

86



Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD  
BUCODENTAL IMPLEMENTADOS POR EL DIF  
(Estudio de caso en la colonia ampliación Miguel Hidalgo).**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

2998012

ARMANDO OSWALDO CASTRO ESTRADA

DIRECTOR: DR. ISAAC ALFONSO RODRÍGUEZ GALVAN  
ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por el apoyo incondicional que siempre me brindaron, para poder alcanzar esta meta tan importante en mi vida.

Los quiero.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología, por permitirme realizar dentro de sus instalaciones mi formación profesional.

Al Dr. Isaac Alfonso Rodríguez Galván y al C.D. Alfonso Bustamante Bécame, por su invaluable ayuda en la dirección y asesoría para la realización de esta tesina.

A todos, mil gracias.

Armando

ÍNDICE	PÁGINA
INTRODUCCIÓN .....	1
ANTECEDENTES .....	5
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) .....	5
PROBLEMÁTICA Y RIESGOS DEL DIF .....	11
ATENCIÓN A LAS FAMILIAS .....	12
OFERTA INSTITUCIONAL DEL DIF .....	14
ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD .....	17
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD .....	21
GUÍA DE EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD .....	23
EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD .....	26
DIRECCIÓN QUE DEBE TOMAR LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD .....	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	30
JUSTIFICACIÓN .....	31
HIPÓTESIS .....	33
OBJETIVOS .....	33
UBICACIÓN GEOGRÁFICA .....	34
HIDROGRAFÍA .....	34
CLIMA .....	34
FLORA Y FAUNA .....	35
TRADICIONES Y COSTUMBRES .....	35
MARCO SOCIAL .....	36
SERVICIOS DE SALUD .....	37
EDUCACIÓN, RECREACIÓN Y DEPORTE .....	37

	PÁGINA
VIVIENDA Y SERVICIOS	37
METODOLOGÍA	38
TIPO DE ESTUDIO	38
RECURSOS	39
ACTIVIDADES	40
POBLACIÓN DE ESTUDIO	41
MUESTRA	41
LIMITES	41
PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL IMPLEMENTADO POR EL DIF EN LA COLONIA AMPLIACIÓN MIGUEL HIDALGO	42
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL IMPL- MENTADO EN EL DIF DE LA COLONIA AMPLIACIÓN MIGUEL HIDALGO	51
RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	56
GRÁFICAS DE RESULTADOS	62
CONCLUSIONES	81
PROPUESTAS	84
ANEXOS	85
BIBLIOGRAFÍA	91

## INTRODUCCIÓN

La práctica de las profesiones sanitarias fue orientada desde sus inicios hacia el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. La odontología ha debido adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad, pasando por la cobertura de las más perentorias como el dolor, la reposición de piezas perdidas y de la función masticatoria, hasta la reparación y la conservación de las piezas afectadas por la enfermedad, para finalmente llegar a lo que es el gran reto de la odontología moderna; el mantenimiento y la promoción de la salud bucodental. Actualmente, enfermedades seculares como la caries dental están en franca regresión en muchos países, por desgracia en nuestro país se da muy lentamente, este hecho se debe a la falta de una aplicación correcta de los principios de prevención en odontología. Existe una clara discrepancia entre los conocimientos adquiridos en el campo de la prevención y su inadecuada e insuficiente utilización, tanto por el público como por los profesionales de la sanidad. Como consecuencia de sus inicios predominantemente curativos y reparadores, la orientación de la educación y la practica de los odontólogos ha estado más polarizada hacia los aspectos curativos de la secueías de la enfermedad, que al tratamiento y la prevención de la misma.

Es indispensable contar con objetivos claros y medibles que permitirán guiar la ejecución de un programa de salud de tal manera que en el seguimiento o *evaluación* que debe hacerse del mismo, sean detectados los problemas y obstáculos para poder corregirlos sobre la marcha.

Se entiende por programa de salud al conjunto de actividades organizadas que se pretende realizar con la finalidad de obtener un resultado determinado sobre una población definida. Los elementos fundamentales de un programa de salud serán pues, los resultados u objetivos que se quieren

lograr en términos de mejora del nivel de salud, la población y el tiempo en que se lleva a cabo. Hay que diferenciar la planificación de los programas de salud de la organización de servicios sociosanitarios de una población.

Dentro de las etapas de un programa de salud, la planificación es un proceso de gestión que permite establecer las decisiones sobre bases racionales. Se pueden distinguir dos niveles de planificación: la planificación de conjunto o general y la planificación por programas. Para realizar la primera de ellas el planificador debe conocer la magnitud y prioridad de los problemas de salud bucodental de una población, en tanto que para la segunda deben existir premisas anteriores y partir de ellas.

Las dos etapas preliminares, identificación de los problemas y necesidades, y establecimiento de prioridades son absolutamente necesarias si queremos que el programa de salud esté justificado y apoyado en unas bases sólidas.

La definición de los objetivos implica la definición precisa del problema de salud del programa, la población a la que va dirigido (grupo etáreo, escolar, pacientes de un centro de atención primaria) y el tiempo de consecución de los mismos. Los objetivos definen estados o comportamientos de salud a conseguir en una población. Existen tres tipos de objetivos: objetivo general o finalidad última del programa; objetivos intermedios, que generalmente reflejan los distintos factores de riesgo de la enfermedad, las distintas medidas preventivas o los diferentes grupos poblacionales a los que se dirige el programa, y los objetivos específicos, que determinan el tipo y cantidad de actividades a desarrollar.

La **evaluación** es la última etapa en el proceso de la planificación y se define como el método para determinar el grado de consecución de un objetivo preestablecido. Se recomienda llevar a cabo la evaluación a tres niveles: recursos (evaluación de la estructura del programa), actividades (evaluación del proceso) y objetivos (evaluación de los resultados).

La evaluación de la estructuración de los recursos (suficiencia) mide la calidad y cantidad de los recursos movilizados y utiliza métodos contables, mientras que la evaluación de la ejecución de las actividades evalúa por procedimientos administrativos los métodos y las técnicas utilizadas. Así, facilita el número de actividades realizadas y el grado de adecuación a las actividades previstas o necesarias para la consecución de los objetivos específicos.

Los resultados de salud de un programa pueden ser apreciados a dos niveles: los individuos que se benefician de la intervención (evaluación y eficacia) y la población a la que estos individuos pertenecen, tanto los que se benefician como los que no (evaluación de la efectividad). Además, estos resultados pueden ser relacionados con los recursos económicos movilizados o inherentes al programa (evaluación de la eficiencia).

La eficacia mide los efectos sobre la salud del programa en los individuos realmente alcanzados por las actividades del mismo, aquellos en los que se constata el cumplimiento de la intervención. La efectividad mide los efectos sanitarios del programa en el conjunto de la población objeto. Es importante establecer la distinción entre ambos términos ya que una buena eficacia no siempre implicará una efectividad satisfactoria. Cuanto más se acerque la efectividad a la eficacia ello nos indicará una mayor adhesión de la población al programa

La eficiencia se expresa por relación entre los resultados sanitarios obtenidos por el programa y los costes consiguientes a la obtención de los mismos. Los análisis más utilizados son el costo-efectividad y costo-beneficio.

Un punto de gran importancia es, la presentación y discusión de los resultados de la evaluación a la población de la comunidad, pues conocer la opinión que tenga esta sobre el programa aplicado, determinará en que medida fueron atendidas la necesidades y las demandas. Es de gran importancia el no apartarnos del hecho de que el fin de un programa de salud es dar respuestas específicas a las necesidades identificadas y sentidas por las *personas* que integran una población.

## ANTECEDENTES

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es el organismo público encargado de desarrollar las políticas públicas en el campo de la asistencia social, y es heredero de instituciones y programas que, en su momento y con otras identidades, construyeron valiosas respuestas ante las situaciones de desventaja social que han vivido muchos mexicanos.

El primer antecedente es el programa Gota de Leche que en 1929 reunía a un sector de mujeres mexicanas quienes se encargaban de proporcionar este alimento a niñas y niños de la periferia de la ciudad de México. Ello dió origen a la creación de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia que reorganizó la Lotería Nacional precisamente para apoyar a la *beneficencia pública*, encargada desde entonces a sustentar acciones de este tipo.

Posteriormente, en los años 40, el gobierno mexicano creó una subsecretaría especializada en la asistencia pública la cual compartía con la de Salubridad, las funciones de atención a los grupos sociales con mayor desventaja. En los años 60 y bajo la divisa de los Desayunos Escolares se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), que generó una actitud social de gran simpatía y apoyo hacia la niñez.

A finales de los años 60 es creado el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), para atender a niñas y niños huérfanos, desvalidos, discapacitados o con ciertas enfermedades. Por un tiempo conviven el IMAN y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, y la confluencia de estas dos instituciones dio origen, en 1977, al actual Sistema Nacional para el

Desarrollo Integral de la Familia, el DIF, que reunió los esfuerzos gubernamentales enfocados a atender problemas de las familias y de las niñas y los niños, pero que a lo largo del tiempo amplió su espacio de acción ante la problemática, cada vez más compleja que plantea el campo de la asistencia social.

En 1986 se promulgó la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, que amplía las facultades del DIF al otorgarle, el carácter de coordinador de los esfuerzos asistenciales de los sectores gubernamentales, así como las instituciones y organismos privados cuyo trabajo se realiza en el campo de la asistencia social.

De este modo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, como Organismo Público Descentralizado, es responsable, de acuerdo con la propia ley, en los capítulos II y III, y sus artículos 13 al 17 y 36 al 46, respectivamente, de las siguientes actividades.

- Acreditar a las instituciones de asistencia y promover estímulos para motivar acciones asistenciales;
- Elaborar el Programa Nacional de Asistencia Social;
- Organizar el Directorio Nacional de las Instituciones de Asistencia Social, el Servicio Nacional de Información;
- Realizar modelos de atención y promover el desarrollo de estudios e investigaciones;
- Formar y profesionalizar al personal encargado de las tareas asistenciales;
- Integrar fondos mixtos para la asistencia Social y crear y desarrollar instituciones de asistencia social, y
- Promover la organización y participación de la comunidad.

Los compromisos de tipo institucional del DIF, desde sus inicios han sido:

1. Ser un Sistema, es decir, mas que la simple suma de unas partes, una totalidad integrada por varios subsistemas unidos y coordinados.
2. Ser nacional, es decir, tener presencia a lo largo y ancho del territorio nacional, llegando lo mismo a las grandes ciudades que a las localidades mas humildes o lejanas.
3. Perseguir el desarrollo integral de las familias lo cual define su campo de acción en el marco de la asistencia social.

A fin de organizar el trabajo del Sistema Nacional de Asistencia Social, la ley identifica aquellos grupos y personas que puedan ser receptores de las acciones públicas y privadas al ser definidos como sujetos de la asistencia social, lo que permite canalizar las actividades y organizar a los diferentes actores concurrentes a este campo. Entre ellos:

1. Familias que en relación con algunos de sus miembros presenten limitaciones o carencias, especialmente con:
  - a. niñas y niños
  - b. jóvenes y adolescentes
  - c. mujeres
  - d. adultos mayores, y
  - e. discapacitados.
2. Personas afectadas por desastres

3. Indigentes o habitantes del medio rural o del urbano, que debido al *desarraigo deben migrar o carecen de servicios indispensables para su subsistencia.*

El DIF, al enfrentar estos problemas, lo hace atendiendo a cientos de usuarios, siempre en el marco de contextos familiares y también en el de las comunidades donde éstos se encuentran y evitan considerar únicamente a las personas, en lo individual, como las únicas beneficiarias de su acción.

Para poder acercarse y llegar a estos contextos familiares y comunitarios, el DIF se ha organizado como una institución descentralizada, y es en la actualidad la estructura más federalizada que tiene el gobierno de México.

El DIF se reestructura permanentemente para acercar más la toma de decisiones a las unidades operativas. En esta dirección y en el estímulo al nuevo federalismo que impulsa el poder ejecutivo, vivimos un intenso proceso de federalización y municipalización, completas del organismo.

En los tres niveles, federal, estatal y municipal, se impulsa un cambio que define y organiza mejor las funciones en los casos del DIF federal y estatales al precisar que sus tareas giran en torno a la rectoría y normatividad, mientras que en el nivel municipal la orientación se dirige hacia *la operación de los programas en una estrecha colaboración entre gobierno y sociedad.*

Este organismo tiene presencia en todos los estados de la República, incluido el Distrito Federal, y en más de dos mil municipios.

El proceso que profundiza la federalización busca asegurar una conducción a partir del desarrollo de metodologías y modelos de atención especializados en los problemas y temas que atienden, y que permitan:

1. Identificar las características y los comportamientos de las poblaciones a atender
2. Estudiar los procedimientos idóneos para su atención
3. La organización de los actores tanto públicos como privados, cuya prestación está orientada hacia la asistencia social.
4. La medición del efecto de los programas en beneficio de la población que se va a considerar.

El DIF esta construyendo un sistema que propicie la mayor participación social posible, ya que ésta, es un elemento fundamental en la realización de las tareas sustantivas del mismo y, por ende, un ingrediente esencial para lograr una institución articulada y participativa en sus tres niveles organizativos.

Por ello, en el DIF Nacional se impulsa un proceso de Reingeniería Institucional que se basa en la identificación de cuatro procesos estratégicos de valor agregado implícitos en el quehacer institucional, a saber:

1. El de los beneficiarios de las acciones institucionales
2. El de los actores que concurren con diversas ofertas al campo existencial.
3. El del diseño de modelos de atención necesarios para los problemas que ahí se tratan
4. El de la evaluación del trabajo y de la gestión de la institución.

En el nivel estatal el DIF tiene la responsabilidad de asegurar la atención, a partir del desarrollo de una normatividad que:

1. Promueva el equilibrio de la prestación en su región.
2. Garantice, a través de los municipios, la entrega de los servicios a la población que los requiera y haya sido previamente identificada como objeto
3. Coordine los esfuerzos de los diferentes actores, y promueva el incremento de la capacidad instalada de las instituciones asistenciales
4. Fomente la participación social en la política asistencial.

El nivel municipal es el punto estratégico del desarrollo del sistema, puesto que en él se lleva a cabo la operación de los programas asistenciales, por lo tanto, es indispensable que:

1. Se fortalezcan las estructuras municipales encargadas de la asistencia social, como es el caso de los Regidores y de la Comisión de Asistencia Social, que deben constituir, orientar o promover al DIF municipal, a partir del desarrollo de sus estructuras.
2. Se creen los consejos municipales par la asistencia social, los cuales funcionarán mediante la participación de representantes de diferentes sectores, tanto públicos como privados.

Esto implica que el DIF municipal debe encargarse de asegurar en sus localidades la prestación de servicios de primer nivel, a partir de:

1. La conversión de cada acción o espacio en un centro comunitario del DIF
2. El desarrollo del papel de la asistencia social como catalizador para la participación comunitaria en la identificación de necesidades, así como la gestión de los servicios.

3. El diseño y aplicación de paquetes integrales que permitan atender necesidades concretas.

Uno de los asuntos más representativos al respecto es sin duda la protección jurídica especializada que el DIF ha sabido desarrollar en el interior de su trabajo y que en las actuales condiciones ha sido de la mayor importancia, especialmente valiosa en la discusión relativa a las relaciones que deben existir entre los ámbitos privado y público, o bien en torno a problemas tan graves como la violencia intrafamiliar, el maltrato, el abandono, el abuso sexual y las prácticas discriminatorias.

Este planteamiento reconoce en su inicio, que los asuntos de la asistencia social son procesos cada vez más complejos y que por ello requieren de una creciente especialización, de ahí la necesidad de aumentar las capacidades de cada DIF municipal, por pequeño que este sea.

#### PROBLEMÁTICA Y RIESGOS.

La institución está dada a la tarea de crear un nuevo DIF que identifica como el contexto de su intervención a una triple problemática, cuya complejidad y relaciones hacen inevitable la articulación de varias acciones públicas y privadas que son complementarias: la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social.

La pobreza es el resultado de una falla estructural de la sociedad que margina a las personas, sustrayéndolas de oportunidades para una vida mejor, del acceso a la justicia y del disfrute de derechos sociales.

La vulnerabilidad es una condición debida a alguna característica que puede ser de las familias, de los grupos sociales o de las personas, las

cuales, debido a factores tales como la edad, el género, el origen étnico, o como consecuencia de una limitación física, presentan mayores riesgos para su integridad física o moral, y en su desarrollo como personas plenas para vivir adecuadamente o para tener una salud óptima.

La exclusión social es el efecto final en el que se ven afectadas las personas por su falta de acceso a los bienes y servicios, sea por sus vínculos débiles con el mercado, o bien con las prestaciones públicas.

Esta triple problemática no se presenta de manera aislada y, por el contrario, su existencia se da en una permanente relación. Así, la vulnerabilidad en contextos de pobreza y exclusión social se convierte para las personas, grupos y familias en una mayor posibilidad para desarrollar muchos de los problemas que se expresan como: desintegración familiar y abandono, desarraigo, maltrato, abuso, desnutrición, dependencia de las drogas y otros comportamientos de riesgo.

Esta asociación y sinergia en estos procesos, sin duda esta determinado por la presencia de ciertos elementos que, a manera de factores de riesgo, actúan como circunstancias que propician, incrementan o determinan la realización de un daño o posibilitan que éste se desarrolle con mayor o menor gravedad.

## ATENCIÓN A LAS FAMILIAS.

Las familias son los espacios fundamentales para el encuentro entre los géneros y generaciones, pero también son forjadores fundamentales de la identidad de las personas, y en este proceso no se sustraen a la influencia del contexto. Podemos afirmar que nuestras familias se encuentran en una transición ya que de ser las principales transmisoras de la información y de la cultura de valores para sus miembros, están siendo desplazadas de estas

cuales, debido a factores tales como la edad, el género, el origen étnico, o como consecuencia de una limitación física, presentan mayores riesgos para su integridad física o moral, y en su desarrollo como personas plenas para vivir adecuadamente o para tener una salud óptima.

La exclusión social es el efecto final en el que se ven afectadas las personas por su falta de acceso a los bienes y servicios, sea por sus vínculos débiles con el mercado, o bien con las prestaciones públicas.

Esta triple problemática no se presenta de manera aislada y, por el contrario, su existencia se da en una permanente relación. Así, la vulnerabilidad en contextos de pobreza y exclusión social se convierte para las personas, grupos y familias en una mayor posibilidad para desarrollar muchos de los problemas que se expresan como: desintegración familiar y abandono, desarraigo, maltrato, abuso, desnutrición, dependencia de las drogas y otros comportamientos de riesgo.

Esta asociación y sinergia en estos procesos, sin duda está determinado por la presencia de ciertos elementos que, a manera de factores de riesgo, actúan como circunstancias que propician, incrementan o determinan la realización de un daño o posibilitan que éste se desarrolle con mayor o menor gravedad.

## ATENCIÓN A LAS FAMILIAS.

Las familias son los espacios fundamentales para el encuentro entre los géneros y generaciones, pero también son forjadores fundamentales de la identidad de las personas, y en este proceso no se sustraen a la influencia del contexto. Podemos afirmar que nuestras familias se encuentran en una transición ya que de ser las principales transmisoras de la información y de la cultura de valores para sus miembros, están siendo desplazadas de estas

funciones y reducidas a ser los espacios del cuidado de los afectos y de la subjetivación inicial.

Los cambios en las familias no solo son en ese sentido ya que hay varios aspectos que inciden en su vida y que están confluyendo para impactar y modificar varias de sus funciones. Nuestras familias hoy; dados el menor crecimiento demográfico y los efectos sociales generados por la globalización son más pequeñas y están más aisladas, e interna y externamente son más frágiles, por lo que se encuentran en riesgo de desintegración.

Adicionalmente, se han incrementado las situaciones de pobreza por lo que las nuevas familias se constituyen cada vez con mayores dificultades y mayores obstáculos para que satisfagan las necesidades materiales de sus integrantes. Esto hace a las familias y a muchos de sus integrantes más vulnerables y en conjunto existen más probabilidades de una exclusión social, debido a que cada vez más, están expuestas a una mayor fragilidad de sus vínculos internos y a una mayor debilidad de sus redes de apoyo.

Por esto, las familias siguen siendo el centro de las acciones del organismo público encargado de protegerlas, de apoyarlas, y por ello buscamos fortalecerlas para que cumplan mejor con sus funciones exclusivas, así mismo incrementar sus capacidades para que estén en mejores condiciones de responder a estos retos. Por ello en el DIF, nuestras acciones buscan prevenir los riesgos de su desintegración y promover su desarrollo integral.

De ahí que el DIF atienda, a lo largo y ancho del país a diferentes grupos de personas:

- Niños y niñas
- Jóvenes y adolescentes
- Mujeres en situaciones especiales
- Personas de la tercera edad y discapacitados

Por otro lado, se están diseñando estrategias que permitan, mediante procesos comunitarios ampliar y fortalecer las redes primarias de solidaridad y de mutua ayuda, propiciando en la comunidad comportamientos favorables para su integración a partir de la reconstrucción de los tejidos familiares y comunitarios.

## OFERTA INSTITUCIONAL DEL DIF

La principal oferta del DIF consiste en la provisión de modelos de atención, métodos, técnicas o procedimientos que junto con normas de trabajo puedan ser aplicados en el nivel local. En conjunto, estos procedimientos y modelos operan como franquicias que pueden llevar a cabo las instituciones del sistema, tanto públicas como privadas.

La oferta de atención la orientamos hacia:

### A. Las familias:

- Prevención de la desintegración familiar.
- Adopción asistencia jurídica
- Prevención de la violencia, el maltrato y el abuso
- Escuela para padres de familia
- Adolescentes embarazadas

De ahí que el DIF atienda, a lo largo y ancho del país a diferentes grupos de personas:

- Niños y niñas
- Jóvenes y adolescentes
- Mujeres en situaciones especiales
- Personas de la tercera edad y discapacitados

Por otro lado, se están diseñando estrategias que permitan, mediante procesos comunitarios ampliar y fortalecer las redes primarias de solidaridad y de mutua ayuda, propiciando en la comunidad comportamientos favorables para su integración a partir de la reconstrucción de los tejidos familiares y comunitarios.

## OFERTA INSTITUCIONAL DEL DIF

La principal oferta del DIF consiste en la provisión de modelos de atención, métodos, técnicas o procedimientos que junto con normas de trabajo puedan ser aplicados en el nivel local. En conjunto, estos procedimientos y modelos operan como franquicias que pueden llevar a cabo las instituciones del sistema, tanto públicas como privadas.

*La oferta de atención la orientamos hacia:*

### A. Las familias:

- Prevención de la desintegración familiar.
- Adopción asistencia jurídica
- Prevención de la violencia, el maltrato y el abuso
- Escuela para padres de familia
- Adolescentes embarazadas

- Orientación nutricional
- Planificación familiar
- Movilización social por los derechos de los niños y las niñas
- Atención integral a familias afectadas por la farmacodependencia
- Atención integral a familias migrantes

B. El desarrollo comunitario:

- Desayunos escolares
- Desayunos comunitarios
- Paquetes integrales de atención

C. Mujeres y perspectiva de género:

- Asistencia jurídica a mujeres en controversias de orden familiar
- Capacitación con perspectiva de género
- Impulsos a programas de desarrollo con equidad

D. La infancia y adolescencia:

- Atención de menores huérfanos y abandonados, protección jurídica
- Prevención de farmacodependencia
- Prostitución infantil y pornografía
- Atención a niños en y de la calle
- Menores migrantes y repatriados
- Atención a preescolares y niños trabajadores

E. Los grupos y problemas especiales:

- Ancianos desprotegidos y abandonados
- Personas con discapacidad, y
- Personas y grupos damnificados.

## ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El planificar en el complejo campo de la salud, donde a toma de decisiones hay que valorarla con arreglo a una serie de prioridades y a unos costes, nos lleva siempre a una decisión política.

La salud como un instrumento distributivo para conseguir una mayor equidad social, se tiene que analizar dentro del contexto de los sistemas y subsistemas con los que se relacione, ya que como toda acción compleja puede tener una serie de repercusiones, para cuya valoración se ha aplicado el análisis de sistemas.

El sistema es el conjunto de partes que interactúan unas sobre otras de tal modo que es más que la suma de las partes, como el organismo humano es más que los sistemas orgánicos que lo forman.

Así pues, el sistema sanitario está relacionado con un sistema social más amplio, como el económico, social y político y está en interacción con otros subsistemas de la sociedad, como la agricultura, la educación la estructura de la población, etc.

Por tanto, la salud es una variable de múltiples causas con raíces en otros sistemas y subsistemas, lo que supone un planteamiento multidisciplinario, con una determinación de los efectos socioeconómicos que conlleva.

El estudio de sistemas es un conjunto de métodos que intenta definir las relaciones existentes en un sistema y calcular sus efectos.

En la programación sanitaria de un país se tienen que aportar datos sobre la situación y problemas fundamentales y entonces actuar en consecuencia de acuerdo a una ordenación política, estratégica y operacional. Depende, pues de una secuencia política, ya que es la gestión común de lo común, según Aristóteles, y en lo estratégico y operacional, depende de la programación y del proyecto establecido.

La epidemiología nos ayuda a su cuantificación y análisis, y nos ofrece instrumentos de inestimable valor a la hora de la toma de decisiones. Todo proyecto de análisis de sistemas contiene siete elementos.

1. El sistema, teniendo en cuenta que el estado sanitario es un resultado, pero también es un factor del complejo social y ambiental, donde se integra como subsistema.
2. Un proceso de desarrollo, entendiendo desarrollo como distinto de crecimiento, en lo que la salud es un punto clave en la mejora económica y ambiental.
3. Dentro de un marco nacional.
4. Con un conjunto de objetivos. Se plantea la gestión por objetivos con la planificación, programación, ejecución y evaluación.
5. Supone un proyecto como conjunto temporal de actividades, que pretende producir un cambio mensurable en el estado de salud de la comunidad

Es decir, con unos cambios en el sistema sanitario ( instalaciones, rendimiento personal, vigilancia de la enfermedad, adopción de tecnologías, etc), esperamos un cambio en el producto sanitario (prestación de asistencia, higiene del medio con reducción de morbilidad, etc).

6. Lo que supone un procedimiento o sucesión explícita de actividades que cubren una serie de etapas y cada una de ellas contiene un producto ( que se recoge en un documento con una serie de datos).
7. Es un proceso interactivo en que una situación obliga al paso a otra o a retroceder previamente.
8. *Supone un proceso de aprendizaje. El aprender haciendo por la practica y por los objetivos alcanzados.*

Estos elementos nos sirven de base para dos protocolos:

- a. *Formulación, que es la propuesta que surge como una necesidad después de un análisis y síntesis.*
- b. *Ejecución, que supone la iniciación del proyecto, con el análisis de los trabajos, movilización de los recursos, dirección, control y terminación de los mismos.*

Es, pues, un desarrollo tecnológico en el que según una serie de estrategias se pretende conseguir un beneficios, para lo cual se procede a:

1. Especificación por objetivos o gestión por objetivos, determinando el grado de eficacia de las diversas técnicas en el fomento de la salud,

prevención de la enfermedad, etc. El beneficio es el efecto deseado, pero si no se consigue, es el coste de la oportunidad.

2. Estableciendo unas estrategias o alternativas en los medios de interacción. De aquí que de acuerdo con el punto anterior la decisión sea racional sobre el empleo de los recursos.
3. Hay que valorar los aspectos intersectoriales y socioculturales, ya que la salud es parte integral del desarrollo socioeconómico general.
4. La adopción de decisiones se basa en los anteriores propuestos.
5. Se requiere una evaluación con análisis de costo-efecto y beneficios alcanzados.
6. Todo ello requiere la necesidad de un tratamiento de datos

## EVALUACION DE UN PROGRAMA DE SALUD.

### OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Evaluar consiste en determinar la evolución de un programa, la extensión alcanzada y las dificultades e impacto local en su realización.

Por medio de la evaluación se puede:

- Determinar fallas y aciertos
- Saber donde y como hacer cambios
- Obtener información para la posterior planificación
- Promover una actitud crítica de parte de los participantes y aumentar la comunicación y coordinación entre ellos.

Es importante hacer evaluaciones repetidas a todo lo largo de un programa y no solo una al final, de manera que se puedan ver los problemas que se presentan y buscar soluciones a los mismos. En un programa de salud comunitaria hay que evaluar:

- Metodología
- Ayudas didácticas
- Consecución de objetivos:  
Impacto sobre conocimientos y prácticas  
Desarrollo grupal. Participación comunitaria.

Para una evaluación participativa es necesario que todos los integrantes del programa, desde el personal de salud hasta el grupo objetivo, se vean implicados, de tal forma que además de objetivar logros y dificultades, puedan convertirse en un medio para buscar soluciones a los problemas.

Para obtener los datos que nos permitan hacer una valoración de la metodología se pueden utilizar distintas técnicas.

a. Observación de los talleres:

Se realiza con la ayuda de una lista que permita determinar los elementos que nos interesa evaluar, por ejemplo:

- Participación del monitor
- Número de intervenciones de los participantes, duración, sexo, etc.
- Utilización de técnicas y materiales, pertinencia, comprensibilidad.
- Lenguaje empleado

b. Entrevistas con los monitores.

Para saber su opinión sobre el grupo objetivo, materiales y contenidos, así como sus propios conocimientos y prácticas relacionados con los temas que se tratan .

Esta información también se puede conseguir realizando talleres con los monitores y utilizando técnicas como juegos de roles, sociodramas, etc.

c. Entrevistas con los participantes.

Se llevan a cabo a la salida de los talleres o en sus casas, para ver que comprendieron del tema a tratar, si les interesó o no y si lo ponen en práctica.

En cuanto a los materiales didácticos, es muy importante ponerlos a prueba antes de considerarlos listos para su reproducción. Para ello se puede someter los materiales a discusión en grupos y también mostrarlos en entrevistas informales.

De esta forma se puede determinar si son pertinentes o no, si son comprensibles, si fomentan la discusión, o si precisan la intervención de un monitor para su uso o son informativos por sí mismos, si resultan interesantes y llamativos.

La evaluación y adaptación de los materiales ha de hacerse a todo lo largo del desarrollo del programa de salud, de manera que se vaya adecuando a las necesidades y cambios de los participantes.

Por último, la evaluación de los objetivos finales, tanto de la participación de la comunidad, como los cambios de conocimientos, actitudes y prácticas, esos objetivos deben estar definidos desde el principio del programa.

La información sobre los conocimientos y prácticas se puede obtener por medio de una encuesta formal y también a través de entrevistas informales.

## GUÍA DE EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD.

Lo que a continuación se presenta es una guía de orientación que permite ya durante la planificación de las actividades, seleccionar aspectos importantes que se deben incluir en la evaluación de un programa.

Se toma como ejemplo una serie de reuniones organizadas con diferentes grupos de trabajadores básicos de la salud en el área pragmática

De esta forma se puede determinar si son pertinentes o no, si son comprensibles, si fomentan la discusión, o si precisan la intervención de un monitor para su uso o son informativos por sí mismos, si resultan interesantes y llamativos.

La evaluación y adaptación de los materiales ha de hacerse a todo lo largo del desarrollo del programa de salud, de manera que se vaya adecuando a las necesidades y cambios de los participantes.

Por último, la evaluación de los objetivos finales, tanto de la participación de la comunidad, como los cambios de conocimientos, actitudes y prácticas, esos objetivos deben estar definidos desde el principio del programa.

La información sobre los conocimientos y prácticas se puede obtener por medio de una encuesta formal y también a través de entrevistas informales.

## GUÍA DE EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD.

Lo que a continuación se presenta es una guía de orientación que permite ya durante la planificación de las actividades, seleccionar aspectos importantes que se deben incluir en la evaluación de un programa.

Se toma como ejemplo una serie de reuniones organizadas con diferentes grupos de trabajadores básicos de la salud en el área pragmática.

La guía consta de tres partes.

a).Evaluación del proceso

- Desarrollo grupal
- Objetivos del proceso

b).Evaluación del método

- Metodología
- Ayudas didácticas
- Comentarios

c).Evaluación del producto

- Metas cumplidas.

Para cada una de las partes se propone a manera de ejemplo una serie de indicadores, la forma de obtener la información y una posibilidad de calificación final:

El valor dado a cada indicador puede expresarse en porcentajes o puntos de una escala que varía en un punto (muy deficiente) hasta seis puntos (excelente). Al final se pueden sumar todos los puntos, calcular el promedio alcanzado y observar en que parte de la escala (entre muy deficiente y excelente), se encuentran el resultado global.

Sin embargo, en muchos casos es mejor evitar la expresión de los resultados en puntos y simplemente describir y comentarlos.

Las cuestiones básicas para los estudios de evaluación suponen:

1. Amplitud, a que extensión se debe llevar las medidas de protección de la comunidad.

## 2. Calidad de la prestación:

- a) ¿ es satisfactoria en cuanto a los efectos deseables o en cuanto a los no deseables?
- b) ¿ es satisfactoria en cuanto a las actividades?
- c) ¿ es satisfactoria en cuanto a la utilización de los servicios de salud?

3. Eficiencia, los recursos aplicados están relacionados con la efectividad en cuanto a los logros obtenidos, ( la eficacia va orientada a los beneficios sobre el individuo; la efectividad, sobre la comunidad).

4. Satisfacción y aceptación por parte del público.

5. Valor diferencial en cuanto al efecto en diferentes categorías o grupos de personas o en diferentes circunstancias.

Las diferentes actividades pueden ir permitiendo la consecución de una serie de objetivos previos; los cuales conducirán a una meta u objetivo final; aunque en el transcurso de los mismos pueden implicarse más factores extraños (previstos o no) que pueden interferir, de cualquier manera, hay que plantearse el sortear toda una serie de obstáculos.

## EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y DE LA EFECTIVIDAD.

La evaluación de la eficacia debe ser experimental siempre que sea posible, mediante ensayos clínicos hechos al azar. Sólo así tendremos la seguridad que los factores que pueden haber influido en los resultados hayan sido controlados. La asignación al azar de los individuos en un grupo experimental y un grupo control es la mejor garantía para que no existan sesgos que pudiesen poner en duda la firmeza de la eficacia proporcionada. En aquellos casos en que problemas éticos o de otra índole no sea posible la evaluación experimental de la eficacia se pueden utilizar estudios con observación de cohortes o de casos y controles, de evidencia menos firme.

La evaluación de la efectividad solo puede llevarse a cabo cuando la intervención se haya demostrado previamente eficaz mediante un ensayo clínico controlado o de otro tipo. El tipo de estudio que proporciona una mayor firmeza en la evaluación de la efectividad es el ensayo comunitario. En aquellos casos en que no es posible evaluar la efectividad de un programa mediante un ensayo de este tipo se puede recurrir a los ensayos comunitarios experimentales. En estos estudios hay una o más comunidades de intervención y una o más comunidades de control. La efectividad se evalúa comparando la prevalencia del problema de salud o de los factores de riesgo antes y después de la intervención en ambas comunidades.

Cuando no es posible evaluar utilizando un diseño experimental hay que recurrir a los estudios de observación. Los estudios antes-después miden los niveles de la enfermedad o factor de riesgo antes y después de la intervención, ya sea mediante encuestas sucesivas o bien mediante la información procedente de registros de morbilidad o mortalidad, si la intervención es muy efectiva y da lugar a un cambio dramático en el estado de salud la evidencia proporcionada por un estudio observacional antes-

después puede ser suficientemente demostrativa. Los estudios de cohortes y los de casos y controles han sido escasamente utilizados para evaluar la efectividad de intervenciones preventivas en salud bucodental, al igual que los estudios ecológicos; *sin embargo, todos ellos pueden ser útiles para este fin.*

Hay que destacar que una vez demostrada la efectividad de un programa no es necesario volver a demostrarla cada vez que se pone en *marcha el programa en una comunidad, particularmente si dicha demostración ha sido experimental.* En este caso se valorará simplemente si se alcanzan los objetivos fijados; para ello se efectuarán, las mediciones correspondientes basadas en los criterios (indicadores) y normas (niveles) preestablecidos a la evaluación del impacto sobre el estado de salud de una comunidad mediante los indicadores y las normas se cierra el ciclo de la investigación en la planificación y evaluación de los programas de salud bucodental.

## DIRECCIÓN QUE DEBE TOMAR LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD.

Parece necesario incluir los cinco componentes siguientes en la investigación evaluativa.

1. La necesidad de indicadores positivos en lugar de negativos y de datos cualitativos en áreas pequeñas. Tales datos difícilmente se relacionan denominadores “comunitarios”, hay una carencia particularmente importante de datos especiales de encuestas en áreas pequeñas y de datos descriptivos blandos a cualquier nivel.

Actualmente no existen indicadores de participación y funcionamiento intersectorial, y aquellos que se refieren al establecimiento de redes, al traspaso de poder a la comunidad y a sus valores nos dan ejemplos de otros que deberían desarrollarse.

2. La necesidad de centrarse en el contexto además de la gente. La necesidad de evitar culpar a la víctima y tratar el tema de los contextos que apoyan las opciones sanas en los estilos de vida. Claramente, entre una mezcla de factores, como conocimientos y actitudes, renta, geografía o transporte, nos indican donde hay que investigar en esta área.

3. Hacer las cosas donde está la gente. Es necesaria la investigación centrada en la gente y en la comunidad. El modelo tradicional de salud pública era paternalista. Una vez que había identificado los peligros para la salud pública, el profesional de la salud tenía acceso a toda una gama de legislación en salud pública con la cual podía imponer sus recomendaciones. Esto a supuesto que la nueva salud pública haya intentado seguir por el mismo camino. Unas acciones recetadas basadas en el análisis epidemiológico parecen ser los resultados lógicos de programas

de salud con base médica. Tales programas suelen imponerse desde arriba hacia abajo, en vez de lo contrario, siendo verticales en lugar de horizontales.

La alternativa es proporcionar apoyo a los procesos que integran distintos aspectos de un estilo de vida sano a nivel comunitario, empezando con el interés que tiene cada persona por su propia salud, la de su familia y la de su grupo social y utilizando la atención primaria como la organización de apoyo.

4. La necesidad de historias verídicas. Sobre todo necesitamos las verdaderas historias de lo que pasó cuando alguien o un grupo de personas intentaron hacer algo. Desde luego que tenemos que hacernos una serie de preguntas: ¿quién hizo qué, cuándo y por qué?, ¿de verdad?, ¿la iniciativa provino de la "comunidad" o intervinieron primero unos profesionales para limar las asperezas?, ¿por qué se financió este proyecto ahora y no un proyecto similar anteriormente o más tarde o un proyecto sobre un tema distinto pero con una metodología similar? Por lo tanto, lo que necesitamos de verdad son historias verídicas; sin embargo, ¿si hubiéramos conocido la verdad, la inspiración provocada por algunos acontecimientos, nos conducirían hacia un logro?

5. La valoración de la capacidad de promoción de salud de una comunidad. Parece obvio que el prerrequisito para la participación comunitaria efectiva en la promoción de la salud incluye la disponibilidad de información correcta y la posibilidad de remedios en el momento y el lugar adecuados. ¿Cómo se crearon estas condiciones? Necesitamos encontrar formas de describir a las comunidades que tomen en cuenta las mejoras en la comunidad y su autoestima; unos conceptos bien entendidos para los individuos que deben aplicarse igualmente a nivel colectivo y social.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de una promoción verdadera de programas de salud bucodental y la carencia de una cultura hacia esta, son determinantes para que enfermedades, principalmente caries y periodontopatías persistan en nuestro país; acentuándose más en la población de bajos recursos, con altos índices de morbilidad, a diferencia de los países desarrollados como Canadá, EE.UU., Suecia, Francia, etc., en donde la prevalencia de caries ha disminuido, a raíz de la implementación de medidas específicas para su control.

Pese a los esfuerzos desplegados (que honestamente siempre han sido insuficientes), por las autoridades de salud en México para reducir la incidencia y prevalencia de estos padecimientos los resultados obtenidos han sido muy pobres debido, en gran parte, a su íntima relación con factores culturales y económicos que resultan determinantes en su prevención, aparición y tratamiento.

Todo lo anterior debe servirnos de base para ubicarnos dentro del contexto "actual" del país y dejar clara la necesidad de reorientar la planeación de programas educativos en el campo de la odontología, no solo en lo que se refiere a la preparación de cirujanos dentistas sino también en el desarrollo de servicios odontológicos de calidad dentro de la salud pública.

## JUSTIFICACIÓN

Aunque es sabido que el estado de salud bucodental es el resultado de una serie de factores sociales, incluyendo el estilo de vida individual, culturales y económicos, poco se ha hecho por parte de las autoridades de salud en nuestro país para mitigar, ya no digamos totalmente; sino dentro de sus posibilidades, todas estas circunstancias determinantes y que contribuyen a que se desarrollen enfermedades 100% prevenibles.

En nuestro país no existe un diagnóstico preciso de la morbilidad de padecimientos bucodentales, se sabe con certeza que la caries dental es la enfermedad que presenta mayor magnitud ya que más del 90% del total de la población mexicana de más de seis años presenta esta alteración; lo alarmante aquí radica en que el proceso carioso comienza en la etapa temprana de la vida, estimándose en la actualidad el número de casos en millones de niños afectados por esta enfermedad. El ausentismo escolar y laboral por esta causa es significativo, representando un factor importante de baja eficiencia en el aprendizaje y pérdida económica en el trabajo.

Otro rubro importante dentro de estos padecimientos, lo representan la periodontopatías, que afectan al 88% de los adultos aproximadamente y su presencia en los niños también es significativa; ya que el 69% aproximadamente las presenta.

A pesar de que todas las Instituciones de Salud cuentan con servicios odontológicos, éstos se limitan generalmente a la atención de emergencias y, en un menor grado, a la prevención y tratamiento de especialización; dejando de lado el aspecto educativo, importantísimo para lograr la erradicación de los dos principales padecimientos bucodentales en nuestra población: la caries dental y las periodontopatías.

La correcta planificación y ejecución de programas encaminados a la prevención de estos aspectos de la salud pública, conducirá a que una gran cantidad de recursos se apliquen en otras áreas importantes para el desarrollo de la comunidad y, no para el tratamiento de estos padecimientos.

## HIPÓTESIS

El programa de salud bucodental implementado por el DIF en la colonia ampliación Miguel Hidalgo no cubre todas las necesidades de tipo preventivo de la población.

### OBJETIVOS

General:

Analizar el programa de salud bucodental, implementado por el DIF en la colonia ampliación Miguel Hidalgo.

Específicos:

- Obtener, mediante encuestas, el punto de vista de los usuarios del *servicio bucodental dentro del Centro Comunitario Miguel Hidalgo*.
- Observar el tipo y la calidad de atención brindada a la población por los cirujanos dentistas dentro del Centro Comunitario.
- Enumerar que medidas preventivas son brindadas por los cirujanos dentistas a la población en general.
- Observar si el Programa de Salud Bucodental es aplicado conforme a sus propios principios.
- Observar el tipo de carencias que tienen los cirujanos dentistas para brindar servicio óptimo

## HIPÓTESIS

El programa de salud bucodental implementado por el DIF en la colonia ampliación Miguel Hidalgo no cubre todas las necesidades de tipo preventivo de la población.

### OBJETIVOS

General:

Analizar el programa de salud bucodental, implementado por el DIF en la colonia ampliación Miguel Hidalgo.

Específicos:

- Obtener, mediante encuestas, el punto de vista de los usuarios del servicio bucodental dentro del Centro Comunitario Miguel Hidalgo.
- Observar el tipo y la calidad de atención brindada a la población por los cirujanos dentistas dentro del Centro Comunitario.
- Enumerar que medidas preventivas son brindadas por los cirujanos dentistas a la población en general.
- Observar si el Programa de Salud Bucodental es aplicado conforme a sus propios principios.
- Observar el tipo de carencias que tienen los cirujanos dentistas para brindar servicio óptimo.

## UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La colonia Ampliación Miguel Hidalgo se localiza al sur de la ciudad de México, y forma parte del territorio de la delegación Tlálpán, la más grande en cuanto a extensión en el Distrito Federal. Sus colindancias son: al norte con el bosque de Tlálpán, al sur con la unidad habitacional fuentes brotantes y la reserva ecológica anexa a esta, al este con las colonias Miguel Hidalgo 3ª sección y Tepeximilpa y al oeste con la colonia Miguel Hidalgo.

## HIDROGRAFÍA

En esta zona de la delegación Tlálpán se encuentran una serie de riachuelos subterráneos; que son afluentes de los arroyos que nacen en las faldas del cerro del ajusco, de los cuales una parte desembocan en el parque *ecológico fuentes brotantes*.

## CLIMA

El clima es por lo general templado, los meses más cálidos son mayo y junio y los más fríos son noviembre, diciembre y enero; este factor se incrementa en esta parte de la ciudad por ser una zona elevada y encontrarse muy cercana al cerro del ajusco, conocido por ser uno de los pocos sitios del distrito federal que presenta nevadas cada invierno.

## UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La colonia Ampliación Miguel Hidalgo se localiza al sur de la ciudad de México, y forma parte del territorio de la delegación Tlálpán, la más grande en cuanto a extensión en el Distrito Federal. Sus colindancias son: al norte con el bosque de Tlálpán, al sur con la unidad habitacional fuentes brotantes y la reserva ecológica anexa a esta, al este con las colonias Miguel Hidalgo 3ª sección y Tepeximilpa y al oeste con la colonia Miguel Hidalgo.

## HIDROGRAFÍA

En esta zona de la delegación Tlálpán se encuentran una serie de riachuelos subterráneos; que son afluentes de los arroyos que nacen en las falda del cerro del ajusco, de los cuales una parte desembocan en el parque ecológico fuentes brotantes.

## CLIMA

El clima es por lo general templado, los meses más cálidos son mayo y junio y los más fríos son noviembre, diciembre y enero; este factor se incrementa en esta parte de la ciudad por ser una zona elevada y encontrarse muy cercana al cerro del ajusco, conocido por ser uno de los pocos sitios del distrito federal que presenta nevadas cada invierno.

## UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La colonia Ampliación Miguel Hidalgo se localiza al sur de la ciudad de México, y forma parte del territorio de la delegación Tlálpán, la más grande en cuanto a extensión en el Distrito Federal. Sus colindancias son: al norte con el bosque de Tlálpán, al sur con la unidad habitacional fuentes brotantes y la reserva ecológica anexa a esta, al este con las colonias Miguel Hidalgo 3ª sección y Tepeximilpa y al oeste con la colonia Miguel Hidalgo.

## HIDROGRAFÍA

En esta zona de la delegación Tlálpán se encuentran una serie de riachuelos subterráneos; que son afluentes de los arroyos que nacen en las faldas del cerro del ajusco, de los cuales una parte desembocan en el parque ecológico fuentes brotantes.

## CLIMA

El clima es por lo general templado, los meses más cálidos son mayo y junio y los más fríos son noviembre, diciembre y enero; este factor se incrementa en esta parte de la ciudad por ser una zona elevada y encontrarse muy cercana al cerro del ajusco, conocido por ser uno de los pocos sitios del distrito federal que presenta nevadas cada invierno.

## FLORA Y FAUNA

La colonia Ampliación Miguel Hidalgo colinda al norte y sur con dos importantes áreas ecológicas, el Bosque de Tlálpán y la Reserva Ecológica Fuentes Brotantes; que representan dos valiosos pulmones de aire limpio, no sólo para la delegación, sino también para la ciudad, principalmente el bosque, el cual contaba hasta hace unos años con un zoológico dentro de sus instalaciones, hoy en día sólo quedan unas cuantas especies en exhibición, como: caballos salvajes, llamas del Perú, gansos, garzas, monos, zorros; esto sin contar la gran variedad de especies de aves; las cuales tienen su hábitat dentro del bosque.

*En las Fuentes Brotantes desde hace décadas se instaló un estanque artificial donde conviven diferentes especies de peces con patos y gansos; además en algunas zonas de la colonia todavía se pueden apreciar serpientes e iguanas.*

## TRADICIONES Y COSTUMBRES

Existen dos festividades religiosas que son las más importantes para la población el 12 de diciembre y el 16 de agosto, días de la virgen de Guadalupe y María Reina (nombre que recibe la principal iglesia de la colonia), además se festeja la semana santa con una pequeña representación de la pasión de cristo, alrededor de varias calles de la colonia, y como en todo el país se celebran el 15 de septiembre, el 1 y 2 de noviembre, el 25 de diciembre y el 1 de enero, días en los cuales la población demuestra su apego a estas tradiciones.

## FLORA Y FAUNA

La colonia Ampliación Miguel Hidalgo colinda al norte y sur con dos importantes áreas ecológicas, el Bosque de Tlalpan y la Reserva Ecológica Fuentes Brotantes; que representan dos valiosos pulmones de aire limpio, no sólo para la delegación, sino también para la ciudad, principalmente el bosque, el cual contaba hasta hace unos años con un zoológico dentro de sus instalaciones, hoy en día sólo quedan unas cuantas especies en exhibición, como: caballos salvajes, llamas del Perú, gansos, garzas, monos, zorros; esto sin contar la gran variedad de especies de aves; las cuales tienen su hábitat dentro del bosque.

En las Fuentes Brotantes desde hace décadas se instaló un estanque artificial donde conviven diferentes especies de peces con patos y gansos; además en algunas zonas de la colonia todavía se pueden apreciar serpientes e iguanas.

## TRADICIONES Y COSTUMBRES

Existen dos festividades religiosas que son las más importantes para la población el 12 de diciembre y el 16 de agosto, días de la virgen de Guadalupe y María Reina (nombre que recibe la principal iglesia de la colonia), además se festeja la semana santa con una pequeña representación de la pasión de Cristo, alrededor de varias calles de la colonia, y como en todo el país se celebran el 15 de septiembre, el 1 y 2 de noviembre, el 25 de diciembre y el 1 de enero, días en los cuales la población demuestra su apego a estas tradiciones.

## MARCO SOCIAL

La población total de la colonia Ampliación Miguel Hidalgo es de 9,111, según los datos reportados por el Instituto de Estadística Geografía e Informática (INEGI); el 53% lo representan las mujeres y el 47% restante los hombres, de estos porcentajes la cantidad de niños es de 2,460 ( 0 a 14 años de edad), la de jóvenes es de 5,225 (15 a 30 años de edad), la de adultos es de 3,233 (31 a 65 años de edad) y la de personas de la tercera edad es de 367 (66 años y más).

La mayor parte de esta población está compuesta por familias de clase baja, *existiendo un porcentaje considerable de personas que pertenecen a la clase media baja, y muy pocos individuos, pueden ser considerados dentro de una clase media alta.*

Un porcentaje muy alto de los habitantes de la colonia se desempeñan como obreros en diferentes empresas, dentro y fuera de la colonia, algunos incluso en la zona conurbada del Estado de México; cada vez con mayor frecuencia las mujeres tienen que combinar las labores del hogar con las de sus empleos, el resto de la población desempeña sus labores dentro de oficinas y un número más reducido se desenvuelve dentro del ámbito profesional.

## RELIGIÓN

La religión predominante es la católica, sin embargo existe no menos de tres templos evangelistas, dos capillas donde se profesa la religión mormona y diferentes grupos que practican la religión de los testigos de Jehová

## SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud dentro de la colonia son muy pocos, existen: 1 clínica de salubridad, un centro de desarrollo comunitario patrocinado por el DIF DF y una clínica familiar del ISSSTE que, aunque esta situada en la unidad habitacional fuentes brotantes, es visitada por muchas personas que habitan en la Ampliación Miguel Hidalgo, además, hay tres clínicas privadas, pequeñas pero funcionales. La atención odontológica es brindada sólo en el DIF, y existen no más de once consultorios privados.

## EDUCACIÓN, RECREACIÓN Y DEPORTE

En la colonia Ampliación Miguel Hidalgo, existen solo escuelas de educación básica, dos primarias y una secundaria, las tres son públicas. El 87% de la población mayor de 6 años sabe leer y escribir.

La colonia cuenta con dos deportivos y cuatro canchas para la práctica de fútbol soccer, además dentro del Centro Comunitario Miguel Hidalgo y en el deportivo Tiempo Nuevo, existe servicio de ludoteca, videoteca y biblioteca.

## VIVIENDA Y SERVICIOS

El total de viviendas en la colonia es de 1935, de las cuales el 98% son particulares y el número promedio de personas que las habita es de 4.20.1687 viviendas cuentan con conexión de drenaje a la red pública y sólo 239 tienen su conexión hacia una fosa séptica. El 98% tienen energía eléctrica; a un 75% le llega agua entubada dentro de la misma vivienda y el 25% restante la tiene que compartir con otras, de la misma toma de agua.

## SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud dentro de la colonia son muy pocos, existen: 1 clínica de salubridad, un centro de desarrollo comunitario patrocinado por el DIF DF y una clínica familiar del ISSSTE que, aunque esta situada en la unidad habitacional fuentes brotantes, es visitada por muchas personas que habitan en la Ampliación Miguel Hidalgo, además, hay tres clínicas privadas, pequeñas pero funcionales. La atención odontológica es brindada sólo en el DIF, y existen no más de once consultorios privados.

## EDUCACIÓN, RECREACIÓN Y DEPORTE

En la colonia Ampliación Miguel Hidalgo, existen solo escuelas de educación básica, dos primarias y una secundaria, las tres son públicas. El 87% de la población mayor de 6 años sabe leer y escribir.

La colonia cuenta con dos deportivos y cuatro canchas para la práctica de fútbol soccer, además dentro del Centro Comunitario Miguel Hidalgo y en el deportivo Tiempo Nuevo, existe servicio de ludoteca, videoteca y biblioteca.

## VIVIENDA Y SERVICIOS

El total de viviendas en la colonia es de 1935, de las cuales el 98% son particulares y el número promedio de personas que las habita es de 4.20.1687 viviendas cuentan con conexión de drenaje a la red pública y sólo 239 tienen su conexión hacia una fosa séptica. El 98% tienen energía eléctrica; a un 75% le llega agua entubada dentro de la misma vivienda y el 25% restante la tiene que compartir con otras, de la misma toma de agua.

## SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud dentro de la colonia son muy pocos, existen: 1 clínica de salubridad, un centro de desarrollo comunitario patrocinado por el DIF DF y una clínica familiar del ISSSTE que, aunque esta situada en la unidad habitacional fuentes brotantes, es visitada por muchas personas que habitan en la Ampliación Miguel Hidalgo, además, hay tres clínicas privadas, pequeñas pero funcionales. La atención odontológica es brindada sólo en el DIF, y existen no más de once consultorios privados.

## EDUCACIÓN, RECREACIÓN Y DEPORTE

En la colonia Ampliación Miguel Hidalgo, existen solo escuelas de educación básica, dos primarias y una secundaria, las tres son públicas. El 87% de la población mayor de 6 años sabe leer y escribir.

La colonia cuenta con dos deportivos y cuatro canchas para la práctica de fútbol soccer, además dentro del Centro Comunitario Miguel Hidalgo y en el deportivo Tiempo Nuevo, existe servicio de ludoteca, videoteca y biblioteca.

## VIVIENDA Y SERVICIOS

El total de viviendas en la colonia es de 1935, de las cuales el 98% son particulares y el número promedio de personas que las habita es de 4.20.1687 viviendas cuentan con conexión de drenaje a la red pública y sólo 239 tienen su conexión hacia una fosa séptica. El 98% tienen energía eléctrica; a un 75% le llega agua entubada dentro de la misma vivienda y el 25% restante la tiene que compartir con otras, de la misma toma de agua.

## METODOLOGÍA

### Material y Método.

Para llevar a cabo esta evaluación se aplicaron 50 encuestas a personas de diferentes edades comprendidas entre los 13 y 65 años, hombres y mujeres, que asisten regularmente al Centro Comunitario Miguel Hidalgo para recibir atención bucodental.

También se realizaron 3 encuestas más, dirigidas a los cirujanos dentistas que prestan sus servicios dentro del Centro Comunitario, y que son los encargados de llevar a cabo el programa de salud bucodental implementado por el DIF DF en dicho centro.

Las encuestas fueron aplicadas con el objetivo de conocer el punto de vista de las personas que son atendidas bajo los lineamientos del programa bucodental desarrollado en esta comunidad desde hace más de 13 años; lo que nos sirvió además, para obtener información de primera mano y así determinar un parámetro de calidad y eficiencia referentes a la atención brindada a dichas personas.

### TIPO DE ESTUDIO

- Observacional
- Analítico
- Descriptivo.

## METODOLOGÍA

### Material y Método.

Para llevar a cabo esta evaluación se aplicaron 50 encuestas a personas de diferentes edades comprendidas entre los 13 y 65 años, hombres y mujeres, que asisten regularmente al Centro Comunitario Miguel Hidalgo para recibir atención bucodental.

También se realizaron 3 encuestas más, dirigidas a los cirujanos dentistas que prestan sus servicios dentro del Centro Comunitario, y que son los encargados de llevar a cabo el programa de salud bucodental implementado por el DIF DF en dicho centro.

Las encuestas fueron aplicadas con el objetivo de conocer el punto de vista de las personas que son atendidas bajo los lineamientos del programa bucodental desarrollado en esta comunidad desde hace más de 13 años; lo que nos sirvió además, para obtener información de primera mano y así determinar un parámetro de calidad y eficiencia referentes a la atención brindada a dichas personas.

### TIPO DE ESTUDIO

- Observacional
- Analítico
- Descriptivo.

## RECURSOS

### Materiales

- 55 encuestas
- 30 lápices
- 5 sacapuntas
- 2 rollos de diapositivas
- 1 rollo de fotografías
- 1 cámara fotográfica
- 1 cassette de vídeo
- 1 cámara de vídeo
- 1 computadora

### Humanos

- 1 pasante
- 1 director de tesis
- 1 asesor
- 50 personas encuestadas
- 3 dentistas del DIF de la colonia ampliación Miguel Hidalgo

### Financieros

El gasto aproximado para la realización de la investigación fue de \$1.500.00.

## ACTIVIDADES

Elaboración y revisión de los cuestionarios empleados para la recolección de datos, tanto de los pacientes, como de los cirujanos dentistas responsables de la atención bucodental.

Se solicitó en la oficina del seminario de titulación el oficio correspondiente para la obtención del permiso y de esta manera poder realizar la investigación sin contratiempos.

Entrevista con la directora del Centro Comunitario Miguel Hidalgo y entrega del oficio por medio del cual se pidió su anuencia para la investigación.

Visita a las oficinas centrales del DIF DF para recabar datos importantes referentes al programa de salud bucodental implementado por esta institución en las colonias populares.

Concientización de las autoridades mediante la explicación de los objetivos que persigue la investigación de campo llevada a cabo en el Centro Comunitario Miguel Hidalgo; dicho cometido no se logró sino hasta la tercera visita.

Se asistió al DIF de la colonia Ampliación Miguel Hidalgo el mismo día en el que asisten las camionetas de atención médica y odontológica para realizar las encuestas, tanto a los pacientes atendidos como a los cirujanos dentistas, con la finalidad de recolectar los datos necesarios para la correcta evaluación del programa de salud bucodental, además de observar como y en que condiciones desempeñan su labor asistencial los odontólogos.

Para el llenado de las encuestas, se brindó información a las personas involucradas, referente al objetivo que se pretendía alcanzar y los posibles beneficios que se lograrían gracias a los datos que ellas nos proporcionarían.

## POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas que asistieron al DIF Miguel Hidalgo para recibir atención bucodental, así como los cirujanos dentistas que prestan sus servicios dentro de dicho centro comunitario.

## MUESTRA

50 personas de diferentes edades y ambos sexos que reciben atención bucodental de manera regular en el Centro Comunitario Miguel Hidalgo.

3 cirujanos dentistas que desempeñan labores odontológicas semanalmente dentro del mismo centro.

## LIMITES

### DE ESPACIO:

Centro Comunitario Miguel Hidalgo (DIF).

### DE TIEMPO:

La investigación se llevó a cabo del 17 de septiembre al 9 de noviembre de 2001.

Para el llenado de las encuestas, se brindó información a las personas involucradas, referente al objetivo que se pretendía alcanzar y los posibles beneficios que se lograrían gracias a los datos que ellas nos proporcionarían.

## POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas que asistieron al DIF Miguel Hidalgo para recibir atención bucodental, así como los cirujanos dentistas que prestan sus servicios dentro de dicho centro comunitario.

## MUESTRA

50 personas de diferentes edades y ambos sexos que reciben atención bucodental de manera regular en el Centro Comunitario Miguel Hidalgo.

3 cirujanos dentistas que desempeñan labores odontológicas semanalmente dentro del mismo centro.

## LIMITES

### DE ESPACIO:

*Centro Comunitario Miguel Hidalgo (DIF).*

### DE TIEMPO.

La investigación se llevó a cabo del 17 de septiembre al 9 de noviembre de 2001.

Para el llenado de las encuestas, se brindó información a las personas involucradas, referente al objetivo que se pretendía alcanzar y los posibles beneficios que se lograrían gracias a los datos que ellas nos proporcionarían.

## POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas que asistieron al DIF Miguel Hidalgo para recibir atención bucodental, así como los cirujanos dentistas que prestan sus servicios dentro de dicho centro comunitario.

## MUESTRA

50 personas de diferentes edades y ambos sexos que reciben atención bucodental de manera regular en el Centro Comunitario Miguel Hidalgo.

3 cirujanos dentistas que desempeñan labores odontológicas semanalmente dentro del mismo centro.

## LIMITES

### DE ESPACIO:

Centro Comunitario Miguel Hidalgo (DIF).

### DE TIEMPO:

• La investigación se llevó a cabo del 17 de septiembre al 9 de noviembre de 2001.

Para el llenado de las encuestas, se brindó información a las personas involucradas, referente al objetivo que se pretendía alcanzar y los posibles beneficios que se lograrían gracias a los datos que ellas nos proporcionarían.

## POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas que asistieron al DIF Miguel Hidalgo para recibir atención bucodental, así como los cirujanos dentistas que prestan sus servicios dentro de dicho centro comunitario.

## MUESTRA

50 personas de diferentes edades y ambos sexos que reciben atención bucodental de manera regular en el Centro Comunitario Miguel Hidalgo.

3 cirujanos dentistas que desempeñan labores odontológicas semanalmente dentro del mismo centro.

## LIMITES

### DE ESPACIO:

Centro Comunitario Miguel Hidalgo (DIF).

### DE TIEMPO:

La investigación se llevó a cabo del 17 de septiembre al 9 de noviembre de 2001.

## PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL IMPLEMENTADO POR EL DIF EN LA COLONIA AMPLIACIÓN MIGUEL HIDALGO.

Este programa se lleva a cabo desde el año de 1976, se desarrolla a través de las unidades móviles dentales y odontológicas, también se ofrecen servicios permanentes en varios de los centros patrocinados para este fin por el DIF, prestando la atención dental, principalmente en los ámbitos de la prevención y control de enfermedades bucodentales.

### OBJETIVOS

#### General:

Elevar el nivel de la salud bucodental de la comunidad, poniendo especial énfasis en los grupos de alto riesgo como: niños, adolescentes, adultos mayores, personas discapacitadas y mujeres embarazadas.

#### Particulares:

1. Controlar el alto índice de caries dental en los niños.
2. Establecer una cultura de autocuidado bucodental dentro de la población.
3. Promover conductas que favorezcan a una mejoría de la salud bucodental en las comunidades.
4. Definir a través de pláticas de educación para a salud los conceptos de salud y prevención en los escolares.
5. Brindar atención odontológica a la población de la comunidades.

6. Educar a la población en cuanto al tipo de alimentos que favorecen y los que perjudican su salud bucodental.
7. Actualización y capacitación constante del personal odontológico para brindar cada día una mejor atención.

El logro de los objetivos, establecidos dentro del programa de salud bucodental del DIF, descansa en el desarrollo de una serie de actividades y estrategias:

- Acudir semanalmente a los diferentes centros comunitarios y entrar en contacto con la población.
- Promover mediante pláticas de educación para la salud, una *concientización de la importancia de la salud bucodental*.
- Instruir a los habitantes de la comunidad en el correcto uso de métodos y técnicas que coadyuven al mejoramiento de su salud bucodental.
- Realizar tratamientos odontológicos de tipo curativo y de rehabilitación a todas las personas que soliciten atención bucodental.
- Trabajar con el equipo de odontólogos en el campo de la actualización, invitándolos a congresos, seminarios y cursos sobre lo más reciente dentro del área.

Las actividades de educación para la salud no solo se desarrollan dentro de las instalaciones del DIF, sino que pueden ser impartidas en puntos de reunión de la misma comunidad como mercados, plazas, quioscos, etc , esto gracias a que el programa cuenta con unidades móviles que pueden desplazar el material didáctico.

Para tal efecto se cuenta con:

- Rota folios educativos.
- Videos de salud bucodental ( del mismo DIF o de empresas donantes, dedicadas a la venta de artículos dentales).
- Teatro guiñol.
- *Juegos didácticos e interactivos.*
- Marionetas.

Los tratamientos de tipo curativo que son realizados por el personal de la salud y contemplados dentro del programa de salud bucodental son:

- Urgencias ( drenado de abscesos, curaciones).
- Obturaciones temporales.
- Obturación con amalgama.
- Obturación con resina.
- Exodoncia.
- Pulpotomías.
- Recubrimientos pulpaes

Los límites que contempla el programa son:

De espacio:

Todo tipo de servicio, y que se encuentre dentro del itinerario del programa puede ser brindado a cualquier persona dentro de las 16 delegaciones que conforman el Distrito Federal.

De tiempo:

La aplicación del programa en cuanto al tiempo es relativa; ya que se puede contemplar desde un año hasta todo un sexenio.

El tipo de población que se pretende beneficiar, principalmente, es la de los niños hasta los 14-15 años, pues uno de los principales objetivos del programa es concientizarlos para que no desarrollen padecimientos bucodentales que necesiten la rehabilitación, o inclusive, la extracción de piezas dentales; sin contar todas las alteraciones que se presentan con la presencia de estos acontecimientos.

La población adulta, por el contrario se ve beneficiada desde el punto de vista curativo y de rehabilitación de problemas bucodentales ya establecidos con anterioridad; por desgracia habrá padecimientos que el programa no contemple y tenga que remitir al paciente.

El programa implementado por el DIF, establece medidas de control y monitoreo para su óptimo funcionamiento y, de esta manera, pueda cumplir con todas las metas descritas dentro del mismo.

Estos mecanismos consisten en entregar los resultados alcanzados mensualmente al director del centro regional y este a su vez los hará llegar a la jefatura central del DIF DF.

Los pasos a seguir son fundamentales para que todo funcione conforme lo señalado en el programa; se debe informar de los posibles contratiempos que se presenten, enviar solicitudes, tanto del material como de los medicamentos necesarios para la atención, informar de los desperfectos mecánicos de las unidades móviles a la coordinación del programa para su pronta compostura y seguir brindando el servicio a la comunidad.

Las supervisiones a que es sometido el programa se llevan a cabo por el personal correspondiente; el cual es enviado por la oficina de Salud Enfermedad, actual responsable de que los objetivos perseguidos, sean alcanzados de la mejor manera y con la mayor eficacia.

## RECURSOS

Los recursos con que dispone este programa de salud bucodental para brindar la atención a la población y alcanzar las metas que se ha propuesto son los siguientes:

### Humanos:

El programa de salud bucodental implementado por el DIF cuenta con 83 cirujanos dentistas, de los cuales 80 llevan a cabo atención odontológica de práctica general y 3 cuenta con alguna especialidad dentro del mismo rubro, se cuenta con 50 asistentes dentales aproximadamente, además de 42 choferes, uno por cada unidad móvil dental y trabajadoras sociales que trabajan en coordinación con los odontólogos, tanto en las pláticas de educación para la salud, como en la remisión de pacientes a otras instituciones de atención especializada.

### Materiales:

Dentro de estos, se cuenta con:

- 42 unidades móviles dentales y sus 42 unidades dentales respectivas.
- Medicamentos de tipo odontológico, suficiente para cubrir todos las necesidades y padecimientos que integran la atención primaria brindada.
- Material didáctico necesario para la pláticas de educación para la salud: rotafolios, videos, títeres, trípticos, posters, etc

- *Instrumental odontológico para la atención bucodental: preventiva y de rehabilitación que pueda solicitar la población.*
- Papelería, principalmente las historias clínicas utilizadas para recabar los datos de cada paciente y las formas utilizadas para brindar los informes de resultados.
- Se incluyen los productos dentales donados por las empresas del ramo, para su distribución y promoción en los pacientes.
- Los electrónicos como las computadoras empleadas para la conservación de todo tipo de archivo utilizado en la aplicación del programa.

*De todos estos recursos los que son utilizados dentro del Centro Comunitario Miguel Hidalgo para la prestación de los servicios bucodentales se consideran:*

- Una unidad móvil con su respectiva unidad dental.
- Tres cirujanos dentistas, los cuales se intercalan semanalmente o quincenalmente dependiendo de los requerimientos del programa; una asistente dental, un chofer.
- El instrumental odontológico necesario para brindar su consulta bucodental.

- Material didáctico, el cual sirve de apoyo para las promoción de la educación para la salud dentro y fuera del centro.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL  
IMPLEMENTADO EN EL DIF DE LA COLONIA AMPLIACIÓN MIGUEL  
HIDALGO.

La aplicación del programa es semanal, ya que los días jueves es cuando asiste la unidad móvil a prestar los servicios odontológicos, junto con una unidad médica. El horario empleado por el cirujano dentista y su asistente para brindar consulta es de 9 a.m. a 1 p.m., tiempo en el cual atiende a un promedio de 11 pacientes, ofreciendo diferentes tratamientos como:

- Obturaciones temporales.
- Amalgamas.
- Resinas (ocasionalmente).
- Extracciones.
- Técnica de cepillado.
- Detección de placa dentobacteriana.
- Pulpotomías.
- Colocación de coronas de acero cromo (ocasionalmente).

En lo que respecta a las pláticas de educación para la salud, el programa establece que se deben llevar a cabo mensualmente y sin dejar de atender a los pacientes; es decir se debe buscar un espacio dentro del horario preestablecido para la atención bucodental. Si bien, esto es posible, limita en gran medida una verdadera promoción de educación para la salud, ya que el tiempo empleado para tal efecto debería ser por lo menos de dos horas, pero debido a la demanda de los pacientes, los odontólogos únicamente utilizan 30 minutos o 45 minutos para explicar de manera superficial los conceptos y técnicas de prevención que se contemplan dentro de la salud bucodental. Para esto existe una colaboración con las trabajadoras sociales del centro; lo cual no ayuda en mucho, pues les falta un poco más de dedicación y esmero.

Ahora, lo que se refiere a la capacidad o habilidad mostrada por el personal de la salud, estos muestran una gran destreza para atender a los pacientes; sin embargo, todo se limita a la atención curativa de primer nivel como lo es la obturación o extracción de piezas dentales y por lo que se aprecia están complacidos de que sea así, sin darse cuenta que lo único que sucede con esto es la limitación de la práctica general, a solo algunos tratamientos de rehabilitación básicos.

Desde luego que la relación dentista-paciente se limita a los buenos días y a que me tomo para el dolor, dejando de lado el aspecto humano entre ambos, difícilmente el profesional se dan el tiempo para un conocimiento de su paciente como persona; si bien esto está influido por el tiempo y la demanda, se debería poner un poco de atención a este punto, tan fundamental en nuestra profesión.

La aspiración o satisfacción de los dentistas dentro de su área de trabajo, que es el centro comunitario, es muy limitada; de todos es sabido que no va más allá de una atención lo más rápida posible del paciente en turno y de que termine el horario de atención para que, si cuenta con consultorio propio, se dedique a la práctica privada; aquí lo importante sería que se dedicara más a lo que puede crecer dentro de su labor comunitaria, tanto como persona, como profesional de la salud y lo ideal debería ser que dentro de este crecimiento se vinculara con sus pacientes.

Al analizar los objetivos del programa, encontramos que estos difieren mucho de lo que en el papel se puntualiza, ya que si bien la falta de recursos materiales influye de manera determinante para su consecución; la falta de voluntad de las mismas autoridades y de los doctores para hacer mucho con lo poco que se cuenta, echa por la borda cualquier esperanza de que los objetivos lleguen a realizarse.

Se podrían establecer prioridades dentro de los objetivos, ya que no se cuenta con lo necesario para alcanzarlos todos, pero caemos en la cuenta de que las prioridades son los mismos objetivos; es decir, una atención en "masa" y, por desgracia, de mala calidad, no hay más que este objetivo y esta prioridad. Esto es nuestro sistema de salud actual.

La relación que se tiene con otras instituciones de salud se resume a la remisión de pacientes para una atención de especialidad y la posible contrareferencia del mismo paciente. Sería ideal que estas instituciones brindaran capacitación y se vincularan más con el DIF en el aspecto del tratamiento de pacientes

Las empresas, fabricantes de artículos y medicamentos odontológicos, sólo se acercan a esta institución en las semanas nacionales de salud bucodental o cuando quieren promocionar algún producto novedoso, algunas más facilitan material didáctico para pláticas de tipo educacional, sin dejar de lado la mención obligada de su marca comercial, al brindar dichas pláticas a la población.

La más benéfica de las relaciones que se tiene con otra institución, es la que se da con las primarias o con los centros de educación preescolar, esto cuando se planifican bien; ya que de esta manera se esta llevando el conocimiento dental preventivo, poco o mucho, a la población objetivo de este tipo de programas, los niños.

El concepto que se tiene de los servicios bucodentales brindados por las instituciones, está por demás reiterarlo, el grueso de la población lo considera como la única opción cuando no hay recursos; es decir más de la mitad de los mexicanos. Otro aspecto es el de la calidad, la cual alcanza con un gran esfuerzo la calificación de buena, sin faltar el grupo de personas, que la considera deficiente.

Si la crítica viene de la "competencia", es decir la práctica privada, la atención bucodental que se da en las instituciones esta por los suelos, "allí sólo tapan y sacan muelas, no saben hacer otra cosa", por desgracia es la crítica que se da casi siempre dentro de la comunidad dental; quizás sin mirar hacia dentro.

Las características del equipo dental se reducen a una unidad convencional mecánica con su lámpara y escupidera; generalmente en condiciones deficientes pero funcionales, esto por el uso de tipo rudo que se hace de ella, sobre todo por la cantidad de pacientes atendidos y

posiblemente por la falta de un mantenimiento más continuo. El instrumental, también tiene sus desperfectos debido al uso y al hecho de que es reemplazado en lapsos de tiempo muy grandes. Cabe destacar que los medicamentos son utilizados de manera inadecuada, más bien, con excesos; ya que los odontólogos utilizan más del necesario y, si sobra, el resto va a la basura.

El programa cuenta con mecanismos de información referentes a los objetivos y propósitos que se ha propuesto, estos son: trípticos, posters y una gaceta de información de los programas de salud; desgraciadamente, estos no tienen una periodicidad para su emisión y tienden a desaparecer, sino es que ya lo han hecho.

## RESULTADOS

	NÚMERO DE PERSONAS	%
PERSONAS ESCUESTADAS	50	100%
1)		
MUJERES	34	68%
HOMBRES	16	32%
2)		
RANGOS DE EDAD		
13-20	16	32%
21-30	8	16%
31-40	13	26%
41-50	8	16%
51-65	5	10%
3)		
OCUPACIÓN		
ESTUDIANTES	18	36%
AMAS DE CASA	22	44%
OBREROS	4	8%
COMERCIANTE	4	8%
OTRAS	2	4%
4)		
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	11	22%
SECUNDARIA	21	42%
BACHILLERATO	12	24%
LICENCIATURA	4	8%
OTRA	2	4%
5)		
VIVE USTED EN LA COLONIA AMPLIACIÓN MIGUEL HIDALGO?		
SI	45	90%
NO	5	10%
6)		
COMO CONSIDERA LA ATENCIÓN DENTAL QUE LE BRINDAN EN EL DIF?		
EXCELENTE	1	2%
BUENA	35	70%
MALA	14	28%
7)		
CUANTAS VECES AL AÑO ASISTE AL DENTISTA EN EL DIF?		
1 VEZ	13	26%
2 VECES	24	48%
3 VECES	12	24%
MÁS DE 3 VECES	1	2%

	NÚMERO DE PERSONAS	%
8) COMO CONSIDERA LA RELACIÓN CON SU DENTISTA?		
EXCELENTE	0	0%
BUENA	46	92%
MALA	4	8%
9) CONSIDERA QUE EL DENTISTA QUE LE ATIENDE EN EL DIF ESTÁ PLENAMENTE CAPACITADO?		
SI	39	78%
NO	11	22%
10) CONSIDERA QUE EL DENTISTA DEL DIF CUENTA CON LO NECESARIO PARA BRINDARLE SU CONSULTA?		
SI	39	78%
NO	11	22%
11) ALGUNA VEZ LE HAN DEJADO DE DAR CONSULTA?		
SI	14	28%
NO	36	62%
12) LA FALTA DE ATENCIÓN HA SIDO POR:		
INASISTENCIA DEL DENTISTA	9	18%
FALTA DE MEDICAMENTOS	2	4%
SATURACIÓN DEL SERVICIO	2	4%
OTRAS	1	2%
13) HA SIDO REMITIDO A ALGÚN CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA?		
SI	7	14%
NO	43	86%
14) HA PRESENTADO ALGÚN PROBLEMA EN SU SALUD A CONSECUENCIA DE LA ATENCIÓN BUCODENTAL QUE RECIBE EN EL DIF?		
SI	13	28%
NO	37	74%
15) CONSIDERA QUE SU DENTISTA ESTÁ ACTUALIZADO?		
SI	22	44%
NO	28	56%

	NÚMERO DE PERSONAS	%
16)		
LE HAN BRINDADO INFORMACIÓN REFERENTE A MEDIDAS PREVENTIVAS SOBRE SU SALUD BUCODENTAL Y COMO LLEVARLAS A CABO?		
SI	17	34%
NO	33	66%
17)		
CONSIDERA QUE LA INFORMACIÓN BRINDADA ES CLARA Y PRECISA?		
SI	10	20%
NO	7	14%
18)		
CONSIDERA QUE SU SALUD BUCODENTAL HA MEJORADO DESDE QUE ASISTE AL DIF?		
SI	16	32%
NO	34	68%

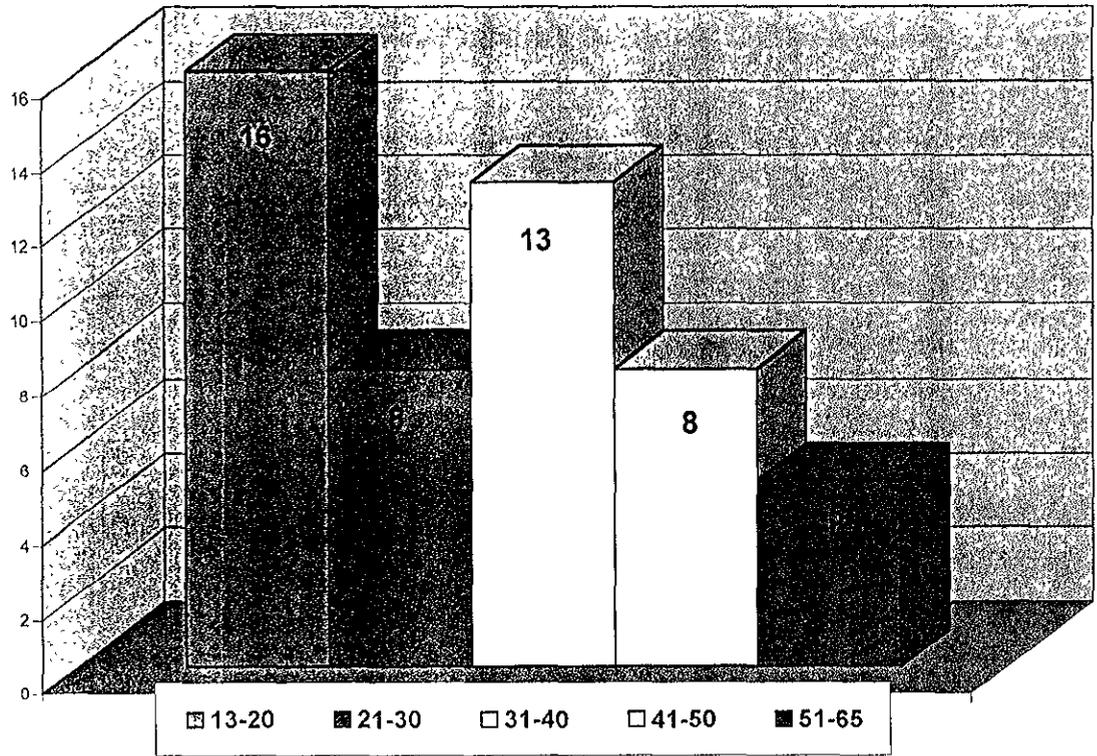
RESULTADOS	NÚMERO DE DENTISTAS	%
DENTISTAS ENCUESTADOS	3	
1)		
CONOCE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL?		
SI	3	100%
NO	0	0%
2)		
CON FRECUENCIA REALIZAN PLÁTICAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD?		
MENSUALMENTE	3	100%
SEMESTRALMENTE	0	0%
ANUALMENTE	0	0%
NUNCA	0	0%
3)		
QUE NÚMERO DE PACIENTES ATIENDE DIARIAMENTE?		
1 A 5	0	0%
6 A 10	0	0%
11 A 15	3	100%
MÁS DE 15	0	0%
4)		
CON QUE FRECUENCIA RECIBEN CURSOS DE ACTUALIZACIÓN?		
1 VEA AL AÑO	0	0%
2 VECES AL AÑO	3	100%
NUNCA	0	0%
5)		
CUENTA CON ALGUNA ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA?		
SI	0	0%
NO	3	100%
6)		
CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA BRINDAR SU CONSULTA?		
SI	3	100%
NO	0	0%
7)		
COMO CONSIDERA EL APOYO RECIBIDO POR LAS AUTORIDADES DE SALUD?		
EXCELENTE	1	33%
BUENO	2	66%
DEFICIENTE	0	0%

	NÚMERO DE DENTISTAS	%
8)		
CONSIDERA QUE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD BUODENTAL SE CUMPLEN		
TOTALMENTE	0	0%
MEDIANAMENTE	3	100%
DEFICIENTEMENTE	0	0%
9)		
CONSIDERA NECESARIO ALGÚN CAMBIO DENTRO DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL PARA SU MAYOR EFICACIA?		
SI	1	33%
NO	2	66%
10)		
CONSIDERA QUE EL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL CONCIENTICE AL PACIENTE PARA QUE MEJORE SU SALUD DENTAL?		
SI	3	100%
NO	0	0%
11)		
HA DEJADO DE ATENDER A ALGÚN PACIENTE POR FALTA DE MEDICAMENTOS?		
SI	0	0%
NO	3	100%
12)		
QUE TRATAMIENTO DE OPERATORIA DENTAL REALIZA CON MAYOR FRECUENCIA?		
AMALGAMAS	3	100%
RESINAS	0	0%
OBTURACIONES TEMPORALES	0	0%
13)		
QUE TRATAMIENTOS PERIODONTALES REALIZA CON MAYOR FRECUENCIA?		
DETARTRAJES	3	100%
CURETAJES	0	0%
CIRUGIAS	0	0%
14)		
QUE TRATAMIENTO PREVENTIVO REALIZA CON MAYOR FRECUENCIA?		
CONTROL DE PLACA Y TÉCNICA DE CEPILLADO	3	100%
APLICACIÓN DE FLÚOR	0	0%
SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	0	0%

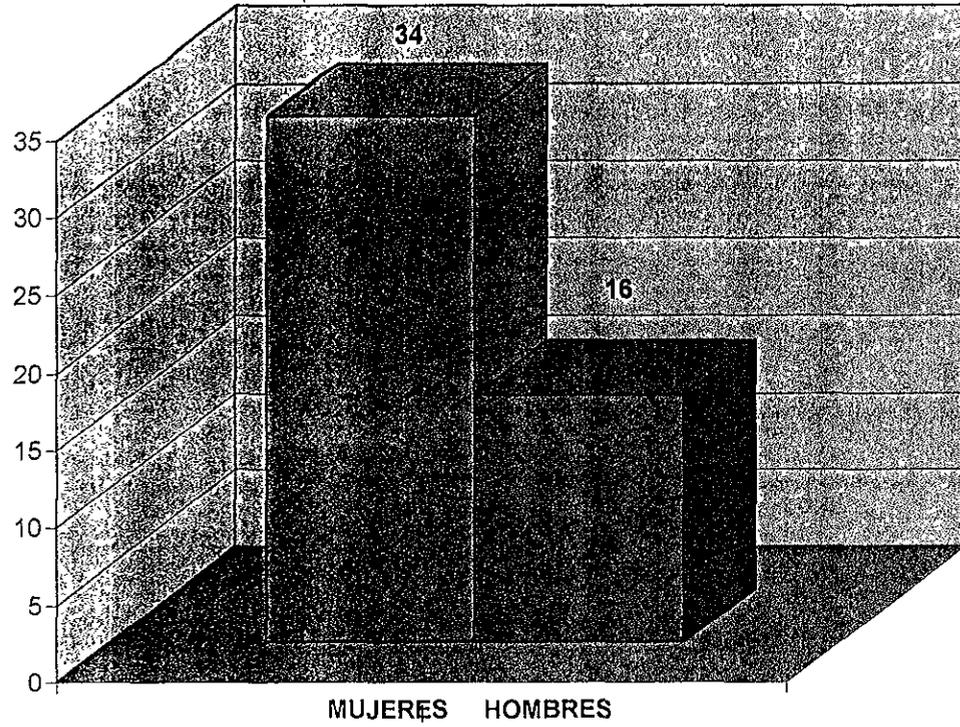
	NÚMERO DE DENTISTAS	%
15)		
CUANTAS EXTRACCIONES REALIZA AL DÍA?		
1 A 5	1	33%
6 A 10	2	66%
11 A 15	0	0%
MÁS DE 15	0	0%
16)		
QUE PERSONAS ACUDEN A SOLICITAR ATENCIÓN DENTAL CON MAYOR FRECUENCIA?		
NIÑOS	2	66%
JOVENES	0	0%
ADULTOS	1	33%
ADULTOS DE LA TERCERA EDAD	0	0%

LAS RESULTADOS DE LA PREGUNTA 12 EN ADELANTE SE REFIEREN ÚNICAMENTE A LA CANTIDAD DE DENTISTA QUE RESPONDIERON ESA OPCIÓN, Y NO AL HECHO DE QUE NO SE REALICEN LOS TRATAMIENTOS QUE APARECEN MARCADOS CON UN CERO.

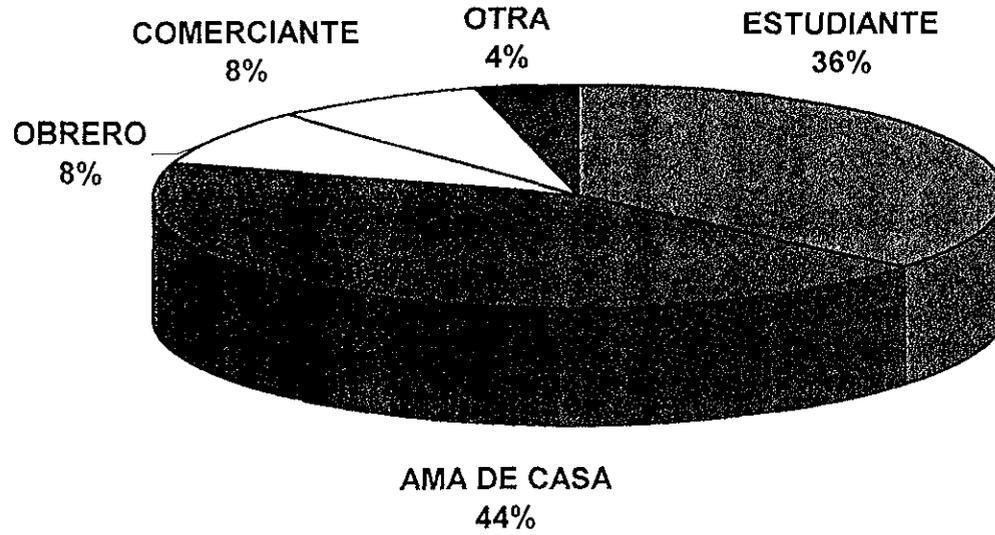
# RANGOS POR EDAD



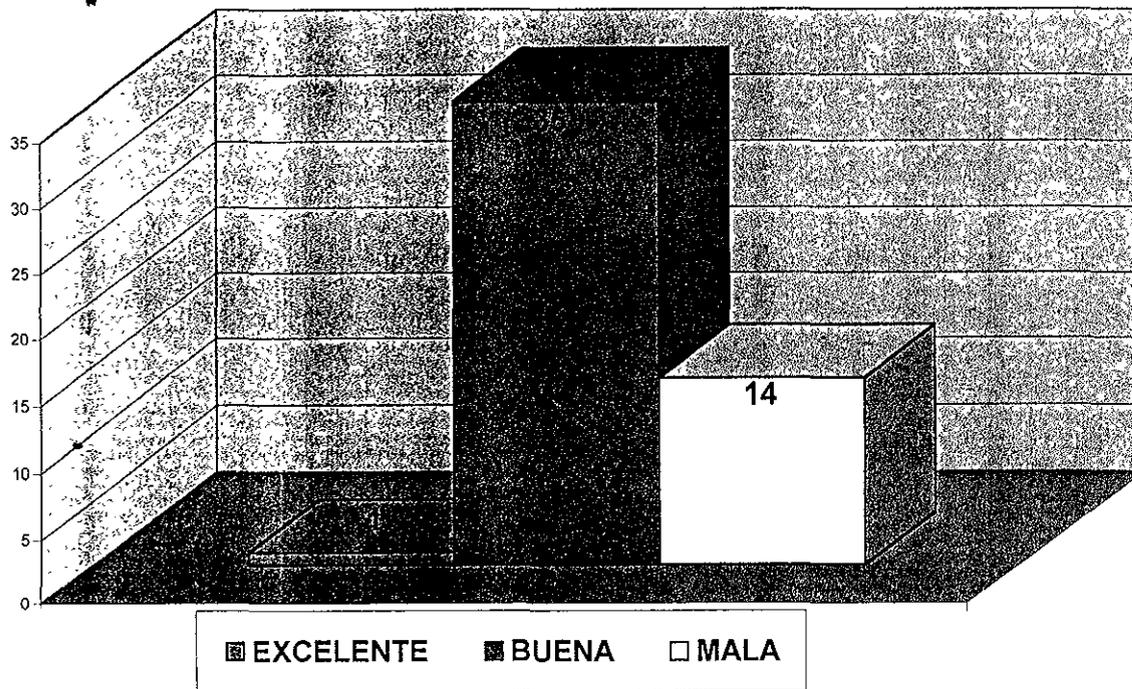
# DISTRIBUCIÓN POR SEXO



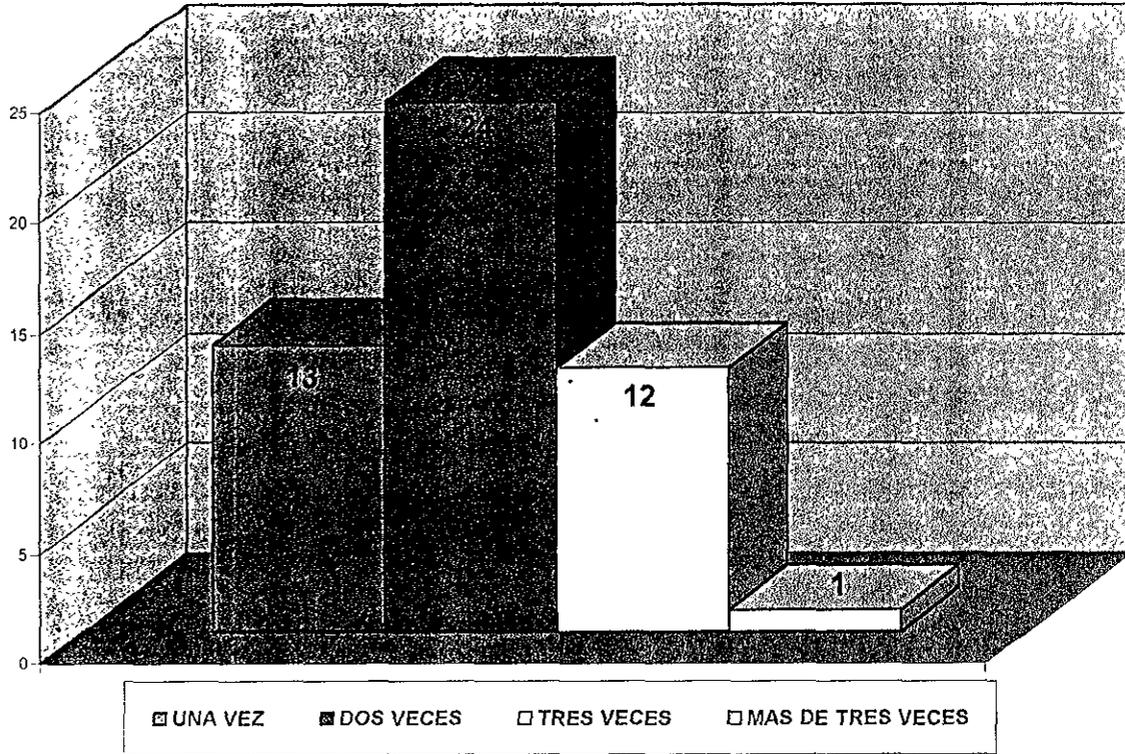
# OCUPACIÓN



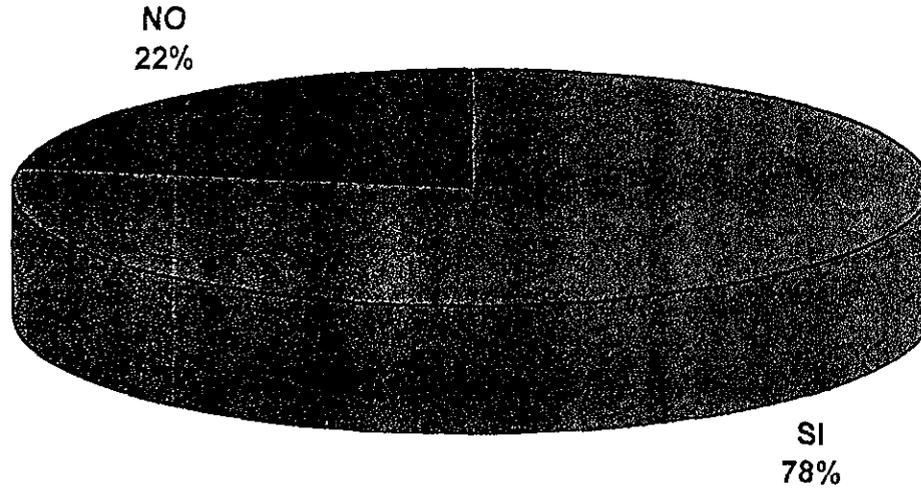
# CONSIDERACIÓN DE LA ATENCIÓN DENTAL QUE BRINDA EL DIF



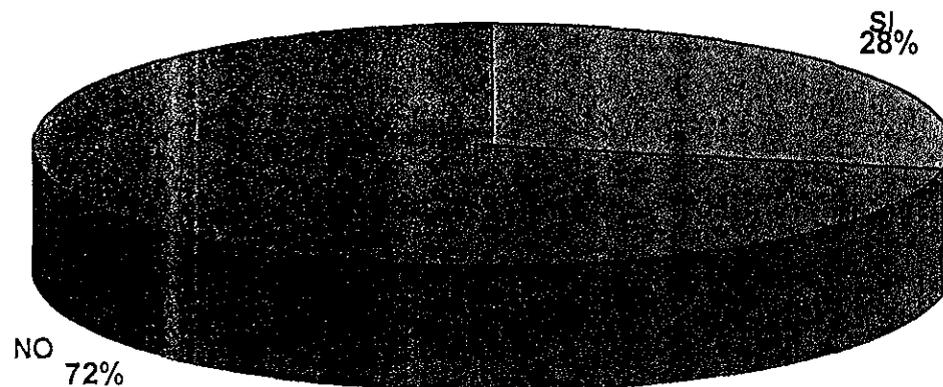
# NÚMERO DE VECES QUE ASISTEN LAS PERSONAS DURANTE EL AÑO AL DENTISTA EN EL DIF



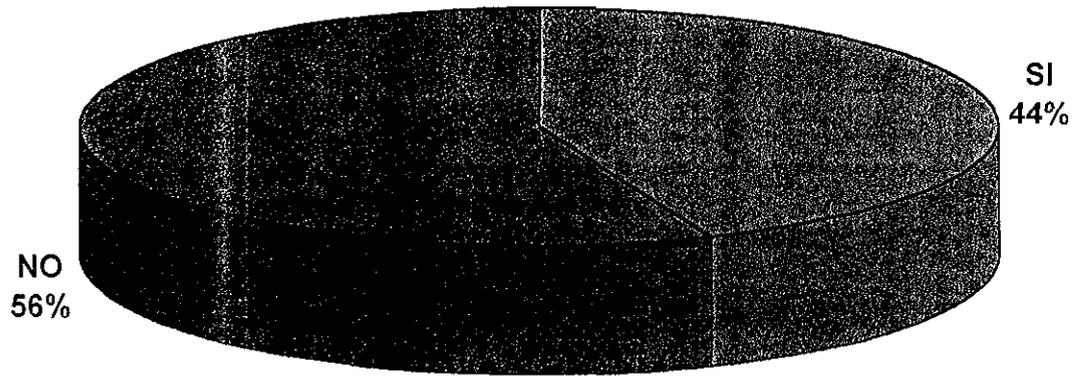
**EL DENTISTA QUE LE ATIENDE EN EL DIF ESTA  
PLENAMENTE CAPACITADO**



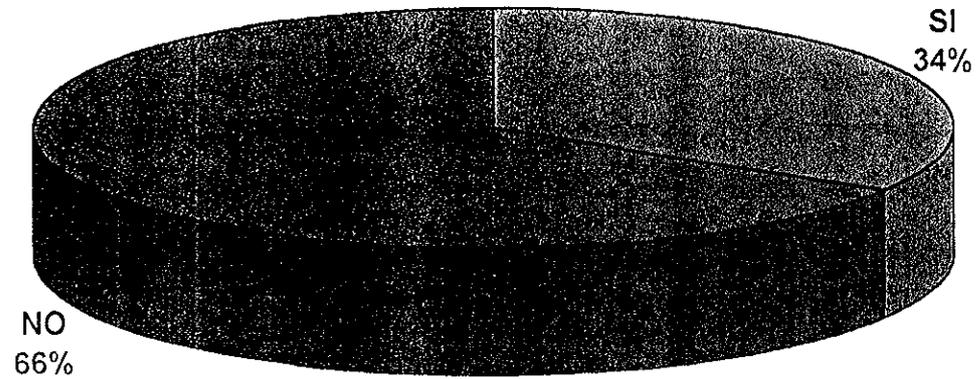
## LE HAN DEJADO DE DAR CONSULTA EN EL DIF



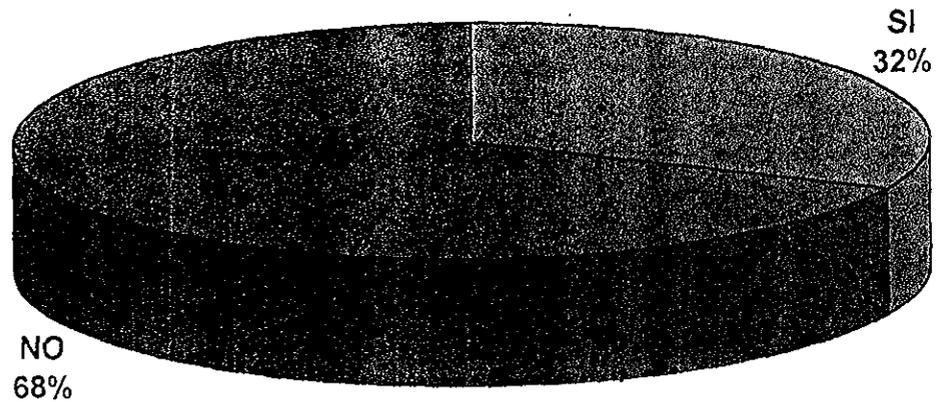
# CONSIDERA QUE EL DENTISTA DEL DIF ESTÁ ACTUALIZADO



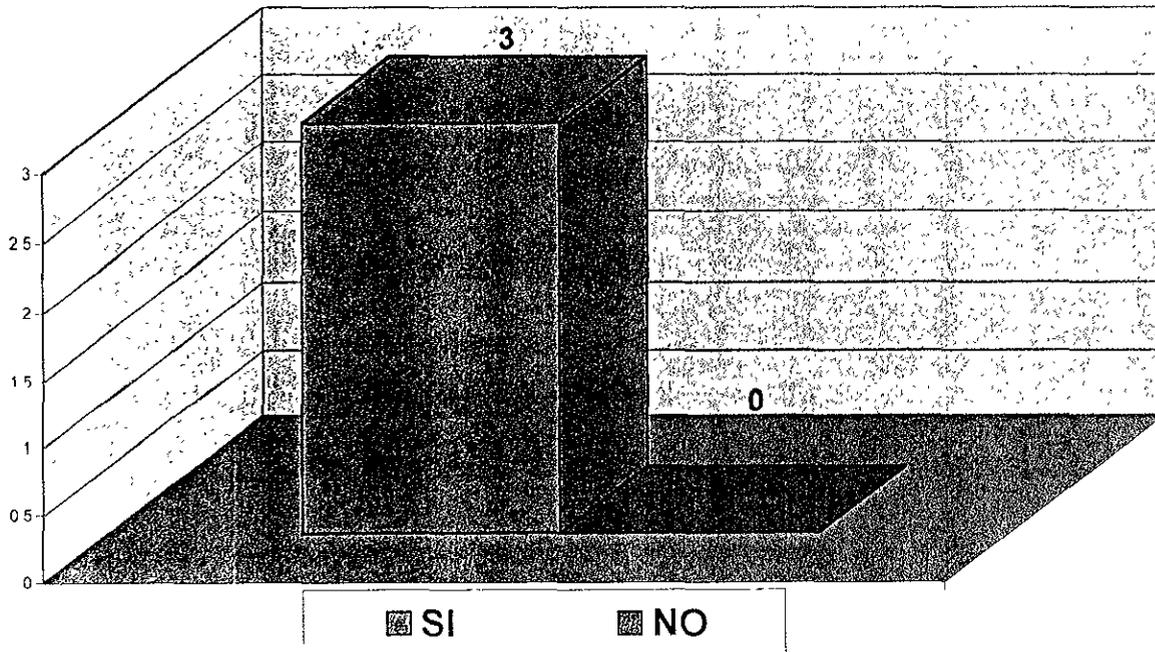
# HA RECIBIDO INFORMACIÓN REFERENTE A MEDIDAS PREVENTIVAS SOBRE SU SALUD BUCODENTAL



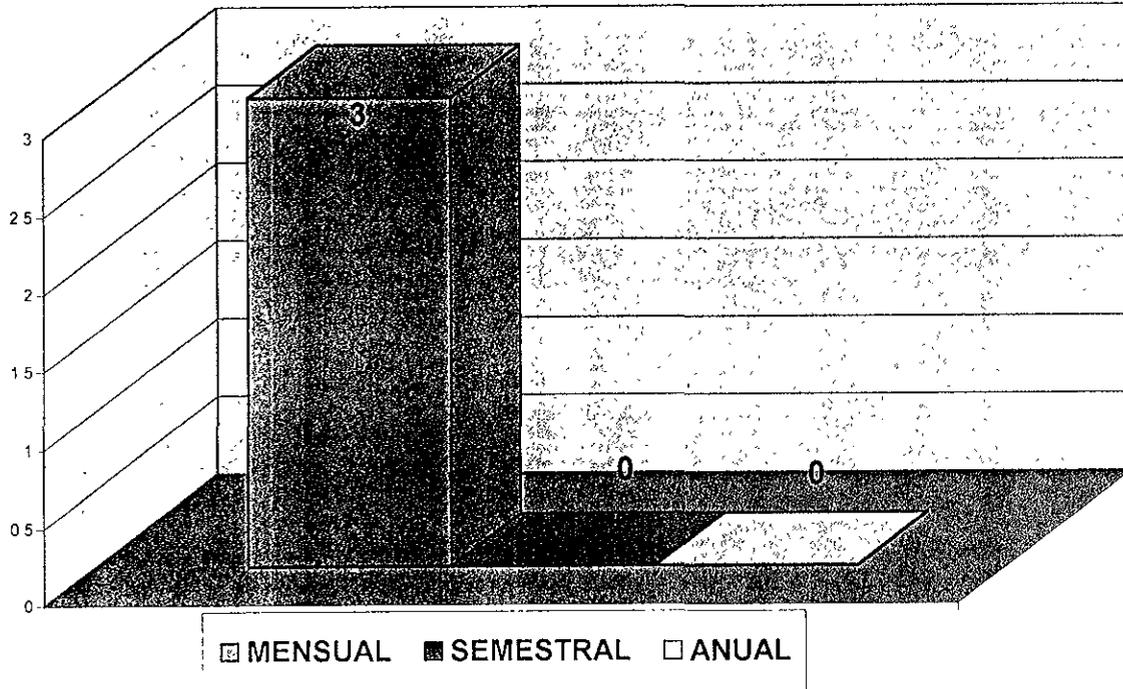
# SU SALUD BUCODENTAL HA MEJORADO DESDE QUE ASISTE AL DIF



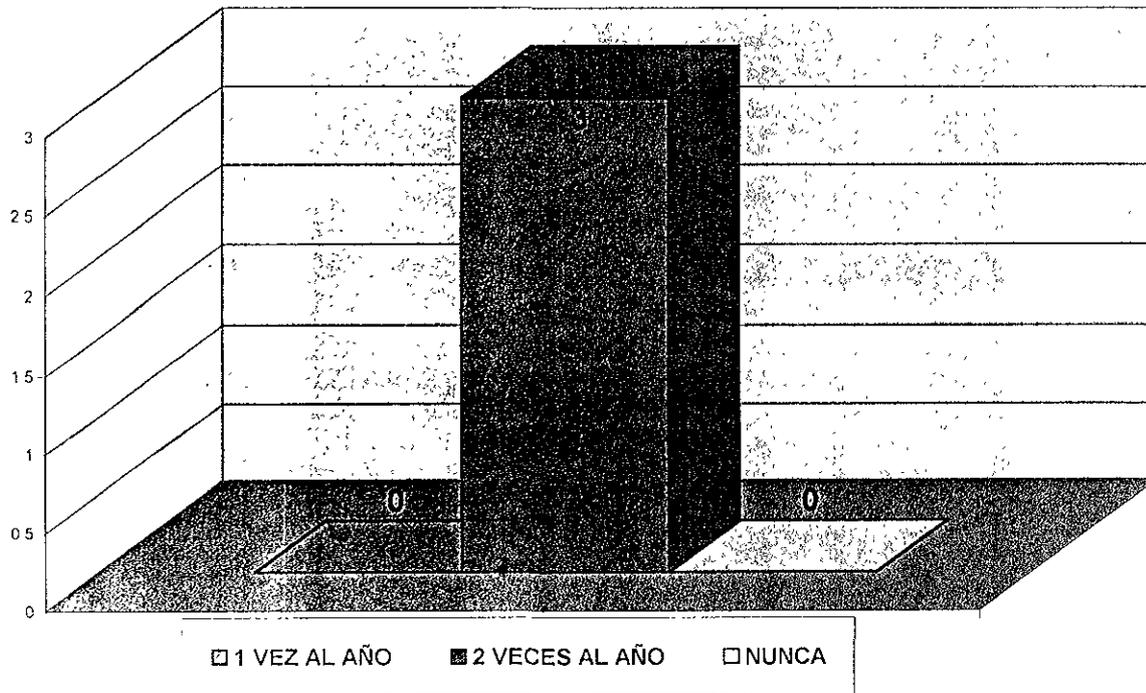
# CONOCE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL



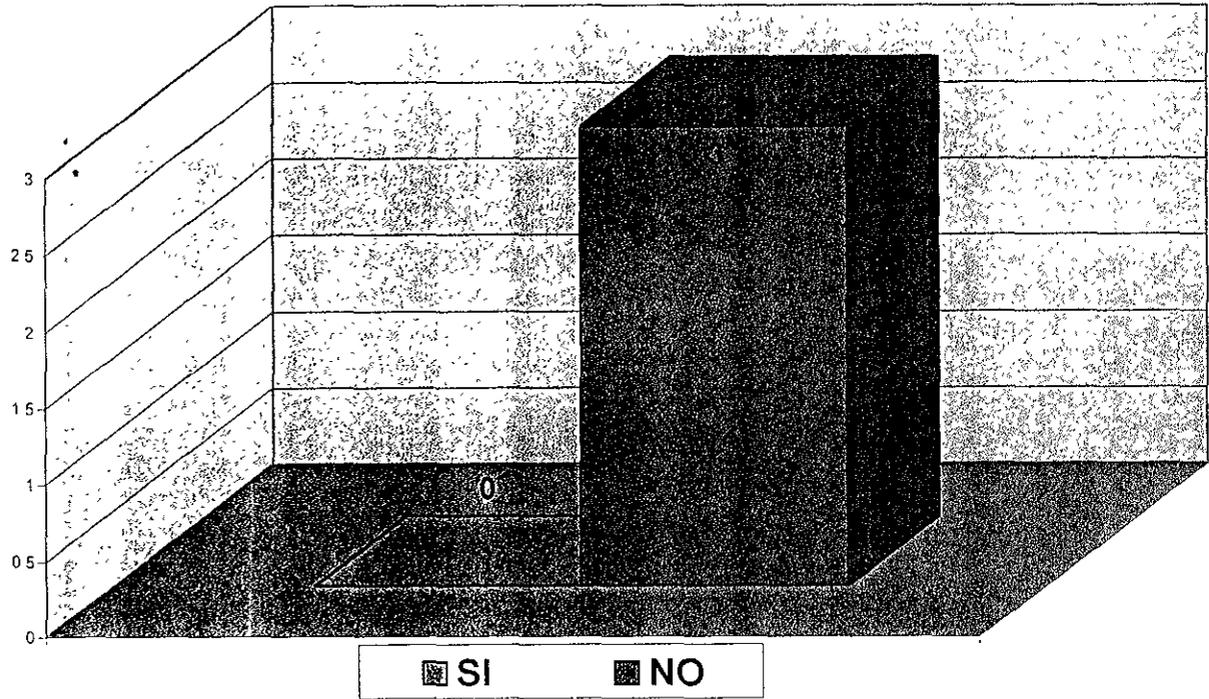
## FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN PLÁTICAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD



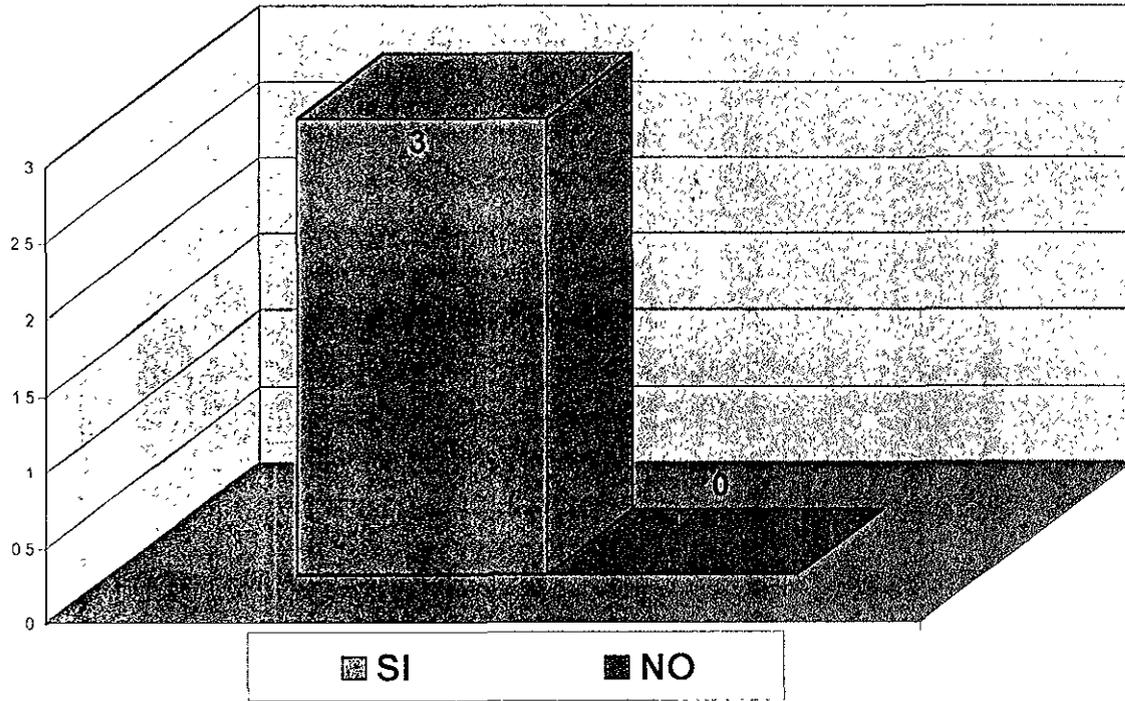
# FRECUENCIA CON QUE RECIBEN CURSOS DE ACTUALIZACIÓN LOS DENTISTAS DEL DIF



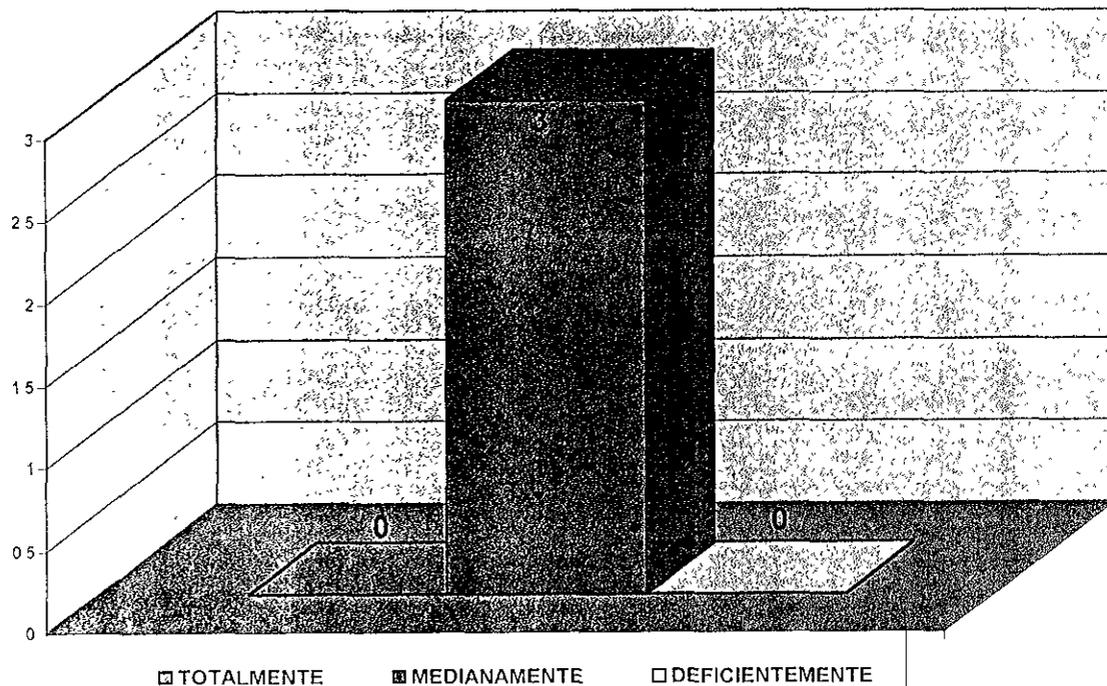
# CUENTA CON ALGUNA ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA



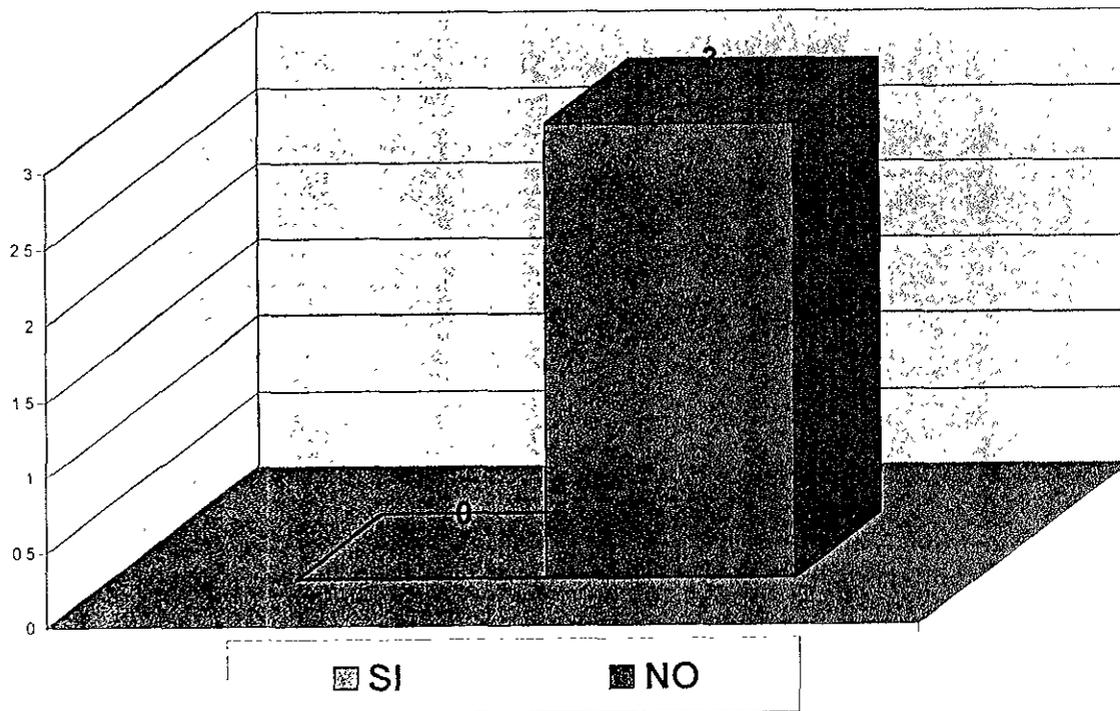
# CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA BRINDAR SU CONSULTA DENTAL



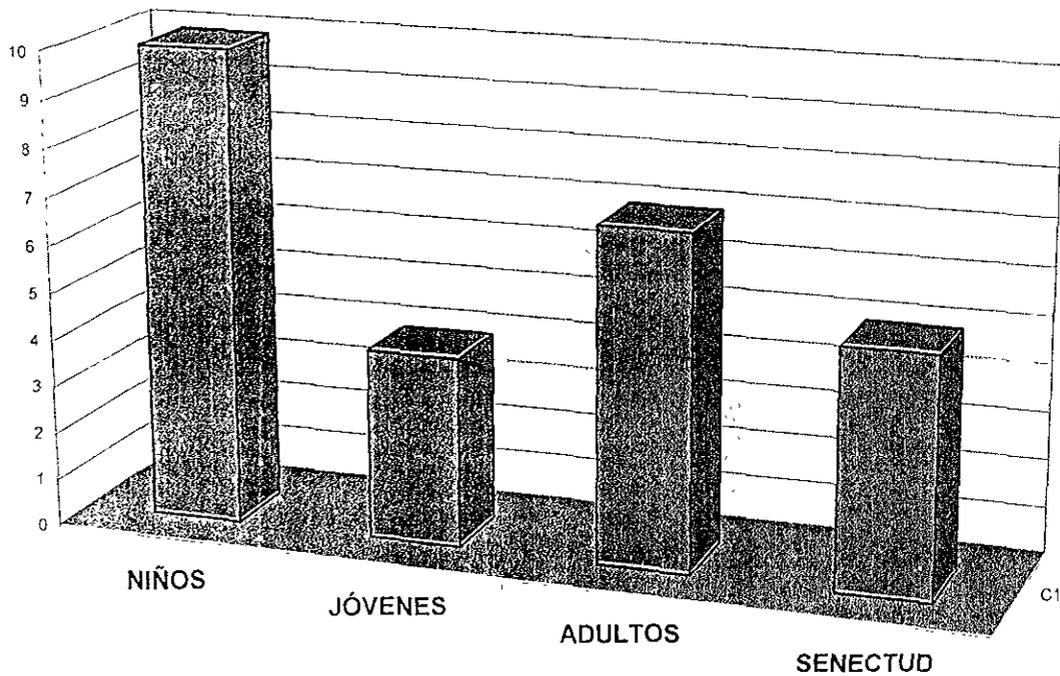
## CONSIDERACION DE LOS DENTISTAS DEL DIF A CERCA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA



# HA DEJADO DE ATENDER A ALGÚN PACIENTE POR FALTA DE MEDICAMENTOS

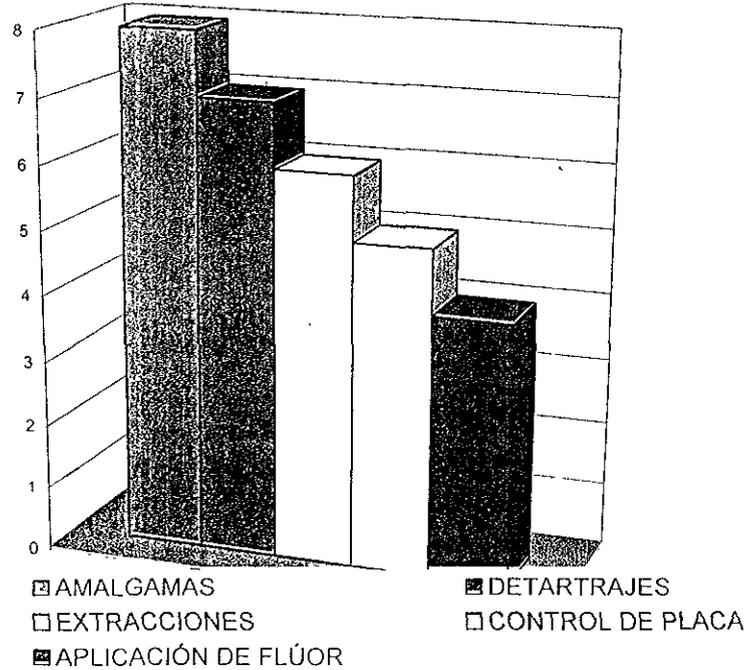


# TIPOS DE PERSONAS QUE SOLICITAN CON FRECUENCIA ATENCIÓN DENTAL EN EL DIF



PERSONAS NO SE  
CONSIDERAN  
PERSONAS NO SE  
CONSIDERAN

## TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUE SE REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA EN EL DIF



## CONCLUSIONES

El objetivo principal del programa de salud bucodental implementado por el DiF en la colonia ampliación Miguel Hidalgo es el de elevar el nivel de la salud bucal de la comunidad, poniendo énfasis en los grupos más marginados (el 90% de la población); este propósito se ve muy lejano si se toma en cuenta que se dedican mayores recursos y tiempo al aspecto curativo que al aspecto preventivo y educacional referente a la salud bucodental de la población.

Si bien los tratamientos realizados por los odontólogos son limitados, se podría hacer mucho más por la salud integral del paciente al llevar un registro adecuado del tipo de atención que le es brindada y motivarlo para que termine su rehabilitación con citas posteriores, se le debe dejar en claro la importancia de este aspecto dentro de su salud general.

Los monitoreos se deben enfocar a la resolución de problemas o dificultades que presente el programa en cualquiera de sus aspectos y no a la visita obligada y de rutina, tanto para los encargados de llevarlos a cabo como para los odontólogos, todo queda en entregar el reporte, el cual casi siempre es archivado.

Aspecto importantísimo es el que se refiere a la actualización del personal odontológico; ya que el resultado de la encuesta revela el poco interés que se le da a este rubro, de los tres dentistas que prestan sus servicios en el DiF dos dijeron que se les daban cursos cada año y uno que era semestralmente, lo que nos da una idea clara de que no se tiene una planificación para llevar a cabo estas

Sabemos que en el aspecto de atención difícilmente se pueden cambiar las cosas, pero la actualización debería enfocarse en el aspecto de métodos recientes para la impartición de pláticas de educación para la salud, elemento importantísimo dentro de la consecución de los objetivos de este tipo de programas; es decir saber como motivar a la comunidad para que adopte hábitos dirigidos al mejoramiento de su salud bucal.

Dentro de los resultados, quedo establecido que la población no considera que su salud bucodental haya mejorado desde que asiste al DIF para ser atendido, además de resaltar, más de la mitad de los encuestados, no haber recibido pláticas de educación para la salud, esto no hace más que demostrar lo que una y otra vez se ha dicho respecto de los programas de salud en México. Todo es muy claro y prospero en el papel, pero al momento de implementarlo los resultados se revierten y en lugar de alcanzar un mínimo de mejoría, los padecimientos se incrementan, bueno ni siquiera se mantiene el número de casos que se tenían al iniciar la implementación del programa.

Un caso aparte es el que se refiere al cambio de gobierno en el Distrito Federal desde 1997, ya que actualmente muchos de los directores de centros comunitarios (DIF) difieren completamente de los planes que se han implementado a raíz de esta sucesión política; está por demás decir que si ya había obstáculos para que los programas de salud cumplieran con sus objetivos, esto empeora el camino.

La mayoría de los métodos de evaluación se limitan a una escala de tiempo que abarca varios años y se centran en relaciones específicas de causa y efecto. Dentro de los sistemas de servicios de salud se hace mucho hincapié en el valor del dinero y en las medidas que sean eficientes (raramente se habla de su efectividad)

Hasta ahora se han realizado pocos esfuerzos por afrontar el problema fundamental de evaluación surgido a raíz de la nueva salud pública. Si la salud pública esta centrada en las personas, al mantener el espíritu del Programa de Salud para todos, las personas misma deben no sólo definir cuáles son sus problemas de salud sino que además deben *participar en cualquier valoración sobre la oportunidad de una intervención.*

## PROPUESTAS

Motivar a los dentistas del DIF para que estrechen su vínculo con el paciente, valorándolo como persona; lo que brindará una mejor respuesta de este al tratamiento bucodental.

Planificar con tiempo y dedicación las pláticas de educación para la salud, además de implementar técnicas didácticas más novedosas; punto fundamental para obtener los resultados esperados a nivel preventivo.

Ofrecer al odontólogo una actualización constante sobre nuevos materiales y la manipulación de estos; reduciendo de esta manera el tiempo empleado para la atención de cada paciente.

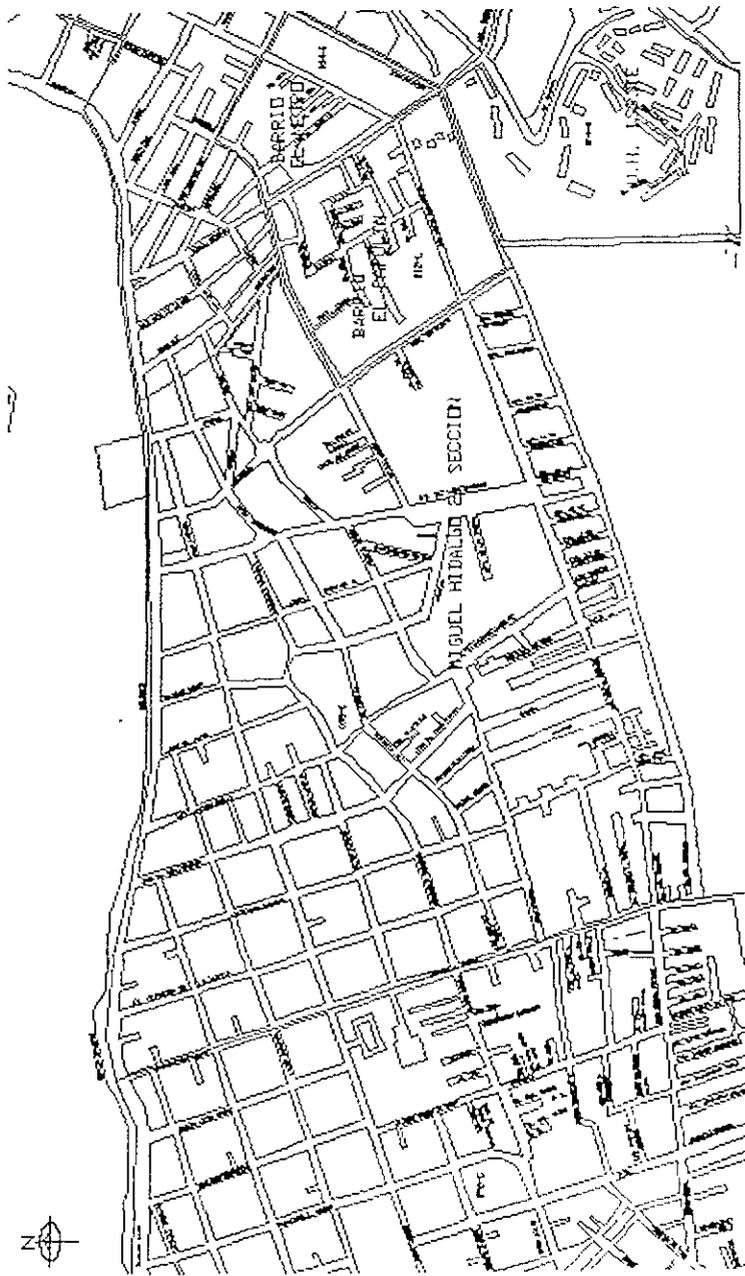
Conocimiento, por parte del personal de la salud, de la comunidad donde prestan sus servicios odontológicos para determinar las prioridades bucodentales y elaborar estrategias de atención encaminadas a solucionarlas.

Establecer vínculos con otras instituciones asistenciales y brindar atención bucodental a grupos de personas marginadas como discapacitados, enfermos mentales y pacientes de la tercera edad.

Capacitar al odontólogo para que realice un diagnóstico preciso y oportuno de padecimientos bucodentales que no se puedan atender dentro del DIF, remitiendo al paciente al centro odontológico correspondiente.

Elevar la calidad de atención bucodental que se brinda a las personas de bajos recursos y, hacer hincapié en los beneficios que trae consigo el hecho de adoptar medidas preventivas relacionadas con su salud.

## ANEXOS



Unidad Geográfica: 90120001 No. de Colonias: 229  
Indicador : Población total (1995)

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL  
IMPLEMENTADO POR EL DIF EN LA COLONIA AMPLIACIÓN  
MIGUEL HIDALGO

DENTISTAS:

1. Conoce los objetivos del programa de salud bucodental?  
SI \_\_\_Cuál es su principal objetivo: \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_
2. Con qué frecuencia realizan pláticas de educación para la salud:  
MENSUALMENTE \_\_\_ SEMESTRALMENTE \_\_\_  
ANUALMENTE \_\_\_ NUNCA \_\_\_
3. Qué número de pacientes atiende diariamente? \_\_\_
4. Con qué frecuencia reciben cursos de actualización?  
UNA VEZ AL AÑO \_\_\_ DOS VECES AL AÑO \_\_\_ NUNCA \_\_\_
5. Cuenta usted con alguna especialidad odontológica?  
SI \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_
6. Cuenta con los recursos necesarios para brindar su consulta dental?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
7. Como considera el apoyo recibido por las autoridades de salud:  
EXCELENTE \_\_\_ BUENO \_\_\_ DEFICIENTE \_\_\_
8. Considera que los objetivos de programa de salud bucodental se cumplen:  
TOTALMENTE \_\_\_ MEDIANAMENTE \_\_\_  
DEFICIENTEMENTE \_\_\_
9. Considera necesario algún cambio dentro del programa de salud bucodental, para su mayor eficacia?  
SI \_\_\_  
Cual: \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_

10. Considera que el programa de salud bucodental concientice al paciente para que mejore su salud dental?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
11. Ha dejado de atender a algún paciente por falta de medicamentos?  
SI \_\_\_  
Cuales: \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_
12. Qué tratamiento de operatoria dental realiza con mayor frecuencia?  
AMALGAMAS \_\_\_ RESINAS \_\_\_ OBTURACIONES  
TEMPORALES \_\_\_
13. Qué tratamientos periodontales realiza con mayor frecuencia?  
DETARTRAJES \_\_\_ CURETAJES \_\_\_ CIRUGIAS \_\_\_
14. Qué tratamiento preventivo realiza con mayor frecuencia?  
C. DE PLACA Y TEC. DE CEPILLADO \_\_\_  
APLICACIÓN DE FLUOR \_\_\_  
SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS \_\_\_
15. Cuántas extracciones realiza al día?  
1 a 5 \_\_\_ 6 a 10 \_\_\_ 11 a 15 \_\_\_ más de 15 \_\_\_
16. Qué personas acuden a solicitar la atención dental con mayor frecuencia?  
NIÑOS \_\_\_ JOVENES \_\_\_ ADULTOS \_\_\_ TERCERA EDAD \_\_\_

NOTA: LOS DATOS APORTADOS SERÁN UTILIZADOS CON FINES DE INVESTIGACIÓN POR LO QUE SE GARANTIZA SU ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD.

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL  
IMPLEMENTADO POR EL DIF EN LA COLONIA AMPLIACIÓN  
MIGUEL HIDALGO

PACIENTES:

1. SEXO: A) F\_\_ B) M\_\_ EDAD \_\_\_\_\_
2. OCUPACIÓN: A) ESTUDIANTE\_\_ B) AMA DE CASA\_\_  
C) OBRERO \_\_ D)COMERCIANTE\_\_  
E) OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
3. ESCOLARIDAD: A) PRIMARIA\_\_ B) SECUNDARIA\_\_  
C) BACHILLERATO\_\_ D)LICENCIATURA\_\_  
E) OTRA,ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
4. VIVE USTED EN LA COLONIA MIGUEL HIDALGO  
A) SI\_\_ B) NO\_\_
5. COMO CONSIDERA LA ATENCIÓN DENTAL QUE LE  
BRINDAN  
EN EL DIF:  
A) EXCELENTE\_\_ B) BUENA\_\_ C) MALA\_\_
6. CUANTAS VECES AL AÑO ASISTE AL DENTISTA EN EL  
DIF:  
A) 1 VEZ\_\_ B) 2 VECES\_\_ C) 3 VECES\_\_ D) MÁS DE 3  
VECES\_\_
7. COMO CONSIDERA LA RELACIÓN CON SU DENTISTA:  
A) EXCELENTE\_\_ B) BUENA\_\_ C) MALA\_\_
8. CONSIDERA QUE EL DENTISTA QUE LE ATIENDE EN EL  
DIF  
ESTÁ PLENAMENTE CAPACITADO  
A) SI\_\_ B) NO\_\_
9. CONSIDERA QUE EL DENTISTA DEL DIF CUENTA CON LO  
NECESARIO PARA BRINDARLE SU CONSULTA  
A) SI\_\_ B) NO\_\_

10. ALGUNA VEZ LE HAN DEJADO DE DAR CONSULTA  
A) SI\_\_ B) NO\_\_ (PASE A LA PREGUNTA 12 )
11. LA FALTA DE ATENCIÓN HA SIDO POR:  
A) INASISTENCIA DEL DENTISTA\_\_  
B) FALTA DE MEDICAMENTOS \_\_  
C) SATURACIÓN DEL SERVICIO \_\_  
D) OTRA,  
ESPECIFIQUE\_\_\_\_\_
12. HA SIDO REMITIDO A ALGÚN CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.  
A) SI\_\_ B)NO\_\_
13. HA PRESENTADO ALGÚN PROBLEMA EN SU SALUD A CONSECUENCIA DE LA ATENCIÓN BUCODENTAL QUE RECIBE EN EL DIF.  
A) SI\_\_ B) NO\_\_
14. CONSIDERA QUE SU DENTISTA ESTÁ ACTUALIZADO  
A) SI\_\_ B) NO\_\_
15. LE HAN BRINDADO INFORMACIÓN REFERENTE A MEDIDAS PREVENTIVAS SOBRE SU SALUD BUCODENTAL Y COMO LLEVARLAS A CABO.  
A) SI\_\_ B) NO\_\_ (PASE A LA PREGUNTA 17).
16. CONSIDERA QUE LA INFORMACIÓN BRINDADA ES CLARAY PRECISA  
A)SI\_\_ B)NO\_\_
17. CONSIDERA QUE SU SALUD BUCODENTAL HA MEJORADO DESDE QUE ASISTE AL DIF  
A) SI\_\_ B) NO\_\_.

NOTA: LOS DATOS APORTADOS SERÁN UTILIZADOS CON FINES DE INVESTIGACIÓN POR LO QUE SE GARANTIZA SU ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD.

## BIBLIOGRAFÍA

Una propuesta para continuar el cambio; Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF.  
México 1998.

Método epidemiológico y salud de la comunidad.  
Juan del Rey Calero.  
Editorial: Interamericana McGraw-Hill.

Atención primaria en salud, principios y métodos.  
Axel Kroeger, Ronaldo Luna.  
Organización Panamericana de la Salud.  
1992.

Evaluación de programas de educación.  
Serie Paltex No 18.  
Organización Panamericana de la Salud.  
1990.

Manual de odontología preventiva y comunitaria.  
Emili Cuenca Sala, Carolina Manau Navarro.  
Editorial Masson.  
España, 1991.

Medicina preventiva y salud pública.  
G. Piedrola Gil y Coautores.  
Editorial: Masson y Salvat.  
España, 1991.

La Nueva Salud Pública.  
John Ashton, Howard Seymour.  
Editorial: Masson.  
España, 1990

Las universidades y la meta de salud para todos en el año 2000  
-Experiencias en la Facultad de Odontología de la UNAM-  
Dr. Antonio Zimbrón Levy.  
México, 1984.

INEGI Sistema para la consulta de información censal por colonias  
(SCINCE)  
México, 1995.

[WWW.DIF.ORG.MX](http://WWW.DIF.ORG.MX).

[WWW.DIFDF.ORG.MX](http://WWW.DIFDF.ORG.MX).