

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ESTOMATOLÓGICA



“DIAGNOSTICO SOCIOESTOMATOLÓGICO DEL MUNICIPIO DE IZALCO Y CANTÓN SAN JOSÉ LA MAJADA, DEL DEPARTAMENTO DE SONSONATE, DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2001.”

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE
DOCTORADO EN CIRUGIA DENTAL

POR:

MIGUEL ANGEL GARCÍA FIGUEROA

SARA KARINA GUZMÁN MORÁN

ASESORES:

DR. BENJAMIN LÓPEZ GUILLEN

LIC. ISRAEL VENTURA

CIUDAD UNIVERSITARIA, DICIEMBRE 2001

INDICE GENERAL

	PAGINA
INTRODUCCIÓN	6
1. DETERMINACION DE LOS ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO.....	8
1.1 Justificación	9
1.2 Objetivos	10
1.2.1 General	10
1.2.2 Específicos	10
1.3 Alcances y limitaciones	13
1.3.1 Alcances	13
1.3.2 Limitaciones.....	14
1.4 Indicadores socioestomatológicos.....	15
1.5 Objeto de transformación.....	18
1.6 Unidades de análisis.....	18
1.7 Definición real de términos básicos	19
2. MARCO DE REFERENCIA	20
2.1 Condiciones socioeconómicas del Departamento de Sonsonate.....	21
2.2 Aspectos generales del Municipio de Izalco.....	31
2.2.1 Historia del Municipio de Izalco.....	32
2.2.2 Condiciones socioeconómicas	34
2.2.3 Características demográficas.....	39
2.2.4 Organizaciones económicas	40

PAGINA

2.2.5 Organismos de salud y asistencia social	41
2.2.6 Organizaciones religiosas	43
2.2.7 Otras organizaciones	43
2.2.8 Administración del Municipio de Izalco.....	44
2.2.9 El sistema educativo.....	44
2.2.10 Marco general de la problemática estomatológica.....	45
2.3 Aspectos generales del Cantón San José La Majada	47
2.3.1 Historia del Cantón San José La Majada	47
2.3.2 Condiciones socioeconómicas	49
2.3.3 Características demográficas.....	52
2.3.4 Organizaciones económicas	53
2.3.5 Organizaciones de salud y asistencia social.....	53
2.3.6 Organizaciones religiosas	54
2.3.7 Otras organizaciones	54
2.3.8 Administración del Municipio de Juayúa	55
2.3.9 El sistema educativo.....	55
2.3.10 Marco general de la problemática estomatológica.....	56
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	57
3.1 Tipo de investigación	58
3.2 Población.....	58

PAGINA

3.3 Muestra y submuestra	60
3.3.1 Muestra.....	60
3.3.2 Submuestra.....	61
3.4 Selección de los sujetos a quienes se les aplicó instrumentos	64
3.5 Técnicas e instrumentos	64
3.5.1 Material, instrumentos y equipo odontológico utilizado	65
3.6 Métodos utilizados para el análisis de los datos.....	66
4. RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO.....	67
4.1 Cuadros estadísticos	68
4.1.1 Cuestionario n.2 a Alcaldes Municipales.....	68
4.1.2 Cuestionario n.3 a Odontólogos de clínicas que pertenecen a instituciones de beneficencia social.....	69
4.1.3 Cuestionario n.4 a Odontólogos de clínicas privadas	71
4.1.4 Cuestionario n.5 a Directores de Unidades de Salud	82
4.1.5 Cuestionario n.6 a Supervisor Departamental del Área de Estomatológica.....	84
4.1.6 Cuestionario n.7 a Odontólogos encargados del Área Estomatológica de las Unidades de Salud	85
4.1.7 Cuestionario n.8 a Odontólogos en servicio social	88
4.1.8 Guía de entrevista n.1 a Directivas de la comunidad	98
4.1.9 Guía de entrevista n.2 a Pacientes mayores de dieciocho año que asisten a las clínicas de Unidades de Salud	106

	PAGINA
4.1.10 Guía de entrevista n.3 a Directores de escuelas públicas y privadas.....	116
4.1.11 Guía de entrevista n.4 a Representante de Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica	121
4.1.12 Guía de observación n.1 a Pacientes que asisten a la clínica estomatológica de las Unidades de Salud.....	115122
4.2 Discusión de los resultados	135
4.2.1 Discusión de los resultados del Municipio de Izalco	135
4.2.2 Discusión de los resultados del Cantón San José La Majada	143
4.2.3 Discusión de los resultados del Departamento de Sonsonate	149
4.3 Conclusiones	154
4.3.1 Conclusiones del Municipio de Izalco	154
4.3.2 Conclusiones del Cantón San José La Majada.....	161
4.4 Recomendaciones.....	166

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

En El Salvador, a través de los años se ha mantenido un sistema de salud que plantea varios cuestionamientos, dirigidos a la cobertura y tipo de atención brindada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, organismo que constitucionalmente tiene a cargo la salud de la población; y por otra parte, a la poca participación de organismos no gubernamentales, instituciones de beneficencia y profesionales de clínicas privadas, en la solución de la problemática de salud bucal de la sociedad salvadoreña.

El presente estudio está orientado a describir la situación socioestomatológica de la población, estudiando la participación del Ministerio de Salud Pública, organismos no gubernamentales, instituciones de beneficencia y clínicas privadas, en lo concerniente a la salud bucal de la población, en el Departamento de Sonsonate; y específicamente se determinará esta situación en el Municipio de Izalco y el Cantón San José La Majada, donde estudiantes en servicio social de la Facultad de Odontología de La Universidad de El Salvador estuvieron asignados.

El trabajo está estructurado en cuatro partes; en el primer capítulo, se determinan los elementos del diagnóstico, es decir aquellos componentes importantes que fueron tomados en cuenta para la elaboración del trabajo; así como también se fijan las metas y justificantes que llevó a la realización de la investigación.

En el segundo capítulo, se establece un marco de referencia que plantea el estado socioestomatológico del Departamento; y específicamente en los lugares donde estuvieron asignados los investigadores, tomando en cuenta diferentes factores que influyen en la situación de ésta, que abarca: lo social, económico, político y ecológico; particularmente relacionando y analizando el estado de salud bucal.

En un tercer capítulo, se describen los aspectos metodológicos que dan forma a la investigación, que comprende aspectos de población, métodos, técnicas e instrumentos, que se utilizaron para la recolección de los datos obtenidos.

Y finalmente, en el cuarto capítulo, se exponen los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo a partir del mes de Abril a Septiembre del presente año, tanto en los lugares de trabajo y de manera general en el Departamento, realizando un análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida, proporcionando conclusiones y recomendaciones que ayuden a definir la realidad socioestomatológica y brindar alternativas para modificarla.

La investigación diagnóstica realizada es entonces un documento importante, en cuanto busca tomar conciencia de la problemática socioestomatológica de la población salvadoreña, recopilando información relacionada con la salud bucal, que como se ha determinado con anterioridad no ha tenido la atención pertinente para transformar una situación problemática, que se mantiene a través del tiempo, buscándose de esta forma incidir en la superación de los problemas de salud bucal de la comunidad.

CAPITULO I. DETERMINACION DE LOS ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO

1. DETERMINACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL DIAGNÓSTICO.

1.1 Justificación

El Salvador, es un país subdesarrollado, con deficiencias a nivel educativo, tasas de desempleo elevadas, condiciones de vida inadecuadas y un sistema de salud deplorable, que influyen directa o indirectamente no sólo en la salud de los salvadoreños sino también en la salud estomatológica. La problemática de salud bucal en El Salvador, se caracteriza por la alta necesidad de atención de la población, frente al poco acceso que tienen, por las condiciones sociales y económicas en que viven, y las limitaciones en cobertura de las instituciones que brindan el servicio; con una práctica pública, privada y benéfica, curativa-mutiladora, con ausencia de mecanismos educativos y preventivos que influyan en el interés y mantenimiento de la salud, de ahí que la población salvadoreña presente un estado de salud y hábitos de higiene bucal deficientes.

Por otra parte, en El Salvador no existe ningún documento que refleje la situación socioestomatológica; de ahí la importancia de realizar un estudio, que no sólo identifique los problemas bucales prevalentes en los salvadoreños, sino también aquellos aspectos sociales, culturales y económicos que puedan influir en el proceso salud-enfermedad, y a partir de ello, presentar un diagnóstico que refleje la realidad socioestomatológica en el Municipio de Izalco y Cantón San José La Majada, del Departamento de Sonsonate, buscándose incidir a través de recomendaciones para mejorar la situación actual.

En este sentido, la utilidad de este documento también consiste en que a partir de dicho estudio, instituciones relacionadas a la salud bucal, grupo de profesionales, estudiantes de la Facultad de Odontología, así como cualquier otra entidad de servicio interesada en la salud bucal, pueda profundizar en la investigación o que la misma sea punto de partida para seguir analizando la realidad socioestomatológica y puedan con ello mejorar las condiciones que se reflejen en el diagnóstico.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Realizar un diagnóstico de la realidad socioestomatológica del Municipio de Izalco y Cantón San José La Majada, del Departamento de Sonsonate.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Verificar el número y distribución de centros de salud, tales como: hospitales, unidades de salud, organismos no gubernamentales e instituciones de beneficencia social que brindan servicio estomatológico.
2. Verificar el número de odontólogos, que prestan sus servicios en clínicas estomatológicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.
3. Establecer el número de odontólogos por cada clínica estomatológica, en instituciones públicas, privada y de beneficencia social.
4. Determinar el número de horas que labora cada odontólogo en clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.
5. Determinar el número de horas semanales que labora, cada odontólogo de las unidades de salud pública, en los diferentes programas bucales.

6. Determinar el estrato económico de la población a la que se le ofrecen servicios estomatológicos públicos.
7. Verificar los servicios estomatológicos que se brindan en las instituciones públicas, privadas y de beneficencia social.
8. Determinar los tratamientos estomatológicos que se brindan con mayor frecuencia en las instituciones públicas, privadas y de beneficencia social.
9. Determinar los tratamientos estomatológicos que se deberían realizar con mayor frecuencia en clínicas públicas.
10. Determinar cual es el costo promedio de los tratamientos que se realizan en las clínicas estomatológicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.
11. Identificar la existencia de programas que se desarrollan para el beneficio de la salud bucal a nivel de clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.
12. Identificar los problemas bucales más frecuentes que presenta la población que recibe los servicios estomatológicos en clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.
13. Identificar los problemas estomatológicos más frecuentes presentados por la población que asisten a los servicios estomatológicos públicos, de acuerdo al estrato al que pertenecen.

14. Conocer el número de piezas dentales cariadas (C), pérdidas (P), pérdidas antes de los doce años (ep), obturadas (O) en pacientes, según estrato, que visitan las clínicas estomatológicas públicas.
15. Identificar los problemas que se presentan en las clínicas estomatológicas a nivel público, privado e instituciones de beneficencia social, que afectan la prestación de servicios de calidad.
16. Constatar la existencia de coordinación entre odontólogos y demás personal de salud a nivel público para planear actividades estomatológicas.
17. Verificar la participación del odontólogo de la clínica estomatológica pública, privada e instituciones de beneficencia social, en la solución de la problemática estomatológica de la comunidad.
18. Determinar los programas estomatológicos que se realizan con el consentimiento y participación de la comunidad.
19. Verificar cuales son las responsabilidades estomatológicas delegadas en la comunidad.
20. Determinar cuales son los programas estomatológicos basados en el desarrollo del recurso humano local.
21. Realizar el análisis de la promoción de la salud estomatológica en la localidad en el marco de la educación pública y privada.
22. Obtener la opinión de la población sobre costos, calidad y trato que se brinda en las clínicas estomatológicas públicas.

23. Verificar la concepción cultural, que tiene la población, sobre la salud estomatológica.
24. Verificar el presupuesto asignado por el Ministerio de Salud Pública y de Asistencia Social, al área estomatológica del Departamento de Sonsonate y clínicas públicas.
25. Verificar la existencia de control por parte de la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica y del Ministerio de Salud Pública y de Asistencia Social, sobre la práctica profesional.

1.3 Alcances y limitaciones

1.3.1 Alcances

En cuanto alcance, estos incluyen tres aspectos: nivel de cobertura, nivel de profundidad y nivel de generalización.

En lo que se refiere a nivel de cobertura, ésta abarcará a la población que asiste a las clínicas estomatológicas del Municipio de Izalco y Cantón San José La Majada, donde se encontraron asignados los estudiantes en servicio social de la Facultad de Odontología de La Universidad de El Salvador; esta población comprende lo que son: niños y niñas que pertenecían o no al programa Escuela Saludable, mujeres embarazadas, adultos y adultos mayores; así también odontólogos que laboran en ellas y otras clínicas odontológicas del mismo Municipio, públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.

También se recopilará información en cuanto a la ubicación geográfica y población del Municipio de Izalco y Cantón San José La Majada que pertenecen al Departamento de Sonsonate, además del número de odontólogos asignados en cada establecimiento y factores culturales propios de la localidad, relacionados con la salud estomatológica; otros aspectos a cubrir serán: el número y distribución de los centros de salud que brindan servicio, tales como: hospitales, unidades de salud, clínicas de organismos no gubernamentales e instituciones de beneficencia social; al igual se indagará el número de odontólogos en servicio por Municipio, el número de horas que laboran, el estrato económico de la población, servicios estomatológicos que se brindan, los aranceles de los tratamientos odontológicos, la coordinación entre odontólogos y demás personal para llevar a cabo actividades en mejora de la salud, y la participación del odontólogo de la clínica en programas de beneficio para la comunidad.

En lo que se refiere al nivel de profundidad que tendrá la investigación, ésta será de tipo descriptiva ya que dará a conocer y enumerará las características de los diferentes indicadores en estudio, de acuerdo a su realidad socioestomatológica en la que se encuentran inmersas.

En cuanto al nivel de generalización, se establece que los resultados obtenidos de la investigación, se podrán extrapolar a toda la población de los Municipios en estudio y en general para todos aquellos Municipios en los que la población presenta características similares a la población estudiada.

1.3.2 Limitaciones

Las limitantes encontradas en la investigación, primeramente fue el retraso en la aplicación de algunos instrumentos a consecuencia de los sismos a principios del

presente año, que requirió una nueva calendarización; igualmente se disminuyó el tiempo de trabajo intramural en las clínicas odontológicas, debido a que se llevaron a cabo otras actividades concernientes a tal emergencia.

Otra limitante encontrada específicamente en la investigación llevada a cabo en el Cantón San José La Majada, fue que a consecuencia del terremoto, el establecimiento de salud se encontraba en zona de riesgo, por lo que el equipo tuvo que trasladarse al Cantón Los Naranjos, lo cual demoró aproximadamente un mes y dificultó la obtención de cierta información, principalmente de los pacientes que asistían a la clínica.

También se tuvo dificultad en el paso de algunos instrumentos principalmente a líderes de la comunidad y directores de escuela, por limitaciones en el tiempo y el poco acceso geográfico a ciertas zonas rurales.

Se encontraron problemas además, con la demora en la devolución de algunos instrumentos, como por ejemplo el de los alcaldes municipales, los cuales mostraron cierta displicencia a la hora de llenar los cuestionarios.

1.4 Indicadores socio-estomatológicos.

1. Número y distribución de hospitales, centros de salud, unidades de salud e instituciones de beneficencia social que brindan servicio estomatológico.
2. Número de odontólogos, que prestan su servicio en clínicas estomatológicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia.

3. Número de odontólogos por cada clínica estomatológica, en instituciones públicas, privadas y de beneficencia social.
4. Número de horas que labora cada odontólogo en clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.
5. Número de horas semanales que labora cada odontólogo de las Unidades de Salud en los diferentes programas bucales.
6. Estrato económico de la población a la que se le ofrecen servicios estomatológicos públicos.
7. Servicios estomatológicos que se brindan en las instituciones públicas, privadas y de beneficencia social.
8. Tratamientos estomatológicos que se brindan con mayor frecuencia en las instituciones públicas, privadas y de beneficencia social.
9. Tratamientos estomatológicos que se deberían realizar en las clínicas públicas.
10. Costo promedio de los tratamientos que se realizan en las clínicas estomatológicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia
11. Programas que se desarrollan para el beneficio de la salud bucal a nivel de clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.

12. Problemas bucales más frecuentes que presenta la población que recibe los servicios estomatológicos que se brindan en las clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.
13. Clasificación por estrato, de los problemas estomatológicos más frecuentes presentados por la población, que asisten a las clínicas públicas.
14. Número de piezas dentales cariadas (C), pérdidas (P), pérdidas antes de los doce años (EP), obturadas (O), en pacientes, por estrato, que visitan la clínica estomatológica pública.
15. Problemas que se presentan en las clínicas estomatológicas a nivel público, privado e instituciones de beneficencia social, que afectan la prestación de servicios de calidad.
16. Existencia de coordinación entre odontólogos y demás personal de salud a nivel público para planear actividades estomatológicas.
17. Participación del personal de la clínica odontológica pública, privada e instituciones de beneficencia, en la solución de la problemática estomatológica de la comunidad.
18. Programas estomatológicos que se realizan con el consentimiento y participación de las comunidades.
19. Responsabilidades estomatológicas delegadas a las comunidades.
20. Programas estomatológicos basados en el desarrollo del recurso humano local.

21. Análisis de la promoción de la salud estomatológica en la localidad, en el marco de la educación pública y privada.
22. Opinión de la población sobre costos, calidad y trato que se brinda clínicas estomatológicas públicas.
23. Concepción cultural de la población, sobre salud estomatológica.
24. Presupuesto asignado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al área estomatológica del Departamento, por Municipio y por clínica odontológica.
25. Control por parte de la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica y del Ministerio de Salud Pública y de Asistencia Social sobre la práctica que ejercen los profesionales en salud bucal.

1.5 Objeto de transformación

La realidad socioestomatológica en el Municipio de Izalco y Cantón San José La Majada, en el Departamento de Sonsonate, constituye el objeto de transformación de la investigación.

1.6 Unidades de análisis

Población que asiste a los centros de salud públicos, privados e instituciones de beneficencia, para recibir servicios estomatológicos dentro de los Municipios en estudio.

Y el personal odontológico que presta sus servicios a nivel público, privado e instituciones de beneficencia social.

1.7 Definición real de términos básicos.

1. Servicios estomatológicos que se brindan en las clínicas odontológicas:

Son los tratamientos ofertados por el odontólogo, que tienen la finalidad de prevenir, restaurar y rehabilitar la salud bucal de la población.

2. Número de odontólogos en servicio por municipio:

Se refiere a la cantidad de profesionales en el área de odontología que prestan sus servicios, en la práctica pública, privada, organismos no gubernamentales e instituciones de beneficencia, destacados en un Municipio específico.

3. Número de odontólogos por cada clínica estomatológica:

Será la cantidad de profesionales en salud bucal que laboran en cada clínica dental, ya sea, pública, privada, instituciones no gubernamentales o de beneficencia social.

4. Número de horas diarias que labora cada odontólogo:

Se refiere al tiempo que labora el profesional de salud bucal, durante el día, en el consultorio o desempeñando actividades extramurales concernientes a la práctica odontológica.

5. Población a la que se le ofrecen los servicios estomatológicos:

Son todas las personas a las que van destinados los diferentes tratamientos que se brindan en el establecimiento de salud.

6. Tratamientos estomatológicos que se realizan en las clínicas odontológicas:

Son todos aquellos procedimientos preventivos, curativos y de rehabilitación que se realizan, para el mantenimiento y restauración de la salud bucal.

7. Costo promedio de los tratamientos odontológicos:

Es el valor monetario medio, asignado a cada procedimiento dental, que se realiza en las clínicas odontológicas, expresado en colones.

8. Programas de salud bucal:

Son todas aquellas actividades orientadas al logro de beneficios en salud bucal de la comunidad.

9. Problemas estomatológicos en las clínicas de salud pública:

Se referirá a los problemas diagnosticados, de acuerdo al motivo de consulta que los pacientes manifiestan al asistir a las clínicas odontológicas de las Unidades de Salud.

10. Problemas que afectan las prestaciones de un servicio de calidad, en la práctica odontológica pública:

Son todos aquellos obstáculos que interfieren en la realización de los tratamientos en forma óptima, e incluye la existencia y estado de los materiales, instrumentos y equipo dental, como también la calidad y cantidad del recurso humano.

11. Coordinación entre odontólogos y personal de salud pública para el desarrollo de actividades:

Se entenderá como la capacidad de organización del profesional odontológico de trabajar en conjunto con el demás personal de salud para poder llevar a cabo actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud.

12. Participación de odontólogos en la solución de la problemática de salud bucal de la comunidad:

Se refiere a la iniciativa y el interés que denota el odontólogo para resolver los problemas bucales, a través de programas o actividades que lleven beneficio a la población.

13. Ejecución de programas de salud bucal basados en el desarrollo de recursos humanos locales:

Consiste en la transferencia de conocimientos por parte del odontólogo a los miembros de determinados grupos sociales (maestros, directivas de comunidades, etcétera) para que sean ellos partícipes del proceso de cambio de salud bucal en su localidad.

14. Programas de salud bucal que se realizan con el consentimiento y participación de la comunidad:

Son todas aquellas actividades que se desarrollan en la comunidad, en beneficio de la salud bucal, pero que cuentan con el respaldo, aprobación y colaboración activa de los miembros de la comunidad en el proceso salud–enfermedad de su localidad.

15. Responsabilidad de la salud bucal delegada a la comunidad:

Se refiere a las diferentes actividades encaminadas a la salud bucal, que son destinadas y ejecutadas por los miembros de la comunidad con el objetivo de mejorar su situación estomatológica.

16. Promoción de la salud estomatológica:

Son todas aquellas actividades encaminadas a mantener la salud, a través de la transferencia del conocimiento y de medidas orientadas a la prevención.

17. Opinión de la población sobre costos, calidad y trato de los servicios estomatológicos recibidos:

Se refiere a la valoración que realiza los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de las Unidades de Salud, donde a partir de su experiencia evalúan los costos y calidad de los tratamientos, así como también el trato del profesional en salud.

18. Concepción cultural sobre salud estomatológica:

Es la noción que tiene la comunidad sobre todo lo concerniente a la salud bucal.

19. Presupuesto asignado para estomatología por parte del Ministerio de Salud Pública:

Se entenderá como el recurso monetario que se ha asignado al área de odontología a nivel nacional, y específicamente, a nivel local; para el mejoramiento de la atención y cobertura estomatológica.

20. Control de la Junta de Vigilancia sobre la práctica odontológica:

Se refiere a la vigilancia que ejerce el organismo encargado de verificar, la eficiencia y eficacia del profesional de salud, que brinda servicios odontológicos.

21. Realidad socioestomatológica:

Se refiere a la relación que tienen los factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos, que de una u otra manera intervienen en el proceso salud - enfermedad estomatológica de la población salvadoreña.

CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Condiciones socioeconómicas de la población del Departamento de Sonsonate.

El Departamento de Sonsonate, cuenta con un área de 1,225.77 kms²; localizándose a una altura de 225 metros sobre el nivel del mar; se divide administrativamente en dieciséis Municipios, y se encuentra limitado por los Departamentos de Santa Ana, Ahuachapan, y La Libertad (Ver Anexo 1).

Dentro de los recursos naturales con los que cuenta, están una gran cantidad de ríos entre los cuales se encuentran: Atecozol, Agua caliente, Apancoyo y Sensunapan. También cuenta con un clima diversificado, que se caracteriza por ser caluroso y húmedo en la zona costera, templado en la zona media y frío en la región norte por alturas de importancia como el Volcán de Izalco y el Cerro Los Naranjos; esta diversidad en el clima lo hace propicio para que gran parte del Departamento sea dedicado a la agricultura y la ganadería.

El Departamento de Sonsonate tiene una adecuada red de comunicación, que favorece a la actividad económica, la atraviesan dos importantes vías de transporte como son la carretera Panamericana y Litoral, cuenta con una vía férrea, que comunica gran parte del Departamento y posee a la vez uno de los principales puertos del país, localizado en el Municipio de Acajutla, y que sirve como puerta de entrada al comercio.

Sonsonate según información del Ministerio de Salud Pública¹ tiene una población estimada de 460,894 habitantes. Que la hace tener una densidad poblacional de 376 habitantes por km², siendo una de las más altas a nivel nacional, acorde a la tasa de crecimiento poblacional. Del total de la población, el 39% pertenece al área urbana y el 61% equivale a la rural.

¹ Internet <http://www.mspas.gob.sv> Enero de 2001.

De acuerdo a la edad, según censo poblacional², está constituida de la siguiente forma: de 0 a 9 años tiene un porcentaje del 27.2%; de 10 a 19 el 25.3%; de 20 a 59 años el 40.3% y finalmente mayores de 60 años tiene el 6.8%. Esto refleja que la mayor parte de la población se encuentra en el rango de edad, que se define como económicamente activa.

De la población económica activa³, para 1998, el 91.1% se encontraba ocupada y el 8.9% desempleada, siendo mayor el porcentaje en el área rural, debido a la falta de empleo y de activación de la zona.

El Departamento se dedica especialmente a la agricultura, siendo el 45% de la población ocupada en la actividad agrícola y ganadera, el 13.5% dedicado al comercio mayor y menor, un 12% a la industria manufacturera y el demás porcentaje se distribuye en otras actividades que incluye entre otros, la pesca y la construcción.

La principal rama económica del Departamento es la agricultura, ocupándose la mayor parte del territorio a esta actividad, siendo los principales cultivos, la caña de azúcar, el maíz, el frijol, y el cultivo de café, que ha sido el principal producto de exportación de El Salvador.

La pobreza en el Departamento de Sonsonate, según FUSADES⁴ tiene un estimado del 57.0% posterior a los terremotos del presente año, basado en el Producto Interno Bruto; lo cual hizo que “algunos que antes de estos acontecimientos se calificaban como no pobres, entraran en la pobreza, y otros que ya eran pobres, se sumieran en mayor pobreza”.⁵

Este índice muestra que más de la mitad de la población no cuenta con los recursos para satisfacer sus necesidades, y se explica por el desbalance que existe entre el ingreso que

² Internet [http:// www.mspas.gob.sv](http://www.mspas.gob.sv) Enero de 2001.

³ Gobernación Departamental de Sonsonate. Cuadro estadísticos del censo nacional de población, 1998

⁴ Ana Bravo, “De pobres a extremadamente pobres” La Prensa Gráfica, 3 de Abril de 2001. p. 2b.

⁵ Ibid

las personas perciben y el gasto de la canasta básica; siendo por lo general, el ingreso recibido el salario mínimo, aunque en muchos casos es menor especialmente en el área rural (Ver Anexo 5).

Los sismos a principio del presente año ocasionaron daños en infraestructura y en la actividad económica, afectando por ejemplo, a la pequeña empresa, como lo muestra CONAMYPE⁶, en el que refleja una cantidad de 4,191 negocios con daños; y reducción en los ingresos de las empresas. Igual problema ocurrió en la base social del sector agrícola y en las plantaciones, las cuales también se vieron dañadas a consecuencia de la sequía, que afectó la producción de azúcar, que según la Asociación Azucarera⁷, cubrió las zonas central y costera del Departamento.

A esto se añade, problemas económicos como la disminución en el mercado internacional del precio de café, que ha traído como consecuencia baja en su producción y exportación, como lo informa el Consejo Salvadoreño del Café⁸, con fuerte caída tanto en las exportaciones e ingresos. Lo cual ha traído detrimento en las fuentes de empleo y de poder adquisitivo siendo preocupante en el Departamento, en la medida que buen número de la población se dedica a la labor agrícola y aprovecha la época de corta para aumentar su ingreso. De ahí que mucha de la población al no tener acceso a una fuente de empleo, prefieran migrar, a la zona urbana, o inclusive fuera del país, para mejorar sus condiciones de vida.

En cuanto a la canasta básica, se tiene que al explorar uno de los principales servicios como lo es la vivienda, se observa la utilización principalmente de concreto o sistema mixto como material de construcción, aunque buen porcentaje de la población continua utilizando materiales más sencillos como el adobe, el bahareque, lamina y madera. Tanto el tipo de material y diseño de construcción trajo como consecuencia daños bastante

⁶ Doris Ingles “Trimestre perdido en la pequeña empresa” Diario de Hoy, 3 de Mayo 2001. p. 40.

⁷ Lourdez Méndez “Producción de azúcar cae 4% por sequía” Diario de Hoy, 17 Agosto 2001. p. 38

⁸ Gloria Rodríguez “La peor crisis en la historia del café” Prensa Gráfica, 28 de Agosto 2001. p.26

grandes después del terremoto, siendo según el Viceministerio de Vivienda⁹ más de 17,000 viviendas con daños, que incluían un costo alrededor de \$29,742,000 sólo en el Departamento. Siendo los más perjudicados y con menos probabilidad de autorecuperación la población con menos recursos.

Otras características reflejadas en el aspecto vivienda, muestra deficiencias en cuanto a servicio de agua intradomiciliar, servicio tan importante e indispensable en relación con la salud, teniendo mucha parte de la población que abastecerse de agua de lugares como pozos, manantiales y ríos, a los cuales no le dan las medidas higiénicas necesarias. También se muestran deficiencias en cuanto a la disposición de basura y excreta, ya que un grupo alto de la población no dispone de servicio sanitario, lo cual los convierte como de alto riesgo en cuanto a salud, por la cantidad de enfermedades infecto-contagiosas a la que pueden ser susceptibles.

En cuanto a la educación¹⁰, el Departamento cuenta con 302 centros educativos públicos y 41 centros privados, con una matrícula de 97,659 estudiantes para el sector público y 10,532 para el sector privado, que incluye los niveles de parvularia, básica y media. De acuerdo a estos datos, y en relación con la población comprendida en el rango de edad escolar se observa que existe un alto porcentaje de inasistencia escolar, observándose disminución en la población estudiantil, con relación al grado superior, aunque también se debe tomar en cuenta las deficiencias del sistema nacional de educación, en el que en muchos lugares se carece de componentes de nivel básico y mucho más de niveles superiores.

Indicadores de analfabetismo¹¹ muestran una tasa del 32.7%, siendo en el área urbana de 18.6% y para el área rural del 42.3%.

⁹ Karla Ramos, "A licitación viviendas permanentes" Prensa Gráfica, 31 de Mayo 2001. p.31

¹⁰ Internet <http://www.mined.gob.sv>. 2000

¹¹ Gobernación Departamental de Sonsonate. Tasas sobre variables educativas, censo 1998.

Estos índices son bastante alarmantes en la medida que gran parte de la población no tiene acceso a la educación, muchas veces debido a factores culturales, así como económicos, debido a la necesidad del grupo familiar, más que todo del área rural, por integrar a sus miembros a la actividad económica y en el caso de las niñas a las que se les asigna la labor del hogar y cuidado de los menores, debido a la alta tasa de fecundidad materna, con un promedio de cuatro hijos, y en el que las madres deben trabajar para aumentar el ingreso familiar.

Estos indicadores en el área educacional, refleja la vulnerabilidad de la población, para mantener y prevenir las enfermedades en general y específicamente las que pertenecen al sistema estomatognático, por igual impide que ellos mismos sean participes en el proceso salud-enfermedad, al dificultar la transferencia de conocimiento en cuanto a la salud debido mucho, al arraigo cultural que se tiene, y que sólo es superado a través de la educación.

Un problema social que asecha a la comunidad también es la creciente delincuencia y criminalidad, que sólo en el año anterior, según el Instituto de Medicina Legal de El Salvador¹², reportó 246 muertes a causa de homicidio por diferente tipo de arma. Siendo éste uno de los Departamentos más violentos a nivel nacional.

En cuanto a la salud, el Departamento de Sonsonate, tiene una alta tasa de morbilidad, en su mayoría por enfermedades de carácter prevenibles, y que tiene como causal múltiples factores sociales, culturales, económicos y ambientales.

Siendo las principales morbilidades en el presente año, de acuerdo al Ministerio de Salud Pública¹³, las infecciones respiratorias, diarreas y gastroenteritis, dermatosis, neumonía y conjuntivitis.

¹² Ernesto Mejía, "Los rostros detrás de los números". *La Prensa Gráfica*, 29 de Abril 2001. p . 7C

¹³ Internet [http:// www. mspas.gob.sv](http://www.mspas.gob.sv) 6 de Septiembre 2001.

Los factores de riesgo mencionados anteriormente, son entre algunos: la falta de agua potable, falta de una adecuada disposición de excreta y basura, e inadecuados controles de saneamiento; también se encuentran los problemas sociales de insatisfacción de la canasta básica, hacinamiento, niveles altos de desnutrición crónica, que según el Ministerio de Salud¹⁴ tiene un porcentaje del 24.91%, considerada una tasa bastante preocupante y que representa la cuarta más alta a nivel nacional; y que implica una condición susceptible a contraer enfermedades y pocas posibilidades de recuperación por su estado deteriorado, lo cual favorece en gran medida a la alta tasa de mortalidad infantil en el Departamento.

Al referirnos a la accesibilidad de atención, el sistema nacional de salud cuenta con grandes limitaciones en cuanto a recurso humano, material y físico, contando para el año 2000¹⁵, con 19 unidades de salud, 5 casas de la salud y 3 centros rurales de nutrición. Los cuales pertenecen al primer nivel de atención, así mismo cuenta con un único hospital que pertenece al segundo nivel de atención (Ver Anexo 2 y 3).

En cuanto a la salud estomatológica, se ve por un lado que a pesar de la creciente oferta de atención de clínicas privadas, éstas sólo cubren una pequeña porción de la población, ya que a pesar de su probable calidad en los servicios, como recurso físico, sus costos no son accesibles a la población, especialmente cuando existen un desbalance entre los ingresos que se perciben y la canasta básica, siendo aún menor en cuanto a la salud bucal, cuya única importancia se ha reducido al mantenimiento de la fuerza de trabajo. En cuanto al sistema nacional de salud, éste adolece de muchas carencias, siendo el modelo de atención en las clínicas odontológicas, de primer nivel, meramente curativa, a pesar de la visión bajo la cual se trabaja, cuyo eje fundamental es la prevención, la cual no se desarrolla en la práctica por varias razones, entre las que se pueden mencionar: la falta de una constante y adecuada educación y promoción de la salud, inadecuada

¹⁴ Nanci Alvarado, “3 mil niños mueren al año por desnutrición” La Prensa Gráfica, 20 de Agosto 2001. P. 5

¹⁵ Internet [http:// www. mspas.gob.sv](http://www.mspas.gob.sv) 2000

continuidad de atención a los pacientes y la insuficiencia en los recursos físicos, materiales y humano.

En el Departamento de Sonsonate¹⁶, se localizan un total de quince clínicas estomatológicas distribuidas en las diferentes Unidades de Salud, contando con veintiún odontólogos distribuidos en estas clínicas, y tres más destinadas al programa Escuela Saludable, de todos ellos quince se encontraban desarrollando su servicio social, y nueve son graduados. Esto da una relación odontólogo-habitante, de uno a 17,881, lo cual muestra la disparidad en cuanto al recurso humano, que trae como resultado entre muchas cosas, deficiencias en la calidad y acceso a los servicios prestados, ya que se limita la atención a un promedio de veinte minutos por paciente, ésto deja una cobertura bastante pobre en comparación a la necesidad que presenta la población (Ver Anexo 4)

Al igual se debe reflexionar en la participación limitada no sólo del personal de salud en la toma de decisiones en mejorar el servicio de la comunidad, sino también en la población misma para que ellos se vuelvan objeto y sujeto de su propia salud, a través de una verdadera descentralización y transferencia de conocimiento, ya que a pesar de existir actividades mencionadas por Eduardo Dheming¹⁷, como son la consulta odontológica y la promoción para la salud bucal a través de programas como Escuela Saludable y brigadas de salud a la comunidad. Éstas se encuentran fuera de contexto al no contar con la participación de la comunidad.

¹⁶ Eduardo Dheming, Odontólogo, Supervisor del Area de Odontología, Departamental de Salud de Sonsonate.

¹⁷ Ibid

2.2 Aspectos generales del Municipio de Izalco

El Municipio de Izalco, pertenece al Departamento de Sonsonate. Su nombre autóctono proviene de, “ITZ (obsidiana, cal) CLA (casa) y CO (lugar, ciudad), ITZCALCO “La ciudad de Casas de Obsidiana”, según Pedro Geoffroy Rivas”.¹⁸

El Municipio de Izalco cuenta con una extensión territorial bastante grande en comparación con los demás Municipios que conforman el Departamento, siendo ésta de 175.90 km²; se limita por los siguientes Municipios: Nahuizalco, San Julián, Caluco, Nahuilingo, Armenia y Sonzacate, y al norte por el Departamento de Santa Ana. Encontrándose a una altura de 440 mts. sobre el nivel del mar.

Riegan al Municipio un total de diecinueve ríos y treinta y siete quebradas, siendo algunos de los ríos importantes: el Tiquizate, Tecolote, Atecozol y Huiscoyolate.

El Municipio a su vez, cuenta con alturas de importancia como el Volcán de Izalco, los Cerros Chino y Shutia, localizados en la zona norte, mientras que al sur la topografía es más bien de planicies y pequeñas lomas; lo que provee un clima diversificado, siendo en el lado norte del Municipio fresco, y caluroso en la zona centro y sur; lo cual favorece, a que el Municipio de Izalco sea altamente agrícola y ganadero.

El Municipio de Izalco cuenta con un área rural dividida en veinticinco cantones, que comprende ciento cuatro caseríos; y un área urbana conformado por nueve barrios y diecinueve colonias (Ver anexo 6 y 7).

Dentro de la infraestructura, la Ciudad de Izalco, tiene su acceso principal por medio de la carretera que conduce de San Salvador a Sonsonate, a 59 km. de distancia de San Salvador y a 6 km. de la Ciudad de Sonsonate.

Las calles son en su mayoría pavimentadas, mientras los caminos que conducen a la zona rural por lo general son de tierra; también cuenta con un ramal de los ferrocarriles de Sonsonate, la cual es muy útil, por comunicarse con zonas poco accesibles y que favorece a la actividad económica de la zona.

¹⁸ Cristina de Ortíz, Informe de salud bucal del Municipio de Izalco. p. 4

En el transporte público se cuenta con una ruta de bus urbana (ruta 53), y pick-ups que comunican con los Cantones. Además del transporte que comunica con San Salvador (las rutas 205 y 207).

Las fiestas patronales son los días 14 y 15 de Agosto, cuando se celebran la fiesta del Transito y Asunción de la Virgen María; y el 7 y 8 de Diciembre por La Inmaculada Concepción de la Virgen María.

2.2.1 Historia del Municipio de Izalco

El pueblo de Izalco, es rico en cuanto a sus raíces, encontrándose aún en su territorio, población indígena y manteniendo muchas de las costumbres, entre ellas las cofradías, los tronos, el torito pinto, las posadas y los historiantes; además de una creencia bien fuerte en la magia, lo religioso y lo supersticioso, y por ende en la medicina natural y sobrenatural.

La fundación y origen del poblado de Izalco, se narra en la siguiente nota:

Según refiere el cronista Fray Juan de Torquemada, a raíz del colapso del imperio Tolteca del Anahuac, el ultimo soberano Tpilzin Acxiti Quezalcoat II, emigró a Centro América fundando Escuintla en Guatemala y Tecpan Izalco y Cuzcatlan en El Salvador; de tal suerte que la comunidad indígena de Izalco es de por lo menos de la segunda mitad del siglo XI de la Era Cristiana, migraciones que comenzaron quizá alrededor del año 900 continuando hasta 1250 o 1300.¹⁹

En la época precolonial, la tribu pipil de los Izalcos ocupaba, dentro de lo que actualmente es la República de El Salvador, el área costera entre el Río Paz, la Sierra de Apaneca y el Océano Pacífico.

¹⁹ Cristina de Ortíz, Informe de salud bucal del Municipio de Izalco. p. 12

Estos eran habitantes de habla nahuatl, que a la llegada de los españoles conformaban uno de los dos poderosos señoríos pipiles en el territorio salvadoreño; los principales asentamientos del señorío de Izalco eran propiamente Izalco, Caluco, Nahuilingo y Tacuscalco.

Los conquistadores descubrieron una gran riqueza natural en flora, fauna, agricultura y población humana.

La población pipil se encontraba dividida en una serie de asociaciones indígenas caracterizadas como cacicazgos y como estados. Los cultivos principales eran el maíz, frijol y ayote.

La religión estaba muy ligada a las supersticiones y a la falta de comprensión sobre los diversos fenómenos naturales, lo cual facilitó la difusión del cristianismo.

En la época colonial²⁰ la región de los Izalcos se dio a conocer con las batallas de Acajutla y Tacuscalco (1524), en donde Pedro de Alvarado y sus fuerzas, recibieron una fuerte resistencia por parte de los pipiles.

Después de la conquista, Izalco, llegó a ser muy destacado por su sobresaliente producción de cacao, lo cual constituía para la Capitanía General de Guatemala, de la cual dependía, la base económica, convirtiéndose en el principal artículo de exportación durante el siglo XVI.

En la época colonial se hizo una nueva organización social como se menciona en la siguiente nota:

La corona española realizó en 1550 una nueva organización social, en donde se distribuyó los pueblos dentro de un sistema de parroquias o cargos de ordenes religiosas, dividiendo de esta forma a Tecpan-Izalco en dos encomiendas:

La del pueblo de Arriba o Barrio de los ladinos, que se entregó al conquistador Francisco Girón y su Iglesia se puso bajo la adoración de Nuestra Señora de Dolores; La del pueblo de abajo o barrio de los Indios, que se entregó al conquistador Ivan de Guzmán, y su iglesia se colocó bajo la adoración o patronazgo de Nuestra Señora de la Asunción.²¹

²⁰ Cristina de Ortíz, Informe de salud bucal del Municipio de Izalco. p. 14

²¹ Ibid, p.16

Ambas ordenes trabajaron en beneficio de los indígenas a fin de librarlos de la explotación a que eran sometidos por los conquistadores. Los indígenas sufrieron las consecuencias de la conquista, debido a la transculturización que se llevó a cabo, sometiendo al indígena a nuevas costumbres y tradiciones.

En la época post-independencia luego de conformarse la primer Constitución Política de El Salvador en Junio de 1824, los pueblos de Dolores y Asunción Izalco, quedaron incluidos en el actual distrito y Departamento de Sonsonate, por decreto legislativo, en Abril de 1827, se erigió en cabecera de distrito, con el título de Villa de Izalco.

Esta población ha formado parte importante en los acontecimientos relevantes de la historia de El Salvador, tal es el caso de los levantamientos de indígenas en Izalco.

En 1862, durante la administración del Capitán General Gerardo Barrios, la Villa de Dolores y Asunción Izalco, se elevaron a la Categoría de Ciudad con el nombre de Izalco, y finalmente con un mismo gobierno municipal.

2.2.2 Condiciones socioeconómicas de la población del Municipio de Izalco.

La población del Municipio, según José Velado²², pertenece a los estratos medio y bajo. Distinción que la hace de acuerdo a la satisfacción de las necesidades básicas que presentan los habitantes.

En cuanto a los servicios básicos, en el área de la educación, el Municipio de Izalco cuenta, en el área urbana, con cerca de ocho centros educativos públicos y cuatro privados, que incluye los niveles de educación parvularia, básica, media y tecnológica, mientras en el área rural son treinta y seis centros educativos nacionales, en los cuales se

²² Gilberto Deleon Velado, Alcalde, Alcaldía Municipal de Izalco.

imparte únicamente educación parvularia y básica, que comprende en su mayoría hasta segundo ciclo.

La población escolar matriculada para el año 2000, según datos del Ministerio de educación²³, era de 15,425. Lo cual muestra una alta tasa de inasistencia escolar al compararlo con la población que se encuentra en el rango de edad escolar; y que da, de acuerdo a directores escolares entrevistados, un porcentaje aproximado de analfabetismo del 15% en el área urbana y del 30% en la zona rural. Esta diferencia en el porcentaje de analfabetismo entre estas zonas, se debe a que las familias del área rural, poseen menos recursos y que por ende necesitan integrar, lo más pronto posible a los miembros que la componen a la actividad económica, dejando a un lado la educación.

En cuanto a la vivienda, según la información prestada por la Alcaldía Municipal²⁴, la cantidad, para 1998, era de 3,416 viviendas en la zona urbana y de 8,355 en el área rural. Siendo el sistema mixto de construcción de las viviendas, uno de los materiales más utilizados para la elaboración de la mayoría de casas y la teja artesanal como techo, aunque también se encuentran en gran porcentaje casas hechas con materiales como el adobe, bahareque y madera; el mal diseño, como el tipo de material de construcción de las viviendas hizo que para el terremoto del presente año, resultaran, según datos del Ministerio de Relaciones Exteriores²⁵, un número de 1,298 viviendas destruidas y 4,274 con daños parciales. Siendo los más afectados las familias de escaso recurso procedentes de la zona rural.

En cuanto al agua potable, según Carlos Coto²⁶ la mayoría de las casas en la zona urbana, en un 90% cuenta con este servicio, además del servicio público de agua potable. Mientras en la zona rural equivale al 84.7%, aunque es importante mencionar que aún existen Cantones que no tienen abastecimiento del vital líquido.

²³ Internet <http://www.mined.gob.sv> 2000

²⁴ Alcaldía Municipal de Izalco. Censo de vivienda, 1998.

²⁵ Internet <http://www.rree.gob.sv> 2000, p.7

²⁶ Carlos Coto, Inspector de Salud, Unidad de Salud de Izalco.

Otro indicador importante en cuanto a las características de vivienda, es el uso de letrina, del cual existen muchas deficiencias especialmente en la zona rural. Lo cual es sumamente importante por el hecho de los controles de saneamiento ambiental, ya que la población que no dispone de este servicio, será sumamente vulnerable a contraer enfermedades al no tener las debidas precauciones higiénicas.

Los principales problemas sociales observables en la comunidad son: la delincuencia, el analfabetismo, la desintegración familiar, la falta de empleo, la pobreza, el alcoholismo y uso de otras drogas.

Un problema importante en la comunidad es el hacinamiento que, según el Fondo de Inversión para el Desarrollo Local²⁷, es del 45 %. El cual es producto de la alta tasa de fecundidad materna, que de acuerdo al número de hijos, es de alrededor de cuatro.

Las áreas económicas predominantes de la población son la actividad agrícola y comercial; habiendo muy poca actividad industrial.

Según los rangos de edad, proporcionados por la Unidad de Salud de Izalco²⁸, muestran que la población económica activa, en el Municipio asciende a 30,431 habitantes. Perteneciendo a este grupo el 44% de la población.

De éste, según Gilberto Deleon Velado²⁹, el 89.2% se encuentra ocupada y el 10.8% desocupada. Aunque es importante mencionar que gran porcentaje de la población ocupada, se encuentra subempleada, especialmente la del área rural.

La mayor parte del territorio del Municipio de Izalco es dedicado a la agricultura, siendo las zonas altas propicias para el cultivo del café, y en las bajas, la caña de azúcar y cereales especialmente el maíz y el frijol. Además parte del territorio es dedicado a la crianza de ganado vacuno, porcino y caballar.

²⁷ Internet <http://www.fisd.l.gob.sv>, 2000

²⁸ Censo poblacional 2001, por Unidad de Salud de Izalco

²⁹ Gilberto Deleon Velado, Alcalde, Alcaldía Municipal de Izalco

En el territorio se localizan, tres ingenios azucareros que son: El Central de Izalco (Cantón Huiscoyolate), El Carmen (Cantón el Sunza) y San Isidro (Cantón San Isidro). Al igual que tres beneficios de café ubicados en los Cantones Las Lajas, San Isidro y Caserío Los Hernandez.

Anteriormente, una fuente de ingreso importante era la ganadería pero debido a problemas sociales como la delincuencia y robos, se limitó el desarrollo en esta área.

Dentro del comercio establecido cuenta con más de una centena de negocios que comprende, por ejemplo: abarroterías, sastrerías, ferreterías, carpintería, gasolineras, agencias bancarias, negocios de venta de aguardiente, etcétera.

En cuanto al ingreso económico que percibe la mayoría de la población, se caracteriza por ser bajo, siendo difícil procurar condiciones de vida adecuadas en cuanto a vivienda, salud, alimentación y educación.

El ingreso que se percibe en el área urbana por trabajos como obrero, secretaria, profesores, etcétera, es en su mayoría el salario mínimo, y en el área rural por trabajo agrícola el salario mensual, es alrededor de 600 a 900 colones aproximadamente, aunque en algunos casos es menor.

Al igual existe un buen porcentaje de la población que tiene trabajos eventuales, los cuales se incrementan durante la temporada de corta de café y caña de azúcar. En cuya época parte de la población, especialmente del área rural, se desplazan en grupos familiares a las zonas de cultivo.

El salario que percibe la población, es insuficiente, al contrastarlos con los precios de la canasta básica, y aún más tomando en cuenta el número de integrantes del grupo familiar, de cinco o más miembros, los cuales son incorporados a la actividad económica a temprana edad, o en el caso de las niñas a las que se les encarga la labor del hogar y el cuidado de menores, en ausencia de la presencia de los padres, siendo estos en su mayoría marginados de la educación.

Al hacer una perspectiva de la situación socioeconómica del Municipio, se observa la forma en que se encuentra afectada especialmente en el área rural donde está la mayor cantidad de habitantes, y es donde se refleja la gran desigualdad económica y social, que es claro por la insatisfacción de las necesidades básicas, hablese de alimentación, salud, educación, etcétera (Ver Anexo 8).

Esta numerosa parte de la población, se ve marginada de tener una adecuada calidad de vida que le permita desarrollarse, ya que tienen que afrontar problemas como son las pocas oportunidades de empleo, bajos niveles de ingreso, reducción de salarios reales y el alto costo de la canasta básica.

El presente año ha sido aún más difícil, ya que han sido afectados por factores naturales no previstos como la sequía y los terremotos a inicio del presente año, que causaron daños tanto en la infraestructura como en la actividad económica, pero a esto se añade problemas a nivel de la agricultura, base importante en la economía del Municipio, que desde muchos años atrás presenta varias dificultades, debido a bajos niveles de inversión y disminución en la productividad, además de una infraestructura deficiente, a lo que se le añade en primer lugar políticas macroeconómicas no favorables a la agricultura y al área rural; y segundo, la disminución en los precios del café y del azúcar, a nivel del mercado internacional, todo esto ha traído como consecuencia disminución de empleo, lo cual es agravante debido a que la mayoría de la población, especialmente rural se dedica a la agricultura, y que por la necesidad, es obligada a la búsqueda de trabajo en la ciudad o lugares más lejanos.

2.2.3 Aspectos demográficos del Municipio de Izalco

La población total de Izalco³⁰ es de 68,286 habitantes, correspondiendo el 43 % al área urbana mientras el 57 % a la rural. Siendo la densidad poblacional en el Municipio, de 388 habitantes por km² (Ver Anexo 9).

De acuerdo a la edad, el 24 % se encuentra entre las edades de 0 a 9 años, el 22 % de 10 a 19 años, 20 a 59 años es el 44% y finalmente un 10% de la población que tiene de 60 años en adelante. Lo cual sugiere que el mayor porcentaje de la población es económicamente activa (Ver Anexo 10).

El número de mujeres en edad fértil³¹, en el rango de edad de 15 a 49 años es de 17,011, que equivale al 25.1 %, de toda la población. Con un número total de nacimientos para el año 2000, de 970, de los cuales el 84.5% pertenece al área rural y un 15.5% al área urbana, lo cual nos da una tasa de natalidad (por mil) de, 14.2.

El número de muertes del año 2000, fue de 259, de los cuales el 95% era del área rural y el 5% del área urbana.

La migración, según Gilberto Deleon³², es de ocho a quince migraciones, que se debe a problemas sociales y económicos, como: la delincuencia, la falta de empleo y recursos básicos, que aparte se agudizó después de los terremotos del presente año.

³⁰ Unidad de Salud de Izalco. Censo poblacional, 2001.

³¹ Ibid

³² Gilberto Deleon Velado, Alcalde, Alcaldía del Municipio de Izalco.

2.2.4 Organizaciones económicas.

Las áreas económicas predominantes que ocupan al mayor porcentaje de la población son la actividad agrícola y comercial; y es en estas actividades donde se encuentran las organizaciones económicas más importantes.

Dentro de las organizaciones económicas del Municipio se encuentran entre algunos:

El Banco Izalqueño de los Trabajadores

Caja de Crédito de Izalco

La Asociación Cooperativa de Producción Agropecuaria Las Lajas

Sociedad Cooperativa de Caficultores Izalco

Asociación Avícola Izalqueña

En el Municipio de Izalco, por su alta productividad agrícola, se localizan tres ingenios azucareros que son: El Carmen, San Isidro y el Central de Izalco, que es sin lugar a duda uno de los más importantes a nivel nacional; pero también cuenta con tres beneficios de café, todos ellos constituyen grandes fuentes de empleo a la población especialmente del área rural.

El porcentaje restante de la población especialmente del área urbana se dedica al comercio mayor y menor, aunque gran parte de la población se encuentra subempleada. Esto deja un porcentaje del 10.8% de desempleo, el cual se ha agravado por los problemas surgidos en el área agrícola, donde por ejemplo se redujo el empleo en el sector cafetero, debido a los bajos precios a nivel internacional, que impidió que se invirtiera en él, lo que ocasionó que mucha de la población que antes laboraba en la época de corta del aromático, no pudiera tener este ingreso, deteriorando más sus condiciones de vida, al tener menos acceso a la canasta básica.

A esto hay que agregar la disparidad existente entre el crecimiento poblacional y la apertura de nuevas fuentes de empleo.

2.2.5 Organizaciones de salud y asistencia social.

El Municipio de Izalco cuenta, con una Unidad de Salud, localizada en la actualidad en el área urbana, y tres casas de salud ubicadas en los Cantones de Cuyagualo, Piedras Pachas y Talcomunca, que pertenecen al área rural, todos estos pertenecen al primer nivel de atención.

La Unidad de Salud de Izalco cuenta con un personal de cinco médicos: dos en servicio social, y dos médicos graduados uno de ellos con especialidad en ginecología y la médico director; también cuenta con un odontólogo en servicio social y el personal de enfermería, que totalizan un número de catorce personas. Se cuenta además con dos inspectores de saneamiento ambiental, nueve promotores de salud y un técnico en laboratorio.

El tiempo de consulta médica dentro de la Unidad de Salud es de ocho horas diarias, que se incluye en el horario de ocho de la mañana a cuatro de la tarde, aunque existe atención en algunos servicios hasta las siete de la noche.

Para la cobertura de la población también cuenta con la ayuda de médicos, enfermeras y promotores de un organismo no gubernamental, Fundación para la Salud y el Desarrollo Social, FUSAL. Además, colaboran cerca de 55 parteras, y once comités de salud.

También existen cerca de cinco clínicas de médicos particulares, clínicas médicas de organismos de beneficencia social como por ejemplo las clínicas parroquiales, y la Casa de Ancianos Ana Campos; además, hay dos clínicas más, una en Cantón Las Lajas y otra en San Isidro, que pertenecen a las cooperativas de la comunidad y dos laboratorios clínicos privados.

Las principales causas de morbilidad en el Municipio³³, a nivel del sector de salud público son: Infecciones respiratorias, diarrea y gastroenteritis, dermatosis, desnutrición

³³ Cristina de Ortíz, Médico, Directora de Unidad de Izalco.

crónica e infecciones de las vías urinarias. Siendo en su mayoría enfermedades prevenibles.

Los servicios en salud que se ofrecen son: consulta general, control infantil, control prenatal, citología, nebulizaciones y suturas; y entre los programas que se desarrollan se encuentra: Programa Escuela Saludable, programa integral a la mujer, programa adulto mayor, programa nacional contra tuberculosis y planificación familiar

Al hacer un breve análisis de la situación de salud general, se puede observar que el recurso médico con el que se cuenta, no proporciona una cobertura médica suficiente para atender al cien por ciento de toda la población, teniendo una relación médico-población de uno a 20,762 habitantes, que indicaría que cierta parte de la población no podría acceder a una consulta en el transcurso del año, por parte del sistema nacional de salud, siendo aún peor la cobertura en otras áreas como laboratorio clínico y odontología.

En cuanto a la accesibilidad geográfica, esta se encuentra localizada en la zona urbana, encontrándose a una distancia de un kilómetro de los Cantones más cercanos y de 22 km., del Cantón más alejado (Cantón Las Lajas) que llevaría unos 88 min., en transporte público, aunque es de hacer notar que no toda la zona rural cuenta con facilidades de transporte (Ver Anexo 11).

Al referirnos a la influencia del factor cultural en el acceso de la comunidad, ésta se vuelve una de las mayores preocupaciones, debido a la idiosincrasia propia del Municipio, con una enorme cantidad de creencias en medicina natural y sobrenatural, en desmedro de la atención médico profesional.

En cuanto a la accesibilidad económica, el costo promedio por consulta y de otros tratamientos es de quince colones, a lo que se le agrega el gasto de transporte y en algunos casos los medicamentos, que no son proporcionados por el centro de salud, por sus limitaciones, siendo en suma un porcentaje alto con respecto al ingreso real que perciben los habitantes.

Otro aspecto a observar son las causas de morbilidad, caracterizado en su mayoría por ser enfermedades prevenibles, lo cual es reflejo de una ineficaz educación en salud a la comunidad, que ha contribuido a la falta de importancia y de participación de parte de la población en su propio proceso salud-enfermedad; al igual están los inadecuados controles de saneamiento y su limitado campo de acción.

2.2.6. Organizaciones religiosas.

Los grupos religiosos predominantes en el Municipio de Izalco, son los católicos, los cristianos protestantes y mormones.

Estos desempeñan un papel social importante, participando en las diferentes actividades del Municipio, organizando a las comunidades, realizando programas sociales de nutrición, ayudando en la educación informal, así como también en la salud prestando muchos de ellos atención.

2.2.7 Otras organizaciones.

Existen otras organizaciones sociales, que participan dentro de la comunidad, algunas de ellas prestando atención en salud general y estomatológica; al igual que en otros proyectos sociales, entre estos se pueden mencionar:

La Asociación de Médicos de Izalco

La Asociación de Damas Salesianas

La Asociación de Señoras de la Caridad; y

La Asociación Ana Campos.

Con respecto a la organización comunal en el área rural en su mayoría están conformadas por:

Directivos comunales

Directivos escolares de padres de familia

ADESCO (Asociación para el desarrollo comunal)

Directiva de proyecto de agua

Directiva de equipo de foot-ball

También existen comités de salud en cerca de once cantones, que se encargan de la promoción y prevención de la salud.

2.2.8 Administración del Municipio de Izalco.

La administración comunal la desempeña específicamente el alcalde municipal y su consejo edilicio, que actualmente está administrada por el partido ARENA. Los cuales realizan acciones para el mejoramiento de la comunidad, tomando como base las necesidades de la población, y teniendo en cuenta las limitantes económicas con las que cuenta.

2.2.9 El Sistema Educativo

El Municipio de Izalco cuenta en el área urbana con siete centros educativos públicos y cuatro privados, que incluye educación básica, media y tecnológica, mientras en el área rural son treinta y seis centros educativos nacionales, en los cuales se imparte únicamente educación básica, que comprende en algunos casos hasta sexto grado.

La población escolar matriculada para el año 2000, según el Ministerio de Educación³⁴, era de 15,425.

³⁴ Internet <http://www.mined.gob.sv> 2000.

El sistema educacional en el Municipio sufre varias deficiencias, una de ellas es la asistencia escolar, caracterizada por ausentismo de un buen porcentaje de la población en edad estudiantil. El cual es debido principalmente a la necesidad de la población de involucrar en la actividad económica a los miembros que comprenden el grupo familiar, para ayudar al sostenimiento de ésta, o atender el hogar, por falta de una persona adulta.

También dentro de los problemas en educación, se tiene la tasa de analfabetismo, que según datos del Fondo de Inversión para el Desarrollo Local³⁵, corresponde al 30%, en el rango de edad de diez años en adelante. Existe al igual una sobreedad dentro de la población estudiantil de acuerdo al nivel cursado de alrededor del 50%. Con un índice de deserción escolar, según directores de los centros escolares, del 5% al 15% al nivel superior, siendo alrededor del 35% los que finalizan el nivel medio y aún menos los que tiene acceso a una educación superior.

2.2.10 Marco general de la problemática estomatológica

En el Municipio de Izalco, la atención odontológica, es prestada por clínicas privadas, instituciones de beneficencia social y la clínica del sistema nacional de salud.

Las clínicas privadas cumplen una función importante en la medida que brinda atención posiblemente de calidad, y mayor diversidad de servicios que no son suplidas por otras entidades, pero con una cobertura bastante reducida, que se limita a aquellos que tengan los recursos económicos suficientes para optar por estos servicios, limitándose también su campo de acción al área física de la clínica.

En cuanto a los organismos de beneficencia social, éstos a pesar de contar con una cobertura bastante reducida igualmente ayuda en la atención a personas de escasos recursos, que muchas veces no pueden optar a otro tipo de atención.

³⁵ Internet <http://www.fisd.l.gob.sv> 2000

Y finalmente se tienen la atención prestada por la clínica odontológica del sistema nacional de salud, el cual a pesar de que cubre una mayor población, no cuenta ni con el recurso físico, ni humano para satisfacer todas las necesidades, encontrándose una relación odontólogo-habitante, de uno a 68,286, el cual hace imposible cubrirla.

Caracterizándose la atención brindada por ser meramente curativa, en contradicción al objetivo de atención primaria de salud en cuanto a prevención, siendo la mayor demanda a la clínica, pacientes de bajos recursos, que en su mayoría se ve incapacitada de sus funciones por el problema bucal.

El sistema nacional de salud cuenta con programas de atención y promoción de salud bucal como Escuela Saludable y brigadas de salud, que no son coherentes en la realidad, al no tener en cuenta la participación de la comunidad, ni la continuidad necesarias siendo los resultados obtenidos de poco impacto en cuanto a la problemática de salud bucal.

La concepción de salud bucal de la población es bastante pobre, sobrepasada por mucho por la idiosincrasia cultural que se tiene, y la falta de una adecuada y constante educación en salud, prevaleciendo otras necesidades básicas, al referirse a la accesibilidad económica, debido al costo de los tratamientos, aún en la clínica pública.

2.3 Aspectos generales del Cantón San José La Majada

San José La Majada es uno de los cantones más grandes y populosos de la Ciudad de Juayúa, que se localiza en la planicie que se forma a las faldas de la sierra de Apaneca. Sus límites son³⁶ “al Norte el Cerro Los Naranjos; al Sur el Cantón Cuzamaluco y el Cantón Los Apantes; al Este el Cantón Valle Nuevo; y al Oeste el Cantón La Unión. Se encuentra ubicado a unos 8 km. de Juayúa y posee una extensión territorial de 11.42 km², a una altura de 1,120 mts. sobre el nivel del mar”. Su elevación sobre el nivel del mar y su vasta vegetación y cafetales lo hacen caracterizarse por ser un lugar muy fresco; siendo bañado por dos ríos el Ocuila y Los Mangos.

Además, posee una carretera pavimentada que lo hace un lugar de fácil acceso y a la vez comunica a la población con la Ciudad de Juayúa y con el Departamento de Santa Ana. Administrativamente esta conformado por tres caseríos y seis colonias. Aunque también se debe mencionar que la Unidad de Salud cuenta con un área geográfica de influencia formada por cuatro Cantones que son: San José La Majada, Valle Nuevo, Los Naranjos y Ojo de Agua (Ver de Anexo 12 a 14).

2.3.1 Historia de la comunidad

San José La Majada es uno de los diez cantones que pertenecen a la Ciudad de Juayúa fundada según Jorge Larde y Larín³⁷ “[por una] población precolombina de origen pipil y cuyo nombre proviene del nahuatl que significa “Río de las Orquídeas Rojas”.

³⁶ Casa de la Cultura, Monografía de la Ciudad de Juayúa, 1998, p. 8.

³⁷ Jorge Larde y Larín Guía Histórica de El Salvador, p.58.

Mientras el nombre La Majada, llamada así únicamente en la antigüedad, proviene de la acción de majar; que significa “Lugar de tranquilidad, pastoreo de ovejas, de mansedumbre y de paz”; en sus inicios estuvo poblada por unas cuantas familias, que según Teresa Díaz³⁸ vivían en casas construidas con techo de paja y forradas de madera; esto debido al clima fresco y chubascoso imperante en el lugar; no poseían ningún tipo de carretera pavimentada o de piedra sino solamente calles vecinales.

Entre las familias que vivían inicialmente, se encuentran las formadas por Gregory Paula, la familia Sánchez, todos ellos originarios del Cantón y para 1890 aproximadamente se le unieron Pedro y Eusebio Beltrán originarios de San Miguel, y la familia Díaz provenientes de Chalchuapa, luego llegó al Cantón el Fraile franciscano Felipe de Jesús Moraga, quien construyó el hospicio “Moraga” y la Iglesia del Calvario en Santa Ana. En ese entonces, en La Majada sólo se cultivaban cereales y hortalizas; mientras que sus tierras eran pastizales que alimentaban al ganado vacuno de donde se obtenía uno de sus productos de comercio como era el queso majado en botella; el Fraile Felipe de Jesús Moraga, en agradecimiento a los habitantes de La Majada que habían donado alimentos para dar a los trabajadores encargados de la construcción de la Iglesia el Calvario y el hospicio, les obsequió la imagen de San José, traída desde España, en barco, especialmente para el Cantón, con la primicia de que le agregaran el nombre de San José a La Majada; quedando como fecha de sus fiestas patronales en honor a San José el día diecinueve de Marzo; extendiéndose posteriormente desde el día décimo del mismo mes.

Ya a mediados del siglo pasado, se introdujo el cultivo del café, que se ha convertido hasta hoy en día, la principal fuente de ingreso y empleo de la zona.

³⁸ Teresa Amalia Díaz de Beltrán, líder comunitaria, Cantón San José La Majada.

2.3.2 Condiciones socioeconómicas del Cantón San José La Majada

La población de San José La Majada se caracteriza por pertenecer a la zona rural; siendo según, Raúl Herrera³⁹ de condición baja.

En cuanto a la infraestructura, San José La Majada cuenta con calles principales elaboradas de asfalto, adoquines y de piedra, mientras que las calles vecinales que conducen hacia los caseríos son de tierra; también posee una carretera pavimentada que hace posible la comunicación de los habitantes del Cantón a la ciudad de Juayúa y hacia Santa Ana, haciendo uso del transporte público que comprende la ruta 64 cuyo recorrido es de Juayúa a Valle Nuevo y la Ruta 238 que llega hasta Santa Ana; permitiéndoles salir del Cantón y trabajar en dichos lugares, para poder tener una mayor ingreso económico.

En lo que respecta a vivienda, de acuerdo al área geográfica de influencia está formada por⁴⁰ “1700 viviendas”. Las cuales han sido construidas con los materiales siguientes⁴¹ “Las paredes de ladrillo en un 42%, de madera en un 31% y de adobe-bahareque en un 27%, los techos son de lamina en un 95% y los pisos de cemento en 37%, de tierra en un 37% y de ladrillo en un 25.4%”. Así mismo se debe mencionar que el tipo de terreno en el que las viviendas se encuentran construidas son quebradas y sólo un porcentaje menor se encuentra en terrenos llanos; por lo que la población de San José La Majada se vio afectada en gran medida con los terremotos de Enero y Febrero del presente año, puesto que el material y la localización de las viviendas las hizo susceptibles, sufriendo daños parciales en su mayoría, mientras que una veintena de viviendas aproximadamente fueron destruidas en su totalidad, según censo de la Unidad de Salud de San José La Majada (Ver Anexo 15).

³⁹ Raúl Mauricio Herrera, Alcalde, Alcaldía Municipal de Juayúa.

⁴⁰ Censo de vivienda, 1999 por Unidad de Salud de San José La Majada.

⁴¹ Ibid.

En lo que se refiere a los servicios básicos la comunidad de San José La Majada, Valle Nuevo y los Naranjos cuentan con el servicio de luz eléctrica mientras que los caseríos y el Cantón Ojo de Agua no cuenta con dicho servicio debido a que se encuentran ubicadas en áreas de difícil acceso.

También en lo referente a la disposición del agua de consumo y la disposición de excretas se puede mencionar lo siguiente:

La obtención del agua es un problema de gran envergadura para la población de los cantones debido a que es mínima la disposición de agua potable ya sea porque no existe el servicio de cañerías o porque a pesar de su existencia no fluye el agua por ellas. Así encontramos que aproximadamente un 14.5% de familias se abastece de agua a menos de 300 mts. en cuanto a la disposición de excretas del total de familias, el 80.5% cuenta con letrinas de fosa mientras que el 19.5% restante no cuenta con este servicio.⁴²

Esto indica que la calidad de vida de la población y la vulnerabilidad que ésta presenta en cuanto al factor salud es de alto riesgo, a esto se le añade el factor educativo, ya que siendo un Cantón populoso cuenta sólo con ocho escuelas públicas en su totalidad, que hace imposible que la población alcance a recibir una adecuada cobertura en educación, a esto se le agrega las deficiencias del sistema educativo; las escuelas en su mayoría brindan de parvularia hasta segundo o tercer ciclo de nivel básico, mientras que la escuela del Ojo de Agua imparte sólo primer ciclo, quedando fuera la educación media y superior, a la que se tiene poco acceso tanto geográfica como económicamente, por los recursos físicos y económicos con los que dispone la población (Ver Anexo 16).

Del aspecto económico cabe mencionar que los cuatro Cantones del área geográfica de influencia de San José La Majada⁴³ cuentan con una población económicamente activa

⁴² Resumen ejecutivo del sistema sanitario, modelo relacionado con el proceso de modernización del sector salud, marzo del 2000 por Unidad de Salud San José La Majada, p.31.

⁴³ Gobernación departamental de Sonsonate. Cuadro estadísticos del censo nacional de población, 1998.

del 44% de la población total, de la cual el 91.5% de la población se encuentra ocupada, mientras el 8.5% es desocupada.

La principal actividad económica es la agricultura, basada en el cultivo del café, el cual fue altamente rentable años atrás, con una marcada producción y procesamiento de dicho producto, hacia un mercado tanto nacional como internacional. Involucrando a la mayor parte de la población en las diferentes actividades tales como: mantenimiento de los cafetales, corta y procesamiento realizado en los beneficios. En la actualidad el café se encuentra en la peor crisis, debido a la baja internacional en los precios del aromático a nivel del mercado internacional, que dispuso un recorte en la inversión del producto, significando, disminución en empleo y de ingreso. El salario percibido por la población oscila entre los 600 y 1,200 colones de acuerdo a su trabajo y preparación.

Además, se desarrollan otros tipos de cultivos en menor medida como lo son: las frutas, verduras, hortalizas y cereales, que son distribuidos a través del comercio informal, como en mercados (Juayúa), tiendas, abarroterías, etcétera; a pesar de esto, se observa una canasta alimentaria, que en relación con los demás Municipios, tiene una leve alza en el precio de las carnes y algunas verduras.

En lo que respecta a los costos de educación y salud, se encontró que según los directores de las escuelas, el gasto promedio por familia es de más o menos unos 300 colones, lo que incluye gastos de escolaridad, uniformes y útiles escolares; en lo que respecta a salud, la comunidad cuenta solamente con la Unidad de Salud, San José La Majada, en la cual la consulta suma un costo de quince colones, incluyendo los medicamentos que dispone.

Por otra parte, la población se enfrenta con múltiples problemas sociales en los que se encuentran: el problema de pandillas juveniles, problemas delincuenciales, problemas de alcohol y uso de otras drogas, siendo calculado un buen porcentaje de población adulta masculina, con dichos problemas, a lo cual se le añade problemas de hacinamiento y de

falta de empleo por lo que la población emigra hacia la Cabecera Departamental, San Salvador o al extranjero con el afán de darle a su familia una mejor calidad de vida.

2.3.3 Características demográficas

San José La Majada cuenta con una de las poblaciones más grandes del Municipio de Juayúa, a lo que se le suma la población de otros tres cantones, que refleja⁴⁴ una población de 7,994 habitantes. Lo que implica una densidad poblacional de 103 habitantes por km². La cual está distribuida por Cantón de la siguiente manera: Cantón San José la Majada 50%; Cantón Los Naranjos 31%; Cantón Valle Nuevo 14%; y el Cantón Ojo de Agua con el 5% restante (Ver Anexo 17).

Observándose una distribución de la población según edad, de la siguiente forma⁴⁵: población infantil de 0 a 9 años, de 26.89%; adolescentes de 10 a 19 años con un 22.18%; población adulta de 20 a 59 años del 44.55% y la población mayor de 60 años en adelante con el 6.7% restante (Ver Anexo 17).

También su distribución por sexo refleja que⁴⁶ un 51% de la población total es del sexo femenino y un 49% son del sexo masculino.

Mostrando el Cantón San José La Majada⁴⁷ una tasa de nacimientos del 11.8% y una tasa de defunción del 4.6%.

⁴⁴ Unidad de Salud de San José La Majada. Censo poblacional, 2001.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Unidad de Salud de San José La Majada Libros de nacimiento y defunciones, 2000.

2.3.4 Organizaciones económicas.

Dentro de lo que son organizaciones económicas la población de San José La Majada, cuenta con la Asociación Cafetaleros de La Majada, fundada en 1966; que proporciona desde entonces la principal fuente de trabajo e ingreso; ya que el café que se produce es utilizado para el consumo nacional con el nombre comercial de Café Majada Oro, además de tener una buena demanda internacional como en Estados Unidos, por lo que es exportado durante todo el año. Esta institución desempeña un rol social importante, ya que el funcionamiento de la Unidad de Salud del Cantón se debe en cierta medida a su colaboración; permitiendo facilidades para su funcionamiento.

También se cuenta con la Cooperativa San Rafael en el Cantón Los Naranjos y la Caja de Crédito de Juayúa que ayuda al financiamiento de pequeñas y medianas empresas dentro del Municipio.

2.3.5 Organizaciones de salud y asistencia social.

La comunidad de San José La Majada cuenta con un establecimiento de salud pública, que pertenece al primer nivel de atención, fundada en 1985; al igual existe una casa de salud en Santa Fe Los Naranjos, en la cual se brinda atención a través de brigadas médicas por parte del personal de la Unidad de Salud. Quienes tienen como cobertura de atención a una población de 7,994 personas, para la cual se cuenta con diferentes programas de atención como control de niño sano, control prenatal, consulta externa, Escuela Saludable, vacunación y programa de TAES que es el tratamiento acortado estrictamente supervisado para pacientes con tuberculosis.

Los costos por consulta son de quince colones que incluye la medicina; y de 100 colones cuando se realiza tratamiento que indique sutura.

El establecimiento cuenta con el siguiente personal a su disposición⁴⁸ “Un médico director, un médico consultante en año social, un odontólogo en año social, dos enfermeras graduadas, un auxiliar de enfermería y cinco promotores de salud, además recibe la ayuda de parteras capacitadas”.

En cuanto a salud se reporta dentro del establecimiento como principales causas de morbilidad⁴⁹ “las infecciones respiratorias agudas, el parasitismo intestinal, síndrome diarreico, infección de vías urinarias y otitis aguda, [mientras que] las principales causas de mortalidad son gastroenteritis aguda, bronconeumonía e infarto al miocardio”.

2.3.6 Organizaciones religiosas.

En el Cantón San José La Majada existen principalmente dos grupos religiosos que son la comunidad cristiana protestante y la Iglesia Católica; esta última, cuenta en el Cantón con servicios como la Organización Caritas, el cual sirve de ayuda a la comunidad cuando reciben donaciones ya sea de vestuario o alimentos repartiéndola a la población de escasos recursos.

2.3.7 Otras organizaciones

La comunidad conformada por los Cantones del área geográfica de influencia de San José La Majada, cuentan con la ADESCO (Asociación para el desarrollo comunal) integrado por los mismos habitantes cuya función es la organización de actividades y de proyectos de desarrollo comunal.

⁴⁸Juan Carlos Ramírez, médico en servicio social, médico consultante, Unidad de Salud La Majada.

⁴⁹Ibid.

Además, existe el comité de salud con la función de apoyar a la comunidad y a la Unidad de Salud en sus actividades, así mismo se cuenta con directivas en las colonias y con un comité de emergencia con la función de prevención y mitigación de desastres.

2.3.8 Administración de la comunidad.

Administrativamente San José La Majada depende de Juayúa que actualmente se encuentra administrada por el partido ARENA, con varios períodos en el gobierno local, con un Consejo Municipal conformado de la siguiente manera⁵⁰ “ un alcalde, un sindico municipal, un secretario, ocho regidores propietarios y cuatro suplentes”.

Además, existen otros partidos como el FMLN, PDC y PCN.

2.3.9 Sistema educativo.

San José La Majada cuenta con ocho centros escolares públicos (Ver Anexo 18).

La educación impartida es desde parvularia hasta el nivel básico, aunque el centro escolar ubicado en el Cantón Ojo de Agua brinda educación hasta primer ciclo; de ahí únicamente dos centros imparten sus niveles académicos hasta tercer ciclo, encontrándose según directores de las escuelas, una población estudiantil total de 1,800 alumnos aproximadamente, observándose una tasa de deserción escolar del 5 al 6%, con un alto índice de ausentismo principalmente en la época de corta de café, tiempo en el cual los niños a partir de los ocho años ayudan a sus familias a la recolección del grano, con el fin de aumentar el ingreso familiar.

⁵⁰ Raúl Marvin Herrera, Alcalde, Alcaldía Municipal de Juayúa

De tal forma se observa⁵¹ un índice de analfabetismo del 24%, para el Municipio, en las edades de 10 años en adelante.

2.3.10 Marco general de la problemática estomatológica

La idiosincrasia cultural de la población de San José La Majada, refleja una marcada falta de conocimiento y de interés sobre lo que es la salud estomatológica, siendo una educación deficiente; y en la que la comunidad antepone sus necesidades de vestido, vivienda y sobre todo alimentación a la hora seleccionar sus prioridades, dejando marginada el cuidado no sólo de su salud bucal, sino de su organismo en general.

Debido a que sus ingresos económicos son mínimos, las personas no acuden a la clínica odontológica de la Unidad de Salud, por no tener el recurso económico necesario para ser atendidas; observándose durante los primeros meses del año 2001, una poca afluencia de pacientes, que empeoró posterior a los terremotos del presente año, lo cual trajo repercusión mayor en el bolsillo de la población, hundiendo más su economía, que de por sí se encontraba afectada por la caída en el precio del café, que sigue siendo la principal fuente de ingresos para la población.

Además, a través de las consultas brindadas y las charlas educativas impartidas en el establecimiento de salud se observó que la población a pesar de padecer de las enfermedades del aparato estomatognático de manera grave en algunas ocasiones, no le toma importancia; esto obedece a la falta de conocimiento y a la educación brindada de generación en generación, por lo que prevenir las enfermedades de dicho sistema resulta una tarea difícil y ardua para cada uno de los odontólogos que trabaja año con año en dicha comunidad; de este modo se puede afirmar que la falta de interés y de conocimiento de salud bucal, es una de las causas principales para que las personas no asistan a la clínica odontológica de la Unidad de Salud.

⁵¹ Internet <http://www.fisd.com> 2000

CAPITULO III. METODOLOGIA

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

El estudio realizado está clasificado como una investigación de tipo diagnóstica, ya que describe las variables estudiadas, teniendo como propósito fundamental obtener información acerca del estado actual de la realidad socio – estomatológica que se vive en El Salvador, específicamente en el Departamento de Sonsonate; el cual fue resultado del contacto directo o indirecto que se tuvo con las fuentes de información, y de esta manera describir las características cuantitativas y cualitativas de cada uno de los indicadores estudiados.

3.2 Población

La población estudiada fueron los pacientes que asistieron a la clínica estomatológica de las Unidades de Salud localizadas en el Cantón San José La Majada y en el Municipio de Izalco, ambos pertenecientes al Departamento de Sonsonate durante el período comprendido entre los meses de Abril a Septiembre del año 2001.

La población en estudio la conformaron tanto personas del sexo masculino como femenino, de cualquier edad.

Para determinar la población en estudio se obtuvo un estimado de pacientes que asistieron a las clínicas estomatológicas de las Unidades de Salud, tomando como referencia los meses de Enero, Febrero y Marzo; los cuales dieron como resultado:

- Municipio de Izalco

Niños : 471

Embarazadas : 173

Adolescentes : 206

Adultos : 572

- Cantón San José La Majada

Niños	: 144	Embarazadas	: 66
Adolescentes	: 60	Adultos	: 105

Luego dicha cantidad se duplicó, para tener el estimado de pacientes que en seis meses demandaron servicios odontológicos, obteniendo así la siguiente población, por estrato, del lugar en estudio:

- Municipio de Izalco

Niños	: 942	Embarazadas	: 345
Adolescentes	: 412	Adultos	: 1144

- Cantón San José La Majada

Niños	: 288	Embarazadas	: 132
Adolescentes	: 120	Adultos	: 210

La condición económica de los pacientes en su mayoría se caracterizó por ser de escasos recursos, pertenecientes al área rural y urbana, con una educación promedio de nivel básico, y en su mayoría ocupada en labores agrícolas, y del comercio informal, como jornaleros, obreros, vendedores de mercado, amas de casa, etcétera.

En relación con la salud bucal la población se caracterizó por tener múltiples necesidades de atención, con evidentes limitaciones en cuanto a hábitos de salud.

Además, se estudió a las clínicas privadas y organizaciones de beneficencia social, localizadas en los lugares de trabajo de los investigadores, al igual que a directores de centros escolares, y directivos comunitarios, todos ellos en relación con la situación socio-estomatológica.

3.3 Muestra y submuestra

3.3.1 Muestra

Se trabajó basándose en muestra, debido al número alto de pacientes, que asistía a las clínicas estomatológicas de las Unidades de Salud y las limitaciones en cuanto tiempo y número de instrumentos a pasar.

Para ello se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1)E^2 + Z^2 P Q}$$

n : Tamaño de la muestra

E : Margen de error

Z : Intervalo de confianza

N : Población

P : Proporción poblacional de la ocurrencia de un fenómeno

Q : Proporción poblacional de la no ocurrencia de un fenómeno

Teniendo los siguientes valores:

Z : 1.96

P : 0.5

E : 0.05

Q : 0.5

Con respecto a N su valor dependerá de la población del lugar en estudio:

Para el Municipio de Izalco

N : 2,844

Y para el Cantón San José La Majada

N : 750

Siendo para el Municipio de Izalco:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (2844)}{(2844-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{2731.38}{7.11 + 0.96}$$

$$n = \frac{2731.38}{8.07}$$

$$n = 338.46$$

Dando una muestra de 388 pacientes para el Municipio de Izalco

Para el Cantón San José La Majada, el desarrollo de la formula dio como resultado, una muestra de 254 pacientes.

3.3.2 Submuestra

Para determinar los subconjuntos de la muestra se determinó de acuerdo a los siguientes estratos:

- Niño (as) de 0 a 9 años
- Adolescente de 10 a 19 años
- Mujer embarazada
- Adulto con edad mayor a 19 años

La delimitación de los estratos se formuló por edad, realizándose una distinción especial con el grupo mujer embarazada; estos estratos son representativos de la población que asistía a las clínicas estomatológicas de las Unidades de Salud; lo cual ayudó hacer un análisis más específico de los fenómenos en estudio.

Para determinar el número de sujetos de cada estrato se utilizó la siguiente fórmula:

$$nh = \frac{Nh}{N} \cdot n$$

nh : Tamaño de la submuestra

N : Población total

Nh : Población por estrato

n : Tamaño de la muestra

Utilizando como población por estrato (Nh) el promedio semestral de pacientes que asistieron a la clínica, con base a los primeros tres meses de labor.

Siendo para el Municipio de Izalco

Estrato niño

$$nh = \frac{942}{2844} \cdot 338$$

$$nh = 111.95$$

$$nh = 112$$

Estrato mujer embarazada

$$nh = \frac{345}{2844} \cdot 338$$

$$nh = 41.00$$

$$nh = 41$$

Estrato adolescente

$$nh = \frac{412}{2844} \cdot 338$$

$$nh = 48.96$$

$$nh = 49$$

Estrato adulto

$$nh = \frac{1144}{2844} \cdot 338$$

$$nh = 135.96$$

$$nh = 136$$

Dando como resultado:

Submuestras por estrato del Municipio de Izalco

ESTRATO	Nh	nh	nh/6
1. Niño	942	112	18
2. Adolescente	412	49	8
3. Embarazada	345	41	7
4. Adulto	1144	136	23
	N = 2843	n = 338	56

nh/6 : Indica el número mensual de personas, a los que se les pasó el instrumento durante los seis meses que duró la investigación.

Para el Cantón San José La Majada, el desarrollo de la formula dio como resultado:

Submuestras por estrato del Cantón San José La Majada

ESTRATO	Nh	nh	nh/6
1. Niño	288	97	16
2. Adolescente	120	41	6
3. Embarazada	132	45	8
4. Adulto	210	71	12
	N = 750	n = 254	42

nh/6 : Indica el número mensual de personas, a los que se les pasó el instrumento durante los seis meses que duró la investigación.

3.4 Selección de los sujetos a los que se les aplicó los instrumentos

Para el paso de instrumentos en los que se utilizó muestra y submuestra, que fueron la guía de observación n. 1, cuestionario n. 8, y la guía de entrevista n. 2 aplicada a pacientes que asistieron a la clínica de las Unidades de Salud, se realizó de la siguiente manera:

Niños (as), se pasó un instrumento diario, seleccionando al primer paciente que asistía a la clínica entre las edades de 0 a 9 años, y como suplente al segundo en consulta en el mismo rango de edad.

Adolescentes, se aplicaron dos instrumentos semanales, por lo general los días lunes y viernes, una por día, al primer paciente que asistía a la clínica y como suplente al segundo en consulta en el rango de edad de 10 a 19 años.

Gestantes, se aplicó un instrumento semanal, a la primer paciente en asistía a la clínica durante la semana y como suplente al segundo de este estrato.

Adulto, se pasó un instrumento diario, seleccionando al primer paciente que asistía a la clínica, mayor a los diecinueve años y como suplente al segundo en consulta en el mismo rango de edad.

3.5 Técnica e instrumento

Para obtener la información necesaria para desarrollar el marco teórico se utilizó las técnicas de entrevista y encuesta, para lo que se usó cédulas de entrevistas dirigidas al gobernador departamental, supervisor de odontología departamental y alcaldes municipales, y un cuestionario dirigido también a este último, seleccionándose estos instrumentos por el enriquecimiento de información del contacto directo con la persona, que permitía flexibilizar y explicar las preguntas (Ver de Anexo 19 a 23).

Por otro lado, para obtener la información necesaria para realizar el diagnóstico de la situación socioestomatológica se utilizó las técnicas de entrevista, encuesta y observación (Ver Anexo 19).

Usándose cédulas de entrevista para directivas comunales, pacientes mayores de dieciocho años, directores de centros escolares y representante de la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, los cuales facilitaron obtener una información clara y menos limitada por el contacto directo, al igual evitaba limitaciones en cuanto al entendimiento de las preguntas, teniendo en cuenta que mucha de la población es analfabeta (Ver de Anexo 29 a 32).

También se usó cuestionarios dirigidos al alcalde municipal, directores de Unidades de Salud, odontólogos de organismos de beneficencia social, clínicas privadas y de las Unidades de Salud, los cuales se utilizaron debido a que facilitaba el paso de los instrumentos, debido a limitaciones de tiempo y acceso tanto del investigador como de las personas encuestadas (Ver de Anexo 22 a 28).

Finalmente se usó una guía de observación dirigida a los pacientes que asistían a la Unidad de Salud y cuya información era recabada por el investigador, a través de su experiencia teórica y práctica (Ver Anexo 33).

3.5.1 Material, instrumentos y equipo odontológico utilizados

Para el paso de los instrumentos que comprendía la guía de observación n. 1 y el cuestionario n. 8, dirigidos a los pacientes que asistieron a las clínicas estomatológicas de las Unidades de Salud, se utilizó el instrumental de diagnóstico que incluye el uso de pinza, espejo, explorador y sonda periodontal; también se utilizó cucharilla, mechero, y

materiales como baja lengua, guantes y algodón; dentro del equipo se utilizó la jeringa triple y el módulo dental.

3.6 Métodos utilizados para el análisis de datos

Una vez que se vació la información obtenida de los instrumentos aplicados a las hojas tabulares, se obtuvieron los totales de cada pregunta tabulada, los cuales se utilizaron para la realización de cuadros estadísticos, consistentes en la frecuencia de cada opción y su porcentaje respectivo; que ayudó a sintetizar los datos para comprensión del lector, utilizándose el método de análisis cuantitativo para describir la información recolectada.

También se utilizó el método de análisis cualitativo para relacionar los datos obtenidos, que se reflejan en los cuadros estadísticos y la información del marco de referencia, a través de los conocimientos adquiridos por el grupo investigador.

CAPITULO IV. RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO

4. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

4.1 Cuadros estadísticos

4.1.1 Resultados del cuestionario n. 2 aplicado a Alcaldes Municipales, de los Municipios en que se realizó el estudio.

CUADRO N. 1

Aspecto observado: Instituciones que brindan atención estomatológica en los Municipios en que se realizó el estudio.

Aspecto observado	Izalco	Juayúa
Hospitales	0	0
Centros de salud	0	0
Unidad de salud	1	2
Clínicas privadas	8	3
Clínicas de organismos de beneficencia social	2	0
Clínicas de organismos no gubernamentales	0	0
Organizaciones religiosas	0	0

4.1.2 Resultados del cuestionario n. 3 aplicado a Odontólogos de Organismos de Beneficencia Social

CUADRO N. 2

Odontólogos de organismos de beneficencia social del Municipio de Izalco

Aspecto observado	Clínica n.1	Clínica n.2
Título	Doctorado en cirugía dental	Doctorado en cirugía dental
Especialidad	Ninguna	Ninguna
Localización de la clínica odontológica	Urbano	Urbano
Número de odontólogos que prestan servicio estomatológico en la clínica	Uno	Uno
Número de horas que labora cada odontólogo en la clínica	Cuatro horas	Dos horas
Tipo de servicios estomatológicos que se brindan en la clínica	Tratamientos periodontales, restaurativos y quirúrgicos.	Unicamente exodoncias
Tipo de tratamientos odontológicos que se realizan con mayor frecuencia	Obturaciones	Exodoncias
Costo promedio de los tratamientos que se realizan en la clínica		
Tratamientos preventivos Sellantes de fosas y fisuras	No contesto	No se realizan
Profilaxis	∅ 20	No se realizan
Aplicación tópica de flúor	No contesto	No se realizan
Tratamientos restaurativos Obturaciones de amalgama	∅ 50	No se realizan
Obturaciones de resina	∅ 100	No se realizan
Tratamientos quirúrgicos Exodoncias	∅25 o ∅30	Gratis
Pequeñas cirugías	No contesto	Gratis
Tratamientos endodonticos	No se realizan	No se realizan
Tratamientos protésicos	No se realizan	No se realizan

Aspecto observado	Clínica n.1	Clínica n.2
Programas que se desarrollan para el beneficio de la salud bucal, a nivel de las clínicas de beneficencia social	Solo la atención que se da a la población	Unicamente exodoncias a personas de escasos recursos
Problemas bucales más frecuentes por los que asisten a las clínicas de beneficencia social	Caries dental	La falta de higiene bucal y odontalgías
Problemas estomatológicos más frecuentes que presenta la población por estrato		
Niños	Caries dental	Caries dental
Adolescentes	Caries dental	Caries dental
Mujeres embarazadas	Caries dental	Enfermedad periodontal
Adultos	Caries dental	Odontalgías
Aspectos que pueden estar incidiendo en la atención que se brinda a la población		
Falta de equipo	Si	Si
Equipo que falta	Aparato de rayos X	Equipo para realizar demás tratamientos (diferentes a las exodoncias)
Falta de instrumental	No	Si
Instrumental que falta		Instrumental para realizar demás tratamientos (diferentes a exodoncias)
Falta de recurso humano odontológico	No	No
Consideración acerca de sí, el recurso humano estomatológico contribuye a la solución de la problemática de salud bucal	Si	Si
Forma en que contribuyen a la solución de la problemática de salud bucal	Ayuda a la atención de los pacientes	Porque brinda atención a personas de escaso recurso
Existencia de programas de salud bucal que cuenten con la participación de la comunidad	No	No

4.1.3 Resultado de cuestionario n. 4 aplicado a Odontólogos de clínicas estomatológicas privadas.

CUADRO N. 3

Aspecto observado: Titulo de la persona que labora en las clínicas estomatológicas privadas

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Doctorado en cirugía dental	6	2	8	100
2. Otro titulo	0	0	0	0
Total	6	2	8	100

El cuadro n. 3 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 100% cuenta con el titulo de doctora en cirugía dental.

CUADRO N. 4

Aspecto observado: Especialidad de los odontólogos que prestan su servicio en las clínicas estomatológicas privadas.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Ortodoncista	0	1	1	12.5
2. Otras especialidades	0	0	0	0.0
3. Ninguna especialidad	6	1	7	87.5
Total	6	2	8	100

El cuadro n. 4 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 87.5% no cuenta con alguna especialidad; mientras el 12.5% restante tiene la especialidad de ortodoncia.

CUADRO N. 5

Aspecto observado: Zona donde se localiza la clínica odontológica privada.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Urbano	6	2	8	100
2. Rural	0	0	0	0
Total	6	2	0	100

El cuadro n. 5 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 100% manifiesta que las clínicas donde laboran, se localizan en la zona urbana.

CUADRO N. 6

Aspecto observado: Número de odontólogos que prestan servicio estomatológico en las clínicas privadas.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Uno	5	2	7	87.5
2. Dos	1	0	1	12.5
3. Tres o más	0	0	0	0.0
Total	6	2	0	100

El cuadro n. 6 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 87.5% refiere que es solo un odontólogo el que presta servicio en la clínica odontológica; mientras el 12.5% menciona que son dos.

CUADRO N. 7

Aspecto observado: Número de horas que labora cada odontólogo en las clínicas privadas

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. 2 horas	0	0	0	0.00
2. 4 horas	2	1	3	37.5
3. 8 horas	3	1	4	50.0
4. Más de 8 horas	1	0	1	12.5
Total	6	2	8	100

El cuadro n. 7 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 37.5% refiere laborar un total de cuatro horas diarias, un 50.0% ocho horas; mientras el 12.5% restante lo hace en más de ocho horas.

CUADRO N. 8

Aspecto observado: Tipo de servicios estomatológicos que se brindan en las clínicas privadas

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Quirúrgicos	6	2	8	100
2. Operatorias	6	2	8	100
3. Endodoncia	3	2	5	62.5
4. Periodoncia	6	2	8	100
5. Prostodoncia	6	2	8	100
6. Preventivos	3	2	5	62.5
7. Ortodonticos	0	1	1	12.5

El cuadro n. 8 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 100% refiere brindar los tratamientos quirúrgicos, operatorios, periodontales y prostodonticos; los demás tratamientos tienen menor porcentaje.

CUADRO N. 9

Aspecto observado: Tipo de tratamientos odontológicos que se realizan con mayor frecuencia en las clínicas privadas

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Extracciones	3	1	4	50.0
2. Endodoncias	1	0	1	12.5
3. Operatorias	4	1	5	62.5
4. Periodoncia	0	0	0	0.0
5. Prostodoncia	0	0	0	0.0

El cuadro n. 9 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 62.5% coinciden en que son los tratamientos operatorios, lo que con mayor frecuencia se realiza, un 50% opina que además se realizan las extracciones y el 12.5% opina que son las endodoncias.

CUADRO N. 10

Aspecto observado: Costo promedio de los tratamientos que se realizan en las clínicas estomatológicas privadas

TRATAMIENTOS		Izalco	Juayúa
Tratamientos preventivos	1. Sellantes de fosas y fisuras	₡ 62.5	₡ 55
	2. Profilaxis	₡ 42.5	₡ 87.5
	3. Aplicación tópica de flúor	₡ 42.5	₡ 75
Tratamientos operatorios	1. Obturaciones de amalgama	₡ 77.5	₡ 70
	2. Obturaciones de resina	₡ 112.5	₡ 125
Tratamientos quirúrgicos	1. Exodoncias	₡ 65	₡ 50
	2. Pequeñas cirugías	₡ 100	₡ 150
Tratamientos endodónticos	1. Tratamiento de conductos radiculares	₡ 600	₡ 475
	2. Pulpotomía	₡ 75	₡ 102.5
	3. Pulpectomía	₡ 87.5	₡ 125
Tratamientos protésicos	1. Prótesis parcial fija (por unidad)	₡ 170	₡ 241
	2. Prótesis parcial removible	₡ 1,300	₡ 1,500
	3. Prótesis completa	₡ 525	₡ 800
	4. Corona individual	₡ 200	₡ 600

El cuadro n. 10 muestra el costo promedio de los tratamientos que se ofrecen en las clínicas privadas; reflejando que el costo de los tratamientos preventivos es menor en relación con los demás, mientras los de mayor costo son los tratamientos protésicos; en general se observa también un costo mayor de los tratamientos odontológicos en el Municipio de Juayua que en el Municipio de Izalco.

CUADRO N. 11

Aspecto observado: Programas que se desarrollan para beneficio de la salud bucal a nivel de las clínicas privadas

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Programa educacional	4	2	6	75
2. Programa preventivo	0	0	0	0
3. Programa de control	0	0	0	0
4. Ninguno	2	0	2	25
5. No contesto	0	0	0	0
Total	6	2	8	100

El cuadro n. 11 Muestra que de seis personas encuestadas, el 75% refiere que desarrolla un programa educacional; mientras que el 25% restante menciona no desarrollar ningún programa.

CUADRO N. 12

Aspecto observado: Problemas bucales más frecuentes que presenta la población que asiste a las clínicas estomatológicas privadas.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Caries dental	5	0	5	62.5
2. Dolor	1	2	3	37.5
3. Enfermedad periodontal	2	1	3	37.5
4. Pérdida dental	2	0	2	25.0

El cuadro n. 12 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 62.5% coincide que es la caries dental el problema más frecuente, un 37.5% opina que además es el dolor y la enfermedad periodontal; la pérdida dental prematura tiene el 25.0%.

CUADRO N. 13

Aspecto observado: Problemas estomatológicos más frecuentes presentados por pacientes del estrato niño, que asisten a las clínicas privadas.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Caries dental	2	2	4	50.0
2. Enfermedad periodontal	0	0	0	0.0
3. Problemas pulpares	1	0	1	12.5
4. Pérdida dental	2	1	3	37.5
5. Mala higiene oral	1	0	1	12.5

El cuadro n. 13 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 50% refiere que es la caries dental el problema bucal más frecuente en niños, un 37.5% opina que es la pérdida dental y el resto de las opciones tienen un porcentaje menor.

CUADRO N. 14

Aspectos observados: Problemas estomatológicos más frecuentes presentados por los pacientes del estrato adolescente, que asisten a las clínicas privadas.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Caries dental	3	2	5	62.5
2. Enfermedad periodontal	0	0	0	0.0
3. Problemas pulpares	0	0	0	0.0
4. Pérdida dental	0	1	1	12.5
5. Mala higiene oral	3	1	3	37.5

El cuadro n. 14 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 62.5% opina que es la caries dental el problema bucal más frecuente que padecen los adolescentes, un porcentaje del 37.5% refiere la mala higiene bucal y el 12.5% restante manifiesta que es la pérdida dental prematura.

CUADRO N. 15

Aspecto observado: Problemas estomatológicos más frecuentes presentados por los pacientes del estrato mujer embarazada, que asisten a las clínicas privadas.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Caries dental	2	2	4	50.0
2. Enfermedad periodontal	3	0	3	37.5
3. Problemas pulpares	1	0	1	12.5
4. Pérdida dental	0	0	0	0.0
5. Mala higiene oral	0	1	1	12.5

El cuadro n. 15 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 50.0% refiere que es la caries dental el problema bucal más frecuente en mujeres embarazadas, un porcentaje del 37.5% opina que es la enfermedad periodontal; las demás opciones tienen un porcentaje menor.

CUADRO N. 16

Aspecto observado: Problemas estomatológicos más frecuentes presentados por los pacientes del estrato adulto, que asisten a las clínicas privadas.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Caries dental	2	2	4	50.0
2. Enfermedad periodontal	0	1	1	12.5
3. Problemas pulpares	1	0	1	12.5
4. Pérdida dental	3	0	3	37.5
5. Mala higiene oral	0	1	1	12.5

El cuadro n. 16 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 50.0% refiere que es la caries dental el problema más frecuente en adultos, un 37.5% manifiesta que es la pérdida dental; mientras las demás opciones tienen un porcentaje menor.

CUADRO N. 17

Aspecto observado: Aspectos que inciden en la atención que se brinda a la población, en las clínicas estomatológicas privadas

OPCIONES		Izalco	Juayúa	total	%
1. Falta de equipo	1. Si incide	2	1	3	37.5
	2. No incide	4	1	5	62.5
Total		6	2	8	100
2. Falta de instrumental	1. Si incide	0	0	0	0
	2. No incide	6	2	8	100
Total		6	2	8	100
3. Falta de recurso humano	1. Si incide	0	0	0	0
	2. No incide	6	2	8	100
Total		6	2	8	100

El cuadro n. 17 Muestra los aspectos que inciden en la atención que se brinda a la población; reflejando que el 37.5% de las personas encuestadas coinciden en que es la falta de equipo el único aspecto que incide en la atención que brindan

CUADRO N. 18

Aspecto observado: Equipo faltante, que incide en la atención brindada a la población.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Aparato de rayos X	2	1	3	100
2. Esterilizador	0	0	0	0
3. Lampara de fotocurado	0	0	0	0
Total	2	1	3	100

El cuadro n. 18 Muestra que de las tres personas que afirmaron que la falta de equipo, incidía en la atención brindada a la población, el 100% menciona como faltante, el aparato de rayos X.

CUADRO N. 19

Aspecto observado: Consideración del odontólogo de la clínica privada, acerca de, si el recurso humano estomatológico contribuye a la solución de la problemática de salud bucal de la población.

ALTERNATIVAS	Izalco	Juayúa	total	%
1. Si	6	1	7	87.5
2. No	0	1	1	12.5
Total	6	2	8	100

El cuadro n. 19 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 87.5% refiere que el recurso humano estomatológico contribuye a la solución de la problemática de salud bucal de la población, mientras que el 12.5% opinaba que no lo hacía.

CUADRO N. 20

Aspecto observado: Opinión del odontólogo sobre la forma en que la practica privada contribuye a la solución de la problemática de salud bucal de la población.

OPCIONES	Izalco	Juayúa	total	%
1. Mayor cobertura	0	0	0	0.00
2. Brindan mejor atención	2	0	2	28.57
3. Ofrecen más tratamientos	2	0	2	28.57
4. Todas las anteriores	2	1	3	42.86
Total	6	1	7	100

El cuadro n.20 Muestra que de siete personas encuestadas, que afirmaban que la practica privada contribuía a la solución de la problemática en salud, el 42.86% menciona que lo hace porque brinda mejor atención, ofrecen mayor tipos de tratamientos además de ayudar en la cobertura, el resto del porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 21

Aspecto observado: Existencia de programas de salud bucal, de clínicas privadas, que cuentan con el consentimiento y participación de la comunidad

ALTERNATIVAS	Izalco	Juayúa	total	%
1. Si	0	0	0	0
2. No	6	2	8	100
Total	6	2	8	100

El cuadro n. 21 Muestra que de ocho personas encuestadas, el 100% refiere que no existen programas que cuenten con la participación de la comunidad.

4.1.4 Resultados del cuestionario n. 5 aplicado a Directores de las Unidades de Salud.

CUADRO N. 22

Aspecto observado	Izalco	San José La Majada
Número de odontólogos que prestan servicio estomatológico en la clínica	Uno	Uno
Horas que labora cada odontólogo en la clínica	8 horas	8 horas
Estrato económico al que pertenece la población que asiste con mayor frecuencia al servicio odontológico	Pobreza	Bajo
Grupo de la población a la que van destinados los servicios odontológicos en este Municipio	A toda la población, especialmente a personas de escasos recursos	A todo el que lo solicite
Tipos de servicio estomatológico que se brindan en esta clínica	Extracciones, obturaciones, profilaxis, educación.	Obturaciones, limpiezas, extracciones, educación, prevención.
Programas que se desarrollan para el beneficio de la salud bucal a nivel público dentro del Municipio	Educación, brigadas medicas, Escuela Saludable, prenatal.	Escuela Saludable, atención a adulto, adolescente, controles prenatal y de niño sano
Horas semanales que labora cada odontólogo en programas para beneficio de la salud bucal	No hay número estricto, varia de acuerdo a la afluencia de pacientes en el establecimiento.	Según el número de pacientes que son atendidos
Presupuesto destinado al área odontológica en la Unidad de Salud	Es el Ministerio de Salud, el que asigna el presupuesto, no depende de los niveles locales.	No se tiene presupuesto específico
Consideración acerca de si, el presupuesto asignado al área de salud bucal es suficiente para brindar una adecuada atención bucal	No	No
Existencia de coordinación entre personal odontológico y demás profesionales de la salud en la planificación de actividades	Si	Si
Tipo de actividades en conjunto que realiza el personal odontológico con el resto del personal	Desarrollo del programa de Escuela Saludable, brigadas medicas y en ocasiones visita domiciliar.	Programa de Escuela Saludable, brigadas médico odontológica
Consideración sobre si, la realización de actividades en conjunto son necesarias para el desarrollo de programas comunitarios en beneficio de la población	Si	Si
Razones por las que se considera necesaria el desarrollo de actividades en conjunto con el demás personal de salud	El trabajo en equipo es vital para una atención integral y de calidad.	Hay atención para una mayor cobertura

Aspecto observado	Izalco	San José La Majada
Existencia de programas de salud bucal que cuenten con la participación y consentimiento de la comunidad	Si	Si
Programas que cuentan con la participación y consentimiento de la comunidad	Escuela Saludable, se brinda atención a escolares con el apoyo y consentimiento de los padres de familia y los maestros.	Brigadas médico odontológica y Escuela Saludable.
Consideración acerca de si, los tratamientos que se ofrecen satisfacen las necesidades de salud bucal de la población	No	No
Razones por las que se considera no se satisfacen las necesidades de salud bucal de la población.	No totalmente, ya que existen limitaciones con base a necesidades y demanda. (equipo, recurso humano, material odontológico)	Por la falta de materiales
Consideración sobre si, la practica estomatológica pública contribuye a la solución de la problemática de salud bucal de la población	No	No
Razones por las que se considera que la practica pública no contribuye a la solución de la problemática de salud bucal de la población	No totalmente ya que no se cuenta con todos los recursos necesarios para brindar una atención completa.	No se cuenta con los recursos materiales dentales para una mejor calidad de los tratamientos.
Existencia de capacitación de salud estomatológica para los lideres de la comunidad	No	No

4.1.5 Resultados del cuestionario n. 6 aplicado a Supervisor Departamental del Área Estomatológica

CUADRO N. 23

Aspecto observado	Respuesta
Instituciones del Ministerio de Salud Pública que brindan atención estomatológica en el Departamento de Sonsonate	
Hospitales	No
Centros de salud	No
Puestos de Salud	No
Unidades de Salud	Si
Otros	No
Existencia de programas de salud bucal del Ministerio de Salud en las clínicas estomatológicas	Si, programa Escuela Saludable.
Horas semanales que labora cada odontólogo en estos programas	Cuarenta horas
Presupuesto asignado en el área de salud	Para odontología 230,000 colones aproximadamente
Existencia de coordinación entre el personal odontológico y demás profesionales de la salud, en cuanto a planear actividades en conjunto	Si
Existencia de programas de salud bucal que cuenten con la participación de la comunidad	Si
Programas odontológicos que realiza el Ministerio de Salud con la participación de las comunidades	Brigadas de atención odontológica y charlas de educación en salud bucal, desfiles alusivos a la salud bucal.
Número de odontólogos que prestan servicio estomatológico en clínicas del Ministerio de Salud en este Departamento	24 odontólogos, 15 de ellos son de servicio social.
Hospitales	Ninguno
Centros de salud	Ninguno
Unidades de salud	Sonsonate 5, Acajutla 3, Juayua 2, Nahuilingo 2, el resto de municipios tiene un odontólogo.
Horas promedio diario que labora cada odontólogo en las clínicas públicas por Municipio	Los odontólogos graduados dos horas, los de servicio social 7 horas, más los 40 minutos de almuerzo y 20 administrativo.
Programas que se desarrollan para el beneficio de la salud bucal a nivel público dentro del Municipio	El programa regular que es brindar atención odontológica a la población que lo demande, el programa de Escuela Saludable y brigadas integrales de salud.

4.1.6 Resultados del cuestionario n. 7 aplicado a Odontólogo encargado del Área Estomatológica de la Unidad de Salud.

CUADRO N. 24

Aspectos observados	Izalco	San José La Majada
Horas que labora a la semana en la clínica	40 horas	40 horas
Estrato económico de la población que asiste con mayor frecuencia a la consulta estomatológica	Pacientes de bajos recursos	Pobre
Grupo de población a la que van destinados los servicios odontológicos en el Municipio	A todos pero especialmente a los de bajos recursos, niños y gestantes.	Jornaleros
Servicio estomatológico que se brindan en la Unidad de Salud		
Tratamientos preventivos		
Sellantes de fosas y fisura	Si	Si
Profilaxis	Si	Si
Aplicación tópica de flúor	Si	Si
Tratamiento restaurativo		
Obturaciones de amalgama	Si	Si
Obturaciones de resina	Si	Si
Tratamientos pulpares		
Pulpotomía	Si	Si
Pulpectomía	No	No
Tratamientos quirúrgicos		
Exodoncias	Si	Si
Pequeñas cirugías	Si	Si
Tipos de servicios estomatológicos que se brindan con mayor frecuencia en la Unidad de Salud		
Tratamientos preventivos		
Sellantes de fosas y fisura	No	Si
Profilaxis	Si	Si
Aplicación tópica de flúor	Si	Si
Tratamiento restaurativo		
Obturaciones de amalgama	Si	Si
Obturaciones de resina	No	Si
Tratamientos pulpares		
Pulpotomía	No	Si
Pulpectomía	No	No
Tratamientos quirúrgicos		
Exodoncia	Si	Si
Pequeñas cirugías	No	Si

Aspecto observado	Izalco	San José La Majada
Costo promedio de los tratamientos que se realizan en las clínicas		
Medicación	₡ 15	₡ 15
Tratamientos preventivos		
Sellantes de fosas y fisuras	₡ 15	₡ 15
Profilaxis	₡ 15	₡ 15
Aplicación tópica de flúor	₡ 15	₡ 15
Tratamiento restaurativo		
Obturaciones de amalgama	₡ 40	₡ 40
Obturaciones de resina	₡ 50	₡ 50
Tratamientos pulpares		
Pulpotomia	₡ 40	₡ 50
Pulpectomia	No se realizan	No se realizan
Tratamientos quirúrgicos		
Exodoncia	₡ 15	₡ 15
Pequeñas cirugías	₡ 15	₡ 100
Programas que se desarrollan para el beneficio de la salud bucal del Municipio	Programa Escuela Saludable, atención preventiva en embarazadas y brigadas de salud	Programa Escuela Saludable.
Existencia de programas en cuanto a la salud bucal que cuenten con la participación de la comunidad	No	Si
Programas que cuenten con la participación de la comunidad	No existen	Escuela Saludable y feria de la salud
Existencia de materiales dentales necesarios para brindar atención estomatológica a los pacientes	No	No
Tipo de materiales que hacen falta o son insuficientes para brindar una buena atención odontológica	Amalgama de plata, resina, cementos; fresas, guantes.	Ionomero de vidrio, resina.
Existencia de equipo e instrumental necesarios para brindar atención estomatológica a los pacientes	No	No
Equipo e instrumental que hace falta	Dentro del equipo esta el aparato de rayos X, lampara de fotocurado, modulo dental que se encuentra en mal estado; y dentro del instrumental son insuficientes en todas los servicios, restaurativa, quirúrgico.	Lampara de fotocurado, amalgamador, aparato de rayos X

Aspecto observado	Izalco	San José La Majada
Consideración sobre sí, el recurso humano odontológico con que se cuenta es suficiente para brindar buena cobertura a la población.	No	Si
Existencia de acondicionamiento del trabajo que se realiza, por las metas que exige el Ministerio de Salud Pública	Si	Si
Explicación	Debido a que es una meta elevada, no se brinda una atención de calidad, ni calidez, y no deja tiempo para realizar otras actividades.	--
Existencia de coordinación entre el personal odontológico y demás profesionales en cuanto a la planificación de actividades en conjunto	Si	Si
Actividades en conjunto que realizan con el resto del personal de salud	El programa de Escuela Saludable, brigadas de salud.	Campaña contra dengue, campañas de salud, ferias de salud.
Existencia de capacitación en cuanto a salud bucal para los líderes de la comunidad	No	No

4.1.7 Resultado del cuestionario n. 8 aplicado a odontólogo en servicio social de la Facultad de Odontología de La Universidad de El Salvador

CUADRO N. 25

Aspecto observado: Edad de los pacientes vistos por el odontólogo en servicio social.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. 0 a 9 años	149	100	249	35.07
2. 10 a 19 años	78	51	129	18.16
3. 20 a 59 años	196	94	290	40.84
4. 60 a más años	27	15	42	5.93
Total	450	260	710	100

El cuadro n. 25 Muestra que de 710 pacientes, el 35.07% se encuentran en el rango de 0 a 9 años, un 18.16% de 10 a 19 años, un 40.84% de 20 a 59 años, mientras el 5.93% restante esta en el rango de 60 años en adelante.

CUADRO N. 26

Aspecto observado: Sexo de los pacientes vistos por el estudiante en servicio social.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Masculino	154	107	261	36.76
2. Femenino	296	153	449	63.24
Total	450	260	710	100

El cuadro n. 26 Muestra que de 710 pacientes, el 63.24% es del sexo femenino; mientras el 36.76% restante pertenece al masculino.

CUADRO N. 27

Aspecto observado: Población y edad de gestantes

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. 10 a 19 años	13	14	27	27
2. 20 a 49 años	42	31	73	73
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 27 Muestra que de 100 pacientes gestantes, el 27% se encuentra en el rango de 10 a 19 años; mientras que el 73% pertenece al rango de edad de 20 a 49 años.

CUADRO N. 28

Aspecto observado: Diagnóstico realizado, de acuerdo al motivo de consulta a pacientes que asistieron a las clínicas de las Unidades de Salud

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Enfermedad periodontal	45	70	115	16.20
02. Caries dental	130	53	183	25.77
03. Pulpitis	142	26	168	23.66
04. Necrosis pulpar	28	41	69	9.72
05. Absceso	19	18	37	5.21
06. Resto radicular	42	17	59	8.31
07. Movilidad dental	27	16	43	6.06
08. Lesión de tejido blando	7	2	9	1.27
09. Mal posición dentaría	2	13	15	2.11
10. Mancha blanca	3	0	3	0.42
11. Surco o fisura profunda	4	0	4	0.56
12. Fractura dental	1	4	5	0.71
Total	450	260	710	100

El cuadro n. 28 Muestra que de 710 pacientes, el 25.77% era diagnosticado con caries dental, un 23.66% por pulpitis, un 16.20% padecía de enfermedad periodontal y el resto del porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 29

Aspecto observado: Diagnóstico de acuerdo al motivo de consulta que presentaron los pacientes del estrato niño que asistieron a la clínica de las Unidades de Salud

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Enfermedad periodontal	4	13	17	6.83
02. Caries dental	58	30	88	35.35
03. Pulpitis	38	9	47	18.87
04. Necrosis pulpar	2	11	13	5.22
05. Absceso	10	7	17	6.83
06. Resto radicular	10	9	19	7.63
07. Movilidad dental	19	9	28	11.24
08. Lesión de tejido blando	2	0	2	0.80
09. Mal posición dentaría	2	10	12	4.83
10. Mancha blanca	2	0	2	0.80
11. Surco o fisura profunda	2	0	2	0.80
12. Fractura dental	0	2	2	0.80
Total	149	100	249	100

El cuadro n. 29 Muestra que de 249 pacientes del estrato niños, el 35.35% era diagnosticado con caries dental, un 18.87% por pulpitis, mientras un 11.24% padecía de movilidad dental; el resto del porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 30

Aspecto observado: Diagnóstico de acuerdo al motivo de consulta a pacientes del estrato adolescente que asistieron la clínica de las Unidades de Salud

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Enfermedad periodontal	5	6	11	10.78
02. Caries dental	30	4	34	33.33
03. Pulpitis	14	4	18	17.65
04. Necrosis pulpar	1	6	7	6.86
05. Absceso	2	1	3	2.94
06. Resto radicular	3	5	8	7.84
07. Movilidad dental	8	7	15	14.71
08. Lesión de tejido blando	0	0	0	0.00
09. Mal posición dentaría	0	3	3	2.95
10. Mancha blanca	0	0	0	0.00
11. Surco o fisura profunda	2	0	2	1.96
12. Fractura dental	0	1	1	0.98
Total	65	37	102	100

El cuadro n. 30 Muestra que de 102 pacientes del estrato adolescentes, el 33.33% era diagnosticado con caries dental, un 17.65% con pulpitis, mientras un 14.71% padecía de movilidad dental; el resto del porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 31

Aspecto observado: Diagnóstico de acuerdo al motivo de consulta de pacientes del estrato mujer embarazada, que asistieron a la clínica de las Unidades de Salud.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Enfermedad periodontal	11	33	44	44
02. Caries dental	22	5	27	27
03. Pulpitis	10	1	11	11
04. Necrosis pulpar	2	4	6	6
05. Absceso	2	1	3	3
06. Resto radicular	8	1	9	9
07. Movilidad dental	0	0	0	0
08. Lesión de tejido blando	0	0	0	0
09. Mal posición dentaría	0	0	0	0
10. Mancha blanca	0	0	0	0
11. Surco o fisura profunda	0	0	0	0
12. Fractura dental	0	0	0	0
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 31 Muestra que de 55 pacientes gestantes, el 44% era diagnosticado con enfermedad periodontal, un 27% con caries dental, mientras un 11% con pulpitis y el resto del porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 32

Aspecto observado: Diagnóstico de acuerdo a motivo de consulta a pacientes del estrato adulto que asistieron a la clínica de las Unidades de Salud.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Enfermedad periodontal	25	18	43	16.60
02. Caries dental	20	14	34	13.13
03. Pulpitis	80	12	92	35.52
04. Necrosis pulpar	23	20	43	16.60
05. Absceso	5	9	14	5.40
06. Resto radicular	21	2	23	8.88
07. Movilidad dental	0	0	0	0.00
08. Lesión de tejido blando	5	2	7	2.70
09. Mal posición dentaría	0	0	0	0.00
10. Bruxismo	0	0	0	0.00
11. Mancha blanca	1	0	1	0.39
12. Surco o fisura profunda	0	0	0	0.00
13. Fractura dental	1	1	2	0.78
Total	181	78	259	100

El cuadro n. 32 Muestra que de 259 pacientes adultos, el 35.52% era diagnosticado con pulpitis, un 16.60% por enfermedad periodontal, mientras un 16.6% con necrosis pulpar; el resto del porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 33

Aspecto observado: Tratamiento odontológico ideal en pacientes del estrato niño

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Referencia	9	1	10	4.02
02. Premedicación	8	4	12	4.82
03. Profilaxis	8	29	37	14.86
04. Obturación	58	18	76	30.52
05. Tratamiento pulpar en pieza temporal	30	22	52	20.88
06. Tratamiento de conductos radiculares	1	0	1	0.40
07. Sellantes de fosas y fisuras	2	0	2	0.80
08. Aplicación tópica de flúor	1	0	1	0.40
09. Exodoncia	36	26	62	22.90
10. Pequeña cirugía	1	0	1	0.40
Total	149	100	249	100

El cuadro n. 33 Muestra que de 249 pacientes del estrato niños, al 30.52% tenía que habersele realizado obturación, un 22.90% exodoncia, un 20.88% tratamiento pulpar en pieza temporal; mientras el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 34

Aspecto observado: Tratamiento odontológico ideal en pacientes del estrato adolescente

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Referencia	0	0	0	0.00
02. Premedicación	2	1	3	2.94
03. Detartraje	2	2	4	3.92
04. Profilaxis	5	3	8	7.84
05. Obturación	31	8	39	38.23
06. Tratamiento de conductos radiculares	10	11	21	20.59
07. Sellantes de fosas y fisuras	2	1	3	2.94
08. Aplicación tópica de flúor	0	0	0	0.00
09. Exodoncia	13	10	23	22.55
10. Pequeña cirugía	0	0	0	0.00
11. Tratamiento ortodontico	0	1	1	0.98
Total	65	37	102	100

El cuadro n. 34 Muestra que de 102 pacientes adolescentes, el 38.23% tenía que habersele realizado obturación, un 22.55% exodoncia, un 20.59% tratamientos de conductos radiculares; mientras el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 35

Aspecto observado: Tratamiento ideal en pacientes del estrato mujer embarazada

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Referencia	0	1	1	1
02. Premedicación	18	0	18	18
03. Detartraje	10	21	31	31
04. Profilaxis	3	9	12	12
05. Curetaje	1	0	1	1
06. Obturación	11	6	17	17
07. Tratamiento de conductos radiculares	6	7	13	13
08. Sellantes de fosas y fisuras	0	0	0	0
09. Aplicación tópica de flúor	0	0	0	0
10. Exodoncia	6	1	7	7
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 35 Muestra que de 100 pacientes, el 31% tenía que habersele realizado detartraje, un 18% premedicado, un 17% obturación; mientras el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 36

Aspecto observado: Tratamiento ideal en pacientes del estrato adulto.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Referencia	0	0	0	0.00
02. Premedicación	6	5	11	4.25
03. Detartraje	12	4	16	6.18
04. Profilaxis	3	6	9	3.47
05. Curetaje	0	1	1	0.39
06. Obturación	27	4	31	11.97
07. Tratamiento de conductos radiculares	80	37	117	45.17
08. Exodoncia	47	15	62	23.93
09. Pequeña cirugía	2	4	6	2.32
10. Tratamiento protésico	4	2	6	2.32
Total	181	78	259	100

El cuadro n. 36 Muestra que de 259 pacientes adultos, el 45.17% tenía que habersele realizado tratamiento de conductos radiculares, un 23.93% exodoncia, un 11.97% obturación; mientras el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 37

Aspecto observado: Tratamiento realizado a pacientes del estrato niño

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Referencia	4	2	6	2.41
02. Premedicación	8	5	13	5.22
03. Detartraje	0	0	0	0.00
04. Profilaxis	8	43	51	20.48
05. Obturación	58	3	61	24.50
06. Exodoncia	66	44	110	44.18
07. Tratamiento pulpar en pieza temporal	2	3	5	2.01
08. Pequeña cirugía	1	0	1	0.40
09. Sellantes de fosas y fisuras	2	0	2	0.80
10. Aplicación tópica de flúor	0	0	0	0.00
Total	149	100	249	100

El cuadro n. 37 Muestra que de 249 pacientes del estrato niños, el 44.18% se le realizó exodoncia, un 24.50% obturaciones, un 20.48% profilaxis; y el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 38

Aspecto observado: Tratamiento realizado a pacientes del estrato adolescente

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Referencia	0	3	3	2.94
02. Premedicación	2	3	5	4.90
03. Detartraje	2	0	2	1.96
04. Profilaxis	5	5	10	9.80
05. Obturación	31	4	35	34.32
06. Exodoncia	23	21	44	43.14
07. Tratamiento pulpar en pieza temporal	0	0	0	0.00
08. Pequeña cirugía	0	0	0	0.00
09. Sellantes de fosas y fisuras	2	1	3	2.94
10. Aplicación tópica de flúor	0	0	0	0.00
Total	65	37	102	100

El cuadro n. 38 Muestra que de 102 pacientes del estrato adolescente, el 43.14% se le realizó exodoncias, un 34.32% obturaciones y el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 39

Aspecto observado: Tratamiento realizado a pacientes del estrato mujer embarazada

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Referencia	0	0	0	0
02. Premedicación	9	0	9	9
03. Detartraje	13	23	36	36
04. Profilaxis	10	9	19	19
05. Curetaje	0	0	0	0
06. Obturación	11	3	14	14
07. Exodoncia	12	10	22	22
08. Pequeña cirugía	0	0	0	0
09. Sellantes de fosas y fisuras	0	0	0	0
10. Aplicación tópica de flúor	0	0	0	0
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 39 Muestra que de 100 pacientes del estrato mujer embarazada, el 36% se le realizó detartraje, un 22% exodoncias y el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 40

Aspecto observado: Tratamiento realizado a pacientes del estrato adulto

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Referencia	9	2	11	4.25
02. Premedicación	6	12	18	6.95
03. Detartraje	12	5	17	6.56
04. Profilaxis	3	5	8	3.09
05. Curetaje	0	0	0	0.00
06. Obturación	24	3	27	10.43
07. Exodoncia	125	49	174	67.18
08. Pequeñas cirugías	2	2	4	1.54
09. Sellantes de fosas y fisuras	0	0	0	0.00
10. Aplicación tópica de flúor	0	0	0	0.00
Total	181	78	259	100

El cuadro n. 40 Muestra que de 259 pacientes del estrato adulto, el 67.18% se le realizó exodoncia, un 10.43% obturaciones y el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

4.1.8 Resultado de la guía de entrevista n. 1 aplicada a Miembros de las Directivas de la comunidad

CUADRO N. 41

Aspecto observado: Lugar de procedencia de los líderes de la comunidad

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Urbano	12	8	20	100
2. Rural	0	0	0	0
Total	12	8	20	100

El cuadro n. 41 Muestra que de los 20 líderes comunitarios entrevistados, el 100% provenía de la zona rural.

CUADRO N. 42

Aspecto observado: Existencia de un líder de la comunidad encargado de la salud estomatológica

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Sí	1	2	3	15
2. No	11	6	17	85
Total	12	8	20	100

El cuadro n. 42 Muestra que de 20 personas entrevistadas, el 85% refería que no existía líder encargado de la salud estomatológica; mientras el 15% decía que existía.

CUADRO N. 43

Aspecto observado: Responsabilidades delegadas a la comunidad

OPCIONES		Izalco	San José La Majada	total	%
1. Educación odontológica	1. Si	0	2	2	10
	2. No	12	6	18	90
Total		12	8	20	100
2. Promoción de la salud bucal	1. Si	0	3	3	15
	2. No	12	5	17	85
Total		12	8	20	100
3. Prevención	1. Si	6	5	11	55
	2. No	6	3	9	45
Total		12	8	20	100

El cuadro n. 43 Muestra que de las 20 personas entrevistadas, el 10% opina que la educación odontológica es delegada a la comunidad, un 15% manifiesta la promoción de la salud bucal y un 55% refiere la prevención.

CUADRO N. 44

Aspecto observado: Forma en que se realiza la educación odontológica en la comunidad

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Charlas educativas	0	1	1	50
2. Capacitaciones	0	0	0	0
3. No contesto	0	1	1	50
Total	0	2	2	100

El cuadro n. 44 Muestra que de dos personas entrevistadas que opinaba que la educación odontológica era responsabilidad de la comunidad, el 50% manifestaba que la realizaba a través de charlas educativas; mientras el otro 50% no contesto.

CUADRO N. 45

Aspecto observado: Forma en que se realiza la promoción de la salud en la comunidad

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Campañas	0	1	1	33.33
2. Capacitaciones	0	0	0	0.00
3. No contesto	0	2	2	66.67
Total	0	3	3	100

El cuadro n. 45 Muestra que de tres personas que referían que la promoción de la salud era responsabilidad delegada a la comunidad, el 33.33% mencionaba que lo realizaban a través de campañas; mientras el 66.67% no contesto.

CUADRO N. 46

Aspecto observado: Forma en que se realiza la prevención en la comunidad

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Fluocolutorios	0	3	3	27.27
2. No contesto	6	2	8	72.73
Total	6	5	11	100

El cuadro n. 46 Muestra que de las once personas que contestaron afirmativamente acerca de la prevención como responsabilidad delegada a la comunidad, el 27.27% lo hace a través de fluocolutorios; mientras el 72.73% no contesto en que forma se realiza.

CUADRO N. 47

Aspecto observado: Existencia de programas de salud bucal que cuentan con la participación y consentimiento de la comunidad

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Si	3	6	9	45
2. No	9	2	11	55
Total	12	8	20	100

El cuadro n. 47 Muestra que de las 20 personas entrevistadas, el 45% refiere que existen programas que cuentan con la participación y consentimiento de la comunidad; mientras que un 55% menciona que no los hay.

CUADRO N. 48

Aspecto observado: Tipo de programas que cuentan con la participación de la comunidad

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Beneficencia en salud bucal	0	3	3	33.33
2. Se motiva hábitos higiénicos	0	0	0	0.00
3. Programa Escuela Saludable	3	3	6	66.67
4. No contesto	0	0	0	0.00
Total	3	6	9	100

El cuadro n. 48 Muestra que de las nueve personas, que contestaron afirmativamente acerca de la existencia de programas que cuenten con la participación de la comunidad, el 66.67% menciona el programa de Escuela Saludable; mientras el 33.33% menciona la beneficencia en salud bucal.

CUADRO N. 49

Aspecto observado: Existencia de capacitación de salud bucal para los líderes de la comunidad

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Si	0	0	0	0
2. No	12	8	20	100
Total	12	8	20	100

El cuadro n. 49 muestra que de las 20 personas entrevistadas, el 100% opina que no existe capacitación en salud estomatológica a líderes de la comunidad.

CUADRO N. 50

Aspecto observado: Valoración de líderes de la comunidad, sobre la calidad de los servicios estomatológicos que se brindan en las clínicas públicas.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Buena	9	7	16	80
2. Regular	3	1	4	20
3. Mala	0	0	0	0
Total	12	8	20	100

El cuadro n. 50 Muestra que de las doce personas entrevistadas, el 80% considera buena la calidad de los servicios estomatológicos, en las clínicas públicas; mientras el 20% restante la considera de forma regular.

CUADRO N. 51

Aspecto observado: Aspectos que se deben mejorar en la atención estomatológica
brindada en las clínicas de las Unidades de Salud

OPCIONES		Izalco	San José La Majada	total	%
01.	Nada	2	0	2	10
02.	Mayor cobertura odontológica	2	0	2	10
03.	Promover la educación	1	2	3	15
04.	Bajar los costos	3	0	3	15
05.	Más tipos de tratamientos	1	0	1	5
06.	Extender horario de atención	2	0	2	10
07.	Aumentar el número de odontólogos	1	0	1	5
08.	Programas con la participación de la comunidad	0	3	3	15
09.	Mejoramiento de equipo, material e instrumentos	0	2	2	10
10.	No contesto	0	1	1	3
Total		12	8	20	100

El cuadro n. 51 Muestra que de las 20 personas entrevistadas, el 15% opina que se debería bajar el costo de los tratamientos, otro 15% piensa que se tendría que promover más la educación; mientras otro porcentaje igual refiere que se debería desarrollar programas con la participación de la comunidad, y el resto del porcentaje se distribuye en otras opciones.

CUADRO N. 52

Aspecto observado: Concepción de la población sobre la importancia de la salud
estomatológica

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Le dan importancia	9	0	9	45
2. Poca importancia	3	3	6	30
3. No le dan importancia	0	3	3	15
4. No contesto	0	2	2	10
Total	12	8	20	100

El cuadro n. 52 Muestra que de las 20 personas entrevistadas, el 45% piensa que la comunidad le da importancia a la salud estomatológica; mientras el 30% refiere que le dan poca importancia; el resto del porcentaje se distribuye en las otras opciones.

CUADRO N. 53

Aspecto observado: Hábitos de higiene bucal que practican los miembros de la comunidad.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Enjuague con agua	0	0	0	0
2. Enjuague con sal	0	0	0	0
3. Limpieza con cepillo y pasta	12	6	18	90
4. Visita al odontólogo	0	0	0	0
5. Ninguno	0	1	1	5
6. No contesto	0	1	1	5
Total	12	8	20	100

El cuadro n. 53 Muestra que de las 20 personas entrevistadas, el 90% menciona como habito de higiene bucal, la limpieza con cepillo y pasta, un 5% no practica ningún habito y el 5% restante no contesto.

CUADRO N. 54

Aspecto observado: Aditamentos que utiliza la comunidad, para la higiene bucal

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Cepillo y agua	0	0	0	0
2. Cepillo y sal	0	0	0	0
3. Cepillo y bicarbonato	0	0	0	0
4. Cepillo y pasta	12	6	18	90
5. Cepillo, sal y más aditamentos	0	1	1	5
6. Palillo	0	1	1	5
Total	12	8	20	100

El cuadro n. 54 Muestra que las 20 personas entrevistadas, el 90% menciona que para realizar la higiene bucal, la comunidad, utiliza el cepillo y la pasta; el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 55

Aspecto observado: Métodos que utiliza la población para tratar dolores dentales y otras patologías bucales

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
01. Toma de medicamento	5	3	8	40
02. Visita al odontólogo	2	1	3	15
03. Enjuague con hoja de mirto	0	0	0	0
04. Tapones de algodón con alcohol	0	0	0	0
05. Leche del palo de mora	1	0	1	5
06. Enjuague con semilla y cascara de aguacate	1	0	1	5
07. Enjuague con hoja de limón	0	0	0	0
08. Combinación de remedios caseros y medicamentos	3	3	6	30
09. Remedios caseros	0	1	1	5
10. No contesto	0	0	0	0
Total	12	8	20	100

El cuadro n. 55 Muestra que de las 20 personas entrevistadas, el 40% toma medicamentos para aliviar el dolor, un 30% hace uso tanto de remedios caseros y medicamentos; mientras el porcentaje restante menciona otras opciones.

4.1.9 Resultado de la guía de entrevista n. 2 aplicada a pacientes mayores de dieciocho años que asistieron a las clínicas estomatológicas públicas

CUADRO N. 56

Aspecto observado: Sexo de los pacientes mayores de dieciocho años.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Masculino	31	32	63	31.98
2. Femenino	76	58	134	68.02
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 56 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 31.98% fueron del sexo masculino; mientras que el 68.02% restante pertenece al femenino.

CUADRO N. 57

Aspecto observado: Edad de los pacientes mayores de dieciocho años.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. 18 a 25 años	14	0	14	7.11
2. 26 a 35 años	36	6	42	21.32
3. 36 a 45 años	30	67	97	49.24
4. 46 a más años	27	17	44	29.33
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 57 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 7.11% pertenecían al rango de edad de 18 a 25 años, un 21.32% de 26 a 35 años, un 49.24% de 35 a 45 años y finalmente un 29.33% tenían 46 años en adelante.

CUADRO N. 58

Aspecto observado: Lugar de procedencia de los pacientes mayores de dieciocho años.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Urbano	26	0	26	13.2
2. Rural	81	90	171	86.8
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 58 muestra que de 197 personas entrevistadas, el 13.2% provenía del área urbana; mientras que el 86.8% restante del área rural.

CUADRO N. 59

Aspecto observado: Valoración sobre si, en las clínicas de las Unidades de Salud, se brinda educación bucal a la población.

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Si	97	80	177	89.95
2. No	10	10	20	10.15
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 59 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 89.95% considera que se brinda educación en salud bucal en las clínicas públicas; mientras que el 10.15% restante opina que no se da.

CUADRO N. 60

Aspecto observado: Razones que sustentan, que en las clínicas de las Unidades de Salud se brinda educación en salud bucal

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Enseñan técnicas de higiene bucal	60	44	104	58.76
2. Explican las patologías	7	22	29	16.38
3. Explican los tratamientos a realizar	8	0	8	4.52
4. Explican patologías y tratamientos a realizar	1	7	8	4.52
5. Enseñan técnicas de higiene y explican las patologías	1	0	1	0.36
6. No contesto	20	7	27	15.26
Total	97	80	177	100

El cuadro n. 60 Muestra que de 177 personas que consideraban que existía educación en salud bucal en las clínicas públicas, el 58.76% opinaba que era porque se enseña acerca de las técnicas de higiene bucal, un 16.38% menciona que es debido a que explican las patologías, y el demás porcentaje se distribuye en otras opciones.

CUADRO N. 61

Aspecto observado: Razones por las que se considera, no se imparte educación en salud bucal en las clínicas estomatológicas

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. No se brinda educación en salud	7	0	7	35
2. No contesto	3	10	13	65
Total	10	10	20	100

El cuadro n. 61 Muestra que de 20 personas entrevistadas que consideraban que no se impartía educación en salud bucal, el 35% decía que era porque no se brindaba y el 65% restante no contesto.

CUADRO N. 62

Aspecto observado: Pregunta a los pacientes sobre sí, se les ha informado, que es la caries dental, dentro de la educación en salud bucal recibida, en la clínica de las Unidades de Salud.

ALTERNATIVA	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Si	97	68	165	83.76
2. No	10	22	32	16.24
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 62 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 83.76% opinaba, que si le han dicho que es la caries dental; mientras el 16.24% decía que no se lo habían dicho.

CUADRO N. 63

Aspecto observado: Tratamiento que sigue la población, cuando afirma saber que es la caries dental.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Mediante hábitos higiénicos	80	60	140	84.84
2. Modificando hábitos alimenticios	6	1	7	4.24
3. Visita al odontólogo	36	46	82	49.50
4. Nada	2	0	2	1.21
5. No contesta	0	0	0	0.00

El cuadro n. 63 Muestra que de 165 personas entrevistadas que afirmaban que le habían dicho que era la caries dental, el 84.84% la trata mediante hábitos higiénicos, un 49.5% prefería visitar al odontólogo; el resto de las opciones tienen un porcentaje menor.

CUADRO N. 64

Aspecto observado: Tratamiento que sigue la población cuando niega saber que es la caries dental.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Mediante hábitos higiénicos	0	10	10	31.25
2. Modificando hábitos alimenticios	6	1	7	21.88
3. Visita al odontólogo	2	17	19	86.36
4. Nada	3	0	1	3.12
5. No contesta	0	0	0	0.00

El cuadro n. 64 Muestra que de 32 personas que manifestaban que no se les había dicho que era la caries dental, el 86.36% para tratarla, lo hace visitando al odontólogo, un 31.25% mediante hábitos higiénicos; y el resto de las opciones tienen un porcentaje menor.

CUADRO N. 65

Aspecto observado: Pregunta a los pacientes, sobre si, se les ha informado que es la inflamación de encías, dentro de la educación en salud bucal, que ha recibido en la clínica de las Unidades de Salud.

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Si	87	38	125	63.45
2. No	20	52	72	36.55
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 65 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 63.45% refiere que, si le han dicho que es la inflamación de la encía, mientras el 36.55% opinaba lo contrario.

CUADRO N. 66

Aspecto observado: Tratamiento que sigue la población cuando afirma saber que es la inflamación de la encía.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Toma medicamentos	11	12	23	18.4
2. Visita al odontólogo	8	18	26	20.8
3. Enjuague o aplicación con plantas	25	5	30	24.0
4. Drenar absceso	4	0	4	3.2
5. Cepillo e hilo	0	0	0	0.0
6. Nada	10	3	13	10.4
7. No contesto	29	0	29	23.2
Total	87	38	125	100

El cuadro n. 66 Muestra que de 125 personas que afirmaban conocer que es la inflamación de la encía, el 24.0% refiere usar enjuagues o aplicación con plantas, un 20.8% visitaba al odontólogo, un 18.4% toma medicamentos y el demás porcentaje se distribuye en otras opciones.

CUADRO N. 67

Aspecto observado: Tratamiento que sigue la población cuando niega saber que es la inflamación de la encía.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Toma medicamentos	3	14	17	23.61
2. Visita al odontólogo	0	16	16	22.22
3. Enjuague o aplicación con plantas	4	6	10	13.89
4. Toma medicamentos y enjuague o aplicación de plantas	0	5	5	6.94
5. Cepillo e hilo	0	11	11	15.29
6. Nada	5	0	5	6.94
7. No contesto	8	0	8	11.11
Total	20	52	72	100

El cuadro n. 67 Muestra que de 72 personas que negaban conocer que es la inflamación de la encía, el 23.61% toma medicamentos para tratarla, un 22.22% refería visitar al odontólogo; y el resto del porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 68

Aspecto observado: Aspectos que de acuerdo a la población deben mejorarse en la atención odontológica que se brinda en las Unidades de Salud

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Aumentar la atención dentro de comunidades y escuelas	15	0	15	7.61
2. Aumentar el horario de atención	13	4	17	8.63
3. Otros tipos de tratamientos	16	2	18	9.14
4. Más educación	1	0	1	0.51
5. Disminución de costos	15	0	15	7.61
6. Más recurso humano	12	2	14	7.11
7. Mejor calidad de tratamiento	2	0	2	1.01
8. Nada	33	72	105	53.30
9. No contesto	0	10	10	5.08
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 68 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 53.30% manifestaba que no había nada que mejorar en la atención brindada en la clínica pública, un 8.63% refería que se debería aumentar la atención; mientras el resto del porcentaje se distribuye en otras opciones.

CUADRO N. 69

Aspecto observado: Aditamentos que utiliza la población para la limpieza de sus dientes

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Cepillo	1	2	3	1.52
2. Cepillo y pastas	90	71	161	81.72
3. Enjuague	8	6	14	7.11
4. Cepillo, pastas y enjuague	1	3	4	2.03
5. Solamente agua	1	7	8	4.06
6. Nada	6	1	7	3.56
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 69 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 81.72% manifestaba utilizar cepillo y pasta para la limpieza bucal, un 7.11% refería hacerse enjuagues; mientras el demás porcentaje se distribuye en otras opciones.

CUADRO N. 70

Aspecto observado: Frecuencia diaria en que se realiza la limpieza bucal

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna vez	12	0	12	6.09
2. 1 ó 2 veces	64	35	99	50.25
3. 3 ó más veces	31	55	86	43.66
Total	107	90	197	100

El cuadro n.70 Muestra que 197 personas entrevistadas, el 50.25% refiere realizarse la limpieza una o dos veces, un 43.66% de tres o más veces y el 6.09% restante refería no hacerla.

CUADRO N. 71

Aspecto observado: Asistencia de la población, a lugares donde ejercen personas no profesionales

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Si	53	14	67	34.01
2. No	54	76	130	65.99
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 71 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 65.99% refería no haber recibido tratamiento dental por personas que no eran odontólogos; mientras que el 34.01% si lo había hecho.

CUADRO N. 72

Aspecto observado: Opinión de la población sobre los costos de los servicios odontológicos

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Alto	47	0	47	23.86
2. Accesible	60	90	150	76.14
3. Bajo	0	0	0	0.00
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 72 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 76.14% refería que el costo de los servicios odontológicos era accesible; mientras que el 23.86% restante manifestaba que eran alto.

CUADRO N. 73

Aspecto observado: Valoración de la población sobre la calidad de los servicios odontológicos.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Bueno	106	90	196	99.49
2. Regular	1	0	1	0.51
3. Malo	0	0	0	0.00
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 73 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 99.49% manifestaba de buena calidad los servicios odontológicos; mientras el 0.51% la calificaba como regular.

CUADRO N. 74

Aspecto observado: Valoración de la población sobre el trato del personal odontológico durante la consulta.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Excelente	0	89	89	45.18
2. Bueno	107	1	108	54.82
3. Regular	0	0	0	0.00
4. Malo	0	0	0	0.00
Total	107	90	197	100

El cuadro n. 74 Muestra que de 197 personas entrevistadas, el 54.82% calificaba como bueno el trato del personal odontológico durante la consulta; mientras el 45.18% lo consideraba excelente.

4.1.10 Resultados de la guía de entrevista n. 3 aplicada a Directores de escuelas públicas y privadas

CUADRO N. 75

Aspecto observado: Área donde se encuentra ubicada la institución

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Urbano	8	3	11	34.38
2. Rural	16	5	21	65.62
Total	24	8	32	100

El cuadro n. 75 Muestra que de 32 personas entrevistadas, el 65.62% de los centros escolares para el cual trabajaba se localizaba en el área rural; mientras el 34.38% restante en el área urbana.

CUADRO N. 76

Aspecto observado: Sector al que pertenece el centro educativo

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Pública	19	8	27	84.37
2. Privada	5	0	5	15.63
Total	24	8	32	100

El cuadro n. 76 Muestra que de 32 personas entrevistadas, el 84.37% de los centros escolares para el cual trabaja eran del sector publico; mientras el 15.63% era del sector privado.

CUADRO N. 77

Aspecto observado: Tipo de servicios odontológicos que reciben la población estudiantil de parte de las clínicas estomatológicas públicas

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Diagnóstico	10	1	11	34.38
2. Educación en salud bucal	7	5	12	37.50
3. Aplicación tópicos de flúor	7	4	11	34.38
4. Sellantes de fosas y fisuras	1	1	2	6.25
5. Profilaxis	11	7	18	56.25
6. Exodoncias	20	8	28	87.50
7. Obturaciones	14	4	18	56.25
8. Ninguno	4	0	4	12.5
9. No contesto	0	0	0	0.00

El cuadro n. 77 Muestra que de 32 personas entrevistadas, el 87.5% coincide que son las exodoncias uno de los servicios odontológicos que más reciben los niños beneficiados, un 56.25% afirma que además se ofrecen la profilaxis y las obturaciones; los demás servicios tienen menor porcentaje.

CUADRO N. 78

Aspecto observado: Programas que se desarrollan para beneficio de la salud bucal en los niños de la escuela

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Escuela saludable	17	8	25	78.12
2. Atención odontológica	1	0	1	3.12
3. Ninguno	6	0	6	18.76
4. No sabe	0	0	0	0.00
Total	24	8	32	100

El cuadro n. 78 Muestra que de 32 personas entrevistadas, el 78.12% menciona el programa de Escuela Saludable, como programa que se desarrolla en el centro escolar, un 18.76% manifiesta que no se desarrolla ninguno programa; el resto del porcentaje se distribuye en otras opciones.

CUADRO N. 79

Aspecto observado: Valoración de parte de los directores sobre el programa desarrollado en el centro escolar

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Muy bueno	0	8	8	25.00
2. Bueno	12	0	12	37.5
3. Malo	0	0	0	0.00
4. No contesto	11	0	11	34.37
5. No sabe	1	0	1	3.13
Total	24	8	32	100

El cuadro n. 79 Muestra que de 32 personas entrevistadas, el 37.5% valora como bueno el programa desarrollado en el centro escolar, un 34.37% no contesto; el resto del porcentaje se distribuye en otras opciones.

CUADRO N. 80

Aspecto observado: Consideración de parte de los directores sobre los beneficios en salud bucal de los niños

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ha habido beneficios en salud bucal	9	5	14	43.75
2. Motiva hábitos higiénicos	0	3	3	4.38
3. No ha habido hábitos	0	0	0	0.00
4. No contesto	15	0	15	46.87
Total	24	8	32	100

El cuadro n. 80 Muestra que de 32 personas entrevistadas, el 43.75% manifiesta que si hay beneficios en salud bucal, un 4.38% pensaba que se motivaron los hábitos higiénicos; mientras el 46.87% no contesto.

CUADRO N. 81

Aspecto observado: Población estudiantil a quienes van destinados los servicios estomatológicos

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Parvularia	1	0	1	3.12
2. Parvularia a 3°	1	1	1	6.24
3. Parvularia a 6°	15	7	22	68.74
4. 1° a 3°	0	0	0	0.00
5. 1° a 6°	1	0	1	3.12
6. Ninguno	6	0	6	18.78
Total	24	8	32	100

El cuadro n. 81 Muestra que de 32 personas entrevistadas, el 46.87% manifiesta que la cobertura de atención es de parvularia a sexto grado, un 21.87% refiere de primer a tercer grado; mientras el demás porcentaje se distribuye en diferentes opciones.

CUADRO N. 82

Aspecto observado: Existencia de coordinación entre personal odontológico y autoridades de la escuela, en cuanto a planificación de actividades.

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Si	12	8	20	62.5
2. No	12	0	12	37.5
Total	24	8	32	100

El cuadro n. 82 Muestra que de 32 personas entrevistadas, el 62.5% refiere que si existe coordinación entre el personal odontológico y las autoridades de la escuela; mientras el otro 37.5% restante opina que no se hace.

CUADRO N. 83

Aspecto observado: Existencia de educación estomatológica por parte de la escuela a la población estudiantil

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Si	23	8	31	96.87
2. No	1	0	1	3.13
Total	24	8	32	100

El cuadro n. 83 Muestra que de 32 personas entrevistadas, el 96.87% manifiesta que se existe educación en salud bucal por parte del centro educativo; mientras el 3.13% refiere no hacerlo.

4.1.11 Resultados de la guía de entrevista n. 4 aplicada a Representante de Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica.

CUADRO N. 84

Aspecto observado	Respuestas
Papel de la Junta de Vigilancia	Registrar y vigilar el ejercicio de la profesión odontológica y las actividades técnicas y auxiliares. Garantizando la calidad de los servicios de salud que se brinda a la población.
Número de odontólogos que están registros en la Junta de Vigilancia y que prestan su servicio estomatológico en esta zona	
Clínicas privadas	No se tiene un número exacto
Clínicas pública	24
Instituciones de beneficencia	No se tiene un número exacto
Organismos no gubernamentales	No se tiene un número exacto
Existencia de control a todos los odontólogos registrados en la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica	Existe un control pero no se alcanza a cubrir a todos
Número de odontólogos registrados en la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica	El número es de 3,364 odontólogos distribuidos en todo el país.
Odontólogos inscritos al 2,000	3,364 odontólogos
Existencia de control acerca de la calidad de los tratamientos que brindan los odontólogos	No
Proporción de odontólogos respecto a la población	Existe una gran desproporción entre los odontólogos y la población
Existencia de cuadros estadísticos sobre enfermedades bucales más prevalentes en el país	Si

4.1.12 Resultados de la guía de observación n. 1 dirigida a pacientes que asisten a la clínica estomatológica de la Unidad de Salud

CUADRO N. 85

Aspecto observado: Edad de los pacientes que asistieron a la clínica estomatológica de la Unidad de Salud

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. 0 – 9 años	149	100	249	35.07
2. 10 – 19 años	78	52	130	18.31
3. 20 – 59 años	196	88	284	40.00
4. 60 o más años	27	20	47	6.62
Total	450	260	710	100

El cuadro n. 85 Muestra que de 710 pacientes que se observaron, el 35.07% pertenecen al rango de edad de 0 a 9 años, 18.31% de 10 a 19 años, de 20 a 49 años son el 40.0% y el 6.62% restante a pacientes mayores de 60 años.

CUADRO N. 86

Aspecto observado: Sexo de los pacientes que asistieron a la clínica estomatológica de la Unidad de Salud

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Masculino	154	109	263	37.04
2. Femenino	296	151	447	62.96
Total	450	260	710	100

El cuadro n. 86 Muestra que de 710 pacientes que se observaron, el 37.04% son del sexo masculino; mientras el 62.96% del sexo femenino.

CUADRO N. 87

Aspecto observado: Población y edad de las pacientes del estrato mujer embarazada que asistieron a la clínica estomatológica de la Unidad de Salud

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. 10 – 19 años	13	15	28	28
2. 20 a más años	42	30	72	72
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 87 Muestra que de 100 pacientes del estrato mujer embarazada que se observaron, el 28% pertenecía al rango de edad de 10 a 19 años; mientras que el 72% era de 20 a más años.

CUADRO N. 88

Aspecto observado: Lugar de procedencia de los pacientes que asisten a la clínica estomatológica de la Unidad de Salud

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Urbano	140	0	140	19.72
2. Rural	310	260	570	80.28
Total	450	260	710	100

El cuadro n. 88 Muestra que de 710 pacientes observados, el 19.72% provenían del área urbana; mientras el 80.28% fueron del área rural.

CUADRO N. 89

Aspecto observado: Nivel educativo que tenían los pacientes que asisten a la clínica estomatológica de la Unidad de Salud

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. No ha recibido educación	44	48	92	12.96
2. Parvularia	39	13	52	7.32
3. 1° ciclo	129	98	227	31.97
4. 2° ciclo	139	44	183	25.77
5. 3° ciclo	66	34	100	14.08
6. Educación media	33	23	56	7.90
7. Educación superior	0	0	0	0.00
Total	450	260	710	100

El cuadro n. 89 Muestra que de 710 pacientes observados, el 12.96% no ha recibido educación, el 7.32% se encontraba en parvularia, el 7.90% tenía una educación media y el porcentaje restante se distribuye en los diferentes ciclos de nivel básico.

CUADRO N. 90

Aspecto observado: Número de piezas dentales con lesiones cariosas y obturaciones en mal estado en pacientes del estrato niño

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	13	0	13	5.22
2. 1 - 5 piezas dentales	54	50	104	41.77
3. 6 - 10 piezas dentales	58	42	100	40.16
4. 11 - 15 piezas dentales	24	8	32	12.85
5. 16 a más piezas dentales	0	0	0	0.00
Total	149	100	249	100

El cuadro n. 90 Muestra que de 249 pacientes observados el 5.22% no tenía ninguna pieza dental cariada, el 41.77% se encontraba en el rango de una a cinco piezas dentales, el 40.16% de seis a diez y el 12.85% restante en el rango de 11 a 15.

CUADRO N. 91

Aspecto observado: Número de piezas dentales con lesiones cariosas y obturaciones en mal estado en pacientes del estrato adolescente

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	6	0	6	5.88
2. 1 - 5 piezas dentales	39	17	56	54.90
3. 6 - 10 piezas dentales	17	18	35	34.31
4. 11 - 15 piezas dentales	3	2	5	5.71
5. 16 - 32 piezas dentales	0	0	0	0.00
Total	65	37	102	100

El cuadro n. 91 Muestra que de 102 pacientes observados el 5.88% no tenía ninguna pieza dental cariada, el 54.90% se encontraba en el rango de una a cinco piezas dentales, el 34.31% de seis a diez y el 5.71% restante en el rango de once a quince.

CUADRO N. 92

Aspecto observado: Número de piezas dentales con lesiones cariosas y obturaciones en mal estado en pacientes del estrato mujer embarazada.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	3	3	6	6
2. 1 - 5 piezas dentales	22	5	27	27
3. 6 - 10 piezas dentales	19	23	42	42
4. 11- 15 piezas dentales	10	10	20	20
5. 16 - 32 piezas dentales	1	4	5	5
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 92 Muestra que de 100 pacientes observados el 6% no tenía ninguna pieza dental cariada, el 27% se encontraba en el rango de una a cinco piezas dentales, el 42% de seis a diez y el demás porcentaje se distribuye en las otras opciones.

CUADRO N. 93

Aspecto observado: Número de piezas dentales con lesiones cariosas y obturaciones en mal estado en pacientes del estrato adulto

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	10	3	13	5.04
2. 1 - 5 piezas dentales	110	34	144	55.81
3. 6 - 10 piezas dentales	56	38	94	36.43
4. 11- 15 piezas dentales	4	2	6	2.32
5. 16 - 32 piezas dentales	1	0	1	0.4
Total	181	77	258	100

El cuadro n. 93 Muestra que de 258 pacientes observados el 5.04% no tenía ninguna pieza dental cariada, el 55.81% se encontraba en el rango de una a cinco piezas dentales, el 36.43% de seis a diez y el porcentaje restante se encuentra distribuido en las otras opciones.

CUADRO N. 94

Aspecto observado: Número de piezas dentales permanentes pérdidas (ausentes) en pacientes del estrato niño

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	147	100	247	99.20
2. 1 pieza dental	1	0	1	0.40
3. 2 piezas dentales	1	0	1	0.40
4. Más de dos piezas dentales	0	0	0	0.00
Total	149	100	249	100

El cuadro n. 94 Muestra que de 249 pacientes del estrato niños observados, el 99.20% no tenía ninguna pieza dental ausente, el 0.4% tenía una pieza dental ausente, y un porcentaje igual tenía dos piezas dentales pérdidas.

CUADRO N. 95

Aspecto observado: Número de piezas dentales pérdidas (ausentes) en pacientes del estrato adolescente

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	56	22	78	76.47
2. 1 - 5 piezas dentales	9	15	24	23.53
3. 6 - 10 piezas dentales	0	0	0	0.00
4. 11 - 15 piezas dentales	0	0	0	0.00
5. 16 - 32 piezas dentales	0	0	0	0.00
Total	65	37	102	100

El cuadro n. 95 Muestra que de 102 pacientes del estrato adolescentes observados, el 76.47% no tenía ninguna pieza dental ausente y el 23.53% restante se encontraba en el rango de una a cinco piezas dentales pérdidas.

CUADRO N. 96

Aspecto observado: Número de piezas dentales pérdidas (ausentes) en pacientes del estrato mujer embarazada.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	31	24	55	55
2. 1 - 5 piezas dentales	22	21	43	43
3. 6 - 10 piezas dentales	2	0	2	2
4. 11 - 15 piezas dentales	0	0	0	0
5. 16 - 32 piezas dentales	0	0	0	0
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 96 Muestra que de 100 pacientes del estrato mujer embarazada observados, el 55% no tenía ninguna pieza dental ausente, el 43% estaba en el rango de una a cinco piezas dentales pérdidas; mientras el 2% restante se encontraba en el rango de seis a diez piezas dentales ausentes.

CUADRO N. 97

Aspecto observado: Número de piezas dentales pérdidas en pacientes del estrato adulto.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	10	16	26	10.08
2. 1 - 5 piezas dentales	110	48	158	61.24
3. 6 - 10 piezas dentales	56	9	65	25.19
4. 11 - 15 piezas dentales	4	1	5	1.94
5. 16 - 32 piezas dentales	1	3	4	1.55
Total	181	77	258	100

El cuadro n. 97 Muestra que de 258 pacientes del estrato adulto observados, el 10.08% no tenia ninguna pieza dental ausente, el 61.24% estaba en el rango de una a cinco piezas dentales pérdidas, el 25.19% tenia de seis a diez y el resto del porcentaje se distribuye en las demás opciones.

CUADRO N. 98

Aspecto observado: Número de piezas dentales temporales pérdidas prematuramente en pacientes del estrato niño

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	107	58	165	66.27
2. 1 o 2 piezas dentales	37	41	78	31.32
3. 3 o 4 piezas dentales	5	0	5	2.01
4. Más de 4 piezas dentales	0	1	1	0.40
Total	149	100	249	100

El cuadro n. 98 Muestra que de 249 pacientes del estrato niño, el 66.27% no tenia ninguna pieza dental temporal pérdida, el 31.32% tenia de una o dos piezas dentales ausentes, el porcentaje restante tenia tres o más piezas dentales pérdidas prematuramente.

CUADRO N. 99

Aspecto observado: Número de piezas dentales obturadas en buen estado en pacientes del estrato niño

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	130	84	214	85.94
2. 1 - 5 piezas dentales	19	15	34	13.65
3. 6 - 10 piezas dentales	0	1	1	0.41
4. 11 - 15 piezas dentales	0	0	0	0.00
5. 16 o más piezas dentales	0	0	0	0.00
Total	149	100	249	100

El cuadro n. 99 Muestra que de 249 pacientes del estrato niño observados, el 85.94% no tenía ninguna pieza dental obturada, un 13.65% estaba en el rango de una a cinco piezas dentales y el 0.41% restante tenía de seis a diez piezas dentales obturadas en buen estado.

CUADRO N. 100

Aspecto observado: Número de piezas dentales obturadas en buen estado en pacientes del estrato adolescente.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	40	19	59	57.84
2. 1 - 5 piezas dentales	25	17	42	41.18
3. 6 - 10 piezas dentales	0	1	1	0.98
4. 11 - 15 piezas dentales	0	0	0	0.00
5. 16 -32 piezas dentales	0	0	0	0.00
Total	65	37	102	100

El cuadro n. 100 Muestra que de 102 pacientes del estrato adolescente observados, el 57.84% no tenía ninguna pieza dental obturada, el 41.18% estaba en el rango de una a cinco piezas dentales; mientras el 0.98% restante de seis a diez piezas dentales obturadas en buen estado.

CUADRO N. 101

Aspecto observado: Número de piezas dentales obturadas en buen estado en pacientes del estrato mujer embarazada.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	35	18	53	53
2. 1 - 5 piezas dentales	16	25	41	41
3. 6 - 10 piezas dentales	3	2	5	5
4. 11 - 15 piezas dentales	1	0	1	1
5. 16 - 32 piezas dentales	0	0	0	0
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 101 Muestra que de 100 pacientes del estrato gestante observados, el 53% no tenía ninguna pieza dental obturada, el 41% estaba en el rango de una a cinco piezas dentales obturadas en buen estado; mientras el porcentaje restante se distribuye en otras opciones.

CUADRO N. 102

Aspecto observado: Número de piezas dentales obturadas en buen estado en pacientes del estrato adulto.

OPCIONES	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Ninguna	105	24	129	50.00
2. 1 - 5 piezas dentales	74	42	116	44.96
3. 6 - 10 piezas dentales	2	10	12	4.65
4. 11 - 15 piezas dentales	0	0	0	0.00
5. 16 - 32 piezas dentales	0	1	1	0.39
Total	181	77	258	100

El cuadro n. 102 Muestra que de 258 pacientes del estrato adulto observados, el 50% no tenía ninguna pieza dental obturada, el 44.96% estaba en el rango de una a cinco piezas dentales obturadas en buen estado; mientras el resto del porcentaje se distribuye en otras opciones.

CUADRO N. 103

Aspecto observado: Presencia de enfermedad gingival en pacientes del estrato niño

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Sí	25	45	70	28.11
2. No	124	55	179	71.89
Total	149	100	249	100

El cuadro n. 103 Muestra que de 249 pacientes del estrato niño observados, el 28.11% no tenia enfermedad gingival; mientras el 71.89% la presentaba.

CUADRO N. 104

Aspecto observado: Presencia de enfermedad gingival en pacientes del estrato adolescente

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Sí	6	10	16	15.69
2. No	59	27	86	84.31
Total	65	37	102	100

El cuadro n. 104 Muestra que de 102 pacientes del estrato adolescente observados, el 84.31% no tenia enfermedad gingival; mientras el 15.69% la presentaba.

CUADRO N.105

Aspecto observado: Presencia de enfermedad gingival en pacientes del estrato mujer embarazada.

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Sí	34	33	67	67
2. No	21	12	33	33
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 105 Muestra que de 100 pacientes embarazadas observados, el 33% no tenía enfermedad gingival; mientras el 67% la presentaba.

CUADRO N. 106

Aspecto observado: Presencia de enfermedad gingival en pacientes del estrato adulto

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Sí	114	26	140	54.26
2. No	67	51	118	45.74
Total	181	77	258	100

El cuadro n. 106 Muestra que de 258 pacientes del estrato adulto observados, el 45.74% no tenía enfermedad gingival; mientras el 54.26% la presentaba.

CUADRO N. 107

Aspecto observado: Presencia de lesión de tejido blando en pacientes del estrato niño

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Sí	9	2	11	4.42
2. No	140	98	238	95.58
Total	149	100	249	100

El cuadro n. 107 Muestra que de 249 pacientes del estrato niño observados, el 95.58% no tenia lesión de tejido blando; mientras el 4.42% la presentaba.

CUADRO N. 108

Aspecto observado: Presencia de lesión de tejido blando en pacientes del estrato adolescente

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Sí	2	0	2	1.96
2. No	63	37	100	98.04
Total	65	37	102	100

El cuadro n. 108 Muestra que de 102 pacientes del estrato adolescente observados, el 98.04% no tenia lesión de tejido blando; mientras el 1.96% la presentaba.

CUADRO N. 109

Aspecto observado: Presencia de lesión de tejido blando en pacientes del estrato mujer embarazada

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Sí	2	0	2	2
2. No	53	45	98	98
Total	55	45	100	100

El cuadro n. 109 Muestra que de 100 pacientes gestantes observados, el 98% no tenía lesión de tejido blando; mientras el 2% la presentaba.

CUADRO N. 110

Aspecto observado: Presencia de lesión de tejido blando en pacientes del estrato adulto

ALTERNATIVAS	Izalco	San José La Majada	total	%
1. Sí	12	1	13	5.04
2. No	169	76	245	94.96
Total	181	77	258	100

El cuadro n. 110 Muestra que de 258 pacientes del estrato adulto observados, el 94.96% no tenía lesión de tejido blando; mientras el 5.04% la presentaba.

4.2 Discusión de los resultados.

4.2.1 Discusión de los resultados del Municipio de Izalco.

La población del Municipio de Izalco, pertenece a un estrato económico medio y bajo; este grupo, el de más bajo recurso, es el que especialmente demanda mayor atención odontológica en la Unidad de Salud; las personas provienen en mayor cantidad del área rural, observándose en el porcentaje de la población consultante, que el 75% provenía de la zona rural y un 25% de la zona urbana; el nivel educativo promedio al que pertenece en su mayoría es de nivel básico, aunque se encuentran además en menor porcentaje, pacientes que no cuentan con una educación formal, con un porcentaje del 9.1% y un 7.9% con un nivel educativo medio (Ver Cuadro n. 89).

La concepción sobre salud bucal esta directamente en relación con la educación recibida por la población en general, ya que a causa del bajo nivel educativo, como la falta de acceso a ella, se hace menos posible el desapego a las costumbres culturales; añadido a esto, se encuentran deficiencias en cuanto a una adecuada y constante promoción y educación odontológica, por parte de las instituciones encargadas, manifestada por los mismos líderes de la comunidad, provocando desinterés de las personas; la importancia que la población da a la salud bucal, de acuerdo al 75% de los líderes comunitarios, se contradice, con el estado de higiene y salud bucal que presentan, de acuerdo al instrumento diagnóstico aplicado a los pacientes.

Por ejemplo, en cuanto a los hábitos higiénicos, *vid. supra*, cuadro n. 69 y 70, a pesar de que pacientes mayores de dieciocho años en su mayoría refieren el uso de cepillo y pasta para la limpieza bucal en un porcentaje del 84.12 %, y con una frecuencia de una a dos veces diarias en un 59.81%; la salud bucal de los pacientes es bastante pobre.

También el factor cultural de la población juega un papel en contra del acceso a los servicios odontológicos, en la medida que prefieren la medicina casera o natural, en vez de buscar la ayuda del profesional en salud, debido a la falta de una educación que tenga impacto y sirva para modificar su comportamiento; de ese modo se observa que entre los métodos utilizados para el tratamiento de problemas bucales como: dolor o inflamación, prefieren la automedicación y el uso de remedios caseros, entre los que se mencionan: el uso de alcohol y enjuagues o apósitos con plantas, como: la semilla de aguacate, el palo de mora, las hojas de mirto, de naranjo, la cáscara de frijol, etcétera; siendo un porcentaje bien reducido el que opta por la atención odontológica, que en el mejor de los casos, es la última instancia a la que recurren.

El poco impacto llevado a cabo con la educación en salud bucal, impartida tanto en los centros educativos como por el personal odontológico de la Unidad de Salud, se demuestra al comparar la forma en que tratan el dolor y/o la inflamación, las personas que refieren habersele explicado en que consistían tales problemas, y los que manifestaban desconocerla, arrojando como resultado en ambos casos, una preferencia para el uso de enjuagues o aplicaciones de diferentes plantas y la automedicación (Ver Cuadro n. 65 al 67).

Pero la importancia que se da a la salud bucal, se ve ligada, además del elemento educacional y cultural, a otros factores, basados en la situación social y económica de la población, caracterizada por la falta de empleo y poder adquisitivo, así como la insatisfacción de las necesidades básicas: alimentación, vivienda, salud, etcétera, vid. supra, p.30 y 31. De esta forma la salud bucal se vuelve importante únicamente, en la medida que, a partir de la presencia de enfermedad, ésta se vuelve incapacitante para que la persona desarrolle su actividad normal, valorándose la práctica odontológica por mantener la fuerza de trabajo.

Con frecuencia se observa entre la población, el menosprecio a hábitos de higiene bucal, o la desconfianza en tratamientos operatorios, visible en la limitada presencia de obturaciones en todos los estratos, en relación con la necesidad que se tiene; observándose igualmente, la falta de importancia que se le da a la dentición primaria, lo cual se refleja en la pérdida prematura de piezas dentales temporales en niños menores a nueve años, en la que el 28% había perdido de una a cuatro piezas dentales (Ver Cuadro n. 98).

En los pacientes vistos en la clínica odontológica de la Unidad de Salud, entre los meses de Abril a Septiembre, se observó que en el estrato niño, únicamente el 8.72% no tenía pieza dental con lesión cariosa, a diferencia del 36.24% que se encontraba en el rango de uno a cinco, o el 38.93% de seis a diez piezas con caries dental, igual condición se muestra en los estratos adolescente, mujer embarazada y adulto, disminuyendo el porcentaje de pacientes sin lesión cariosa conforme aumenta la edad; para el caso del estrato adulto, sólo el 5.52% no presentaba caries dental, en contraposición al porcentaje del 60.78% que tiene una a cinco piezas dentales o el 33.7% restante que tenía de seis a más piezas dentales, vid. supra, cuadro n. 90 a 93; de esto se desprende la alta necesidad que se tiene en cuanto a salud, como la poca cobertura que alcanza la atención brindada, y que se visualiza en la disparidad con los tratamientos operatorios, en la cual los pacientes con ninguna obturación tienen un mayor porcentaje, observándose en el estrato niño, un porcentaje del 93.96% para aquellos que no tenían ninguna pieza dental obturada, y un 6.04% que se encontraba en el rango de uno a cinco piezas dentales; para el estrato adulto, la ausencia de piezas dentales obturadas significaba el 58.02%, vid. supra, cuadro n. 99 a 102; todo ello se debe tanto al factor cultural como económico, que desfavorece el acceso de la población a los servicios de salud.

Igual problema se observa en cuanto a la presencia de enfermedad gingival, que en el estrato mujer embarazada alcanza el 61.82% o en el adulto con un 62.98%, debido a una mala higiene bucal, vid. supra, cuadro n. 105 y 106; en el caso de la pérdida de piezas

dentales permanentes en los estratos niño y adolescente el porcentaje es del 6.04% y 13.85% respectivamente, los cuales a pesar de tener un porcentaje bajo, hay que tomar en cuenta que el tiempo post-eruptivo ha sido bastante corto, en el estrato adulto sólo el 22.10% no presentaba ausencia de alguna pieza dental permanente, a diferencia del 60.78% a los que les faltaba de una a cinco piezas dentales, y el resto del porcentaje, 17.12%, que había perdido de seis a más piezas dentales, vid. supra, cuadro n. 93 a 96; lo cual caracteriza el tipo de atención que mayormente recibe la población, y la poca importancia que se da al cuidado y mantenimiento de la dentición.

La atención prestada en la clínica estomatológica de la Unidad de Salud; está a cargo de un odontólogo en servicio social, el cual resulta insuficiente para una población tan grande como la del Municipio, de 68,286 habitantes; y con necesidades tan altas como se observa en la prevalencia de lesión cariosa y de enfermedad periodontal; las cuales en relación con la capacidad anual instalada, de 4,830 consultas, es irrelevante, al significar un 7 % de toda la población, que implica, que la mayor parte de ésta, no pueda acceder a este servicio, aunque sea una vez al año, vid. supra, p. 39.

El tiempo que se labora dentro de la clínica es de ocho horas diarias, durante cinco días semanales, con un tiempo aproximado de veinte minutos por consulta, lo que implica limitaciones en la calidad de atención y trato del paciente; por otra parte, la falta de recurso, hállese de odontólogo y asistente dental, provoca tardanza en la atención, habiendo en algunos casos, pacientes que tienen que esperar un promedio de dos a cinco horas para ser atendidos.

Los problemas más frecuentes por los que acude la población a solicitar los servicios de salud, son el dolor, la inflamación, la caries y el sangramiento; siendo diagnosticados con mayor frecuencia, según la encuesta aplicada a pacientes entre los meses de Abril a Septiembre, en el caso del estrato niño, la caries dental, con un 38.95% y pulpitis con el 25.5%; igual situación reflejó el estrato adolescente, donde la caries dental representaba

el 46.15% y la pulpitis el 21.54%; en el estrato mujer embarazada además de la caries dental con el 40%, se diagnosticó con el 20% la enfermedad periodontal; y finalmente en el estrato adulto era la pulpitis el mayor problema diagnosticado con el 44.2%, vid. supra, cuadro n. 29 a 32; estos resultados son reflejo de la falta de prevención y de asistencia oportuna al profesional en salud.

Entre los servicios que se prestan, dentro del programa de atención, están: la educación en salud, los tratamientos preventivos, periodontales, operatorios, quirúrgicos y pulpares en niños; siendo de acuerdo al cuestionario pasado entre los meses de Abril a Septiembre, que en el estrato niño los tratamientos más efectuados fueran las exodoncias con el 44.29% de los pacientes y las obturaciones en un 38.94%; en el estrato adolescente fue algo similar: obturaciones con 47.69% y exodoncias en un 35.38%; en el paciente gestante donde se desarrolla un programa preventivo, era el detartraje, con 23.64%, las exodoncias en un 21.82% y las obturaciones con un 20%; y finalmente en el estrato adulto eran las extracciones dentales, el tratamiento más realizado con el 69.06%, vid. supra, cuadro n. 37 a 40; esto, ejemplifica el tipo de atención que se brinda en la clínica pública, lo cual da pie a considerarla de tipo curativa, distando mucho de los objetivos que se pretenden en la atención primaria de salud, que busca actuar tempranamente en el proceso salud-enfermedad a través de mecanismos preventivos, vid. supra, p. 22 y 23; a esto se suma la insatisfacción en cuanto a los tratamientos ya sea por limitaciones en la calidad, carencia de materiales, o simplemente por la falta de instrumental y equipo para llevar a cabo cierto tipo de tratamientos, entre ellos de rehabilitación.

Así se tiene que al comparar el tratamiento que se realizó al paciente con el tratamiento ideal que se le debería haber efectuado, el 33% no coincide; esto sin tomar en cuenta, por ejemplo, el material con que se realizó; como en el caso de las obturaciones; siendo el tratamiento ideal insatisfecho con mayor porcentaje, el tratamiento de conductos radiculares en piezas dentales permanentes, que representaba en el estrato adulto, el

44.2% y los tratamientos pulpares en piezas dentales temporales en el estrato niño con el 20.13% (Ver de Cuadro n. 33 a 36).

El costo de los tratamientos va de los quince a cincuenta colones, siendo el precio más alto para los tratamientos operatorios: cuarenta para las obturaciones de amalgama y cincuenta colones para la resina; representando esto, del 2 al 8% de un salario mensual de 600 colones, que es el ingreso recibido en el área rural, lo cual se vuelve poco accesible para la población, teniendo en cuenta las necesidades que se tienen, de ahí que muchos prefieran las extracciones dentales a otros tratamientos, por tener un costo más bajo, *vid. supra*, p. 30.

La valoración que realiza la comunidad acerca de la calidad de los servicios estomatológicos, así como el trato al paciente, es buena; lo cual es subjetivo, en la medida, por ejemplo, que se limita el tiempo de atención al paciente, se trabaja con material y equipo inadecuado, limitaciones en los tratamientos, no se lleva control o seguimiento del paciente y aún peor no se toma en cuenta medidas de bioseguridad mínimas.

En cuanto a los aspectos que se deberían mejorar en la atención odontológica, de acuerdo a pacientes mayores de dieciocho años entrevistados, están: ofrecer tratamientos que actualmente no se realizan, disminuir el costo de los tratamientos, aumentar la cobertura de atención y el recurso odontológico, proporcionando a su vez un horario de atención más accesible a la población (Ver Cuadro n. 68).

Dentro de los programas que se desarrollan a nivel local, se encuentra el programa Escuela Saludable, brigadas médico–odontológicas y programas preventivos en pacientes prenatales; los cuales se realizan en coordinación con los demás profesionales de la salud, pero que cuentan con mínima participación y consentimiento de la

comunidad, siendo según líderes comunitarios, casi nula la responsabilidad delegada en cuanto a salud bucal.

Las brigadas médico-odontológicas se realizan en lugares de difícil acceso para la población, ya que mucha parte de la zona rural, tiene limitaciones geográficas, en cuanto a tiempo, distancia y deficiencias en transporte, que se ve afectado por la mala infraestructura, teniendo muchas veces que caminar más de una hora para poder acceder a tal servicio, tomando en cuenta también que todos los establecimientos que brindan atención odontológica se encuentran en la zona urbana; por otro lado el recurso humano existente, hace que las brigadas de salud, sean poco frecuentes durante todo el año; prestando una atención de tipo curativa.

En referencia al programa Escuela Saludable, éste cubre en el Municipio, las escuelas del sector público localizadas en el área rural abarcando hasta segundo ciclo de nivel básico, dejando por fuera los centros escolares públicos del área urbana y escuelas privadas, los cuales no reciben beneficio; los servicios que se ofrecen son: llenado de ficha diagnóstica, educación en salud, tratamientos preventivos, operatorios y quirúrgicos, los cuales se realizan tomando en cuenta las limitaciones de recurso humano, material y equipo odontológico; acerca del programa, los directores de los centros escolares, valoran como bueno el desarrollo y beneficio en salud bucal que reciben los niños, pero éstos no se ajustan a la realidad al evaluar las necesidades que presenta la población estudiantil, y se justifica por la falta de constancia y seguimiento en el proyecto, y la poca importancia en la promoción y educación a la población, que impide descentralizar y transferir el conocimiento en salud bucal.

En el Municipio de Izalco, se encuentran dos clínicas odontológicas de beneficencia social, las cuales laboran durante pocas horas semanales, siendo mayormente atendida población de bajo recurso; pero por tener limitaciones en cuanto a recurso físico y humano, cuentan con poca cobertura; siendo los problemas más frecuentes atendidos, la

caries dental, la pérdida dental prematura y los problemas pulpares, vid. supra, cuadro n. 2; estos problemas están acordes a los servicios prestados, principalmente de tipo curativo, encontrándose en una de esas clínicas como único tratamiento la exodoncia, que se proporciona de forma gratuita; en la otra clínica los costos van de 20 a 50 colones, siendo igualmente una atención curativa; en cuanto a la cobertura, éstas se limitan al espacio físico de la clínica, sin tener programas comunitarios.

Las clínicas privadas, han tomado auge en los últimos años, aumentando su oferta; pero con una función mercantilista, carente de sensibilidad social; su horario de atención varía de cuatro a más horas.

Los servicios estomatológicos que se ofrecen, son tratamientos preventivos, periodontales, restaurativos, protésicos, quirúrgicos y endodónticos, este último desarrollado únicamente en algunos establecimientos, que cuentan con el equipo necesario, específicamente el aparato de rayos X, el cual es mencionado como único aspecto que incide en la atención que se brinda a la población; los problemas más frecuentes, según los odontólogos, son en general en todos los estratos, la caries dental, problemas pulpares y la mala higiene bucal.

Al igual que las clínicas de beneficencia su campo de acción, se limita al espacio físico de la clínica, al no contar con programas que tengan la participación de la comunidad.

El costo de los tratamientos hace que la población tenga poco acceso a este servicio, significando en algunos casos, más del cien por ciento del salario mensual, vid. supra, cuadro n. 10; por lo que muchos prefieren recibir atención por personas que no son profesionales graduados, como lo muestra la entrevista a pacientes mayores de dieciocho años, que refleja que el 49.5% ha recurrido a este tipo de atención básicamente por el acceso económico que este representa, a pesar de la baja calidad de los tratamientos, vid. supra, cuadro n. 71..

De esta forma al relacionarse el contexto social y económico de la población de Izalco, se observa como la salud bucal, se ve relegada frente a otras necesidades básicas de la

comunidad; las cuales a su vez no son satisfechas por el bajo poder adquisitivo y desempleo de la población.

Por otro lado, se observa los pocos mecanismos con los que cuenta el sistema nacional de salud, para llevar beneficio a la población, favoreciendo en cierta medida la propensión de la situación problemática de salud bucal; con programas fuera de la realidad, sin participación de la comunidad, centralizada y con atención curativa; y por otro lado con una práctica odontológica privada, que por su naturaleza excluye a la población de bajos recursos, pues busca el beneficio lucrativo; de ahí se desprende la alta incidencia en afecciones bucales no satisfechas, vid. supra, p. 22 y 23.

4.2.2 Discusión de los resultados del Cantón San José La Majada.

San José La Majada, es el Cantón más grande geográfica y poblacionalmente de la Ciudad de Juayúa, con una población que pertenece a un estrato socioeconómico bajo, dedicado a la agricultura, dirigiéndose la atención estomatológica de la Unidad de Salud a personas de la zona rural, ya que es el establecimiento más cercano que cuenta con servicio odontológico; está a cargo de un estudiante en servicio social, que tiene como responsabilidad, dar cobertura a una población de 7,994 personas, de acuerdo al área geográfica de influencia de la Unidad de Salud, que incluye los Cantones: Los Naranjos, Valle Nuevo, Ojo de Agua y San José La Majada, *vid. supra*, p. 45; lo que refleja una desproporción en cuanto a la relación odontólogo–paciente, que trae como consecuencia que no se llegue a satisfacer las verdaderas necesidades de salud bucal que presenta la población, según lo observado en el período de Abril a Septiembre en que se realizó el paso de instrumentos.

Por otra parte, a pesar de la desproporción entre odontólogo-población, las metas trazadas por el Ministerio de Salud Pública, no se alcanzan a cubrir, por la poca asistencia de pacientes al establecimiento de salud; que tiene entre sus causas: el poco poder adquisitivo de la población, la falta de interés sobre salud bucal y la desconfianza en los tratamientos odontológicos, como lo refieren los pacientes mayores de dieciocho años y los líderes comunitarios entrevistados; ya que culturalmente la población desconoce sobre hábitos de higiene oral y de la importancia de un buen estado de salud bucal.

La pobre concepción en salud bucal, hace que la población no sólo desconfíe en los tratamientos odontológicos, sino también provoque falta de interés, como se observa en lo manifestado por los pacientes mayores de dieciocho años, sobre la forma en que tratan problemas tales como dolor o inflamación, en las cuales las personas refirieron en un buen porcentaje, el uso de enjuagatorios con diferentes remedios caseros, como: la hoja

de mirto y la semilla de aguacate, vid. supra, cuadro n. 65 a 67; buscando la ayuda profesional solamente cuando la afección se vuelve una limitante para el desarrollo normal de sus actividades diarias, y es causa por la que a la hora de consultar al odontólogo refieren la necesidad de erradicar el problema para que no reincida o porque económicamente es más barato; por lo que anteponen la extracción dental ante cualquier alternativa de tratamiento temprano como son los tratamientos preventivos y operatorios, de esta manera la práctica odontológica se vuelve de carácter mutilador.

El poco nivel educativo que tiene la población en general, en su mayoría de nivel básico en un 67.69%, vid. supra, cuadro n. 89, los afecta en la posibilidad de prevenir enfermedades bucales, ya que se cuenta con una concepción de salud e higiene bucal pobre; que a pesar de lo manifestado por los pacientes mayores de dieciocho años, sobre la utilización de cepillo y pasta dental, en un 78.87%, con una frecuencia en su mayoría de tres o más veces, se contradice al observar el estado de higiene bucal bastante deficiente, encontrando un alto índice de enfermedad gingival, como el caso del estrato mujer embarazada, con un 73.33%, en el estrato adulto que significa 33.77% y en los niños con un 45% (Ver Cuadros 103 a 106).

La presencia de múltiples lesiones cariosas, en todos los estratos poblacionales, afecta a su vez, el poder brindar tratamientos preventivos; orientando todo esfuerzo a tratar de dar atención de manera temprana a las diferentes afecciones.

Así se observó, que en el estrato niño la presencia de una a cinco piezas dentales cariadas alcanzan el 50%, de seis a diez un 42% y de once a quince un 8%; en los adolescentes el porcentaje mayor tiene de seis a diez piezas dentales con lesión cariosa, significando el 48.64% mientras el 45.95% está en el rango de una a cinco; las pacientes embarazadas igual que los adolescentes presentan el mayor número de piezas dentales cariadas en el rango de seis a diez teniendo un porcentaje del 51.11%, y en el rango de once a quince del 22.22%; lo que se observa también en los adultos con un porcentaje del 49.35%, en el rango de seis a diez piezas dentales cariadas, y un 44.15% en el rango

de uno a cinco, vid. supra, cuadro n. 90 a 93; esto en relación al número de piezas dentales obturadas, muestra una gran diferencia, ya que a pesar de que se observa, en los diferentes estratos poblacionales, múltiples obturaciones, la cantidad es mucho menor en relación con las piezas con caries dental; por ejemplo en el estrato niño sólo el 15% presentó de una a cinco piezas obturadas; en adolescentes un 45.95% en el mismo rango; de igual manera ocurrió en las mujeres embarazadas con un 55.56% en el rango de una a cinco piezas dentales obturadas; y finalmente los adultos con un 54.54% de piezas obturadas también en ese rango, vid. supra, cuadro n. 99 a 101; esto refleja la gran necesidad de incentivar los hábitos higiénicos y la importancia de la visita al odontólogo para satisfacer las necesidades que presenta la población, de una manera temprana con tratamientos oportunos.

Por otra parte la situación económica que atraviesan actualmente los habitantes de San José La Majada, es bastante precaria, ya que su principal fuente de trabajo y de ingresos basada en el cultivo y comercialización del café, ha sufrido con la caída del precio en el mercado internacional, así como por los recientes terremotos de Enero y Febrero del presente año, 2001, lo cual ha afectado enormemente la economía y la infraestructura de la comunidad, disminuyendo aún más los ingresos y por ende el poder adquisitivo, vid. supra, p. 44 y 45, lo que conlleva a la poca afluencia a la clínica estomatológica de la Unidad de Salud; también los obliga a emigrar fuera del país o hacia otros departamentos, con la finalidad de dar a su familia una mejor calidad de vida, ya que en la situación actual se ven obligados a priorizar sus necesidades básicas, como: alimentación, vivienda y salud; dejando desvalorizada la salud bucal y la educación; ya que con un ingreso familiar de quince a veinte colones diarios, no se alcanza a satisfacer dichas necesidades, y mucho menos adquirir un servicio odontológico cuyos costos oscilan entre los quince a cincuenta colones, por lo que muchos, se limitan a los remedios caseros y la automedicación, acudiendo a la clínica odontológica únicamente cuando la afección es incapacitante, vid. supra, p. 49.

La atención prestada en la clínica de la Unidad de Salud, a pesar de tener a su cargo la realización de múltiples programas como lo son el programa de Escuela Saludable, brigadas médico-odontológicas a comunidades de difícil acceso, atención o control prenatal, el control de niño sano, la atención adolescente, adultos y adulto mayor, se ve afectada por la falta de equipo, instrumental y material odontológico para brindar un servicio más eficaz y eficiente, ya que además de no cubrir medidas de bioseguridad necesarias para el control de contaminación cruzada, limita la calidad y cantidad de tratamientos.

Las limitaciones en la calidad y cantidad de recursos, contribuye a que los tratamientos que se efectúan en el centro de salud, difieran en buen porcentaje, de un tratamiento ideal que este de acuerdo a la necesidad que presenta el paciente, situación que sucede en todos los estratos; por ejemplo para aquellos pacientes adultos, que a la hora de consultar lo hacían por dolor o inflamación, con un diagnóstico como pulpitis irreversible ó una necrosis pulpar, lo ideal era el tratamiento de conductos radiculares, pero por la poca capacidad física con la que se cuenta dentro de la clínica, el único tratamiento factible era la exodoncia; también hay que mencionar que la poca educación de la población, contribuye a una concepción de tratamientos odontológicos bastante pobre o nula, dificultando la solución con base a las alternativas de tratamiento.

Los tratamientos que se realizan con mayor frecuencia, según el instrumento a pacientes que asistieron a la clínica odontológica de la Unidad de Salud, fueron: en el estrato niño con un 44%, las extracciones, y con 43% la profilaxis; en el estrato adolescente los tratamientos más efectuado fueron las exodoncias con el 56.76%; en pacientes gestantes, fue el detartraje con el 51.11%; y finalmente en adultos fueron las exodoncias con un porcentaje del 62.83%, *vid. supra*, cuadro n. 37 a 40; los datos mencionados muestran el tipo de atención brindada en el establecimiento de salud, que tiene entre sus causas: la falta de tratamientos alternativos a la necesidad del paciente, el factor económico, la asistencia tardía del paciente y en muchos casos la misma idiosincrasia de la población.

Por lo anterior, la concepción sobre salud bucal se quiere cambiar a través del programa Escuela Saludable, a través de charlas educativas sobre la importancia de la salud oral, impartidas en las ocho escuelas públicas ubicadas en el área geográfica de influencia de San José La Majada, con ello se pretende incentivar a la población escolar; siendo esta, la única forma que actualmente permite la participación de la comunidad; ya que contrariamente, no se cuenta con líderes comunitarios, ni alguna otra persona que se encargue de orientar a la población sobre la salud bucal; el programa Escuela Saludable, se desarrolla en coordinación con personal docente y odontológico de la Unidad de Salud, para dar atención educativa, preventiva y curativa, pero ésta no es suficiente para cambiar la realidad socioestomatológica que vive la población en general, y que se observa en el estado de salud de los estudiantes.

El poco impacto de las charlas educativas sobre salud e higiene bucal, se refleja en la forma en que las personas tratan la caries dental o la inflamación de la encía, no existiendo mayor diferencia en porcentaje entre los que referían haberse informado sobre dichos problemas y los que ignoraban saberla, aunque se puede percibir, con un porcentaje mayor al 30%, la preferencia por visitar al odontólogo, pero existiendo igualmente buen porcentaje que trata los problemas bucales, más apegados a su idiosincrasia, que a la educación que han recibido; es importante también notar, que de ambas patologías, es la caries dental, la que refieren conocer con mayor porcentaje, mientras la inflamación de la encía es menos conocido, *vid. supra*, cuadro 65 a 67; esto lleva a la conclusión de lo imperante que significa intensificar la educación y por ende incentivar, para que ellos mismos se interesen por mantener un buen estado de salud estomatológica.

Los problemas bucales diagnosticados, con mayor frecuencia a los pacientes que asistieron a la clínica odontológica de la Unidad de Salud, durante los meses de Abril a Septiembre fueron: en niños la caries dental con el 30%, en el estrato adolescente fue la

movilidad dental con 18.92%, que se refiere a piezas dentales temporales en proceso de exfoliación; en pacientes gestantes el problema diagnosticado más frecuente fue la enfermedad periodontal con un 73.33%; y en el estrato adulto fue la necrosis pulpar con el 25.64%, vid. supra, cuadro n. 29 a 32; esto implica la asistencia tardía de la población a los establecimientos de salud.

El acceso geográfico hacia el establecimiento de salud afecta en cierto grado la afluencia de pacientes, ya que a pesar de localizarse en la zona rural, el acceso desde ciertas zonas es difícil, además de la deficiencia en el transporte, lo cual impide una atención odontológica oportuna, a esto se añade el costo económico que todo esto representa; de esto, la importancia, de las brigadas médico-odontológica, que se realizan una vez al mes, lo cual es insuficiente para llevar beneficio; y aún más distante de cambiar la realidad de salud estomatológica de la población.

En lo referente a la práctica odontológica privada, la población de San José La Majada, difícilmente tiene acceso a adquirir este tipo de atención; cuyo costo es superior al de la Unidad de Salud, y a lo que se le suma el costo en traslado a la ciudad, ya que no hay ninguna clínica dentro del área geográfica de influencia; el tipo de atención brindada en estos establecimientos es de índole comercial, con una amplia variedad de servicios: restaurativos, operatorios, endodónticos, periodontales, preventivos y en una clínica además ortodónticos, siendo los tratamientos que se realizan con mayor frecuencia las obturaciones y las exodoncias, vid. supra, cuadro n. 8 y 9; los tratamientos preventivos a pesar de ser ofrecidos, no se realizan; ya que para la población no es una alternativa prevenir, pues desconocen la importancia de este servicio, lo cual se observa igualmente en la clínica de la Unidad de Salud; las patologías más frecuentes, a nivel de clínicas privadas, son: la caries dental y la enfermedad periodontal en todos los estratos, lo que trae como consecuencia la pérdida dental a temprana edad.

De todo esto, se afirma que la realidad socioestomatológica de la población localizada en el Cantón San José La Majada, se encuentra íntimamente ligada al nivel educativo, cultural y económico de la población, el cual es bien limitado; y al que se le añade las deficiencias que presenta el sistema de salud pública, en cuanto atención y limitaciones en equipo y material odontológico, lo que resulta afectando la eficiencia y calidad de los tratamientos, manteniendo la situación problemática de salud bucal de la población; cuyo cambio tendrá que surgir hasta que se tome conciencia sobre la importancia de la salud bucal; involucrando la participación de la población; convirtiendo la ayuda de la comunidad en factor de cambio importante al tener responsabilidades de salud bucal para si mismos; también la ayuda por parte de los centros escolares es importante, ya que a pesar de la valoración buena que hacen los directores al programa Escuela Saludable, éste no cumple con las necesidades de la población escolar, al no tener un seguimiento ni labor de concientizar a los estudiantes, corroborándose en el deficiente estado de salud bucal.

4.2.3 Discusión de los resultados del Departamento de Sonsonate

Al integrar los resultados obtenidos en los lugares donde estuvieron asignados los estudiantes en servicio social de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, en el Departamento de Sonsonate, específicamente en el Municipio de Izalco y Cantón San José La Majada, se observan similitudes en la mayoría de la información obtenida.

El estrato social de más bajo recurso es el que principalmente demanda atención odontológica en las Unidades de Salud; proviniendo en su mayoría del área rural; observándose acerca de esto, que de las personas consultantes a las que se les pasó instrumentos, el 80.28% provenía de la zona rural, para un 19.72% de la zona urbana; el nivel educativo promedio al que pertenecen en su mayoría es del nivel básico, con un 71.82 % (Ver Cuadros n. 88 y 89).

El bajo nivel educacional que presenta la población, ha contribuido a la poca importancia que se da al cuidado de la dentición, que se observa en el estado de salud bucal en que se encuentran, con un menosprecio a la asistencia odontológica, que impide la atención oportuna de las afecciones que presentan al consultar en los establecimientos de salud; hay que tener en cuenta además, que a pesar de que parte de la población se ve excluida de una educación formal, también existen deficiencias en el programa educacional de los centros escolares nacionales, uno de ellos comprende el componente de salud bucal, que carece de constancia y de contenido, así como de instrucción y capacitación a personal docente, *vid. supra*, p. 21.

Igualmente, la importancia que se le debería dar a la salud bucal se ve contrapuesta a otras necesidades como la alimentación, vivienda, etcétera, debido a la situación social y económica de la población, caracterizada por la insatisfacción de las necesidades básicas; dejando la salud a un segundo plano, *vid. supra*, p. 18 y 19.

Se observó la alta necesidad en salud bucal que presentaron los pacientes vistos en las clínicas odontológicas de las Unidades de Salud, entre los meses de Abril a Septiembre: en el estrato niño, únicamente el 5.22% no tenía pieza dental con lesión cariosa, a diferencia del 41.77% que se encontraba en el rango de uno a cinco, o el 40.16% de seis a diez piezas con caries dental, igual condición mostró los estratos adolescente, gestante y adulto, disminuyendo el porcentaje de pacientes sin lesión cariosa conforme a la edad; para el caso del estrato adulto, sólo el 5.04% no presentaba caries dental, en contraposición al 55.81% que tenía de una a cinco piezas dentales o el 39.19% restante que tenía de seis a más piezas dentales, vid. supra, cuadro n. 90 a 93; el número elevado de pacientes con presencia de lesiones cariosas, como la cantidad de dientes afectados refleja la pobre concepción en salud bucal, y califica como inadecuados e ineficientes los mecanismos llevados a cabo hasta la fecha, por parte del sistema nacional de salud; por otra parte se confirma la disparidad que existe entre la presencia de piezas dentales con lesión cariosa y la existencia de piezas dentales con obturación, siendo en el estrato niño, un porcentaje del 85.94% para aquellos que no tenían ninguna pieza dental obturada, y un 13.65% que se encontraba en el rango de uno a cinco piezas dentales; para el estrato adulto, la no presencia de piezas dentales obturadas significaba el 50.0%, vid. supra, cuadro n. 99 a 101; lo cual se debe, como se dijo anteriormente, tanto al acceso cultural como económica de la población.

También los resultados en cuanto a pérdida de piezas dentales permanentes, muestran que en el estrato adulto, sólo el 10.08% no había perdido ninguna pieza dental, en el estrato embarazada, este significa el 55% y en el adolescente el 76.47%, vid. supra, cuadro n. 93 a 96; esto muestra no sólo el servicio, que mayormente demanda la población, sino también refleja el tipo de atención que se brinda; muchas veces limitada por la falta de recurso para implementar otro tipo de tratamiento o por la atención tardía del problema bucal.

Por otra parte, se observa que la falta de una adecuada educación en salud bucal más el arraigo cultural, hace que la población no de la importancia debida al cuidado de los dientes; siendo peor aún al referirse al caso de la dentición primaria, de la cual desconocen su importancia, resultando un 31% de los pacientes del estrato niño, con pérdida prematura de una a más piezas dentales temporales (Ver Cuadro n. 98).

El recurso humano con el que cuentan las clínicas odontológicas es desproporcional a la población asignada, siendo igual en el resto del Departamento, lo cual impide no sólo una adecuada capacidad de atención a las necesidades observadas en los índices de caries dental y enfermedad periodontal, sino también implica limitaciones en la calidad de la atención y trato del paciente; igualmente el desempeño en otros programas se ve limitado al no podersele dedicar el tiempo apropiado.

Los principales motivos de consulta, por el que las personas acuden a la clínica odontológica son: dolor, inflamación y sangramiento; diagnosticados en general, como: enfermedad periodontal, caries dental y problemas pulpares; al diferenciarlos en los distintos estratos se distingue: en los niños como diagnóstico más frecuente por el que consultan la presencia de caries dental con un 35.35%; en los adolescentes es el mismo problema pero con un 33.33%; para el estrato gestante cambia por la enfermedad periodontal con un 44%; y finalmente el estrato adulto cuyo mayor problema es la pulpitis con un 35.52% (Ver Cuadros n. 29 a 32).

Los motivos de consulta encontrados, muestran la displicencia de la población a una atención oportuna, que implica una atención meramente curativa.

Los servicios prestados con mayor frecuencia son de acuerdo a estrato los siguientes: en niños el tratamiento más efectuado fueron las exodoncias con un 44.18%, en adolescentes igualmente el mismo tratamiento con un 43.14%, en el estrato mujer embarazada es el detartraje, lo más efectuado, con un 36% y finalmente en el estrato adulto las exodoncias con el 67.18%, vid. supra, cuadro n. 37 a 40; esto trae a

consideración el tipo de atención que se presta en los establecimientos de salud del sistema nacional, que lejos de procurar la atención oportuna, la promoción y la prevención de la salud bucal, se cae en un tipo de atención curativa, mutiladora, debido a que las estrategias y mecanismos utilizados no se encuentran acorde con la realidad, ni con las necesidades de la población. A esto se suma el factor cultural de la población al acceso de los servicios odontológicos, que es bastante escaso, en la medida que prefieren la medicina casera o natural, en vez de buscar al profesional en salud, acudiendo a éste cuando la presencia de enfermedad se vuelve incapacitante para que la persona realice su actividad normal.

Por otra parte, existe disparidad en cuanto al tratamiento que se lleva a cabo en las clínicas del sistema de salud nacional y el tratamiento que se debería efectuar idealmente; siendo el tratamiento insatisfecho con mayor porcentaje, el tratamiento de conductos radiculares en piezas dentales permanentes, en los estratos adolescente, embarazada y adulto, y el tratamiento pulpar en dientes temporales en pacientes del estrato niño (Ver Cuadros n. 33 a 36).

Es de hacer notar igualmente los pobres resultados obtenidos a través de los programas llevados a cabo por el Ministerio de Salud Pública, con deficiencia en su diseño, organización y en la práctica, debido a la falta de constancia, recurso físico y humano, que dista mucho del objetivo de transferencia y descentralización de salud bucal a la población. Lo cual es perceptible al evaluar el papel desempeñado por líderes comunitarios y directores de escuelas en cuanto a la salud bucal, que refieren en su mayoría como nula las actividades delegadas a ellos.

La concepción de salud bucal de la población se encuentra intrínsecamente unida al arraigo cultural, propio de la falta de una adecuada educación odontológica, que en contra de lo expresado por los líderes comunitarios y los mismos pacientes, sobre la importancia de ésta, y de los hábitos de higiene bucal, la situación en la realidad es

bastante preocupante como deficiente, y se observa simplemente con el diagnóstico realizado.

En cuanto a los aspectos que deberían mejorarse en la atención odontológica, de acuerdo a pacientes mayores de dieciocho años, están: ofrecer tratamientos que actualmente no se realizan, aumentar la cobertura y horario de atención, como también una mayor disposición de personal odontológico (Ver Cuadro n. 68).

La atención brindada por clínicas privadas, a pesar de que ofrecen una mayor diversidad de tratamientos, no es accesible para toda la población ya que su costo excede la capacidad de pago de la población, vid. supra, cuadro n. 10; significando en muchos casos más del ingreso percibido, especialmente aquellos del área rural; los cuales se ven obligados a recibir tratamiento dental donde ejercen personas empíricas, que a pesar de proporcionarles un tratamiento carente de calidad, lo hacen a un menor costo.

4.3 Conclusiones

4.3.1 Conclusiones del Municipio de Izalco

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, llevada a cabo en el Municipio de Izalco se concluye:

1. Que el número de clínicas estomatológicas que brindan atención en el Municipio, son once, de las cuales ocho son clínicas privadas, dos pertenecen a instituciones de beneficencia y la clínica del sistema nacional de salud, siendo esta última la que da mayor cobertura, pero que aún resulta insuficiente a las necesidades reales de la población.
2. Que el número de odontólogos que brindan atención en el Municipio son doce, que refleja una relación odontólogo – población de uno a 5,691 habitantes, que muestra la desproporción presente en cuanto a la existencia del personal de salud.
3. Que el número de odontólogos se distribuyen de la siguiente forma: dos en clínicas de organismos de beneficencia, once en clínicas privadas, laborando dos de ellos en una misma clínica, y uno en el establecimiento del sistema nacional de salud, que tiene a su cargo un estudiante en servicio social, con una capacidad instalada de 4,830 consultas, lo que resulta insuficiente para cubrir todas las necesidades de la población.
4. Que el número de horas que brinda atención cada odontólogo, varía de acuerdo a la clínica donde labora, siendo las clínicas de beneficencia, las que funcionan menor número de horas; las clínicas privadas tienen un horario de acuerdo a la demanda del servicio, extendiéndose a horas no laborales de la población; y en el caso de la clínica pública, es de ocho horas, lo que limita en gran parte el acceso a la población estudiantil y empleada.

5. Que el número de horas laborales en la clínica pública, durante la semana es de cuarenta horas, distribuidos en los diferentes programas, de acuerdo a la demanda poblacional que se tiene, siendo el mayor tiempo ocupado en la atención odontológica, mientras otros programas como Escuela Saludable y brigadas de salud, cuentan con un tiempo mínimo debido a la falta de recurso humano.
6. Que los servicios estomatológicos públicos ofrecen atención a cualquier persona que la demande, pero la mayor parte de la población que la solicita es de bajo recurso, que no pueden acceder a otro tipo de atención, siendo en su mayoría del área rural, que es donde se registra mayor índice de pobreza a consecuencia de la falta de empleo, poco poder adquisitivo y poco desarrollo de la zona.
7. Que los servicios estomatológicos que se brindan varían de acuerdo a la capacidad física y humana con la que cuenta la clínica, siendo las clínicas privadas las que ofrecen mayor alternativa de tratamientos, aunque con un costo al que pocos pueden acceder, tal es el caso de los tratamientos endodónticos y de prótesis; los cuales no son brindados por las clínicas del sistema nacional de salud; en la clínica de la Unidad de Salud se ofrecen básicamente tratamientos preventivos, operatorios, periodontales y quirúrgicos.
8. Que los tratamientos estomatológicos que se brindan con mayor frecuencia en los diferentes establecimientos de salud pública, de beneficencia y privadas son básicamente de tipo curativo, siendo los tratamientos operatorios y exodoncias las que se llevan a cabo principalmente; en la clínica del sistema nacional, es la exodoncia, el tratamiento que se realiza con mayor frecuencia en los estratos niño y adulto; en el estrato adolescente se le añade las obturaciones y en el caso de las embarazadas donde se desarrolla un programa preventivo, el detartraje.

9. Que en lo concerniente a la atención que se brinda en la clínica estomatológica pública, existe mucha insatisfacción en cuanto a la realización de un tratamiento ideal a la necesidad de salud bucal que presenta la población; que se ve limitado por recurso humano y físico, hablese de equipo, instrumental y material odontológico, siendo los tratamientos endodónticos los más insatisfechos; e incluye el tratamiento de conductos radiculares en piezas dentales permanentes y tratamientos pulpares en piezas dentales temporales.
10. Que el costo de los tratamientos varía según el establecimiento de salud; en clínicas de beneficencia va desde tratamientos gratuitos (exodoncias), a pacientes de bajos recursos, a un costo de cincuenta colones en otros servicios. En el caso del establecimiento de salud pública, éste representa de quince a cincuenta colones, lo cual deja poco accesible algunos tratamientos como el caso de las operatorias y favorece el tratamiento mutilador, al tener un menor costo; en las clínicas privadas, el costo de los tratamientos es elevado en comparación al ingreso promedio de la población, siendo la práctica eminentemente mercantilista y excluyente de la población que cuenta con pocos recursos.
11. Que las clínicas privadas e instituciones de beneficencia, o no cuentan con programas para beneficencia de la salud bucal o por otro lado carecen de impacto, limitándose su campo de acción en el establecimiento; mientras que la clínica pública que cuenta con programas como Escuela Saludable y brigadas de salud, por las limitaciones en cuanto a recurso físico y humano, se muestran lejos de cumplir los objetivos que se pretenden.

12. Que los problemas bucales más frecuentes que presenta la población en todos los establecimientos de salud, obedecen a la falta de prevención y atención oportuna del profesional en salud, siendo la caries dental, los problemas pulpares y la pérdida dental los principales problemas; en el caso de la clínica del sistema nacional de salud es específicamente la pulpitis y lesiones cariosas los problemas diagnosticados con mayor frecuencia.

13. Que los problemas bucales por estrato, que presenta la población, en todos los establecimientos de salud, son básicamente los mismos: problemas pulpares, periodontales y caries dental, a los que se les añade la mala higiene bucal; en la clínica del sistema nacional de salud es la caries dental el problema diagnosticado más frecuente en los estratos niño, adolescente y embarazadas; mientras en el estrato adulto son los problemas pulpares (pulpitis y necrosis pulpar) debido siempre a la falta de prevención y asistencia oportuna.

14. Que la presencia de caries dental en la población es bastante alta, en todos los estratos observados, siendo aún más alarmante en los estratos niño y adolescente por su temprana edad; esta relación se convierte inversamente proporcional a los tratamientos operatorios que se realizan, encontrándose porcentajes pobres en obturaciones, en relación con la necesidad que presentan. Por otra parte, se observa como la atención que se recibe frecuentemente, es meramente mutiladora, al observar la cantidad de pacientes con pérdida dental cuyo porcentaje aumenta en relación con la edad; siendo preocupante la poca importancia que se da al mantenimiento de la dentición primaria.

15. Que los problemas que presenta la clínica estomatológica a nivel público, que afectan la prestación de servicios de calidad a la población son: la falta o mal estado del equipo, falta de instrumental, poca disponibilidad de material odontológico y la falta de recurso humano, que provoca entre algunas cosas: calidad deficiente de los tratamientos, mala aplicación de medidas de bioseguridad y limitación en el tiempo de atención y desarrollo de otros programas.
16. Que a pesar, de existir cierta coordinación entre odontólogos y demás personal de salud del sector público, para el desarrollo de actividades estomatológicas, es insuficiente en la medida de dar una atención integral al paciente y de activar mecanismos de referencia y consulta.
17. Que las clínicas estomatológicas del Municipio aportan aunque sea en poco grado, solución a la problemática de salud bucal de la comunidad, pero por igual es insuficiente en cobertura y calidad de tratamiento; y en el caso de la práctica privada que asume un carácter comercial carente de sensibilidad social.
18. Que el único establecimiento que cuenta con programas que tiene cierta participación de la comunidad es la clínica del sector público, con el programa Escuela Saludable y brigadas de salud, pero al no cumplir con los objetivos que se pretenden, el papel de la comunidad se vuelve pasivo en cuanto a su salud bucal.
19. Que la responsabilidad estomatológica delegada a la comunidad es nula, producto de la falta de conciencia que se hace sobre la importancia de la salud bucal, en la medida que no es considerada como necesidad básica.

20. Que en la actualidad no se desarrolla ningún mecanismo que busque una verdadera transferencia y descentralización de la salud bucal, a la comunidad, dejando sin valor el papel que puedan desempeñar líderes de la comunidad y/o promotores, en la educación, promoción y prevención de la salud, desaprovechando el contacto más directo de ellos con la comunidad.
21. Que la cobertura que se da a los centros escolares, por medio del programa Escuela Saludable, abarca en el Municipio únicamente las escuelas públicas del área rural, dejando fuera los del área urbana y centros privados; en cuanto a los objetivos que se busca, estos no se logran por limitaciones básicamente en el recurso humano; que provoca mala calidad de tratamiento, mínima educación en salud y mal seguimiento y control de los beneficiados.
22. Que la población tiene ciertas inconformidades en la atención que se brinda en el establecimiento en salud, en cuanto a cobertura, horario de atención, calidad y costo de los tratamientos.
23. Que la concepción sobre salud estomatológica de la población, se encuentra mezclada con el arraigo cultural, propio de la carencia de educación; reflejada en la poca importancia en la prevención, curación y mantenimiento de la salud.
24. Que el presupuesto asignado por el Ministerio de Salud Pública al área estomatológica es insuficiente, en relación con las necesidades, siendo desproporcional a la población cubierta, habiendo deficiencia grande en recurso humano y material.

25. Que el control que ejerce la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, sobre la práctica ejercida por los odontólogos, es bastante subjetiva y de poco alcance, debido al número de odontólogos registrados, a los cuales no se les puede supervisar de manera permanente.

Después de analizar toda la información recolectada, se concluye que la realidad socioestomatológica en el Municipio de Izalco, se encuentra bastante deteriorada; siendo reflejo de la problemática social y económica de la población, caracterizado por los altos índices de pobreza, falta de empleo, insatisfacción de la canasta básica, deficiencias en el sistema educativo y un arraigo cultural poco favorable, que a dado como resultado altos índices de morbilidad en salud bucal, sin encontrarse mecanismos de impacto que traigan beneficio para la comunidad; y con una atención odontológica deficiente en cobertura y de carácter curativo.

4.3.2 Conclusiones del Cantón San José La Majada

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación llevada a cabo en el Cantón San José La Majada se concluye:

1. Que la presencia de una clínica estomatológica del Ministerio de Salud Pública, en el Cantón San José La Majada, es un factor que afecta la capacidad de cobertura de la población que asciende a un número de 7,994 habitantes.
2. Que la cantidad de odontólogos, un total de cinco, que brindan atención tanto en las Unidades de Salud como en las clínicas privadas en el Municipio de Juayúa, es demasiado reducido y no alcanza a cubrir las necesidades reales de la población.
3. Que la poca cobertura brindada por los odontólogos, tres asignados en Unidades de Salud, dos en la zona urbana de Juayúa, y uno en servicio social en la Unidad de Salud San José La Majada; y dos en clínicas privadas, refleja una atención desproporcional en cuanto a la relación odontólogo – población.
4. Que el horario de atención tanto de odontólogos privados como público, se ven afectados normalmente porque la población demandante se encuentra trabajando y/o estudiando, limitando su acceso.
5. Que el total de horas semanales, se distribuye equitativamente en los diferentes programas, atención en salud, Escuela Saludable y brigadas a la comunidad, pero no cumplen con los objetivos que se pretende tanto por la poca importancia de la salud por parte de la población como el poco impacto de los programas.

6. Que la población que demanda atención odontológica en la Unidad de Salud San José La Majada, pertenece a una condición económica baja, caracterizada por ser gente pobre y trabajadora que se ve afectada por los pocos ingresos.
7. Que la clínica estomatológica de la Unidad de Salud, no cuenta con los servicios necesarios para brindar una atención integral, por la poca capacidad física; mientras que las clínicas privadas, a pesar de tener la capacidad física y material, estas no logran tener mayor acceso, por los costos elevados y la falta de educación en salud, que hace que la población no los demande.
8. Que los tratamientos realizados con mayor frecuencia, tanto en las clínicas públicas como privadas, son las exodoncias y los tratamientos operatorios, lo que obedece a la idiosincrasia y a la capacidad de pago de la población.
9. Que por las deficiencias en equipo y material odontológico, no se logra dar el tratamiento ideal, a los problemas bucales que presenta la población; siendo los tratamientos endodónticos la necesidad más prevalente dentro de los tratamientos.
10. Que a pesar de los bajos costos de los tratamientos en la Unidad de Salud, que oscilan entre los quince y cincuenta colones, la población no puede demandarlos; mucho menos los costos de los tratamientos de clínicas privadas que van desde los cincuenta hasta mil quinientos colones, haciendo más difícil su asistencia a estos establecimientos.
11. Que existen programas para el beneficio de la salud bucal dentro de la clínica estomatológica pública, los cuales son determinados por el Ministerio de Salud Pública, pero que se llevan a cabo inadecuadamente debido a deficiencias de equipo y material, mientras que en las clínicas privadas, a pesar de que existen pocos programas, sólo se llevan a cabo con los pacientes que asisten a dicha clínica.

12. Que la población de San José La Majada padecen de caries dental, problemas pulpares y enfermedad periodontal con mayor frecuencia, derivados de la poca importancia en salud bucal como de malos hábitos de higiene oral.
13. Que en el establecimiento de salud pública son la caries dental, problemas pulpares y la enfermedad periodontal, los problemas diagnosticados más frecuentes en todos los estratos, agudizándose conforme aumenta la edad; iguales características son reflejadas en las clínicas privadas, debido a falta de prevención y asistencia oportuna.
14. Que existe un alto índice de caries dental en todos los estratos, a diferencia de la poca presencia de obturaciones observadas en la población, lo cual deduce, la alta necesidad en tratamientos odontológicos; por otro lado, se observa la alta cantidad de pacientes con piezas dentales pérdidas o ausentes, siendo en el estrato niño, un buen porcentaje con pérdida de piezas dentales temporales, debido a la poca importancia en la dentición primaria, lo cual muestra a su vez, que es la extracción dental el tratamiento más prevalente, por la idiosincrasia de la población.
15. Que al igual que todas las clínicas estomatológicas, la Unidad de Salud San José La Majada, no es ajena a la falta de equipo odontológico y a la falta de material de uso actual, haciendo que la calidad de los servicios no sean eficientes a las necesidades reales de la población.
16. Que a pesar, que dentro de la Unidad de Salud hay coordinación para llevar a cabo diferentes programas para beneficio de la población, tanto médico como odontológico, esta no se realiza de manera adecuada, ya que no se cuenta con el tiempo necesario, ni el recurso para ser realizado.

17. Que la solución a la problemática de salud bucal, por parte del profesional odontólogo tanto de nivel público como privado, es mínima, siendo peor por la falta de interés de los habitantes, que se debe a la falta de educación y promoción a la población.
18. Que el único programa para beneficio de la salud bucal, que cuenta con el consentimiento y participación de la población, es Escuela Saludable, ya que carece de costo económico para la población estudiantil, siendo la afluencia a este programa bastante buena.
19. Que a pesar de existir organizaciones comunales, no hay ningún programa odontológico, que cuente con la ayuda de los directivos y/o líderes para realizar actividades de educación, promoción y prevención de salud bucal.
20. Que la ausencia de capacitación a líderes comunitarios en cuanto a salud bucal, contribuye a la falta de conocimiento e interés por parte de la población.
21. Que a través del programa Escuela Saludable, se realiza una promoción de la salud estomatológica, siendo delegada a los profesores igual función, para llevarla a cabo durante el curso del año lectivo, y activando de la misma forma mecanismos de referencia.
22. Que los costos de los tratamientos odontológicos de la Unidad de Salud San José La Majada son accesibles, según la población, lo que deja la educación y la falta de interés como factor predominante para explicar la poca afluencia al establecimiento de salud.

23. Que la cultura de la población se encuentra intrínsecamente arraigada a sus tradiciones, lo cual interfiere en la atención temprana de las patologías bucales predominantes, caries dental y enfermedad periodontal, ya que la asistencia a la clínica se da, cuando el problema bucal no permite opción en el tratamiento, más que el de tipo mutilador.
24. Que a pesar de existir un presupuesto asignado por el Ministerio de Salud Pública, para el área estomatológica, este no es suficiente para cubrir la falta de equipo, instrumental y material odontológico, que ayudarían a prestar servicios de mayor calidad.
25. Que no existe un control permanente de la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, en los profesionales localizados en el Municipio de Juayúa por el alcance limitado que se tiene.

De la información recolectada en el área de influencia de la clínica odontológica de la Unidad de Salud San José La Majada, se concluye que la situación que muestra la realidad socioestomatológica del Cantón se ve afectada por las condiciones económicas, sociales y culturales de la población, notándose la falta de recurso económico para cubrir los costos de una atención odontológica integral y reflejándose de igual manera una carencia en la educación y conciencia sobre salud bucal, que muestra la poca importancia que se le da y la alta necesidad de atención, reflejada en la cantidad elevada de patologías bucales de la comunidad.

4.4 Recomendaciones

Ministerio de Salud Pública

1. Asignar un presupuesto, al área de estomatología, acorde a las necesidades de la población.
2. Aumentar el recurso humano, en las poblaciones de mayor concentración, para dar una mayor cobertura en relación con las necesidades reales de la comunidad.
3. Fortalecer los tratamientos ofrecidos dentro del establecimiento de salud con equipo, instrumental y material odontológico que mejore la calidad en los tratamientos.
4. Realizar una evaluación de factibilidad acerca de la implementación de tratamientos que no se llevan a cabo en la actualidad en los centros de salud locales.
5. Dar seguimiento y control en la atención prestada en los centros de salud, a través de fichas diagnósticas a la población que acude a demandar los servicios estomatológicos.
6. Llevar un mejor registro en cuanto a morbilidad, y tratamiento efectuado en el área odontológica, que sirva como parámetros para establecer la situación bucal de la población.
7. Normar y facilitar la práctica de medidas de bioseguridad en los centros de salud bucal.
8. Hacer énfasis en programas educacionales y preventivos sobre la salud bucal que logre mayor impacto dentro de la población.

9. Establecer políticas de descentralización y participación, que integre de manera más activa a la comunidad para que ellos mismos, velen por su propia salud bucal.
10. Cumplir los objetivos propuestos en cuanto a salud bucal, en el programa Escuela Saludable; en los siguientes aspectos: aumento de la cobertura, mayor seguimiento y control, mejor calidad en los tratamientos, mayor recurso humano y material asignado, y capacitación a personal docente.

Ministerio de Educación

1. Dar una mejor orientación y capacitación a personal docente en cuanto a salud bucal, como medida de descentralización y transferencia de conocimiento.
2. Integrar de manera constante, coherente y práctica el contenido de salud bucal, dentro de los programas educativos, desarrollados en los centros de estudio en los diferentes niveles.

Directores de Unidad de Salud

1. Apoyar de la mejor manera posible a los odontólogos asignados en los centros de salud, en las diferentes actividades y programas de manera de facilitar sus funciones.
2. Integrar al personal del establecimiento, al área odontológica para que promuevan la salud bucal y de esta manera brindar una atención integral más eficiente y eficaz.

3. Realizar una evaluación socio – económica de la población para determinar el costo de los tratamientos para facilitar el acceso a ellos, e implementando estrategias que incentiven la asistencia, dando preponderancia a los tratamientos preventivos.
4. Extender horario de atención, a horas no laborables de la población, para mejorar su acceso.

Odontólogo asignado en la clínica de la Unidad de Salud

1. Promover estrategias de promoción y educación sobre salud bucal, a nivel local, a través de líderes comunitarios y específicamente en los comités de salud, ya estructurados, con la finalidad de hacerlos participes de su salud.
2. Empezar programas de capacitación a promotores de salud y líderes comunitarios en cuanto a salud bucal.

Facultad de Odontología. Universidad de El Salvador

1. Fortalecer los objetivos de la institución y perfil profesional del egresado de la facultad, específicamente en los siguientes elementos: fomento de la investigación sobre aspectos de la realidad nacional; y la formación del profesional que responda a las necesidades de salud estomatológica de la sociedad salvadoreña.

2. Dar seguimiento al presente trabajo en la investigación y complemento de los problemas encontrados en el diagnóstico de la realidad socioestomatológica del Departamento.

Comunidad

1. Incorporarse y participar en el diseño, ejecución y evaluación de programas que busquen la promoción y prevención de las afecciones bucales, para que sean partícipes del proceso salud-enfermedad y no sólo receptores pasivos de las acciones gubernamentales sanitarias.

Asociación de odontólogos

1. Mostrar una postura más crítica y propositiva, a los problemas socioestomatológicos de la población.

Profesional odontológico

1. Sensibilizar la práctica odontológica, tomando conciencia de la situación económica y social de la población, que ayude a solventar la problemática de salud bucal de la comunidad.

Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica

1. Brindar una mayor vigilancia sobre la práctica odontológica empírica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTIAGA, ROLANDO, Memoria de labores Unidad de Salud San José La Majada 1996.

GUZMÁN, P. A. Monografías del Departamento y Municipios de Sonsonate, Instituto Geográfico, 1994.

IRAHETA DE ORTÍZ, CRISTINA, Informe de salud del Municipio de Izalco, 1998.

LARDE Y LARÍN, JORGE, Guía histórica de El Salvador.

URRUTIA, CARLOS GUSTAVO, Historia de El Salvador, 1965.

Monografía de la Ciudad de Juayúa, CASA DE LA CULTURA, 1998.

Internet [http:// www. fisd.l.gob.sv](http://www.fisd.l.gob.sv).

Internet [http:// www. mined.gob.sv](http://www.mined.gob.sv).

Internet [http:// www. mspas.gob.sv](http://www.mspas.gob.sv).

Internet [http:// www. ree.gob.sv](http://www.ree.gob.sv).

Internet [http:// www. sv/sonsonate.html](http://www.sv/sonsonate.html)

Internet [http:// www. uca.edu.sv](http://www.uca.edu.sv)

ALVARADO, NANCIA, “3 mil niños mueren al año por desnutrición”, La Prensa Gráfica, 20 de Agosto del 2001, p.45.

BRAVO, ANA, “De pobres a extremadamente pobres”, La Prensa Gráfica, 3 de Abril del 2001, p.2b.

INGLES, DORIS, “Trimestre perdido en la pequeña empresa”, El Diario de Hoy, 3 de Mayo del 2001, p.40.

MEJÍA, ERNESTO, “Los rostros detrás de los números”, La Prensa Gráfica, 29 de Abril del 2001, p.7c.

MENDEZ, LOURDEZ, “Producción de azúcar cae 4% por sequía”, El Diario de Hoy, 17 de Agosto del 2001, p.38.

RAMOS KARLA, “A licitación viviendas permanentes”, La Prensa Gráfica, 31 de Mayo del 2001, p.31.

RODRIGUEZ GLORIA, “La peor crisis en la historia del café”, La Prensa Gráfica, 28 de Agosto del 2001, p.2b.

“Breve estudio de la comunidad Izalco”, por Casa de la Cultura. Consejo Nacional para la Cultura y el Arte, Izalco, Sonsonate,1992.

“Censo poblacional”, 2001, por Unidad de Salud de Izalco.

“Censo poblacional”, 2001, por Unidad de Salud San José La Majada.

“Censo de la Vivienda”, 1998, por Alcaldía Municipal de Izalco.

“Censo de la Vivienda”, 1992, por Gobernación departamental de Sonsonate.

“Datos estadísticos”, 2000, por Dirección General de Estadísticas y Censo.

“Encuesta Nacional de Salud familiar”, 1998. USAID.

“Implementación de un nuevo modelo de atención”, por Unidad de Salud San José La Majada.

“Lineamientos del programa de salud bucal”, por Dirección Departamental de Salud de Sonsonate.

COTO, JOSE CARLOS, inspector de saneamiento, Unidad de Salud de Izalco.

DELEON VELADO, GILBERTO, alcalde, Alcaldía Municipal de Izalco

DHEMING VOSS, EDUARDO, odontólogo, Supervisor del Area Odontológica Departamental.

HERRERA, RAUL MAURICIO, alcalde, Alcaldía Municipal de Juayúa.

IRAHETA DE ORTIZ, CRISTINA, médico, Directora de Unidad de Salud de Izalco.

LOPEZ BELTRAN, SAUL, promotor en salud, Unidad de Salud San José La Majada.

RAMIREZ, JUAN CARLOS, médico consultante, Unidad de Salud San José La Majada

ANEXOS

INDICE

- ANEXO 1. Municipios del Departamento de Sonsonate
- ANEXO 2. Establecimientos de salud del Departamento de Sonsonate
- ANEXO 3. Departamento de Sonsonate, Población y Establecimientos de Salud
- ANEXO 4. Recurso odontológico en el Departamento de Sonsonate
- ANEXO 5. Extensión de la pobreza en el Departamento de Sonsonate
- ANEXO 6. Municipio de Izalco. (Mapa geográfico)
- ANEXO 7. Área urbana del Municipio de Izalco. (Mapa geográfico)
- ANEXO 8. Datos económicos básicos del Municipio de Izalco
- ANEXO 9. Datos demográficos del Municipio de Izalco
- ANEXO 10. Datos demográficos del Municipio de Izalco
- ANEXO 11. Acceso de la zona rural del Municipio de Izalco
- ANEXO 12. Cantón San José La Majada. (Mapa geográfico)
- ANEXO 13. Área de influencia de la Unidad de Salud San José La Majada
- ANEXO 14. Acceso geográfico del área de influencia del Cantón San José La Majada
- ANEXO 15. Características de la vivienda en Cantón San José La Majada
- ANEXO 16. Datos económicos básicos del Cantón San José La Majada
- ANEXO 17. Aspectos demográficos del Cantón San José La Majada
- ANEXO 18. Número de centros escolares ubicados en el Cantón San José La Majada
- ANEXO 19. Cuadro de técnicas e instrumentos
- ANEXO 20. Guía de entrevista n. 5 dirigida a Gobernación del Departamento

ANEXO 21. Guía de entrevista n. 6 dirigida a la Alcaldía Municipal

ANEXO 22. Cuestionario n.2 dirigido a la Alcaldía Municipal

ANEXO 23. Cuestionario n. 6 dirigido a la Dirección Departamental del Area Estomatológica

ANEXO 24. Cuestionario n. 3 dirigido a Organismos de Beneficencia Social

ANEXO 25. Cuestionario n. 4 dirigido a las Clínicas Estomatológicas Privadas

ANEXO 26. Cuestionario n. 5 dirigida a Dirección de Unidad de Salud

ANEXO 27. Cuestionario n. 7 dirigida al Área Estomatológica de la Unidad de Salud del Municipio

ANEXO 28. Cuestionario n. 8 dirigido al Odontólogo en servicio social

ANEXO 29. Guía de entrevista n. 1 dirigida a Directiva de la comunidad

ANEXO 30. Guía de entrevista n. 2 dirigida a pacientes que asisten a las clínicas estomatológicas del
Ministerio de Salud Pública, mayores de dieciocho años

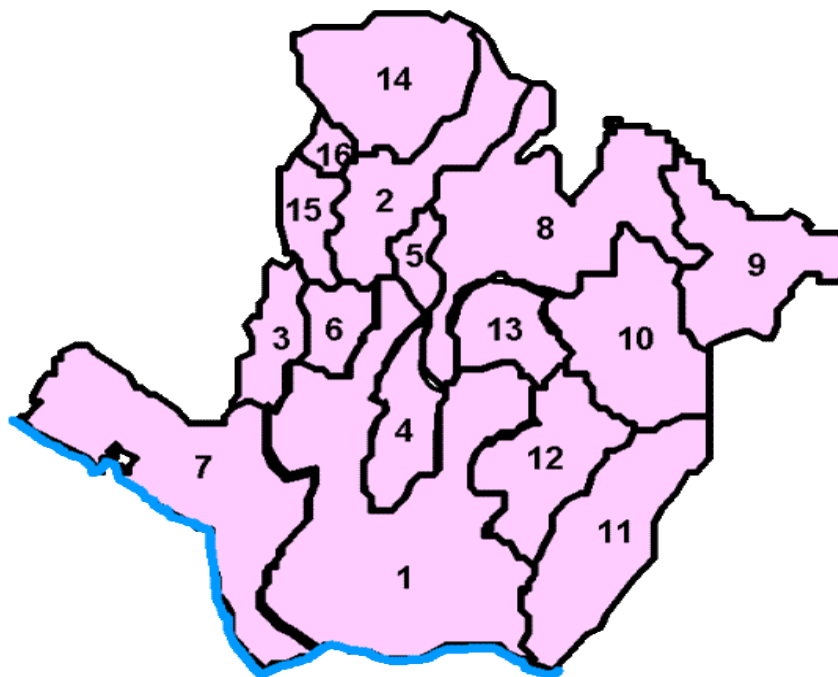
ANEXO 31. Guía de entrevista n. 3 dirigida a la Dirección de escuelas públicas y privadas

ANEXO 32. Guía de entrevista n. 4 dirigida a la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica del
Departamento

ANEXO 33. Guía de observación n. 1 dirigida a pacientes que asisten a la Unidad de Salud

ANEXO 1

Municipios del Departamento de Sonsonate



- 1 - Sonsonate
- 2 - Nahuizalco
- 3 - Santo Domingo de Guzmán
- 4 - Nahuilingo
- 5 - Sonzacate
- 6 - San Antonio del Monte
- 7 - Acajutla
- 8 - Izalco

- 11- Santa Isabel Ishuatán
- 12- Cuisnahuat
- 13- Caluco
- 14- Juayúa
- 15- Santa Catarina Masahuat
- 16- Salcoatitá

- 9 - Armenia
- 10- San Julián

ANEXO 2

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SONSONATE

No.	Municipio	Hospital	Unidad de Salud	Casa de Salud	Centro Rural Nutrición
1	Sonsonate	1	0	0	0
2	Nahuizalco	0	2	0	0
3	Santo Domingo de Guzmán	0	1	0	0
4	Nahuilingo	0	1	0	0
5	Sonzacate	0	1	0	0
6	San Antonio del Monte	0	1	0	0
7	Acajutla	0	2	0	0
8	Izalco	0	1	3	1
9	Armenia	0	1	0	0
10	San Julián	0	1	0	1
11	Santa Isabel Ishuatán	0	2	0	0
12	Cuisnahuat	0	1	1	0
13	Caluco	0	1	0	0
14	Juayúa	0	2	1	1
15	Santa Catarina Masahuat	0	1	0	0
16	Salcoatitán	0	1	0	0
TOTAL		1	19	5	3

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2000.

ANEXO 4

RECURSO ODONTOLÓGICO EN EL DEPARTAMENTO DE SONSONATE

Municipio	Número de clínicas odontológicas	Número de odontólogos
Acajutla	2	3
-Acajutla		
-Metalio		
Sonsonate	1	1
-Salinas de Ayacachapa		
Armenia	1	1
Caluco	1	1
Izalco	1	1
Juayúa	2	3
-Juayúa		
-San José La Majada		
Nahuizalco	1	1
Nahuilingo	1	1
San Antonio del Monte	1	1
San Julián	1	1
Santa Catarina Masahuat	1	1
Santo domingo	1	1
Sonzacate	1	5
Total	15	21
Programa Escuela Saludable	*	3
Total	15	24

FUENTE: Dr. Eduardo Dheming, Supervisor de área de odontología del Departamento de Sonsonate

ANEXO 5

EXTENSIÓN DE LA POBREZA EN EL DEPARTAMENTO DE SONSONATE

El Salvador: Extensión de la Pobreza en El Departamento de Sonsonate									
Zona	Pobreza Extrema	Pobreza Relativa	Pobres	No Pobres	Total	Pobreza Extrema	Pobreza Relativa	Pobreza	No Pobres
RURAL	66,200	82,700	148,900	100,600	249,500	26.53%	33.15%	59.68%	40.32%
URBANA	24,150	46,340	70,490	109,060	179,550	13.45%	25.81%	39.26%	60.74%
TOTAL	90,350	129,040	219,390	209,660	429,050	21.06%	30.08%	51.13%	48.87%

FUENTE : Internet <http://www.uca.edu.sv/nuevo/primersemestre2000.html>

ANEXO 8

DATOS ECONOMICOS BASICOS
DEL MUNICIPIO DE IZALCO

INDICADORES DE POBREZA	
DECIL DE POBREZA:	4
MORTALIDAD INFANTIL:	54.00
ANALFABETISMO 10 AÑOS Y MÁS:	30.00
HACINAMIENTO:	45.00
VIVIENDAS PISO Y TIERRA:	59.00
RANCHO CHOZAS Y VIVIENDAS IMPROVISADAS:	3.00
SIN SERVICIO DE AGUA POTABLE:	60.00
SIN SERVICIO SANITARIO:	21.00
SIN SERVICIO DE DRENAJE:	85.00
SIN ENERGIA ELECTRICA:	52.00
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 1-6:	43.00
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 7-9:	12.00
EXTRA EDAD 1-6:	60.00
EXTRA EDAD 7-9:	69.00
POBLACIÓN RURAL MUNICIPIO:	72.00

ANEXO 9

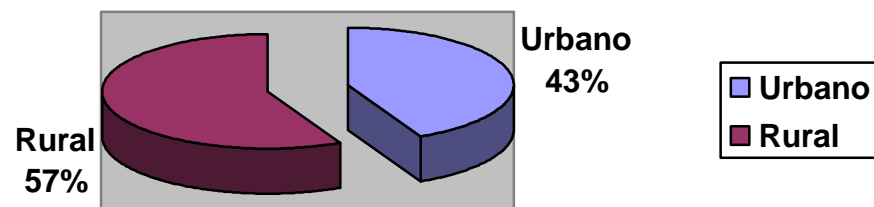
ASPECTOS DEMOGRAFICOS DEL MUNICIPIO DE IZALCO

Distribución de la población de acuerdo al lugar de procedencia

POBLACION URBANA	28,893
POBLACION RURAL	38,393
TOTAL	68,286

FUENTE: Censo poblacional 2001, Unidad de Salud de Izalco.

Siendo los siguientes porcentajes:



ANEXO 10

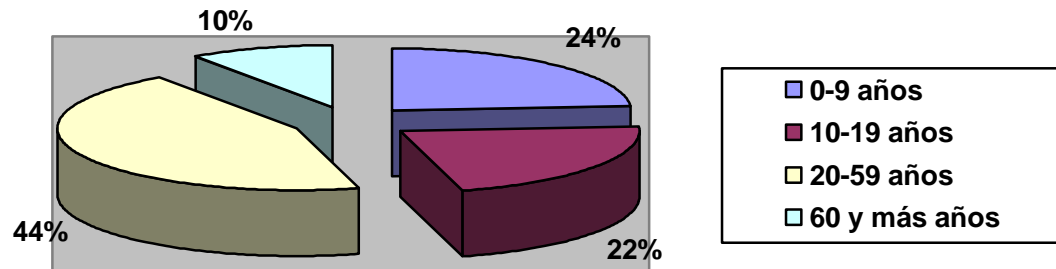
ASPECTOS DEMOGRAFICOS DEL MUNICIPIO DE IZALCO

Distribución de la población por edad

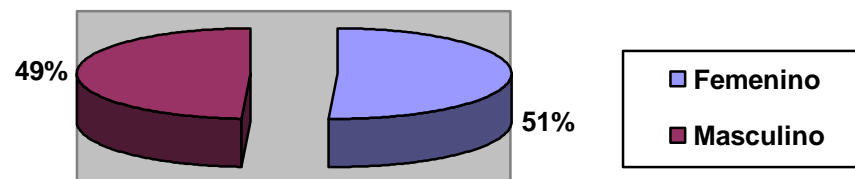
0 – 9 años	18,373
10 – 19 años	14,901
20 – 59 años	30,431
60 y más años	4,581
TOTAL	68,286

FUENTE: Censo poblacional 2001, Unidad de Salud de Izalco

Siendo en porcentaje:



La distribución de la población según sexo es



ANEXO 11

ACCESO DE LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE IZALCO

N	CANTONES	ACCESO AL ESTABLECIMIENTO	
		DISTANCIA (Km.)	TIEMPO (Min.)
1	Ceiba Charco	5	20
2	Cruz Grande	4	30
3	Cuntan	4	20
4	Cuyagualo	8	40
5	Chorro Abajo	2	10
6	Chorro Arriba	4	20
7	El Sunza	11	45
8	Huiscoyolate	1	20
9	Cangrejera	2	20
10	La Chapina	10	48
11	Quebrada Española	5	20
12	Las Higueras	6	32
13	Las Lajas	22	88
14	Las Marias	18	72
15	Tunalmiles	8	32
16	Piedras Pachas	7	28
17	San Isidro	16	105
18	San Luis	9	36
19	Shon Shon	7	35
20	Talcomunca	8	70
21	Tecuma	1	20
22	Teshcal	1	20
23	Tapalshucut	1	15
24	Joya de Cerén	8	32
25	Tres Ceibas	3	30

Fuente: Informe de salud del Municipio de Izalco, 1998.

ANEXO 13

ÁREA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD DE SALUD SAN JOSÉ LA MAJADA

El Cantón San José La Majada se puede dividir de acuerdo a su área geográfica de influencia en:

Cantón La Majada
 Cantón Los Naranjos
 Cantón Valle Nuevo
 Cantón Ojo de Agua

Los Cantones se encuentran conformados de la siguiente forma:

CANTON	CASERIO	COLONIA
La Majada	6	6
Los Naranjos	9	1
Valle Nuevo	2	4
Ojo de Agua	3	-
TOTAL	12	11

FUENTE: Unidad de Salud San José La Majada

ANEXO 14

Acceso geográfico del área de influencia del Cantón San José La Majada

CANTON	DISTANCIA	TIEMPO RECORRIDO (caminando)
La Majada	1 Km	10 min.
Valle Nuevo	2 Km	30 min.
Los Naranjos	5 Km	2 hrs.
Ojo de Agua	7 Km	3 hrs.

FUENTE: Unidad de Salud San José La Majada

ANEXO 15

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA EN EL CANTÓN SAN JOSÉ LA
MAJADA

El número de vivienda en lo que es el área de influencia del Cantón San José La Majada es de 1,700. Las cuales están construidas con los siguientes materiales:

Techos	Lamina	95%
	Ladrillo	42%
Paredes	Madera	31%
	Adobe-bahareque	27%
Piso	Cemento	37%
	Tierra	37%
	Ladrillo	25.4%

FUENTE: Unidad de Salud La Majada

ANEXO 16

DATOS ECONOMICOS BASICOS
DEL MUNICIPIO DE JUAYÚA

INDICADORES DE POBREZA	
DECIL DE POBREZA:	5
MORTALIDAD INFANTIL:	56.00
ANALFABETISMO 10 AÑOS Y MÁS:	24.00
HACINAMIENTO:	36.00
VIVIENDAS PISO Y TIERRA:	50.00
RANCHO CHOZAS Y VIVIENDAS IMPROVISADAS:	4.00
SIN SERVICIO DE AGUA POTABLE:	49.00
SIN SERVICIO SANITARIO:	11.00
SIN SERVICIO DE DRENAJE:	78.00
SIN ENERGIA ELECTRICA:	44.00
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 1-6:	49.00
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 7-9:	14.00
EXTRA EDAD 1-6:	46.00
EXTRA EDAD 7-9:	68.00
POBLACIÓN RURAL MUNICIPIO:	67.00

ANEXO 17

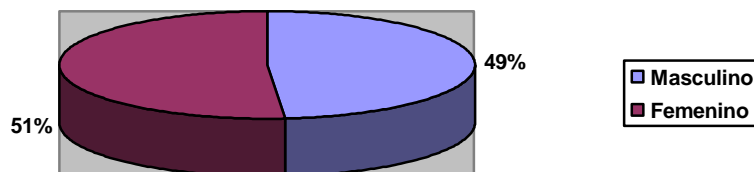
ASPECTOS DEMOGRAFICOS DEL CANTÓN SAN JOSÉ LA MAJADA

San José La Majada cuenta con una población de 7994 habitantes, lo que implica una densidad poblacional de 103 habitantes por km².

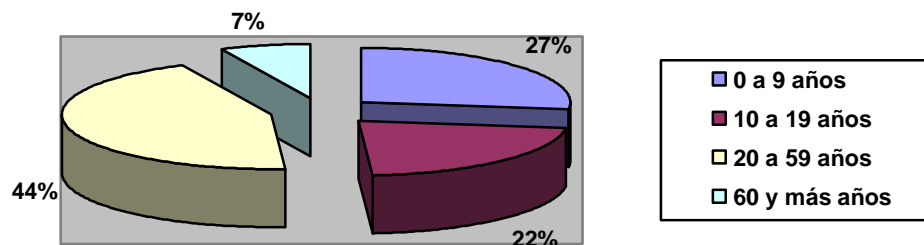
CANTON	POBLACION	%
La Majada	3,984	50
Los Naranjos	2,512	31
Valle Nuevo	1,121	14
Ojo de Agua	377	5
TOTAL	7,994	100

Fuente: Censo poblacional 2001. Unidad de Salud San José La Majada

La población según sexo esta distribuido de la siguiente forma



Distribución de la población por edad.



FUENTE: Censo poblacional 2001, Unidad de Salud San José La Majad

ANEXO 18

Número de centros escolares ubicados en el área de influencia del
Cantón San José La Majada

CANTON	Número de Escuelas
La Majada	3
Los Naranjos	2
Valle Nuevo	1
Ojo de Agua	2
TOTAL	8

FUENTE. Unidad de Salud San José La Majada

ANEXO 19
CUADRO DE TECNICAS E INSTRUMENTOS

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	N° PREGUNTAS
1. Numero de hospitales, centros de salud, clínicas privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de beneficencia social que brindan servicio estomatológico en los Municipios en estudio.	- Director departamental del área de estomatología.	- Encuesta.	- Cuestionario # 6	1
	- Alcalde	- Encuesta.	- Cuestionario # 2	9
2. Número de Odontólogos que prestan su servicio en clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia en los Municipios en que se realizó el estudio.	- Representante de Junta de Vigilancia Profesional Odontológica.	- Entrevista.	- Guía de Entrevista # 4	2,3
	- Director departamental del área de estomatología.	- Encuesta.	- Cuestionario # 6.	8,9
3. Número de Odontólogos por cada clínica estomatológica en instituciones públicas, privadas e instituciones de beneficencia social.	- Director de Escuela Pública y Privada.	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 1	3
	- Odontólogo de Clínicas de Beneficencia	- Encuesta.	- Cuestionario # 5	1
	- Dirección de Unidad de Salud.	- Encuesta	- Cuestionario # 3	1
	- Odontólogos en clínicas privadas	- Encuesta	- Cuestionario # 4.	1
4. Número de horas que labora cada odontólogo en las Clínicas Públicas, Privadas e Instituciones de Beneficencia	- Director Departamental	- Encuesta.	- Cuestionario # 6	10
	- Director Unidad de Salud.	- Encuesta.	- Cuestionario # 5	2
	- Clínica Privada	- Encuesta.	- Cuestionario # 4	2
	- Instituciones de Beneficencia	- Encuesta.	- Cuestionario # 3	2
	- Odontólogos U.S.	- Encuesta.	- Cuestionario # 7	1
5. Número de horas semanales que labora cada odontólogo de las unidades de salud pública y asistencia social, en otros programas bucales	- Director Departamental	- Encuesta.	- Cuestionario # 6.	3
	- Odontólogo Unidad de Salud.	- Encuesta.	- Cuestionario # 7.	1
6. Estrato económico de la población a la que se le ofrecen los servicios estomatológicos públicos	- Odontólogo Unidad de Salud.	- Encuesta.	- Cuestionario # 7	3
	- Director Unidad de Salud.	- Encuesta	- Cuestionario # 5	3 y 4

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	Nº PREGUNTAS
7. Servicios estomatológicos que se brindan en las instituciones públicas, clínicas privadas e instituciones de beneficencia	- Dirección de Escuela pública y privada. - Odontólogo en Unidad de Salud. - Dirección de Unidad de Salud. - Odontólogo en Clínica Privada - Odontólogo en Clínica de Beneficencia.	- Entrevista.	- Guía de entrevista # 3	1 y 4
		- Encuesta.	- Cuestionario # 7	4
		- Encuesta.	- Cuestionario # 5	5
		- Encuesta.	- Cuestionario # 4	3
		- Encuesta.	- Cuestionario # 3	3
8. Tratamiento estomatológico que se realiza con mayor frecuencia en clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia social	- Odontólogo en servicio social - Odontólogo Unidad de Salud. - Odontólogo en Clínica Privada - Odontólogo en Clínica de Beneficencia. - Director de unidad de salud - Odontólogo en servicio social	- Encuesta	- Cuestionario # 8.	6
		- Encuesta.	- Cuestionario # 7.	5
		- Encuesta.	- Cuestionario # 4.	4
		- Encuesta.	- Cuestionario # 3	4
		- Encuesta	- Cuestionario # 5.	11
		- Encuesta	- Cuestionario # 8.	6
9. Costo promedio de los tratamientos estomatológicos que se realiza en las clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia	- Odontólogo en Unidad de Salud - Odontólogo en Clínica Privada - Odontólogo en Clínica de Beneficencia.	- Encuesta.	- Cuestionario # 7	6
		- Encuesta.	- Cuestionario # 4	5
		- Encuesta.	- Cuestionario # 3	5
10. Programas que se desarrollan para el beneficio de la salud bucal a nivel de clínicas públicas, privadas e instituciones de beneficencia	- Director Escuelas Públicas y Privadas. - Pacientes mayores de 18 años - Odontólogo Unidad de Salud. - Director Departamental. - Director Unidad de Salud. - Clínica Privada. - Instituciones de Beneficencia.	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 3.	2 y 3
		- Entrevista	- Guía de Entrevista # 2	1
		- Encuesta.	- Cuestionario # 7.	7
		- Encuesta.	- Cuestionario # 6.	2 y 11
		- Encuesta.	- Cuestionario # 5	6
		- Encuesta.	- Cuestionario # 4	6
		- Encuesta.	- Cuestionario # 3	6
11. Problemas bucales más frecuentes que presenta la población que recibe los servicios estomatológicos en clínicas privadas e instituciones de beneficencia	- Clínicas privadas. - Instituciones de Beneficencia. - Odontólogo en servicio social	- Encuesta.	- Cuestionario # 4	7
		- Encuesta.	- Cuestionario # 3	7
		- Encuesta	- Cuestionario # 8	4

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	Nº PREGUNTAS
12. Clasificación por estratos de los problemas estomatológicos más frecuentes presentados por la población que asisten a los servicios estomatológicos	- Pacientes que asisten a la Unidad de Salud	- Encuesta	- Cuestionario # 8	4
	- Clínica Privada.	- Encuesta.	- Cuestionario # 4	8
	- Instituciones de Beneficencia	- Encuesta.	- Cuestionario # 3	8
13. Problemas que se presentan en las clínicas estomatológicas a nivel público que afecta la prestación de servicios de calidad	- Odontólogo en Unidad de Salud	- Encuesta.	- Cuestionario # 7	9,10,11 y 12
	- Dirección de la comunidad	- Entrevista.	- Entrevista # 1	6
	- Dirección de Unidad de Salud	- Encuesta	- Cuestionario # 5	4
	- Odontólogo en clínica privada	- Encuesta	- Cuestionario # 4	9,10
	- Odontólogo en clínica de beneficencia	- Encuesta	- Cuestionario # 3	9,10
14. Existencia de coordinación entre odontólogos y demás personal de salud a nivel público para planear actividades estomatológicas	- Dirección de Unidad de Salud	- Encuesta	- Cuestionario # 5.	8, 12 y 13
	- Dirección Departamental del Área Estomatológica	- Encuesta.	- Cuestionario # 6	5
	- Odontólogo en Unidad de Salud	- Encuesta.	- Cuestionario # 7	13, 14
	- Dirección de escuelas públicas y privadas	- Encuesta.	- Guía de Entrevista # 3	5
15. Participación del odontólogo de la clínica de estomatológica pública, privada e instituciones de beneficencia en la resolución de la problemática estomatológica de la comunidad.	- Odontólogo en Unidad de Salud	- Encuesta.	- Cuestionario # 7	16, 17 y 18
	- Dirección de Unidad de Salud	- Encuesta.	- Cuestionario # 5	8, 15, 16
16. Programas estomatológicos que se realizan con el consentimiento y participación de las comunidades.	- Odontólogo en Clínica Privada.	- Encuesta	- Cuestionario # 4.	11
	- Directiva de la comunidad.	- Entrevista.	- Guía de Entrevista # 1	3
	- Odontólogo de la Unidad de Salud	- Encuesta.	- Cuestionario # 7	8
	- Dirección Departamental del Área Estomatológica.	- Encuesta.	- Cuestionario # 6	6,7
	- Dirección de Unidad de Salud.	- Encuesta	- Cuestionario # 5	9
	- Odontólogo de Clínica de Beneficencia.	- Encuesta	- Cuestionario # 3	11

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	Nº PREGUNTAS
17. Responsabilidades estomatológicas delegadas en las comunidades	- Directiva de la Comunidad.	- Entrevista.	- Guía de Entrevista # 1	1, 2
18. Programas estomatológicos basados en el desarrollo de los recursos humanos locales	- Directiva de la comunidad.	- Entrevista.	- Guía de Entrevista # 1	4
19. Análisis de la promoción de la salud estomatológica en la localidad en el marco de la educación pública y privada	- Alcaldía Municipal	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 3	6
20. Opinión de la población sobre costos, calidad y trato de los servicios estomatológicos públicos	- Pacientes que asisten a las Clínicas del MSPAS.	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 2	4, 7, 8, 9
	- Directiva de la comunidad	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 1	5
21. Concepción cultural sobre la salud estomatológica de la población	- Directiva de la Comunidad.	- Entrevista.	- Guía de Entrevista # 2.	2, 3, 5, 6
	- Pacientes que asisten a las Clínicas del MSPAS.	- Entrevista.	- Guía de Entrevista # 1	7, 8, 9, 10
22. El presupuesto asignado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social al área de estomatología, por departamento, municipio y clínica estomatológica	- Dirección Departamental del Área Estomatológica	- Encuesta	- Cuestionario # 6.	4
	- Dirección de Unidad de Salud	- Encuesta.	- Cuestionario # 5.	7,10
23. Control de la Junta de Vigilancia de la profesión odontológica y el Ministerio de Salud Pública y de Asistencia Social sobre prácticas que ejercen los odontólogos en los municipios	- Junta de Vigilancia para la Profesión Odontológica.	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 4	4, 5, 6, 7, 8
24. Numero de piezas dentales cariadas (C), pérdidas (P), pérdidas antes de los 12 años (ep), obturadas (O), por estrato de los pacientes que visitan las clínicas de las Unidades de Salud	- Pacientes que asisten a la Unidad de salud	- Observación	- Guía de observación # 1	6
25. Tratamiento estomatológico que se deberían realizar con mayor frecuencia en la clínica pública	- Odontólogo en servicio social	- Encuesta	- Cuestionario # 8	5

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	N° PREGUNTAS
- Condiciones socioeconómicas del departamento.	- Gobernador del Departamento	- Entrevista.	- Guía de Entrevista # 5	1 al 8
- Historia de la Comunidad o del Municipio	- Alcalde	- Entrevista.	- Guía de Entrevista # 6	1, 2, 3
- Condiciones socioeconómicas del Municipio	- Alcalde	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 6	5, 6, 7, 14, 45, 40
- Características demográficas: Población por departamento, población por municipio	- Alcalde	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 6	8, 4, 9, 6, 10, 11, 12, 13, 14
- Organizaciones Económicas	- Alcalde	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 6	7, 14, 15, 16
- Organizaciones de Salud y Asistencia Social	- Alcalde	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 6	17, 18, 19, 20, 21
- Organizaciones Religiosas	- Alcalde	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 6	22, 23
- Otras Organizaciones	- Alcalde	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 6	24, 25
- Administración de la Comunidad o Municipio	- Alcalde	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 6	26, 27
- Sistema Educativo	- Alcalde	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 6	20, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38
- Problemas Sociales	- Alcalde	- Entrevista	- Guía de Entrevista # 6	39, 40