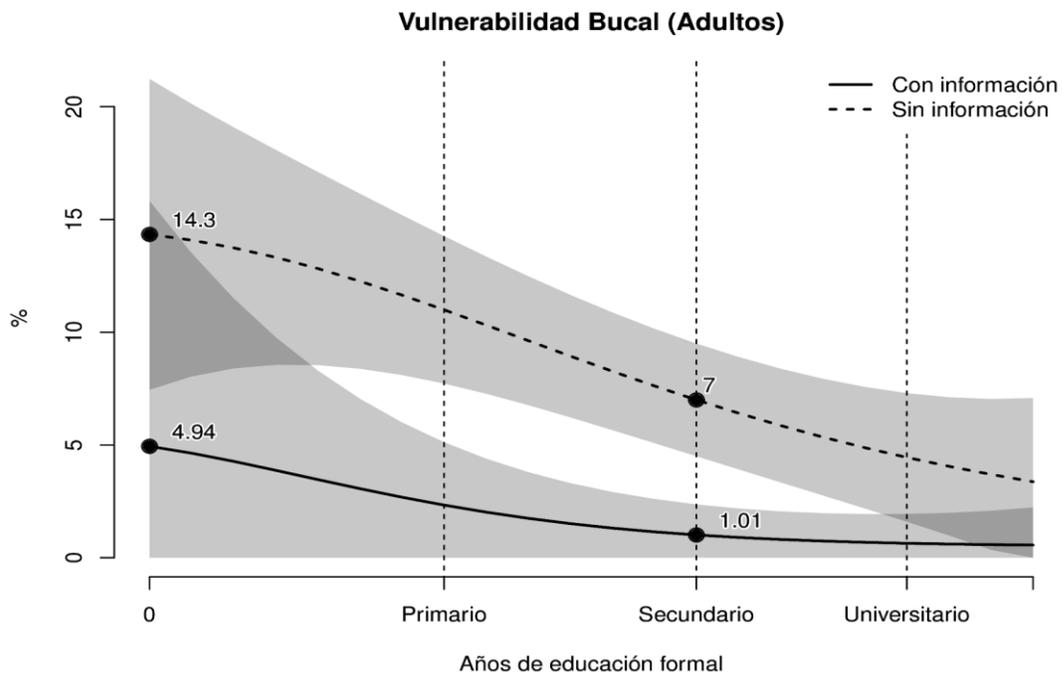
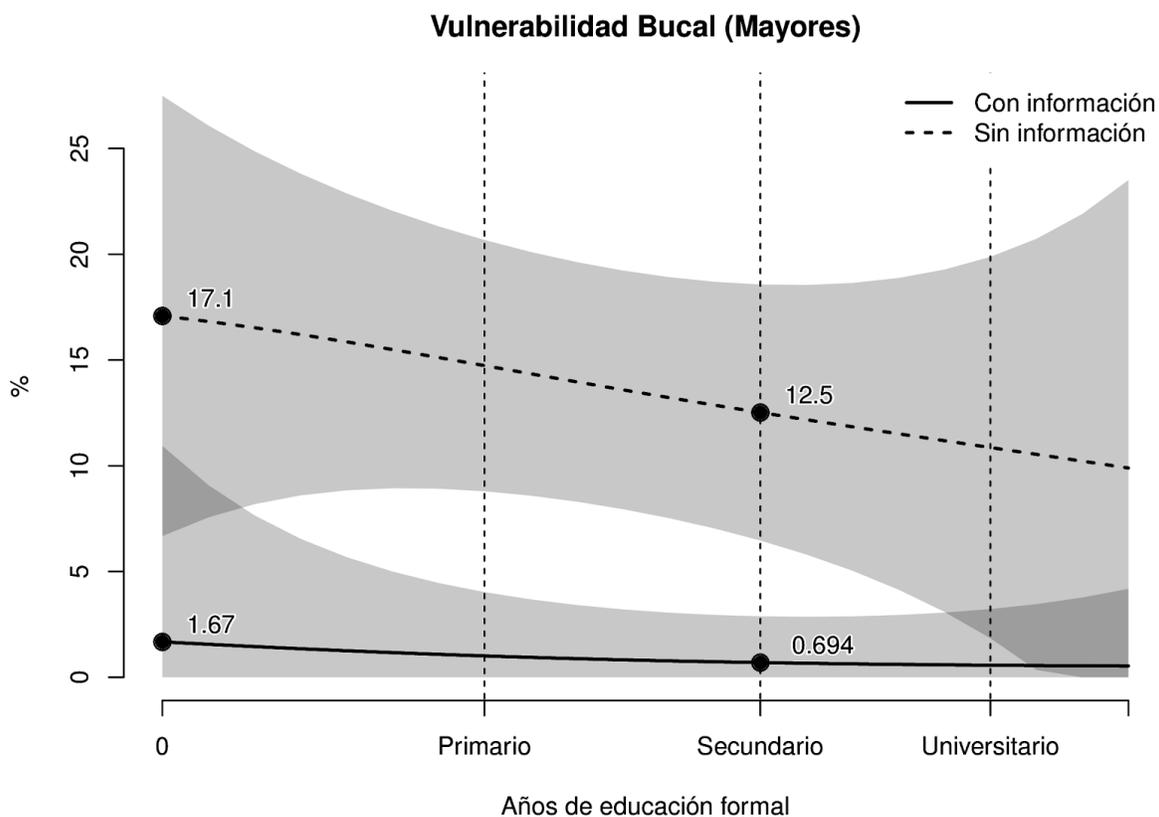


Figura N° 17



Incidencia de Hábitos Saludables según Educación e información

- Nivel Socioeconómico Medio (Factor 1 = Factor 2 = Factor 3 = 0)
- Sin Información (Grupo 1 a partir del ACM)
- Información Extendida (Grupo 3 a partir del ACM)
- Jóvenes = 25
- Adultos = 45
- Mayores = 65
- Género = Varones y Mujeres (en proporciones idénticas)

Figura N° 18

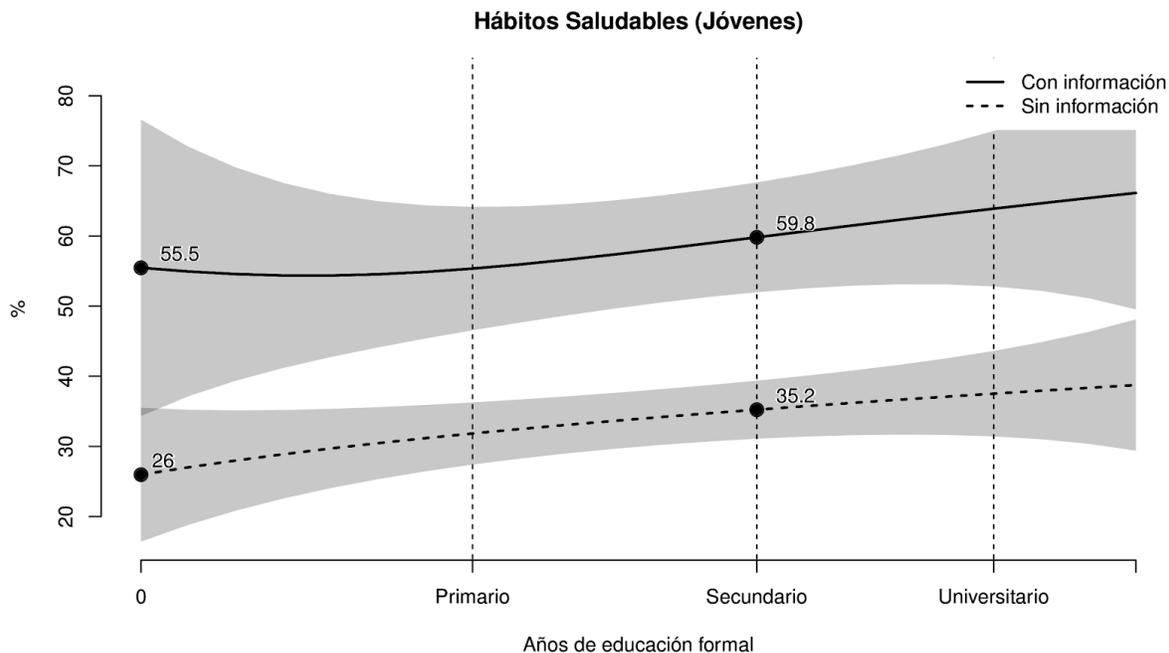


Figura N°19

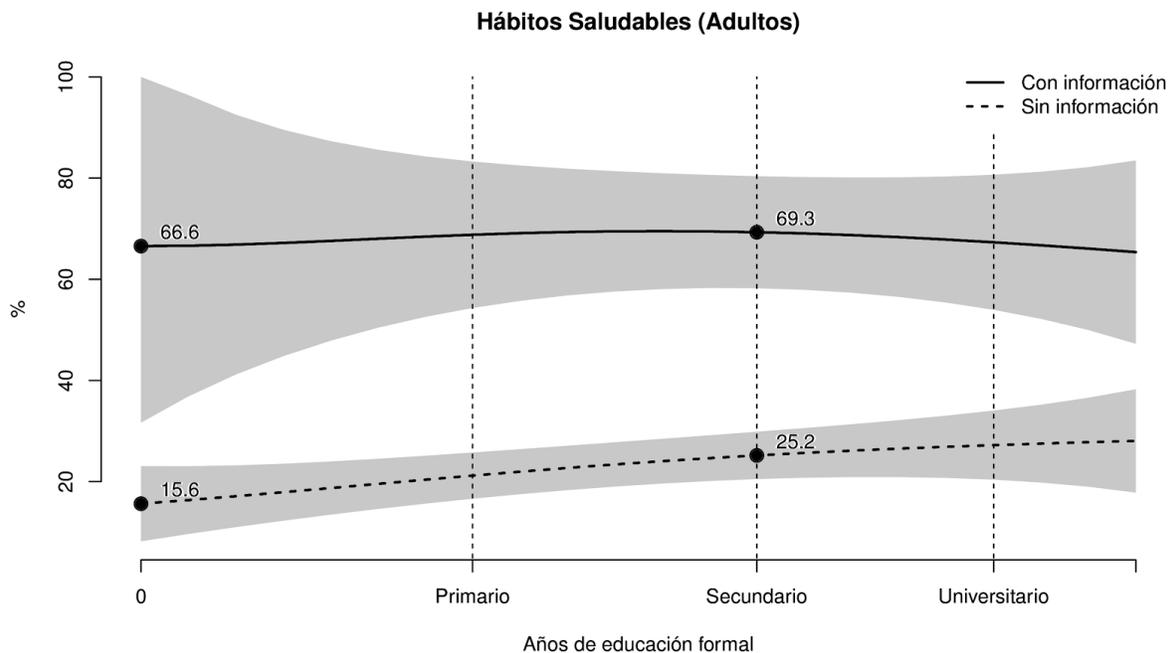
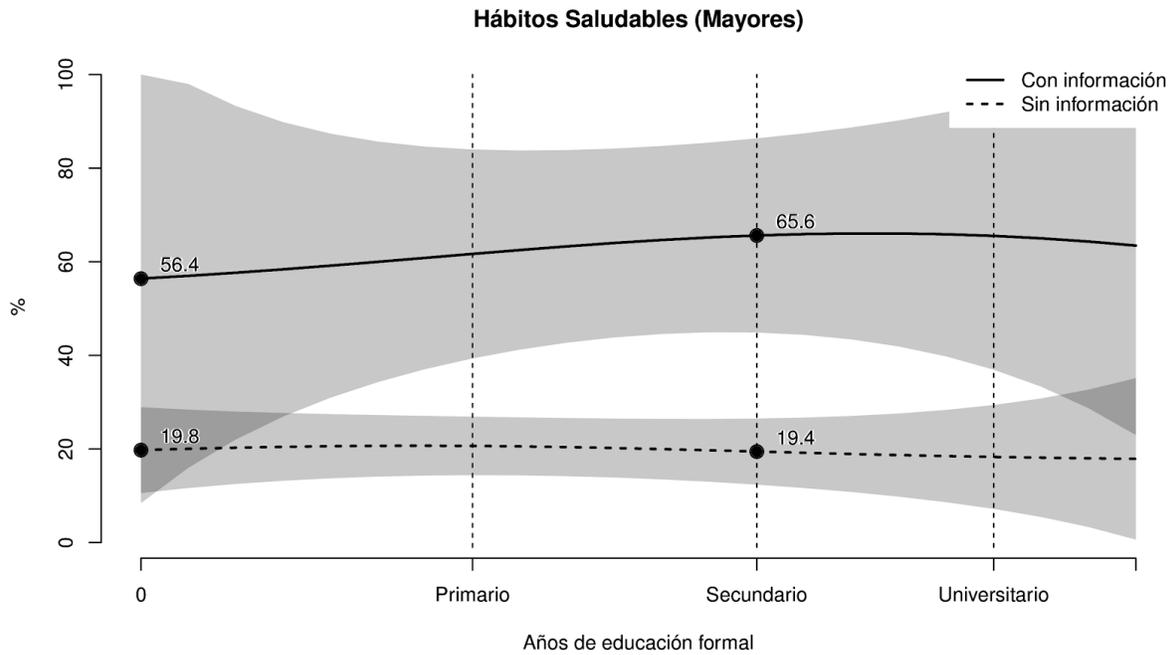


Figura N°20

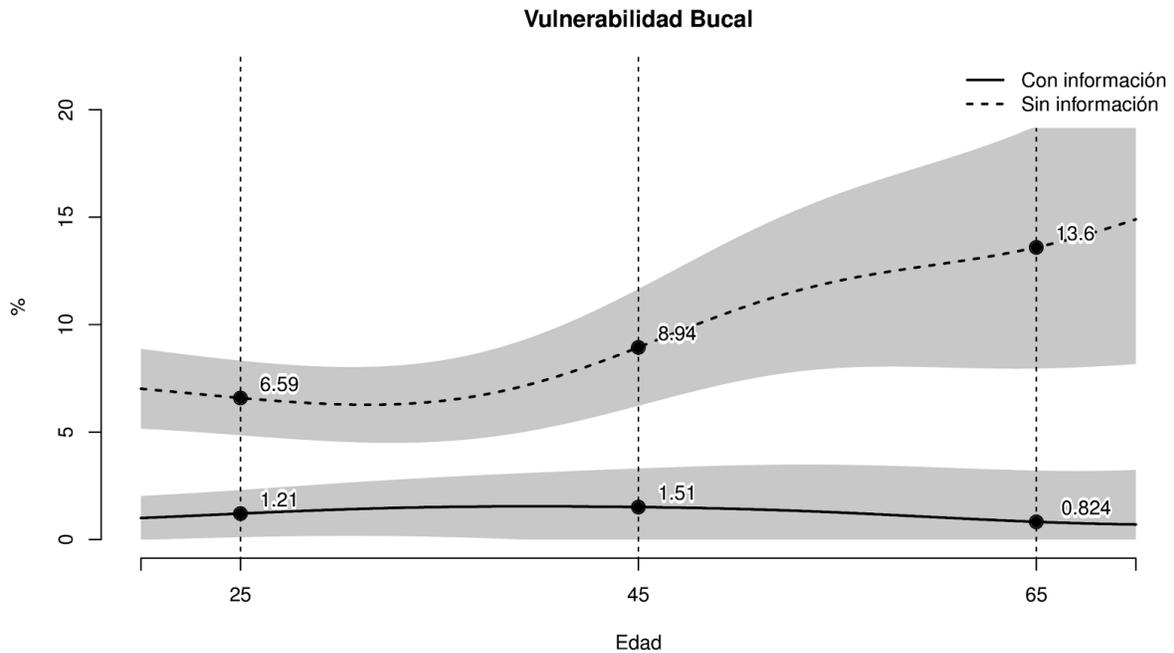


Incidencia de Hábitos Vulnerables según la Edad

Edad e información

- Nivel Socioeconómico Medio (Factor 1 = Factor 2 = Factor 3 = 0)
- Sin Información (Grupo 1 a partir del ACM)
- Con Información Extendida (Grupo 3 a partir del ACM)
- Género = Varones y Mujeres (en proporciones idénticas)
- Educación: 10 años de educación formal.

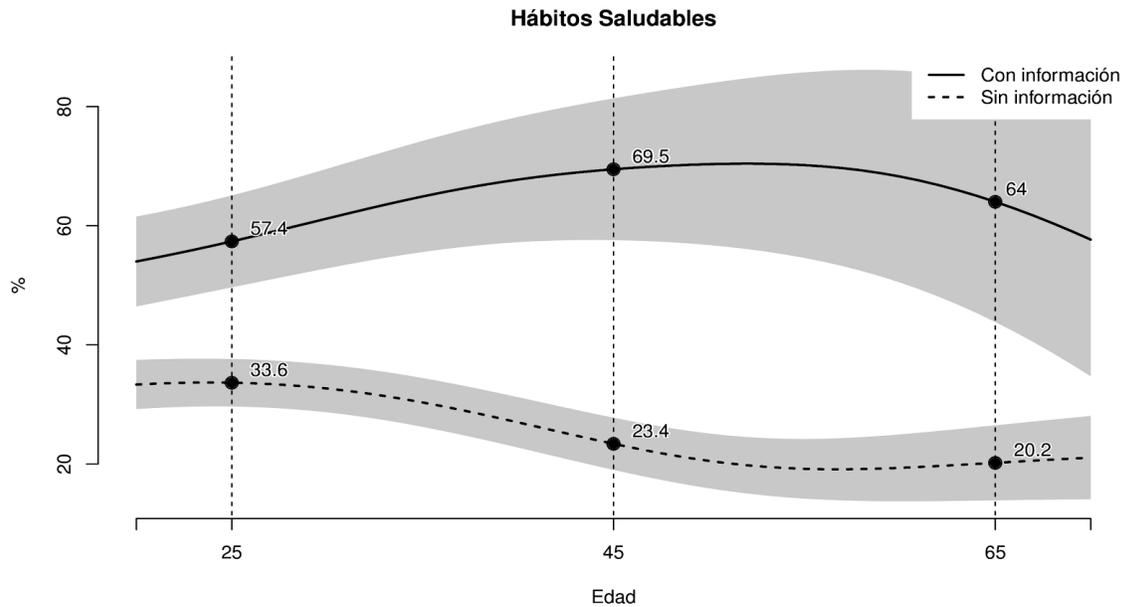
Figura N°21



Incidencia de Hábitos Saludables según Edad e información

- Nivel Socioeconómico Medio (Factor 1 = Factor 2 = Factor 3 = 0)
- Sin Información (Grupo 1 a partir del ACM)
- Con Información Extendida (Grupo 3 a partir del ACM)
- Género = Varones y Mujeres (en proporciones idénticas)
- Educación: 10 años de educación formal.

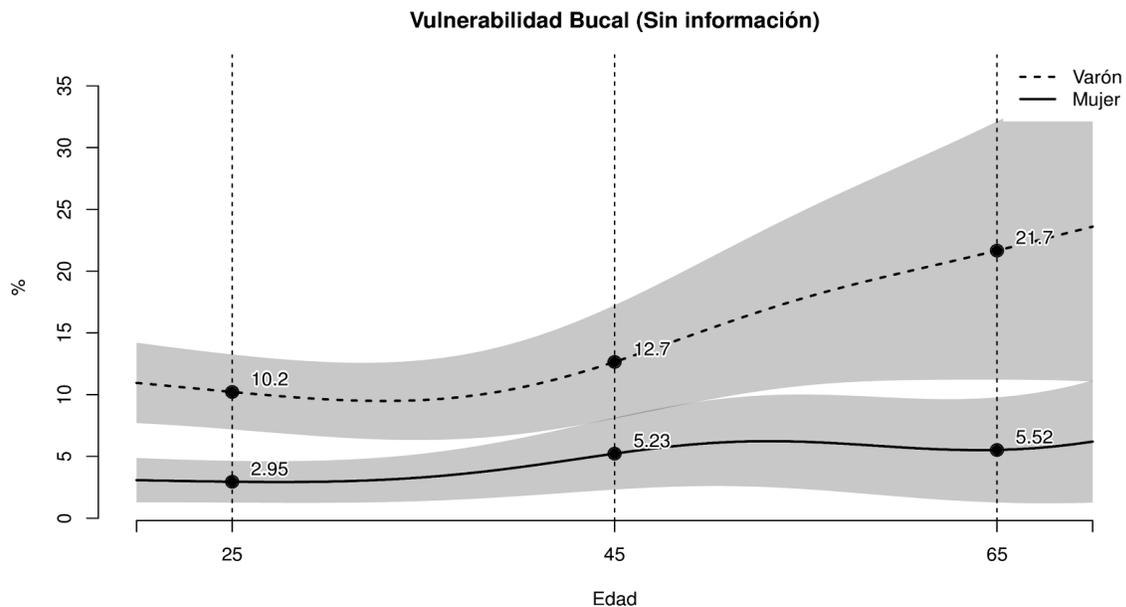
Figura N° 22



Incidencia de Hábitos Vulnerables según Edad y Género

- Nivel Socioeconómico Medio (Factor 1 = Factor 2 = Factor 3 = 0)
- Sin Información (Grupo 1 a partir del ACM)
- Educación: 10 años de educación formal.

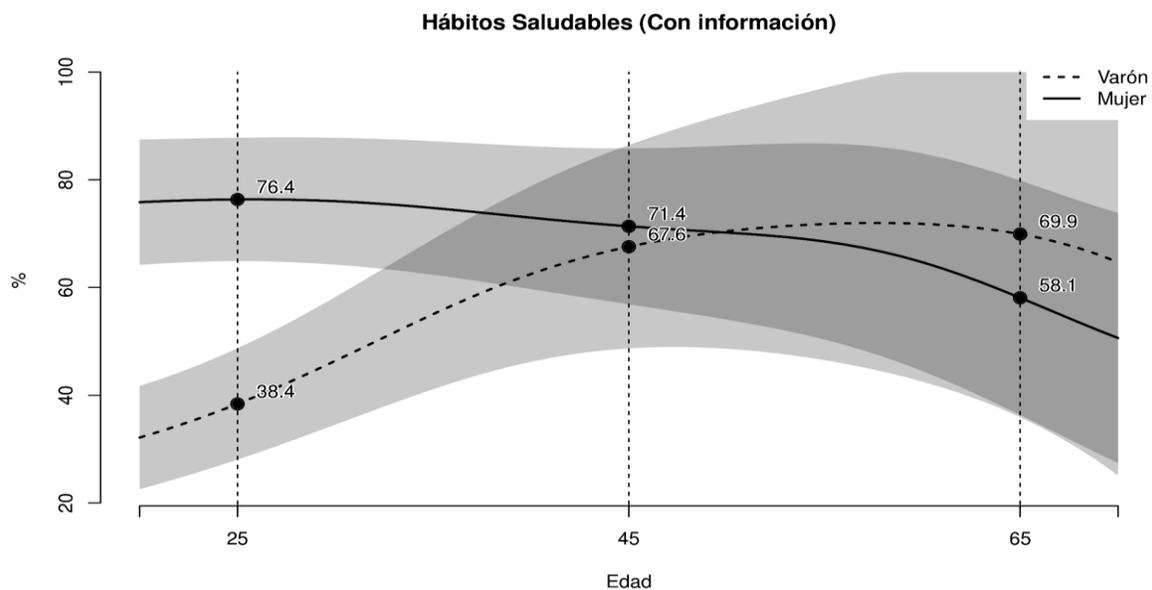
Figura N° 23



Incidencia de Hábitos Vulnerables según Edad y Género

- Nivel Socioeconómico Medio (Factor 1 = Factor 2 = Factor 3 = 0)
- Con Información Extendida (Grupo 3 a partir del ACM)
- Educación: 10 años de educación formal.

Figura N° 24

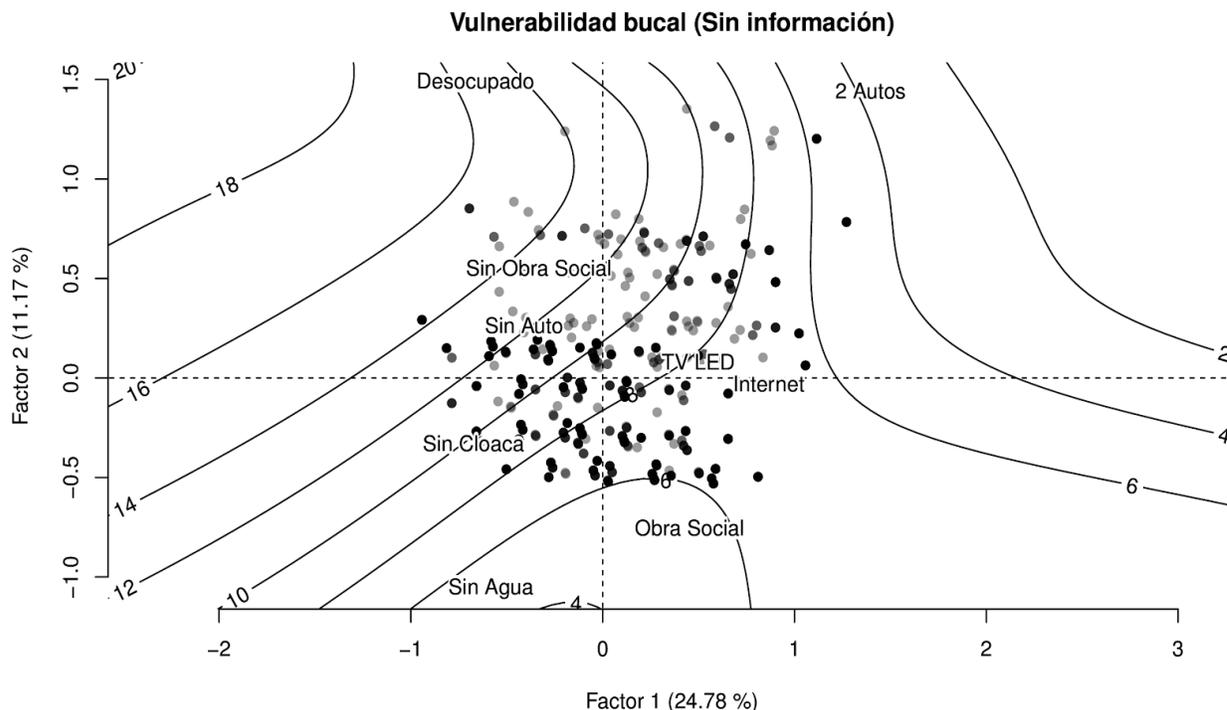


Incidencia de Hábitos Vulnerables según Situación Socioeconómica

- Sin Información (Grupo 1 a partir del ACM)
- Género = Varones y Mujeres (en proporciones idénticas)
- Educación: 10 años de educación formal.
- Adulto de 45 Años.

Los siguientes son mapas de nivel, cada nivel tiene la probabilidad de ser vulnerable escrita en un número en porcentaje. El enfoque es el siguiente, es imposible determinar una única variable socioeconómica, pero gracias al ACM, podemos tomar las dimensiones factoriales que abarcan la mayor cantidad de información posible. Entonces dejando todo lo demás constante, podemos estimar como cambia la incidencia de la vulnerabilidad en el principal plan factorial. La figura muestra, las observaciones, en puntos, la representación de las categorías que describen las dimensiones factoriales y las curvas de nivel de vulnerabilidad. Como puede verse la vulnerabilidad es más alta en la dirección del cuadrante superior izquierdo y se reduce hacia abajo (en la dirección de la formalidad e inclusión laboral) y hacia el cuadrante superior derecho (En la dirección del acceso a bienes de consumo).

Figura N°25

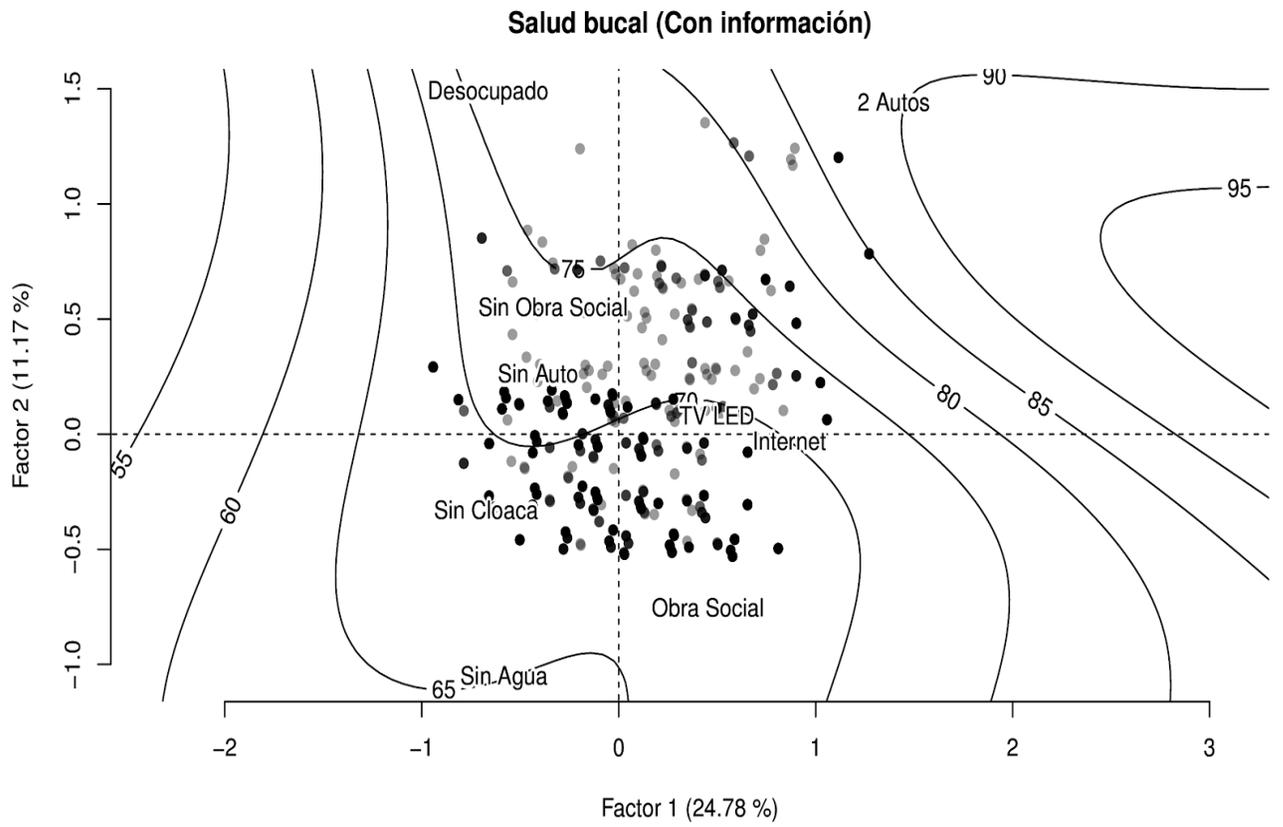


Incidencia de Hábitos Saludables según Situación Socioeconómica

- Sin Información (Grupo 1 a partir del ACM)
- Género = Varones y Mujeres (en proporciones idénticas)
- Educación: 10 años de educación formal.
- Adulto de 45 Años.

En este caso, es más difícil, interpretar el resultado, pero en líneas generales podemos decir que la incidencia de los hábitos saludable, cuando hay información crece hacia el cuadrante superior derecho, en la dirección del acceso a bienes de consumo (bienestar económico material).

Figura N° 26



Anexo N° 7

**Descripción de conocimientos, términos y conceptos relacionados con la
Salud Bucal**

Principal Motivo de la última Consulta

- "Caries" 416
- "Extracción" 323
- "Limpieza" 156
- "Implantes" 90
- "Sangrado de encías" 84
- "Ortodoncia" 80
- "Otro" 160
- "Nc" 71

Otros

- "Control" 73
- "Prótesis" 28
- "Dolor" 27
- "Arreglo" 7
- "Ns" 5
- "Rotura de diente" 5
- "Nc" 3
- "Tratamiento de conducto"
3
- "Estética" 2
- "Golpe de diente" 1
- "Inflamación" 1
- "Pérdida de calcio" 1
- "Sensibilidad dental" 1

Conceptos de Salud Bucal

- "Nc" 589
- "Ns" 574
- "Alimentación saludable"
66
- "Higiene" 45
- "Salud" 30

- "Consulta/Control
odontológico" 23
- "Cuidado bucal" 21
- "No fumar" 11
- "Caries" 9
- "Enjuague bucal" 8
- "No comer dulces" 8
- "Prevención" 7
- "Buches" 4
- "Cepillado" 4
- "Hilo dental" 4
- "Buena dentadura" 2
- "Control médico" 2
- "Enfermedades bucales" 2
- "Estética" 2
- "Infección bucal" 2
- "No usar los dientes como
herramientas" 2
- "Salud bucal" 2
- "Salud corporal" 2
- "Antihongos" 1
- "Brackets" 1
- "Buena sonrisa" 1
- "Cáncer de garganta" 1
- "Chicles sin azúcar" 1
- "Consumo de agua" 1
- "Cuidado del cuerpo" 1
- "Cuidado del cuerpo y la
boca" 1
- "Cuidado durante el
embarazo" 1
- "Cuidado personal" 1
- "Cuidado salud y belleza"
1

- "Extracción" 1
- "Forma de dormir" 1
- "Gingivitis" 1
- "Higiene de la lengua" 1
- "Lavado con bicarbonato" 1
- "Llagas" 1
- "Manzana" 1
- "Mordedura" 1
- "Morder cosas duras" 1
- "No consumir colorantes" 1
- "No tomar alcohol" 1
- "No tomar café" 1
- "No tomar gaseosas" 1
- "Placas" 1
- "Protector bucal para dormir" 1
- "Sangrado de encías" 1
- "Transmitir información a los niños" 1
- "Tratamiento de conducto" 1
- "Tratamiento de dientes" 1
- "Una ética por la otra persona" 1
- "Utilización calcio" 1
- "Cáncer" 47
- "Llagas" 26
- "Dolor de muela" 24
- "Piorrea" 23
- "Herpes" 22
- "Aftas" 21
- "Halitosis" 19
- "Infección" 19
- "Ampollas" 18
- "Sensibilidad" 17
- "Periodontitis" 15
- "Sarro" 14
- "Inflamación de encías" 13
- "Sangrado" 12
- "Sangrado de encías" 12
- "Cáncer de boca" 11
- "Infección de encías" 10
- "Inflamación" 9
- "Reuma" 8
- "Infección de muela" 7
- "Parálisis" 7
- "Descalcificación" 5
- "Hinchazón" 4
- "Infarto" 4
- "Bruxismo" 3
- "Dolor" 3
- "Tratamiento de conducto" 3
- "Tumores" 3
- "Úlcera" 3
- "Absceso" 2
- "Cáncer de lengua" 2
- "Flebitis" 2
- "Muelas" 2

Enfermedades

- "Ns" 406
- "Caries" 350
- "Nc" 209
- "Gingivitis" 108
- "Flemón" 77

- "Parálisis facial" 2
- "Problemas de dientes" 2
- "Problemas de encías" 2
- "Sangrado bucal" 2
- "Artrosis" 1
- "Caída de dientes" 1
- "Cáncer bucal" 1
- "Cáncer de garganta" 1
- "Caries, Gingivitis" 1
- "Caries, Sangrado, Tumores" 1
- "Coyunturas" 1
- "Dolor de cabeza" 1
- "Dolor de encías" 1
- "Dolor de muela de juicio" 1
- "Dolor dientes" 1
- "Encías sensibles" 1
- "Endocarditis bacteriana" 1
- "Estomatitis" 1
- "Fiebre" 1
- "Ganglios" 1
- "Garganta" 1
- "Hígado" 1
- "Hongos Bucales" 1
- "HPN" 1
- "Infección de garganta" 1
- "Infección en encías" 1
- "Infección por rotura" 1
- "Inflamación de muela" 1
- "Inflamación virósica" 1
- "Manchado de dientes" 1
- "Muelas de juicio acostadas" 1
- "Nervio muerto" 1
- "Picadura en las muelas" 1
- "Picaduras" 1
- "Postemilla" 1
- "Putridión de dientes" 1

Alimentos Saludables

- "x"
- "Ns" 431
- "Leche" 315
- "Verduras" 235
- "Frutas" 217
- "Lácteos" 209
- "Nc" 187
- "Carne" 113
- "Manzana" 102
- "Queso" 99
- "Yogurt" 47
- "Pescados" 40
- "Vegetales" 39
- "Agua" 35
- "Calcio" 31
- "Banana" 23
- "Cereales" 17
- "Huevo" 15
- "Apio" 12
- "Naranja" 11
- "Zanahoria" 8
- "Choclo" 7
- "Pan" 6

Proyecto: Salud Bucal. Campañas de Promoción y Evaluación de resultados.
Segunda Etapa

- "Pollo" 6
- "Espinaca" 5
- "Mandarina" 5
- "Pastas" 5
- "Limón" 4
- "Acelga" 3
- "Ajo" 3
- "Crema" 3
- "Dulces" 3
- "Gelatina" 3
- "Jugo de frutas" 3
- "Lechuga" 3
- "Peras" 3
- "Té" 3
- "Albahaca" 2
- "Chicle sin azúcar" 2
- "Cítricos" 2
- "Fibras" 2
- "Frutas no ácidas" 2
- "Legumbres" 2
- "Manteca" 2
- "Papa" 2
- "Sopas" 2
- "Vitaminas" 2
- "Almendra" 1
- "Arroz" 1
- "Asado" 1
- "Berenjenas" 1
- "Bicarbonato" 1
- "Café" 1
- "Café con leche" 1
- "Caldo" 1
- "Caramelos" 1
- "Condimentos" 1
- "Cosas blandas" 1
- "Cosas frías" 1
- "Ensaladas" 1
- "Espárragos" 1
- "Estofado" 1
- "Fiambres" 1
- "Fósforo" 1
- "Gatorade" 1
- "Hierro" 1
- "Hierbas" 1
- "Lentejas" 1
- "Líquidos" 2
- "Manzanilla" 1
- "Milanesa" 1
- "Poca sal" 1
- "Productos secos" 1
- "Puchero" 1
- "Sin azúcar" 1
- "Tomate" 1
- "Uva" 1
- "Vino tinto" 1
- "Vitina" 1

