



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN.

**PROPUESTA PARA LA CREACION DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA INTEGRAL DIRIGIDO A LAS INTERNAS DEL ANEXO
FEMENINO DEL INTERNADO JUDICIAL CARABOBO. ESTADO CARABOBO
(2007-2008)**

Autor:

Rosales, Blanca.

Tutor Metodológico:

Jiménez, Carmen

Tutor de Contenido:

Borges, Mary

Valencia, Mayo 2008.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN.

Área de Investigación: Educación en Salud Odontológica

Línea de investigación: Atención al Paciente en Condiciones Especiales

**PROPUESTA PARA LA CREACION DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA INTEGRAL DIRIGIDO A LAS INTERNAS DEL ANEXO
FEMENINO DEL INTERNADO JUDICIAL CARABOBO. ESTADO CARABOBO.
(2007-2008)**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OBTENER EL
TITULO DE ODONTOLOGO**

Autor:

Rosales, Blanca.

Tutor Metodológico:

Jiménez, Carmen

Tutor de Contenido:

Borges, Mary

Valencia, Mayo 2008.



ODONTOLOGIA



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN.

CARTA DE APROBACIÓN

En carácter de tutor (es) del trabajo final de investigación titulado: **PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DIRIGIDO A LAS INTERNAS DEL ANEXO FEMENINO DEL INTERNADO JUDICIAL CARABOBO. ESTADO CARABOBO.** Presentado por la bachiller: Blanca Cecilia Rosales Quintero. Considero que dicho trabajo de investigación reúne los requisitos y meritos suficientes para ser aprobado y sometido a presentación pública y evaluación.

En la ciudad de Valencia a los ___ días del mes de Mayo 2008.

Prof. Mary Borges
Tutor de contenido

Prof. Carmen Jiménez
Tutor metodológico

DEDICATORIA

A nuestro Señor Jesucristo, quien en su infinita misericordia me ha permitido llegar tan lejos, haberme guiado en el camino, y bendecido tantas veces.

A mis padres; esos dos seres humanos invaluable, a quienes le dedico todos mis triunfos.

A mi hijo y esposo por hacerme feliz.

A toda mi familia.

A todas las personas que me apoyaron en este proyecto.

Blanca C. Rosales Q.

Agradecimientos

A DIOS por ser bueno conmigo y nunca abandonarme.

A mi padre porque aunque ya no se encuentre en esta tierra siempre estará a mi lado iluminándome.

A mi madre gracias a ti porque me has enseñado a ser luchadora.

A mi hijo Daniel Olinto por hacerme dichosa y descubrir la esencia de ser mujer.

A mi esposo Daniel por apoyarme y ser un compañero incondicional.

A mis Hermanos por acompañarme en este triunfo.

A mi suegra Ibel por tener paciencia y colaborar en esta etapa de mi vida.

A mis tíos, tías y demás familiares porque se sienten orgullosos de este triunfo.

A mis amigos y compañeros por estar conmigo en las buenas y malas.

A los profesores y tutores que con todo su amor y dedicación se esmeran por enseñarnos y hacernos cada día mejores personas.

A los que ya no están pero que en algún momento dejaron siembras, me enseñaron algo se que estarían orgullosos de ver este triunfo.

A todos mis más sinceros agradecimientos muchas gracias!

Blanca C. Rosales Q

ÍNDICE GENERAL

	pp.
LISTA DE CUADROS.....	VII
RESUMEN.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	9
 CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA.....	10
Planteamiento del Problema.....	10
Objetivos de la Investigacion.....	12
Objetivo General.....	12
Objetivo Especificos	12
Justificacion de la Investigacion.....	13
 II MARCO TEORICO.....	 14
Antecedentes.....	14
Bases Teoricas.....	17
Operacionalizacion de Variables.....	54
 III MARCO METODOLOGICO	 55
Tipo y Diseño de la Investigacion.....	55
Tipo.....	55
Diseño.....	55
Poblacion y Muestra	56
Poblacion.....	56
Muestra.....	56
Tecnicas y Recoleccion de Datos.....	57
Instrumento.....	57
Validez y confiabilidad.....	57
Validez.....	57

III	MARCO METODOLOGICO	
	Confiabilidad.....	58
	Procesamiento y Analisis de Datos.....	59
IV	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	60
	Análisis de los Resultados.....	60
	CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES.....	80
	Conclusiones.....	80
	Recomendaciones.....	81
V	LA PROPUESTA.....	82
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
	ANEXOS.....	99
	A Instrumento.....	100
	B Sabana de Datos recogidos según la Encuesta.....	101

LISTA DE CUADROS

Cuadro

	pp.
Calculo de coeficiente Kuder-Richardson.....	58
1. Utilización del servicio odontológico actualmente del anexo femenino por parte de las internas.....	61
2. Necesidad de acudir al servicio odontológico que actualmente del anexo femenino por parte de las internas.....	62
3. Necesidad de acudir de emergencia al servicio odontológico actualmente del anexo femenino por parte de las internas.....	63
4. Tiempo de espera para poder utilizar al servicio odontológico del anexo femenino	64
5. Tratamiento de operatoria recibido de las internas por parte del servicio del internado.	65
6. Tratamiento de operatoria recibido de las internas por parte del servicio del internado.	66
7. Tratamiento de endodoncia recibido de las internas por parte del servicio del internado.	67
8. Tratamiento de prótesis recibido de las internas por parte del servicio del internado.....	68
9. Tratamiento de periodoncia recibido de las internas por parte del servicio el internado.....	69
10. Necesidades cubiertas por el servicio a las internas.....	70
11. Bienestar de las internas proporcionado por parte del servicio odontológico actualmente del anexo femenino.....	71

12. Información recibida por parte de las internas de las Enfermedades dentarias suministrada por el servicio actualmente del anexo femenino	72
13. Información recibida por parte de las internas de las enfermedades periodontales suministrada por el servicio odontológico actualmente del anexo femenino por parte de las internas.....	73
14. Información recibida por parte de las internas de las técnicas de cepillados suministrada por el servicio odontológico actualmente del anexo femenino.....	74
15. Información recibida por parte de las internas de las técnicas del uso del hilo dental suministrada por el servicio odontológico actualmente del anexo femenino.....	75
16. Resolución de los problemas bucodentales de las internas proporcionado por el servicio odontológico actualmente del anexo femenino.....	76
17. Mejoramiento del Servicio odontológico que presta actualmente el Internado Judicial Carabobo.....	77
18 Necesidades cubiertas por el servicio a las internas.....	78
19. Información sobre prevención de enfermedades buco dentales...	79
21. Datos recogidos de las encuestas.....	103



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN.

PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DIRIGIDO A LAS INTERNAS DEL ANEXO FEMENINO DEL INTERNADO JUDICIAL CARABOBO. ESTADO CARABOBO (2007-2008)

Autor: Br. Blanca Cecilia Rosales Quintero

Tutor Metodológico: Prof. Carmen Jimenez.

Tutor de Contenido: Prof. Mary Borges

Año: Mayo, 2008

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad elaborar una Propuesta para la Creación de un Servicio de Atención Odontológica Integral dirigido a las internas del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo Estado Carabobo. Se enmarco dentro de la modalidad de proyecto factible, apoyado en un diseño no experimental de tipo transeccional. La muestra estuvo conformada por (60) internas de dicho internado, cuya población es de 120 internas. Para recoger la información se realizo una encuesta con un cuestionario dirigido a las internas del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo. Estado Carabobo; conformado por 19 preguntas de tipo cerrada y de respuestas dicotómicas, para diagnosticar la necesidad de la propuesta. Se uso como estadístico para determinar su confiabilidad el índice de consistencia interna a través del coeficiente de Kuder-Richarson dando como un coeficiente de 0,857 Los resultados fueron presentados en cuadros y gráficos, y analizados de manera descriptiva. Se concluye que las internas de dicho Internado si requieren un Servicio de Atención Odontológica Integral.

Palabras clave: Servicio odontológico Integral, Internado Judicial Carabobo.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN.

PROPOSITION TO THE CREATION OF AN INTEGRAL SERVICE OF DENTIST ATTENTION FOR THE PRISONERS FROM THE FEMINIST JUDICIAL JAIL OF CARABOBO, CARABOBO STATE. (2007-2008)

Author: Blanca Cecilia Rosales Quintero.
Methodological Tutor: Prof. Carmen Jimenez.
Content Tutor: Prof. Mary Borges.
Year: Mayo, 2008.

SUMARY

This research had the finality of making a proposition to create an Integral Service of Dental Attention for the feminist prisoners at the judicial jail of Carabobo, Carabobo State. It was in the modality of a feasible project. Supported by, a no-experimental designs, transeccional kind. The show was integrated by (60) sixty prisoners from this jail, which its population is from (120) one hundred and twenty feminist prisoners. To collect the information, it was necessary to make a survey of several questions given to the prisoners to solve them. It had (19) nineteen opened questions and “yes” and “no” answers, in order to see the necessity of the proposition. To prove the trustworthiness, the reliability test of KUDER-RICHARDSON was applied, and the coefficient was 0,857. Results were presented in blocks and graphics, analyzed in a descriptive way. The conclusion is that actually, these women required the Integral Service of Dentist Attention.

Key words: Integral Dentist Service, Judicial Jail Carabobo.

INTRODUCCION

Según las leyes venezolanas y las normas internacionales, las prisiones deben ofrecer a los internos atención médica básica. Muchas disposiciones de la Ley de Régimen Penitenciario estipulan que cada prisión tenga una enfermería, un servicio odontológico, una farmacia y personal médico suficiente; que ponga a disposición de los presos diariamente consultas médicas generales, y odontológicas. Sin embargo, en la mayoría de los casos la falta de recursos impide el cumplimiento de estos requisitos legales. Los funcionarios de prisiones y el gobierno aceptan abiertamente que la atención médica de las prisiones venezolanas está en estado de crisis que la entrega de asistencia médica y odontológica "brilla por su ausencia" en las prisiones venezolanas.

Ante esta problemática entre otras, los profesionales de la salud en conjunto con la institución podrían unir esfuerzo para tratar de dar solución o por lo menos aportar un granito de arena y ayudar a colaborar con el mejoramiento del bienestar de los internos de las instituciones penitenciarias es aquí donde parte la preocupación de proponer la creación de un servicio odontológico integral en el anexo femenino del Internado Judicial que es realmente necesario implantar y así ser los pioneros como institución universitaria que se preocupa por la realidad carcelaria.

Esta investigación consta de cinco capítulos; en el primer capítulo se hace el planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos y justificación. Capítulo II, antecedentes, bases teóricas, variables, definición de términos básico. Capítulo III tipo y diseño de investigación, población y muestra técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de datos; capítulo IV análisis de los resultados, capítulo V la propuesta, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

De acuerdo con la constitución de la Organización Mundial de la Salud (O.M S) 1948, la cual declara que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social. Por lo tanto el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden las disponibilidades garantizadas de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

El derecho a la salud esta consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

También, existe la preocupación que es tomada en cuenta por la Organización de Estados Americanos (O.E.A) donde en el artículo 5 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (1969) el cual es aplicable a las personas privadas de su libertad, la cual establece el derecho de todas las personas a que se respete su integridad física, síquica y moral, el cual constituye el fundamento válido para establecer un tratamiento digno y acorde a las necesidades culturales, sociales, educativas y de salud pertinentes a un ser humano. Por otra parte, en Venezuela según el artículo 40 de la Ley de Régimen Penitenciario (2000) “Los establecimientos

penitenciarios dispondrán de locales e instalaciones adecuadas y del personal necesario para prestar servicios en... sección de odontología...”.

A pesar de que la prestación de este servicio existe en las cárceles de Venezuela, en una de ellas específicamente el Internado Judicial Carabobo anexo femenino en el cual se observó un servicio odontológico en condiciones no idóneas, lo cual difiere de lo establecido en la ley, ya que la estructura física es inadecuada y la existencia de un solo odontólogo por turno hace imposible atender a toda la población carcelaria existente, quedando muchas internas sin beneficio de este servicio lo que a la larga podría ocasionar patologías dentarias y bucales más graves como odontalgias, neuralgias, edemas, celulitis que son focos infecciosos que puedan predisponer a una endocarditis en personas con estado inmunológico comprometido y que trastornen aun más la salud de dichos internos.

Aunado a esto, no existe la figura de un asistente o higienista dental que colabore con el trabajo del odontólogo, trayendo como consecuencia que este, tenga mayor stress y fatiga, lo que aumenta la tendencia de sufrir problemas de salud debido a que tiene que cumplir con múltiples funciones adicionales a las de odontólogo como tal.

Ante esto los profesionales de la odontología deben preocuparse por mejorar estas condiciones a fin de lograr prestar un servicio adecuado y de calidad, de esta manera contribuir con el cumplimiento de los derechos establecidos de muchos tratados sobre los derechos humanos.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe la propuesta de la instalación de un servicio de atención odontológica integral por parte de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo que sea atendido por estudiantes que colaboren con su labor comunitaria a promover, prevenir y restaurar en áreas como operatoria, periodoncia, endodoncia y cirugía para así evitar y mejorar las condiciones de salud bucal de los reclusos elevando su calidad de vida ya que podrán ser atendidos mayor numero de los

mismos y colaborar con los odontólogos que ya realizan su labor en el internado; también se lograría realizar veraces levantamientos epidemiológicos y de morbilidad que dará mejor visión de la problemática en salud bucal de dichos reclusos y entonces promover el interés de nuevos estudios por parte de otros profesionales. ¿Es posible crear un servicio odontológico integral en el anexo femenino del Internado Judicial Carabobo Estado Carabobo?.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Proponer un servicio de salud odontológico integral, dirigido a las internas del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo. Estado Carabobo

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar la necesidad de implementar un servicio odontológico integral en el anexo femenino del Internado Judicial Carabobo. Estado Carabobo.
2. Realizar el estudio de factibilidad de la instalación del servicio odontológico integral en el anexo femenino del Internado Judicial Carabobo. Estado Carabobo.
3. Elaborar la propuesta para la instalación de un servicio odontológico integral en el anexo femenino del Internado Judicial Carabobo. Estado Carabobo

Justificación de la Investigación

El presente trabajo de investigación se rige en el Área de Educación en Salud Odontológica y cuya línea de investigación abarca específicamente la atención del paciente en condiciones especiales.

Aunque se esta consciente de que este proyecto tiene sus limitaciones, como toda investigación, se cree que puede contribuir a brindar respuesta a la situación diagnosticada de la poca asistencia odontológica que se les brinda a las personas que están en el mencionado internado.

Asimismo, a través de este trabajo de investigación se pretende hacer notar que la creación de un servicio donde se brinde atención de salud odontológica integral, produciría un doble beneficio, por un lado a las internas del penal y por otro a la comunidad de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, ya que las internas obtendrían tratamiento integral, oportuno y accesible de las entidades presentes a nivel bucal, y los estudiantes de pre - grado y post – grado al igual que los profesores incluirían en su formación académica más trabajo comunitario, convirtiéndolo en un profesional más humano, preocupado por el bienestar de su prójimo.

De igual manera, este servicio podría significar una buena oportunidad para la Universidad de Carabobo y la Facultad de Odontología para hacer frente a la problemática presente en el país en cuanto al sistema carcelario y aportar una solución real y directa, lo cual es un tema de gran relevancia y que requiere alta sensibilidad.

Finalmente, por otra parte se aprovecharía como un punto de referencia para la implementación de servicios semejantes en los otros internados para dar respuesta a la demanda presente en la realidad carcelaria.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Al realizar una revisión de las distintas investigaciones epidemiológicas nacionales y regionales, así como de algunos programas de atención odontológica, se puede apreciar la condición de salud bucal de la población venezolana.

En una investigación realizada por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1972), muestra en los resultados del Estudio para la Planificación Integral de la Odontología -EPIO- el grave estado de las condiciones de salud bucal de la población venezolana. En este estudio, se determinaron las afecciones de mayor prevalencia como caries dental, periodontopatías, higiene oral y necesidades protésicas, las cuales fueron relacionadas con las variables de edad, sexo, ubicación geográfica, niveles educacionales, niveles de ingreso y regiones del país. Todo esto trae preocupación en algunos profesionales del área de salud por lo que existen algunos proyectos relacionados con el mismo.

Se puede citar el siguiente trabajo elaborado en 1976 por Aguirre, J. denominado “Diseño de un programa para las necesidades de salud oral en niños de 6 a 14 años en el grupo Escolar “Manuel Alcázar” como un Modelo de Atención Odontológica de la Universidad de Carabobo, Facultad Odontología.

Otro estudio relacionado se trata del Programa de Atención Odontológica para Niños Excepcionales del Distrito Valencia del Estado Carabobo (1979) elaborado por Gutiérrez y Paz quienes propusieron una red de atención progresiva en conjunto con la Escuela de Odontología de la Universidad de Carabobo, y la integración de los servicios de salud del

estado. Por otra parte, la propuesta de un Programa Piloto de Salud Bucal Integral al Adolescente Especial del Taller Laboral Carabobo del Municipio Naguanagua del estado Carabobo 2004-2005, elaborado por López y López C (2005), que propone llevar salud bucal a estos adolescentes de condiciones especiales. Y por último una propuesta de un servicio de atención odontológica integral para personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida 2006, realizado por Núñez, M y Rodríguez, M, quienes propusieron la atención especializada a personas con dicha enfermedad en un área clínica de la Facultad de Odontología.

Todas estas propuestas definen una preocupación de llevar salud y bienestar a determinadas poblaciones que por alguna razón han estado excluidas del contexto de la población en general y hacen énfasis en la importancia y la utilidad de establecer programas de atención, donde la Universidad de Carabobo junto con otros entes del estado unan esfuerzos para solucionar problemáticas de salud bucal en estas poblaciones entre las cuales se encuentra la población de este estudio que por su condición social, privadas de libertad tienen menos acceso a servicios de bienestar de salud.

En cuanto al sistema penitenciario Villegas (2005) realiza un trabajo titulado Situación Penitenciaria Venezolana donde hace referencia a la gran problemática penitenciaria que se viene suscitando durante las últimas décadas y donde año tras año va empeorando por falta de verdaderas políticas que ataquen dicha problemática y realiza algunas propuestas para el mejoramiento de dicha situación. En el mismo trabajo hace referencia de algunas propuestas de entes no gubernamentales de llevar a cabo soluciones en cuanto a salud se refiere; una de ellas es la realización de pasantías profesionales penitenciaria por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Como parte de los objetivos del ALBA, suscritos entre Cuba y Venezuela, el Ministerio de Interior y Justicia (2005) acometió un trabajo conjunto dirigido a la realización de un diagnóstico sobre la Situación Actual del Sistema Penitenciario venezolano. Esta tarea tiene como antecedente inmediato los ingentes esfuerzos que realiza el Gobierno Bolivariano de Venezuela por revertir la situación crítica que presentan sus penales, como consecuencia de un deterioro progresivo, casi histórico, de su sistema penitenciario que ha implicado años de olvido y exclusión para con las personas privadas de libertad, con especial énfasis en los penales intramuros, donde se encuentra la mayor concentración de la población penal, mediante la participación de 110 especialistas venezolanos, 550 luchadores del Frente Francisco de Miranda y 52 cubanos, quienes llevaron el peso fundamental en el diseño y su ejecución.

Los resultados de este diagnóstico, el cual examinó a 2921 internos que significa el 15,5% de la población carcelaria puso en evidencia que la situación de salud bucal está muy comprometida, debido a las pobres o nulas acciones de prevención, poca resolutivez asistencial por la carencia de especialistas en varios centros y el deficiente y/o deterioro del equipamiento odontológico así como el limitado abastecimiento con insumos de la especialidad.

Este estudio determinó que el 89,5% (2 653) está afectado por caries, el 51,9 % (1510) por periodontopatías y el 32,7 % (953) con disfunción masticatoria; con índices que muestran que en caries cada interno examinado tiene como promedio 4,2; obturados 1,6 y perdidos 4,6. En sentido general, las regiones más afectadas son la Central con un 100% de los internos con caries y en la Centro Occidental un 96,7%, en esta última el 98,7% presenta afecciones periodontales. Para dar soluciones a la deficiencia de servicios de salud en el sistema penitenciario el Ministro de Interior y Justicia informó que en Venezuela se creó un Comité de Familiares Vigilantes de Derechos Humanos de Privados de Libertad y su Núcleo

Familiar, quienes trabajan directamente en la Comisión Presidencial, y forman parte de las acciones y control de las políticas que implementa el Estado venezolano en materia de prisiones y anunció que un nuevo sistema de salud se pondrá en práctica por primera vez en Venezuela todas las cárceles venezolanas tendrán el primer nivel de atención médica, que es el equivalente a Barrio Adentro que existe en el modelo de salud. Luego, vamos a instalar los Centros de Diagnostico Integral (CDI) y esperamos el proyecto del primer hospital penitenciario dado que los síntomas que presentan las personas que están dentro del sistema son muy diferentes a la que presentan otros ciudadanos que están fuera de él. (Redacción/MIJ/18 de enero del 2006)

Bases Teóricas

Salud Pública

Se define como el esfuerzo organizado de la comunidad a proteger, fomentar y proporcionar un estado de bienestar cuando el individuo se encuentra sano, así como diagnosticar, tratar y rehabilitar al individuo enfermo a fin de insertarlo de nuevo en la sociedad. (Gil, 2001)

También se dice que es un proceso dinámico, donde intervienen la satisfacción de las necesidades del hombre y de su entorno ecológico, además de su participación en el desarrollo ecológico, cultural, productivo, científico y tecnológico. (Malagón, 2002)

La salud pública en el marco de Atención Primaria en Salud, (A.P.S) tiene estos objetivos.: (González, 2002).

1. Hábitos saludables como norma de vida.
2. Prevención de la enfermedad.
3. Atención comunitaria para todos.

Se entiende que la salud pública representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, a mejorarle la convivencia y la calidad de vida; que a su vez representa el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social, básico para la vida de la persona desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es un proceso dinámico en el que intervienen la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo social, cultural, productivo, científico y tecnológico.

Al hablar de salud pública no solamente se señala al ser humano ausente de enfermedad, sino como activo factor de producción y convivencia para el mejoramiento de las condiciones personales y las de la sociedad a que pertenece. Esto significa no solamente el compromiso de la propia persona y de la comunidad, obligadas a acciones permanentes de protección, sino una tarea decidida de los Gobiernos que deben proveer los programas, normas, planes y medios, con el concurso activo de la sociedad.

Sistema Sanitario

Para González es el Conjunto de Estructuras Organizativas, Centros y Servicios a través de los cuales se ofertan Medios y programas de la Política Sanitaria preestablecida por el MODELO SANITARIO (Concepción Ideológica: “lo que se quiere que exista”), con la finalidad de obtener los niveles deseados de Salud.

Política Sanitaria (Politics/ Policy/ Health Policy; “modo de conducir un asunto para lograr un fin deseado”) representa la declaración o directriz oficial dentro de las instituciones, que concede prioridad a la salud o que reconoce la importancia de los objetivos sanitarios.

Atención Primaria de Salud:

La APS se define como:

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante Forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (OMS, 1978)

De este concepto de Atención Primaria en Salud se desprenden varios aspectos fundamentales. El primero de ellos, considera que la atención sanitaria debe ser integral e integrada, partiendo del hecho que "el ser humano es un ser bio-psico-social, que forma parte del ecosistema en que vive, por lo que la atención debe estar integrada con los factores ambientales que la modifican" (OMS, 1978). Esto confirma, que es necesario la participación de diferentes sectores públicos en la formulación y definición de políticas de salud, interactuando y ejecutando acciones en conjunto que van más allá del sector salud, pero que se relacionan entre sí y son esenciales para aclarar y entender el desarrollo del proceso de salud-enfermedad de la población.

Por otra parte, el concepto de integralidad, supone reunir en un haz las funciones de promoción, prevención y recuperación de la salud. En este concepto, deben estar considerados todos los aspectos, ya que individualmente una persona puede necesitar atención curativa y otra solamente preventiva, pero la población en su conjunto necesitará todas las medidas simultáneamente. En la APS la asistencia debe ser continua y permanente, ya que la salud es un derecho del individuo, de manera que los programas de atención a desarrollarse deben tener continuidad en el tiempo para lograr el impacto deseado.

Así la salud oral, como componente de la Atención Primaria: “es el conjunto de acciones orientadas a la identificación prevención y solución de los principales problemas de la población afectada” (OMS, 1984), por lo que se deben desarrollar un conjunto de actividades básicas para enfrentar de manera general la problemática derivada de las afecciones bucales.

Estas actividades son:

- De investigación epidemiológica y de servicio; de manera de conocer el origen, características, variaciones de las enfermedades bucales, su distribución en los distintos grupos de la población y las diferentes respuestas de servicio institucionales e informales con las que se cuenta para enfrentar esta situación.
- De educación, entendida como el necesario intercambio de conocimientos y experiencias entre las comunidades y los servicios, que promuevan el aprendizaje, la adquisición de hábitos, habilidades, actitudes y valores de manera de lograr en los individuos un estado de salud integral.
- De prevención, utilizando las medidas generales y específicas conocidas para la protección de las estructuras bucales.
- De tratamiento, para solucionar los problemas producidos por la caries dental y la enfermedad periodontal, haciendo énfasis en la conservación de las estructuras dentarias
- De rehabilitación, de manera de superar las secuelas producidas por políticas de salud bucal que han originado una población mutilada y prematuramente edéntula, a través de la rehabilitación protésica.

Odontología Comunitaria

González, la define como el campo que se ocupa del estudio de la salud y de la enfermedad en la población de una comunidad o grupo determinado. Su objetivo es identificar los problemas sanitarios en relación con la odontología y las necesidades de la población definidas (expresadas o no, sentidas o no sentidas), descubrir los medios con los que se pueden cubrir dichas necesidades y valorar el grado en el que los servicios sanitarios las satisfacen eficazmente.

Esta se basa esencialmente en conocimientos de Odontología Preventiva y Salud pública Oral y Médico-Quirúrgicos. Entendemos por Odontología Preventiva para la Comunidad a la aplicación, en la Comunidad, de medidas preventivas por parte de los clínicos; es un campo especializado de la Odontología Práctica, compuesto por diferentes disciplinas que emplean técnicas dirigidas a promover y mantener la salud y el bienestar de poblaciones definidas, así como impedir la enfermedad, la incapacidad y la muerte prematura (de personas, estructuras o tejidos).

Salud Bucal y la Odontología

Salud Bucal, se refiere a la perfecta armonía de todas las estructuras bucales conservando el aspecto como un todo del organismo.

Niveles Prevención de Leavell y Clark

Prevención Primaria.

Higashida (2000) contempla que la prevención primaria es llevada a cabo durante el período pre patogénico, con el propósito final de evitar la aparición de la enfermedad, mediante el mantenimiento y promoción de la salud. Incluye así, la promoción de la salud y la protección específica como

tal, describiendo el alcance de la prevención primaria como se señala seguidamente.

1. Promoción de la Salud: en esta etapa se abarcan los siguientes puntos:

- Educación para la salud.
- Buenos niveles de alimentación, ajustados a las diferentes fases del desarrollo.
- Atención del desarrollo de la personalidad (higiene mental).
- Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo.
- Educación sexual y para el matrimonio.
- Consejo genético.
- Exámenes selectivos periódicos.

2. Protección Específica: aquí se realizan actividades que protegen contra alguna enfermedad específica, como:

- Uso de inmunizaciones específicas.
- Atención a la higiene personal.
- Saneamiento ambiental.
- Protección contra riesgos ocupacionales.
- Uso de nutrimentos específicos.
- Protección contra accidentes
- Protección contra carcinógenos.
- Protección contra alérgenos.

Prevención Secundaria: una vez que la enfermedad se presenta se puede aplicar lo siguiente:

1. Diagnostico temprano y tratamiento oportuno: Tiene como objetivos detener el proceso de enfermedad.

2. Limitación de la incapacidad:

- Es necesario proporcionar tratamiento adecuado para detener la enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas.
- Limitar la incapacidad y prevenir la muerte.

Prevención Terciaria: consiste en la rehabilitación e incluye:

- Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestrar y educar.
- Educación del público y la industria para emplear al rehabilitado.
- Proporcionar terapia en los hospitales.
- Ubicación selectiva.

Promoción

La promoción de la salud significa el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que realizan los gobiernos, los sectores sociales o productivos, las comunidades en general, para proteger la salud de la población y que están orientados a modificar los factores determinantes de riesgo y que fortalecen los mecanismos de protección de la salud; es decir, se hace relación al entorno, a los procesos sociales, productivos, culturales, científicos y tecnológicos que lleven a garantizar mejores condiciones de bienestar físico, psicológico y social. En otros términos, se avanza en el concepto más allá de la ausencia de enfermedad.

Prevención

Por otra parte, prevención de la enfermedad significa el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos dirigidos a la protección específica de la población para evitar que los daños en la salud o las enfermedades, aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores, o generen secuelas evitables. Es decir, son el conjunto de acciones dirigidas a

impedir el impacto físico en el organismo del individuo y si éste es inevitable, a protegerlo en forma que el daño sea menor y más corto el tiempo de su readaptación a las actividades normales. (Higashida, 2000)

Para el concepto de prevención se relaciona por lo mismo con acciones definidas de detección y diagnóstico temprano de la enfermedad, empleo oportuno y eficaz de las medidas terapéuticas más pertinentes y adecuadas para el tratamiento, reducción de la morbilidad y del daño, utilización de la ciencia y la técnica para impedir las secuelas, disminuir al máximo la incapacidad y evitar los riesgos de muerte. En términos reales prevención es sinónimo de profilaxis.

De ésta se consideran dos tipos: directa e indirecta. La directa va dirigida a la neutralización, aniquilamiento o extirpación de las causas directas de enfermedad, como en el caso de utilizar acciones específicas contra determinados microorganismos que pueden ser causantes de infección, o en el caso de protección contra la radiación mediante el uso de delantales de plomo, o la aplicación de una vacuna para una inmunización específica.

La indirecta es la que introduce, modifica, neutraliza o destruye factores que pueden tener relación con la integridad física. Es por ejemplo el uso del cinturón de seguridad por parte de los conductores de automóviles, o la utilización de las medidas de protección de los trabajadores, o el aseo y la desinfección en los hospitales, o la eliminación de reservorios de zancudos en las campanas contra la malaria.

Entonces se habla también de la profilaxis pública y de la privada; la primera es la que se adelanta como resultado de programas ordenados por el estado y la privada la que adelanta el propio individuo. Se considera también la institucional que se cumple en los organismos de prestación de servicios de salud, sobre la base de manuales de normas y procedimientos que la disponen. Se conoce la profilaxis específica, que se adelanta pre-

viamente a determinados procedimientos de tratamiento, especialmente quirúrgicos o invasivos.

Según el Manual de Odontología de la UCV (1996) el éxito del tratamiento en la odontología, esta dado por las medidas preventivas contra la caries dental y otras enfermedades que afectan a la cavidad bucal, dichas medidas estarán dirigidas a controlar por lo menos uno de los factores etiológicos: Control de la placa dental, control de la dieta y aumentar la resistencia del diente; cada factor posee medidas preventivas para el control etiológico de la enfermedad.

Salud Comunitaria. Componentes del Modelo Atención de Salud Comunitaria. Odontología Comunitaria. Programas de Odontología Comunitaria

Los profesionales de la Odontología y especialmente los ligados a la Odontología Comunitaria, tienen la ardua tarea y la obligada responsabilidad de intentar, por todos los medios que hoy en día ponen al alcance las Ciencias Sociales y la nueva tecnología, de proporcionar el mayor grado posible de salud bucal a los individuos que integran el conjunto de una comunidad. La salud individual y colectiva es el resultado de las interacciones entre los procesos biológicos, socioeconómicos, ecológicos y culturales que se dan en la sociedad. Esto significa, que la salud va a ser producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive, y que además, está determinado por una estructura y dinámica de la sociedad, organización del estado y relaciones políticas, en un proceso histórico determinado.

Lo anteriormente expuesto, señala que existen variables que determinan, con su interrelación, el grado de salud de una comunidad. Estas son: La biología humana, la asistencia médico-sanitaria, el medio ambiente y los

estilos de vida. Lo anterior, se desprende del clásico Informe Lalonde, publicado en 1974, e indica, que sólo una de las variables no puede ser modificada, la biología humana, pero si es posible intervenir sobre otras, como el medio ambiente y los estilos de vida fundamentalmente, que determinan entre el 60 y 80% de la mortalidad.

Actualmente, se conoce que es posible intervenir sobre el genoma humano para influir en los factores de la constitución biológica del ser humano. Esto indica la importancia de la conducta humana sobre la salud, poniendo de manifiesto la enorme cantidad de enfermedades que podrían evitarse modificando los estilos de vida perjudiciales y adoptando otros más saludables. La intervención sobre estos factores, brinda una amplia gama de oportunidades para mejorar la salud específica y buco-dental de las poblaciones.

Cuando los métodos preventivos, debidamente seleccionados se aplican a un colectivo, nace la Salud Pública y Comunitaria, que se define como salud colectiva de un grupo, comunidad o nación, que incluye el conjunto de actividades organizadas de la comunidad para promocionar la salud, prevenir y restaurar la enfermedad, que exige la participación activa de la misma en la planificación, administración gestión y control de todas las actividades sanitarias” (Rioboo, 1994).

Así la adopción de políticas preventivas y de promoción de salud, tanto del individuo como del ambiente en que vive, ayudaría a mejorar la calidad y las expectativas de vida de la población en mayor medida que cualquier otra política. No hay que olvidar que existen no sólo individuos sanos e individuos enfermos, sino también poblaciones sanas y poblaciones enfermas, por lo que la nueva Salud Pública tiene como objetivo principal la creación de entornos favorables y la reorientación de los servicios sanitarios.

Cuando los profesionales, técnicos y demás trabajadores de la salud realizan actividades en una comunidad, aplicando los conocimientos existentes, deben realizar investigaciones bio-médicas, clínico-patológicas, socio-

epidemiológicas y operacionales con el propósito de conocer el nivel de salud de la comunidad y los factores que influyen o que pueden influir en el futuro sobre el proceso salud-enfermedad. Así mismo, deben conocer los factores biológicos, sociales, económicos, y culturales, el nivel de organización de los servicios, su utilización y el grado de satisfacción que perciben los integrantes de la comunidad. Los resultados de estas investigaciones se convierten en la retroalimentación necesaria para lograr un mayor nivel de salud en el individuo y la comunidad, con óptima utilización de los recursos.

Dentro del Modelo de Atención de Salud Comunitaria se encuentran componentes básicos que es imprescindible destacar. El primero de ellos se refiere a la integralidad, que considera la atención de salud en los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación.

Otro componente básico lo constituye la atención sectorizada, permitiendo que la misma se realice plenamente, ya que responsabiliza al equipo de salud con un número determinado de habitantes, según el grupo de edad y sexo de la población de un área geográfica específica. El equipo es responsable de todo lo relacionado con el proceso salud-enfermedad de los habitantes de dicho sector, tanto sanos como enfermos, así como de su ambiente inmediato. A partir de estos conceptos de Salud Comunitaria, surge la definición de Odontología Comunitaria, referida al conjunto de métodos preventivos, curativos y de rehabilitación de la salud bucal, ordenados para preservar la salud de la comunidad, en los que considera prioritarias las actividades sanitarias organizadas, previamente seleccionadas y que se corresponden con las características inherentes de la propia comunidad.

La Asociación Dental Americana de Salud Pública la define como “El arte y la ciencia de prevenir y controlar las enfermedades dentales y promover la salud dental a través de los esfuerzos organizados de la comunidad” se conceptualiza a la Odontología Preventiva como un conjunto

de métodos, técnicas y procedimientos que se utilizan con el propósito de anticipar, evitar y prevenir el riesgo de padecer enfermedades buco-dentales. (Rioboo,1994),

Es importante destacar, que de estas definiciones se desprenden dos aspectos importantes: la participación comunitaria y la obtención del mejor grado de salud buco-dental dentro de la misma. También se desprende el hecho de que la Odontología Comunitaria participa tanto de la Odontología como de las Ciencias Sociales, Economía, Bioestadística, Ecología, Demografía, Epidemiología, Administración, Sociología y Antropología entre las más importantes, lo que obliga a una profunda y rigurosa preparación en estos campos para formar parte del equipo de salud y saber evaluar adecuadamente un programa de salud comunitaria. Para abordar la práctica odontológica, el nuevo enfoque se fundamenta en la aplicación clínica y comunitaria de los conceptos de prevención, que son capaces de producir un gran impacto sobre el potencial de salud de la población.

Entonces se hace imprescindible conocer, a través de un minucioso análisis, los datos concernientes a los recursos humanos, servicios existentes y recursos materiales disponibles, así como también factores sociales, económicos y culturales que en su conjunto puedan facilitar, demorar u obstaculizar la realización del programa. Por último, se deben tener claramente definidos los objetivos y las metas que se pretenden alcanzar, expresados con claridad y en términos cuantitativos.

Sistema Penitenciario

Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos

Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977

Observaciones preliminares

El objeto de las reglas siguientes no es de describir en forma detallada un sistema penitenciario modelo, sino únicamente establecer, inspirándose en conceptos generalmente admitidos en nuestro tiempo y en los elementos esenciales de los sistemas contemporáneos más adecuados, los principios y las reglas de una buena organización penitenciaria y de la práctica relativa al tratamiento de los reclusos. Es evidente que debido a la gran variedad de condiciones jurídicas, sociales, económicas y geográficas existentes en el mundo, no se pueden aplicar indistintamente todas las reglas en todas partes y en todo tiempo. Sin embargo, deberán servir para estimular el esfuerzo constante por vencer las dificultades prácticas que se oponen a su aplicación, en vista de que representan en su conjunto las condiciones mínimas admitidas por las Naciones Unidas.

Primera Parte

Reglas de Aplicación General

Principio Fundamental

- Las reglas que siguen deben ser aplicadas imparcialmente. No se debe hacer diferencias de trato fundadas en prejuicios, principalmente de raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o cualquier otra opinión, de origen nacional o social, fortuna, nacimiento u otra situación cualquiera. 2) Por el contrario, importa respetar las creencias religiosas y los preceptos morales del grupo al que pertenezca el recluso.

Registro

- En todo sitio donde haya personas detenidas, se deberá llevar al día un registro empastado y foliado que indique para cada detenido: a) Su identidad; b) Los motivos de su detención y la autoridad competente que lo dispuso; c) El día y la hora de su ingreso y de su salida. 2)

Ninguna persona podrá ser admitida en un establecimiento sin una orden válida de detención, cuyos detalles deberán ser consignados previamente en el registro.

Separación de categorías

- Los reclusos pertenecientes a categorías diversas deberán ser alojados en diferentes establecimientos o en diferentes secciones dentro de los establecimientos, según su sexo y edad, sus antecedentes, los motivos de su detención y el trato que corresponda aplicarles. Es decir que: a) Los hombres y las mujeres deberán ser reclusos, hasta donde fuere posible, en establecimientos diferentes; en un establecimiento en el que se reciban hombres y mujeres, el conjunto de locales destinado a las mujeres deberá estar completamente separado; b) Los detenidos en prisión preventiva deberán ser separados de los que están cumpliendo condena; c) Las personas presas por deudas y los demás condenados a alguna forma de prisión por razones civiles deberán ser separados de los detenidos por infracción penal; d) Los detenidos jóvenes deberán ser separados de los adultos.

Locales destinados a los Reclusos

- Los locales destinados a los reclusos y especialmente a aquellos que se destinan al alojamiento de los reclusos durante la noche, deberán satisfacer las exigencias de la higiene, habida cuenta del clima, particularmente en lo que concierne al volumen de aire, superficie mínima, alumbrado, calefacción y ventilación.
- Las instalaciones sanitarias deberán ser adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno, en forma aseada y decente.
- Las instalaciones de baño y de ducha deberán ser adecuadas para que cada recluso pueda y sea requerido a tomar un baño o ducha a

una temperatura adaptada al clima y con la frecuencia que requiera la higiene general según la estación y la región geográfica, pero por lo menos una vez por semana en clima templado.

- Todos los locales frecuentados regularmente por los reclusos deberán ser mantenidos en debido estado y limpios.

Higiene Personal

- Se exigirá del recluso aseo personal y a tal efecto dispondrán de agua y de los artículos de aseo indispensables para su salud y limpieza.
- Se facilitará a los reclusos medios para el cuidado del cabello y de la barba, a fin de que se presenten de un modo correcto y conserven el respeto de sí mismos; los hombres deberán poder afeitarse con regularidad.

Ropas y Cama

Todas las prendas deberán estar limpias y mantenidas en buen estado. La ropa interior se cambiará y lavará con la frecuencia necesaria para mantener la higiene. Cada recluso dispondrá, en conformidad con los usos locales o nacionales, de una cama individual y de ropa de cama individual suficiente, mantenida convenientemente y mudada con regularidad a fin de asegurar su limpieza.

Alimentación

- Todo recluso recibirá de la administración, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas. 2) Todo recluso deberá tener la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite.

Servicios Médicos

- Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos

conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales. 2) Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional. 3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

- En los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento. 2) Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres.
- El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias

físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.

- El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.
- El médico hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a: a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; c) Las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado. 2) El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico según se dispone en las reglas 25 (2) y 26, y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas recomendaciones. Cuando no esté conforme o la materia no sea de su competencia, transmitirá inmediatamente a la autoridad superior el informe médico y sus propias observaciones.

Disciplina y Sanciones

- El orden y la disciplina se mantendrán con firmeza, pero sin imponer más restricciones de las necesarias para mantener la seguridad y la buena organización de la vida en el bien común. Ningún recluso será sancionado sin haber sido informado de la infracción que se le

atribuye y sin que se le haya permitido previamente presentar su defensa. La autoridad competente procederá a un examen completo del caso. 3) En la medida en que sea necesario y viable, se permitirá al recluso que presente su defensa por medio de un intérprete.

- Las penas corporales, encierro en celda oscura, así como toda sanción cruel, inhumana o degradante quedarán completamente prohibidas como sanciones disciplinarias.
- Las penas de aislamiento y de reducción de alimentos sólo se aplicarán cuando el médico, después de haber examinado al recluso, haya certificado por escrito que éste puede soportarlas. El médico visitará todos los días a los reclusos que estén cumpliendo tales sanciones disciplinarias e informará al director si considera necesario poner término o modificar la sanción por razones de salud física o mental.

Medios de Coerción

- Los medios de coerción tales como esposas, cadenas, grillos y camisas de fuerza nunca deberán aplicarse como sanciones. Tampoco deberán emplearse cadenas y grillos como medios de coerción. Los demás medios de coerción sólo podrán ser utilizados en los siguientes casos: a) Como medida de precaución contra una evasión durante un traslado, siempre que sean retirados en cuanto comparezca el recluso ante una autoridad judicial o administrativa; b) Por razones médicas y a indicación del médico; c) Por orden del director, si han fracasado los demás medios para dominar a un recluso, con objeto de impedir que se dañe a sí mismo o dañe a otros o produzca daños materiales; en estos casos, el director deberá consultar urgentemente al médico, e informar a la autoridad administrativa superior.

- El modelo y los métodos de empleo autorizados de los medios de coerción serán determinados por la administración penitenciaria central. Su aplicación no deberá prolongarse más allá del tiempo estrictamente necesario.

Información y Derecho de queja de los Reclusos.

- A su ingreso cada recluso recibirá una información escrita sobre el régimen de los reclusos de la categoría en la cual se le haya incluido, sobre las reglas disciplinarias del establecimiento y los medios autorizados para informarse y formular quejas; y cualquiera otra información necesaria para conocer sus derechos y obligaciones, que le permita su adaptación a la vida del establecimiento. 2) Si el recluso es analfabeto, se le proporcionará dicha información verbalmente.
- Todo recluso deberá tener en cada día laborable la oportunidad de presentar peticiones o quejas al director del establecimiento o al funcionario autorizado para representarle. 2) Las peticiones o quejas podrán ser presentadas al inspector de prisiones durante su inspección. El recluso podrá hablar con el inspector o con cualquier otro funcionario encargado de inspeccionar, sin que el director o cualquier otro recluso miembro del personal del establecimiento se hallen presentes.

Contacto con el Mundo Exterior:

- Los reclusos estarán autorizados para comunicarse periódicamente, bajo la debida vigilancia, con su familiar y con amigos de buena reputación, tanto por correspondencia como mediante visitas.

Personal Penitenciario

- La administración penitenciaria escogerá cuidadosamente el personal de todos los grados, puesto que de la integridad, humanidad, aptitud

personal y capacidad profesional de este personal dependerá la buena dirección de los establecimientos penitenciarios. La administración penitenciaria se esforzará constantemente por despertar y mantener, en el espíritu del personal y en la opinión pública, la convicción de que la función penitenciaria constituye un servicio social de gran importancia y, al efecto, utilizará todos los medios apropiados para ilustrar al público. 3) Para lograr dichos fines será necesario que los miembros del personal trabajen exclusivamente como funcionarios penitenciarios profesionales, tener la condición de empleados públicos y por tanto la seguridad de que la estabilidad en su empleo dependerá únicamente de su buena conducta, de la eficacia de su trabajo y de su aptitud física. La remuneración del personal deberá ser adecuada para obtener y conservar los servicios de hombres y mujeres capaces. Se determinarán las ventajas de la carrera y las condiciones del servicio teniendo en cuenta el carácter penoso de sus funciones.

- El personal deberá poseer un nivel intelectual suficiente. 2) Deberá seguir, antes de entrar en el servicio, un curso de formación general y especial y pasar satisfactoriamente pruebas teóricas y prácticas. 3) Después de su entrada en el servicio y en el curso de su carrera, el personal deberá mantener y mejorar sus conocimientos y su capacidad profesional siguiendo cursos de perfeccionamiento que se organizarán periódicamente.
- Todos los miembros del personal deberán conducirse y cumplir sus funciones en toda circunstancia, de manera que su ejemplo inspire respeto y ejerza una influencia beneficiosa en los reclusos.
- En lo posible se deberá añadir al personal un número suficiente de especialistas, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros e instructores técnicos. Los servicios de los trabajadores sociales, de maestros e instructores técnicos deberán ser

mantenidos permanentemente, sin que ello excluya los servicios de auxiliares a tiempo limitado o voluntarios.

- El director, el subdirector y la mayoría del personal del establecimiento deberán hablar la lengua de la mayor parte de los reclusos o una lengua comprendida por la mayor parte de éstos. 2) Se recurrirá a los servicios de un intérprete cada vez que sea necesario.
- En los establecimientos cuya importancia exija el servicio continuo de uno o varios médicos, uno de ellos por lo menos residirá en el establecimiento o en su cercanía inmediata. 2) En los demás establecimientos, el médico visitará diariamente a los presos y habitará lo bastante cerca del establecimiento a fin de que pueda acudir sin dilación cada vez que se presente un caso urgente.
- En los establecimientos mixtos, la sección de mujeres estará bajo la dirección de un funcionario femenino responsable, que guardará todas las llaves de dicha sección del establecimiento. 2) Ningún funcionario del sexo masculino penetrará en la sección femenina sin ir acompañado de un miembro femenino del personal. 3) La vigilancia de las reclusas será ejercida exclusivamente por funcionarios femeninos. Sin embargo, esto no excluirá que funcionarios del sexo masculino, especialmente los médicos y personal de enseñanza, desempeñen sus funciones profesionales en establecimientos o secciones reservados para mujeres.
- Los funcionarios de los establecimientos no deberán, en sus relaciones con los reclusos, recurrir a la fuerza, salvo en caso de legítima defensa, de tentativa de evasión o de resistencia por la fuerza o por inercia física a una orden basada en la ley o en los reglamentos. Los funcionarios que recurran a la fuerza se limitarán a emplearla en la medida estrictamente necesaria e informarán inmediatamente al director del establecimiento sobre el incidente. 2) Los funcionarios penitenciarios recibirán un entrenamiento físico especial que les

permita dominar a los reclusos violentos. 3) Salvo en circunstancias especiales, los agentes que desempeñan un servicio en contacto directo con los presos no estarán armados. Por otra parte, no se confiará jamás un arma a un miembro del personal sin que éste haya sido antes adiestrado en su manejo.

Inspección

- Inspectores calificados y experimentados, designados por una autoridad competente, inspeccionarán regularmente los establecimientos y servicios penitenciarios. Velarán en particular por que estos establecimientos se administren conforme a las leyes y los reglamentos en vigor y con la finalidad de alcanzar los objetivos de los servicios penitenciarios y correccionales.

Sistema Penitenciario Venezolano

El sistema penitenciario de Venezuela está integrado en la actualidad por un total de 33 prisiones a lo largo de toda la geografía del país, casi un tercio de las cuáles se concentran en la zona del central (Caracas y estado Miranda). Administrativamente, el sistema está conformado por penitenciarías, cárceles nacionales o locales y colonias penitenciarias destinadas todas ellas a albergar a condenados (población que cumple condena), en función del tipo de condena e internados judiciales destinados a albergar a procesados (población reclusa en espera de sentencia). En la práctica, existe una notable distorsión de la función que cumple cada centro, habiendo algunos cuya población es reflejo de su denominación oficial, y otros donde conviven los condenados y procesados con criterios laxos de separación. (Villegas 2005)

Instituciones penitenciarias venezolanas.

Por su designación, se clasifican en: 18 Internados Judiciales; 8 Centros Penitenciarios; 1 Cárcel Nacional; 1 Penitenciaría General; 1 Centro Experimental de Rehabilitación del Recluso y 1 Instituto Nacional de Orientación Femenina distribuidos de la siguiente manera:

- ***Región Capital con 7 centros penitenciarios***
- ***Región Centro occidental con 4 centros penitenciarios***
- ***Región Central con 7 centros penitenciarios***
- ***Región Oriental con 7 centros penitenciarios***
- ***Region Andina con 5 centros penitenciarios***

Hacinamiento

Una de las características estructurales del sistema penitenciario durante la última década fue el hacinamiento carcelario, que arrojaba cifras en torno al 100% (capacidad instalada para 1998 de 17.000 presos, frente a una población que oscilaba en torno a los 25.000). Asimismo, el número de presos en espera de sentencia siempre se situaba por encima del número de condenados.

Debido a la progresiva aplicación en los últimos meses del nuevo Código Orgánico Procesal Penal (COPP), así como al decreto de emergencia penitenciaria decretado a finales de septiembre de 1999 por la Asamblea Nacional Constituyente, la población reclusa se ha ubicado por primera vez en décadas por debajo de la capacidad instalada en el total de los establecimientos penitenciarios. Asimismo, la proporción entre procesados y penados se ha nivelado en términos absolutos. A pesar de la adecuación en términos generales de la población penitenciaria a la capacidad instalada, en el año 2000 11 cárceles registraron promedios de hasta el 55% de hacinamiento.

Condiciones Generales (violencia, garantías procesales, servicios básicos)

Dentro de los establecimientos persiste un cuadro general caracterizado por los mismos rasgos de abandono y violencia intracarcelaria que antes de la desaparición del antiguo código: agudo deterioro de la infraestructura, obstaculización de las garantías procesales, violaciones al derecho a la vida y la integridad personal, deficiente preparación profesional de las personas encargadas de hacer cumplir la ley a los internos de las prisiones, deficiente atención psicosocial, ausencia de políticas de alimentación y nutrición, deterioro de los servicios básicos, mínimas oportunidades para la realización de actividades laborales y educativas.

Políticas Penitenciarias

Tradicionalmente, la administración del sistema penitenciario venezolano ha sido competencia del Ministerio de Justicia. En el año 1999, se fusionó dicho ministerio con el de Justicia, dando lugar al nuevo Ministerio de Interior y Justicia (MIJ) con el propósito de someter a la política interior y las actividades de seguridad y orden público a una sola coordinación.

La reorganización de las competencias de ambos ministerios dio lugar a la creación de la Dirección de Defensa y Protección Social, quedando encargada de coordinar a la nueva Dirección de Custodia y Rehabilitación del recluso (antigua Dirección de Prisiones). Esta Dirección cuenta a su vez con una serie de Divisiones, entre las cuáles esta la División de Salud. En la actualidad, se barajan diversas políticas y programas de recuperación del sistema, así como de reforma sustancial de los procedimientos asociados. Sin embargo, los diversos planes y programas diseñados y/o implementados en los últimos años no han logrado revertir de manera significativa la

situación general de prisiones. A continuación se revisan algunos de estos programas:

El Plan Justicia 2000 del MIJ, cuyo principal objetivo es “*dignificar y humanizar la condición del recluso, sustentado en el estricto cumplimiento de los derechos humanos*”, se encontró a lo largo de 1999 (su primer año de ejecución) con dificultades en su aplicación y ejecución debido, entre otras causas, al estado de deterioro de los centros penitenciarios (y) la existencia de una compleja red de intereses económicos que impiden el control de las personas y recursos que intervienen en el régimen penitenciario.

En marzo de 2000, el Ejecutivo dio a conocer un nuevo plan, el “*Plan Nacional de Seguridad*”, que incluye una inversión para la remodelación y equipamiento de nueve centros penitenciarios, el inicio de la transferencia de la gestión de los centros a los gobiernos regionales y municipales y la creación del Instituto Autónomo Penitenciario.

Por otra parte, el “*Plan Integral de Reforma Penitenciaria*” fue presentado y aprobado por la Comisión de Funcionamiento y Reestructuración del Poder Judicial. Dado a conocer a principios de marzo del 2000, dicho plan apunta a los siguientes aspectos:

- a) descentralización y creación de un ente autónomo para la atención y administración del sistema penitenciario;
- b) reforma del marco legal actual en materia penitenciaria para adecuarlo a los cambios constitucionales;
- c) creación y vigilancia de equipos de trabajo penitenciario,
- d) política de formación universitaria y profesional de personal penitenciario.

Finalmente, con la nueva Constitución se incorporó la Defensoría del Pueblo al régimen de protección de los derechos humanos. Entre sus atribuciones constitucionales se encuentra la de “*visitar e inspeccionar las dependencias y establecimientos de los órganos del Estado, a fin de prevenir o proteger los derechos humanos*” (Art. 281, núm. 9). La institución cuenta

con una Defensoría delegada en materia penitenciaria, que viene trabajando fundamentalmente en la supervisión de las condiciones del sistema penitenciario, en el acompañamiento de casos vinculados con el cumplimiento de las funciones de los jueces de ejecución de sentencia, y en la elaboración de propuestas destinadas a acompañar los procesos de reforma penitenciaria.

Régimen Penitenciario en la Nueva Constitución

Con la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el sistema penitenciario y de protección de los derechos humanos de reclusos y reclusas adquiere rango constitucional, quedando integrado en el Poder Judicial. Su fin primordial es asegurar su rehabilitación y el respeto a sus derechos humanos; en la administración de justicia los magistrados deben priorizarla aplicación de penas sustitutivas a la privación de libertad. El régimen de administración de los establecimientos penitenciarios es descentralizado, y puede ser sometido a modalidades de privatización. Le corresponde al Estado garantizar opciones de formación profesional y ocio a los internos de los establecimientos, así como adoptar medidas que faciliten la reinserción postpenitenciaria.

Una característica relevante de la formulación constitucional es la exigencia de profesionalización de los directivos de los establecimientos (art. 272). Por otra parte, el artículo 43 de la Constitución incorpora una novedosa y progresiva garantía en materia del derecho a la vida de los reclusos, al disponer que el Estado protegerá la vida de las personas que se encuentren privadas de su libertad.

Políticas Penitenciarias Relacionadas a la Salud

La nueva Dirección de Custodia y Rehabilitación del Recluso cuenta con una serie de Divisiones, entre las cuáles la División de Medicina Integral, que está a cargo de las áreas de atención médica, nutrición, psicología, farmacia, epidemiología, odontología y enfermería. A pesar de la buena voluntad de los equipos de trabajo con que ha contado esta División, su labor está permanentemente condicionada por la falta de recursos y la ausencia de una visión integral del problema carcelario al más alto nivel ministerial, que incorpore el conjunto de variables sociales, de recursos de salud que interactúan para condicionar la situación del sector. En efecto, no se ha logrado implementar en el Sistema Penitenciario Venezolano una política de salud que responda a las necesidades específicas de los establecimientos penitenciarios.

De acuerdo a la Ley de Régimen Penitenciario, cada prisión del país debe contar con una enfermería, una farmacia y personal médico suficiente para facilitar consulta médica general diaria a los presos (arts. 42 a 49). Sin embargo, una gran parte de las prisiones carecen de los servicios de salud mínimos para cumplir con las necesidades de la población penitenciaria; a su vez, las condiciones sanitarias, ambientales y psico-sociales de las prisiones afectan gravemente las posibilidades de mejora a corto plazo, lo cuál agrava considerablemente los factores de riesgo intrínsecos a la realidad penitenciaria.

En un documento de la Universidad Central de Venezuela (UCV), se refieren aspectos generales relativos a la crítica situación de la atención médica en las prisiones venezolanas: falta de asistencia médica, y cuando la hay, ausencia de recursos para la misma; ausencia de condiciones para el control y tratamiento de enfermedades; medicamentos vencidos y falta de preparación de los encargados de los depósitos; existencia de equipos almacenados empacados en sus cajas, mientras las enfermerías presentan

problemas crónicos de abastecimiento; falta de agua y acumulación de aguas negras.

Dos casos ilustran la disociación entre las disposiciones legislativas, los planes adelantados por las autoridades y su concreción en la realidad de las prisiones. En el centro “La Pica” (Edo. Monagas), un año después de que fueran formalmente inauguradas las instalaciones del servicio médico odontológico, la población carecía de atención médica.

Por otra parte, en 1998 el Ministerio de Justicia adquirió dos clínicas móviles para el centro “Rodeo I”. En un informe levantado en octubre de 1999 por los jueces de ejecución del Área Metropolitana, luego de una inspección a dicha prisión, se señaló que la misma no contaba ni con enfermería ni con médico del área que le correspondía a la misma estaba siendo utilizada como pabellón para internos privilegiados.

En términos generales, las medidas adoptadas por las autoridades se producen ante situaciones de emergencia, beneficiando a un reducido número de reclusos. Esto en la práctica significa que, ante un problema de gravedad, los presos deban ser trasladados a hospitales públicos, donde se ven expuestos al rechazo de la comunidad hospitalaria; mientras que en situaciones normales dependan fundamentalmente de sus familiares para auto medicarse. Asimismo, los presos se enfrentan a menudo a la dificultad de lograr que los custodios que con frecuencia no responden a sus quejas hagan caso de sus solicitudes médicas.

En un informe elaborado a mediados de 2000 por la División de Medicina Integral del MIJ contentivo de los objetivos y metas de la nueva gestión, se presenta un breve diagnóstico de las condiciones de los servicios de salud, identificando las siguientes dificultades:

- . Falta de transporte para la supervisión de los penales y la realización de operativos de emergencia.

- Falta de líneas telefónicas que permitan la comunicación permanente con los penales y con otras instituciones

Espacio físico insuficiente.

Entre tanto, la nueva administración de la División de Medicina Integral viene desarrollando diversos planes de recuperación del sistema. Las metas y objetivos de la División para el año 2000 incluían un amplio programa de recuperación de la capacidad médica de las prisiones del país, así como la implementación de las medidas necesarias para garantizar el control de las políticas y personal.

Tanto el equipo de la UCV como ACCSI reconocen la existencia de buenas intenciones y el diseño de planes y estrategias para recuperar los sistemas de salud en prisiones por parte de la División. Sin embargo, estos planes requieren de una adecuada asignación de recursos y la priorización de las variables de salud y psicosociales por parte de las máximas autoridades, para que puedan efectivamente llevarse a la práctica. En tanto se concretan, el acceso a la atención médica de los reclusos sigue mediada por la emergencia o los operativos que organizan las autoridades y las organizaciones o fundaciones que colaboran con la División, así como por las precarias condiciones de los servicios de asistencia en los penales donde existen facilidades para la misma.

Por otro lado, ACCSI tuvo acceso a un informe interno de diagnóstico elaborado en 1999 por la ex-directora de la División de Medicina Integral de la Dirección de Prisiones, el cuál arroja entre otros los siguientes elementos: personal insuficiente para cubrir las necesidades reales del sistema; carencia de personal especializado en el área de alimentación; deficiente supervisión de horarios y cumplimiento de funciones; presupuesto insuficiente para adquisición de medicamentos, material médico quirúrgico, odontológico y de equipamiento; ausencia de recursos para actividades preventivas; falta de orden, régimen y disciplina en los establecimientos para poder operar los planes de salud; falta de carácter obligatorio de las instrucciones que gira la División.

Salud Penitenciaria

El diagnóstico de salud en el Sistema Penitenciario venezolano según el informe Situación Actual del Sistema Penitenciario (2005), se realizó teniendo en cuenta sus tres elementos importantes que se relacionan entre sí: la gestión gerencial de la especialidad, el estado de salud de la población penal y la situación higiénico epidemiológica.

La gestión gerencial está deprimida, no existiendo a ese nivel una adecuada jerarquización y organización de la especialidad que se traduce en su limitada influencia sobre los profesionales e instituciones penales, lo que genera que las acciones de salud se orienten según criterios locales, sin planificación ni objetivos.

La caracterización de este servicio, evidencia que se desconoce el estado de salud de la población, limitándose la atención médica a la solicitud del interno, no orientándose por los facultativos según su clasificación por patologías, al no estar dispensarizada ni conocerse su morbilidad, y no tener implementado programas de salud dirigidos a la prevención y el control de enfermedades transmisibles y crónicas.

Los abastecimientos de medicamentos e insumos resultan insuficientes y no se corresponden con las necesidades, al no conocerse el diagnóstico de salud, lo que provoca que, en ocasiones, los internos tengan que adquirirlos por sus medios o a través de sus familiares para cumplir los tratamientos impuestos por los facultativos, por lo que no se logra así un nivel de satisfacción de la población.

La información estadística que se recepcióna por los especialistas es muy reducida y no se analiza por lo cual no se utiliza como una herramienta de trabajo para trazar estrategias de intervención, que logren revertir la situación de salud en los centros penitenciarios.

Los recursos humanos existentes, son insuficientes cuantitativamente, con poca permanencia, como promedio tres horas diarias,

por estar contratados en otras Instituciones y ocupando cargos no afines con la especialidad, como vigilantes. Además, carecen de medios diagnósticos que faciliten su labor y den credibilidad del servicio prestado ante la población bajo su atención. Esta situación es más crítica en la región Oriental donde existen dos centros (Internados Judiciales de Cumaná y Carúpano) sin personal médico y en los Internados de San Felipe en Yaracuy y el de Barinas, sin odontólogos.

Los locales destinados al servicio de salud están deteriorados, no cumplen con los requerimientos mínimos; son reducidos, no disponen de áreas de esterilización y de observación y, en ocasiones, coincide la actividad médica y de enfermería, tal es el caso del Centro Penitenciario de la región Insular y del Internado Judicial de Yare II. Otros, carecen de servicios de odontología, como en el Centro Rodeo I, en la región Capital, y el Internado Judicial San Juan de los Morros, en la región Central.

También se apreció locales de salud ocupados por internos. Todas estas situaciones comprometen el servicio de salud.

A lo anterior se añade el deterioro y carencia del equipamiento médico indispensable para garantizar en estos centros la asistencia médica a esta población penal.

La asistencia secundaria y especializada no está organizada, lo que constituye un grave problema. Existe un número importante de 495 internos pendientes de intervención quirúrgica, en especial en los centros de la regiones Central (112) y Andina (110).

Existen aspectos no relacionados de manera directa con la actividad de la salud, pero que influyen en la misma, que son la seguridad deficiente del personal en los centros, que limita las posibilidades de acometer acciones, en particular, de prevención, al no poder acceder a todas las áreas de los centros.

También incide la lentitud en los trámites judiciales para el traslado de los internos a entidades hospitalarias fuera de la Institución en interés de

estudios diagnósticos y/o tratamientos especiales, con la consecuente demora en las conclusiones médicas y sus posibles soluciones curativas.

El diagnóstico de salud se realizó a 4 432 internos que representa el 23,6% de la población del Sistema Penitenciario al momento del estudio. Se apreció, de forma relevante, el alto índice de reclusos con adicciones, tabaquismo el 55 % (2 429), consumo de drogas 42%(1 844) e ingerir bebidas alcohólicas un 37,2% (1 649). Se pudo comprobar que más del 95% son adictos a más de un hábito tóxico, como una vía, según refieren, de sustraerse al medio donde viven. Las enfermedades transmisibles resultaron las de mayor incidencias con un 76,2% (3 378), comportamiento característico en esta población, atendiendo a las condiciones higiénico sanitarias en que habitan y la deficiente atención medica que reciben.

Se notifican, dentro de ellas, las Infecciones Respiratorias con un 27,5% (1 220), en particular en la regiones Centro Occidental (51%) y Oriental (31%); las Enfermedades Diarreicas Agudas 18% (783) con importancia en la Región Centro Occidental para el 53 % (559) y las afecciones de la piel para un 17% (751).

Merece destacarse que aunque el número de casos de SIDA 0,8% (38) y de Tuberculosis Pulmonar 1,1% (50) muestran un comportamiento aparente favorables, estas afecciones, tan frecuentes en este medio, pudieran estar en una morbilidad oculta, pues requieren de pesquisas periódicas y de medios diagnósticos que no se obtuvieron en el presente estudio.

Las Patologías Crónicas no representaron un indicador importante con un 11,2 % (500), siendo la Hipertensión Arterial 4,5 % (199) y el Asma Bronquial 3,7 % (172) las de mayor incidencia.

Las heridas por armas blancas y de fuego así como sus secuelas están presentes en un 11 % (478) de los casos. La región Capital representó el por ciento mayor de estos con el 38,8% (172).

El estudio, desde el punto de vista odontológico, permitió examinar a 2 921 internos que significa el 15,5% de la población. Se puso en evidencia que la situación de salud bucal está muy comprometida, debido a las pobres o nulas acciones de prevención, poca resolutivez asistencial por la carencia de especialistas en varios centros y el deficiente y/o deterioro del equipamiento odontológico así como el limitado abastecimiento con insumos de la especialidad.

Ello se evidencia en que el 89,5% (2 653) está afectado por caries, el 51,9 % (1 510) por periodontopatías y el 32,7 % (953) con disfunción masticatoria; con índices que muestran que en caries cada interno examinado tiene como promedio 4,2; obturados 1,6 y perdidos 4,6. En sentido general, las regiones más afectadas son la Central con un 100% de los internos con caries y en la Centro Occidental un 96,7%, en esta última el 98,7% presenta afectaciones periodontales. La situación higiénica sanitaria de los centros se encuentra seriamente comprometida, lo que se manifiesta por un grupo de factores, que influyen negativamente en el estado de salud de esta población. Se destacan:

- El deterioro marcado del estado constructivo de sus instalaciones como consecuencia de la falta de mantenimiento y de la poca cultura sanitaria de los internos, más agravado en los Internados Judiciales de Yare II, Cumaná y Carúpano.
- Situación precaria de hacinamiento, como se aprecia en casi todos los centros de la Región Oriental.
- Insuficiente abasto del agua de consumo y su mala calidad sanitaria, elemento favorecedor de las afecciones diarreicas agudas (783 casos) en todos los internados, pues las redes hidráulicas están en mal estado, esto hace que se contaminen con las aguas superficiales y albañales.
- La higiene de los alimentos en lo referido a la elaboración, distribución y consumo no se corresponde con las normas establecidas para estos

fines, siendo más notable, en los Internados Judiciales Tocarón, Carabobo, San Juan de los Morros, Mérida, Apure, Centro Penitenciario Región Centro Occidental, y en la Región Capital a excepción del INOF.

Se constató que no existe control de los manipuladores de alimentos, así como no se recolectan muestras testigos, por lo que es imposible el estudio de un brote de enfermedades transmitidas por los alimentos.

La higiene del medio está afectada por la inadecuada disposición final de los residuales líquidos y sólidos, presencia de micro y macro vertederos, vertimiento de aguas negras por el deterioro y ruptura de las redes en los interiores de los penales, situación que está presente en la casi totalidad de los penales.

La higiene personal de los internos es mala en todos los centros del país, lo que se corresponde con los inadecuados hábitos y estilos de vida a los cuales están sometidos, lo que se favorece al no existir suministro de medios de aseo personal y de lencería, y la existencia de un número importante de internos durmiendo en el piso.

Esta situación hace que exista una elevada incidencia de enfermedades transmisibles, el 76,2% de los casos vistos en el diagnóstico, lo que podría desencadenar epidemias de difícil manejo y control epidemiológico.

Salud Mental

En cuanto a la salud mental, a pesar de que la Ley de Régimen Penitenciario estipula que cada una de las prisiones debe contar con servicios de psiquiatría, pocas son las que en realidad ofrecen este servicio a los reclusos. Al respecto, la División reconoce un subregistro no determinable de hechos y patologías derivadas. En el periodo de enero a septiembre de 2000, se atendieron 1.244 casos en aquellos penales que sí cuentan con especialistas, siendo las patologías tratadas más frecuentes:

psicosis, epilepsias, trastornos de la personalidad y síndromes mentales orgánicos. En cualquier caso, el diagnóstico general de prisiones en cuanto a infraestructura, trato, violencia, etc., apunta a la existencia de un proceso de retroalimentación permanente de desórdenes asociados al bienestar mental, que sólo puede ser revertido en la medida que se concreten los proyectos de reforma radical hacia el respeto de los

Derechos humanos de los reclusos y su rehabilitación social. Entre tanto, la propia experiencia carcelaria se erige en sí misma como causa de trastornos psicológicos.

Nutrición/ Alimentación

Por otro lado, un grave problema de salud está relacionado con las políticas y prácticas desnutrición. Si bien la Ley de Régimen Penitenciario establece que *“se suministrará a los penados una dieta alimenticia suficiente para el mantenimiento de su salud”* (art. 41), en la práctica la asignación alimentaria por recluso para las tres comidas diarias es muy exigua. Tanto la falta de políticas de nutrición y salubridad como las prácticas de corrupción existentes en las cadenas de alimentación a lo interno de las prisiones afectan la correcta administración de tan exiguos recursos.

Una Ventana a la Libertad considera que la alimentación es el aspecto del sistema que genera mayor número de abusos por distracción de fondos y apropiación indebida de los artículos relacionados, lo que origina una deficiente dieta del recluso en cantidad y calidad, deficiente preparación de los alimentos y reparto en condiciones indignas. Así, muchos presos dependen de sus familias para el suministro de su alimentación o de dinero para comprarla. A finales de 1997, el Ministerio de Justicia aseguraba que alrededor del 40% de los presos no consumía la comida ofrecida por los servicios de las prisiones. En los informes reseñados de la División de Medicina Integral, se evidencia una preocupación específica por el tema de

la nutrición. Sin embargo, los esfuerzos por adecuar la dieta y las políticas de nutrición deben ir acompañados de soluciones a aspectos estructurales del sistema como la corrupción y las fallas de infraestructura e higiene.

Prevención

No existen programas públicos de prevención para de ningún tipo de enfermedad lo que se encuentra en consonancia con la práctica ausencia de programas de prevención a nivel de las políticas nacionales.

Respuestas del Sector Oficial

En cuanto a la respuesta oficial, en los últimos años la División de Medicina Integral viene adelantando diversos esfuerzos para acercar posiciones y aunar esfuerzos con organizaciones sociales, para captar su apoyo en la labor de enfrentar la problemática de la salud en las prisiones. A pesar de las dificultades para concretar formalmente las relaciones de cooperación con los equipos de la UCV, se viene produciendo una relativa intensificación de las actividades de cooperación entre ambas entidades. En concreto, está prevista la firma de un convenio para la creación de pasantías penitenciarias para los estudiantes de la Facultad de medicina de la UCV; el mismo proyecto se promueve con la Universidad de Oriente.

Por otro lado, entre las metas pautadas por la División de Medicina Integral para el cuarto trimestre de 2000, se encontraba llevar a cabo reuniones con instituciones no gubernamentales de ayuda a prisiones. Entre tanto, el conjunto de iniciativas que se adelantan desde la División se enfrentan con diversas dificultades, relacionadas con la falta de priorización de la problemática de salud por parte del MIJ.

Finalmente, la Fundación para el Desarrollo Integral del Servicio Penitenciario del Estado Miranda (FUNSEPEM), adscrita a la Gobernación

regional, adelanta actividades de diversa naturaleza para el desarrollo integral del servicio penitenciario estatal, que reúne a ocho prisiones del país. Entre los diversos componentes de su estructura, adelanta anualmente diversos operativos sanitarios y de dotación de equipos y medicamentos, así como talleres y charlas formativas. El impacto de estas actividades es notable, habida cuenta la escasez de recursos con que cuenta el sistema penitenciario; sin embargo, se trata de una actividad de apoyo que no tiene efectos sobre las políticas públicas penitenciarias.

Situación del Internado Judicial Carabobo

Uno de los penales que incumple con los estándares de la norma internacional es el Internado Judicial de Carabobo, conocido como Tocuyito; entre las deficiencias se observa que no hay un vigilante por cada 10 presos, como lo indica la norma internacional, la infraestructura está deteriorada, no hay clasificación ni agrupación de presos. Los liberados no son objeto de tratamiento post-carcelario. Las autoridades internas irrespetan a los familiares y amigos que van de visita. La cárcel de Tocuyito alberga 1.800 presos de los cuales 120 internas están dentro del anexo femenino, 998 procesados y 772 penados al igual que otros internados, la población reclusa confronta, entre otros problemas de salud, enfermedades dermatológicas, gastrointestinales, respiratorias, traumatológicas, neurológicas, cardiovasculares, de transmisión sexual y enfermedades buco-dentales.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

El presente estudio se llevó a cabo con la finalidad de estudiar la factibilidad de crear un Servicio de Salud Odontológica Integral dirigida a los internos de la sección masculina del Internado Judicial Carabobo. Esta investigación es de tipo tecnicista en su modalidad de proyecto factible.

Por su parte Sierra, C. (2004), señala que un proyecto factible consiste en elaborar propuestas que sean viables, que atiendan a necesidades en una institución, organización o grupo social que son determinadas a partir del diagnóstico de la necesidad, estudio de la factibilidad, diseño de la propuesta, evaluación y rediseño si lo necesita.

De acuerdo a la naturaleza del estudio y los objetivos establecidos, el desarrollo de la investigación se enmarcó en la modalidad de proyecto factible con un estudio descriptivo de campo para el diagnóstico de la necesidad.

Diseño de la Investigación

El diseño es el modelo que sigue el investigador para darle respuesta al problema del estudio. En esta investigación el tipo de diseño es del tipo no experimental porque no se manipularon las variables de forma deliberada.

Por su parte Hernández; Fernández, y Baptista (2003), señalan que “las investigaciones con diseños no experimentales son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se

observan los fenómenos en su ambiente natural después de analizarlos”.

Por otro lado, en cuanto a la dimensión en el tiempo donde se recolectaron los hechos será transeccional o transversal, porque los datos se recolectaran en un momento dado, es decir, un tiempo único (Sierra, 2004)

Población

A tal sentido, la población esta conformada aproximadamente por 120 internas del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo.

Al respecto, Palella y otros (2003) definen la población como el conjunto de unidades de las que se desea obtener información, éstas pueden ser un conjunto finito o infinito de elementos, personas o cosas pertinentes a una investigación y que generalmente suelen ser inaccesibles.

Muestra

Según Puertas (1998) las muestras opinática son aquellas que requieren cierto conocimiento previo de la población, por tal motivo el investigador está en capacidad de indicar cuales elementos del universo serán objetos de estudio es el investigador, quien según su opinión y los objetivos del estudio, elige a los sujetos que conformarán la muestra.

La muestra de la investigación fue de tipo no probabilística Intencional u opinática ya que no sigue el proceso aleatorio, ni puede considerarse como representativa de la población, ya que se pudo tener acceso a una pequeña parte de la población por seguridad personal del investigador debido a la naturaleza de la población objeto de la investigación.

Por lo tanto se realizo la encuesta a sesenta (60) reclusas del internado.

Técnicas de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos es la manera en que el investigador va a obtener la información necesaria para desarrollar la investigación.

En la investigación se empleo como técnica de recolección de datos, la encuesta que permite obtener los datos de manera directa o de la fuente originaria. De acuerdo, a Sierra (2004) la encuesta es la obtención directa de las personas y/o fuentes primarias de las informaciones de aquellos datos, puntos de vista o aspectos relevantes del tema objeto de la investigación.

Instrumentos de Recolección de Datos

Los instrumentos son los medios que permiten recolectar los datos necesarios, que posterior a su análisis e interpretación proporcionaran las conclusiones del estudio que se llevara a cabo. (Sierra, 2004)

En esta investigación se empleó un instrumento de recolección de datos creado acorde con los objetivos planteados en la investigación, que es un cuestionario orientado a los internas del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo.

El cuestionario consto de una serie de preguntas cerradas con respuestas de tipo dicotómicas, que fue aplicado mediante la entrevista a la muestra para recolectar toda la información necesaria y así se elaboro la propuesta sobre la creación de un Servicio de Salud Odontológica Integral dirigido al anexo femenino del Internado Judicial Carabobo.

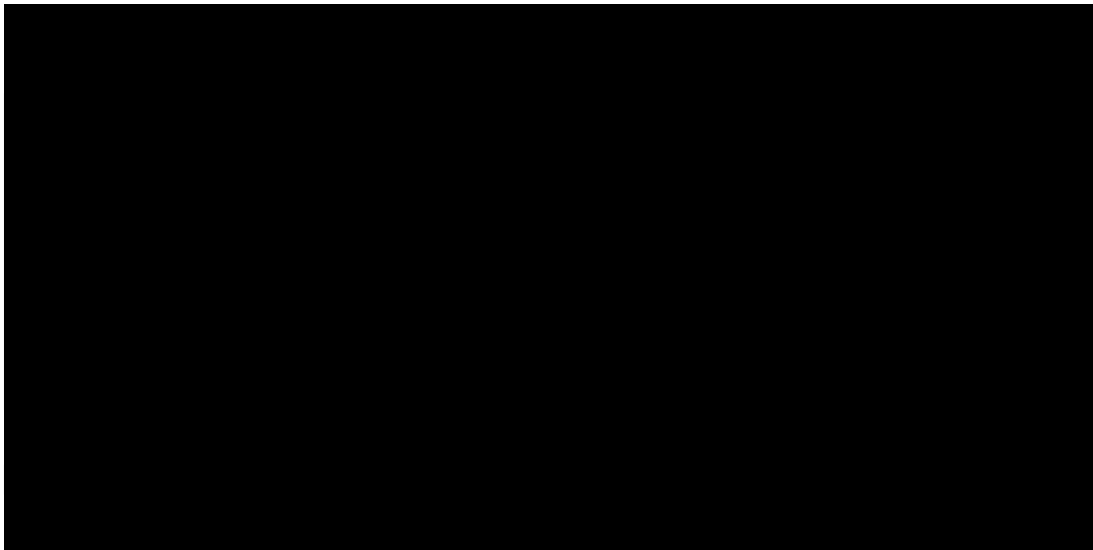
Validez y Confiabilidad

Sierra, (2004); define “la validez: tradicionalmente se dice que un instrumento es valido si mide lo que en realidad pretende medir”.

La validación del instrumento a ser aplicado, se realizó a través del juicio de un experto en área de metodología y dos odontólogos especialistas pertenecientes al área clínica de la Facultad de odontología de la Universidad de Carabobo.

La confiabilidad de un instrumento de recolección de datos es la capacidad que tiene el instrumento de registrar los mismos resultados en repetidas ocasiones, con una misma muestra y bajo unas mismas condiciones (Sierra. 2004). Para el cálculo de la confiabilidad se usó un coeficiente de consistencia interna, aplicado a los sujetos integrantes del segmento muestral fijado. Prueba piloto que constó de 10 personas con las mismas características de la muestra.

Se utilizó el índice de consistencia interna a través del Coeficiente Kuder-Richardson dando una confiabilidad de 0,8568 o 85,68%. (Ver Cuadro)



Procesamiento y Análisis de Datos

Basado en el tipo de investigación el tratamiento estadístico de los datos obtenidos será de forma descriptiva, se presentaran los datos en tablas y gráficos.

Al respecto Palella y otros (2003), mencionan que la estadística descriptiva esta diseñada para resumir o describir los datos sin factores pertinentes adicionales, es decir, sin intentar nada que vaya más allá de los datos vistos como tales. En este sentido se presentara la información obtenida en cuadros distribuidos por frecuencia absoluta y relativa (porcentajes), para luego exponerse en gráficos.

Para el desarrollo de la investigación se llevaron a cabo dos fases:

FASE I: Revisión Bibliográfica: en esta primera fase empleando la metodología documental, se plantearon los objetivos generales y específicos, se procedió a la búsqueda de las bases teóricas que sustentan el problema en cuestión, tomando como referencias, libros, artículos en la web.

FASE II: Trabajo de Campo: En ésta etapa se empleó el método de campo, donde se buscaron datos que permitieron revisar o modificar la realización de la investigación.

Se procedió a la elaboración y validación del instrumento, luego a la recolección de la información para obtener el diagnóstico de la necesidad de la propuesta, mediante la realización del cuestionario a las internas del anexo femenino y así realizar la propuesta de la creación del servicio odontológico integral dirigida al anexo femenino del Internado Judicial Carabobo.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Seguidamente se presentan los resultados de la aplicación del instrumento de recolección de datos; el cuestionario (Ver Anexo A) aplicado a una muestra de 60 internas del Internado Judicial Carabobo.

El instrumento aplicado a las internas del Internado Judicial Carabobo conformado por 19 ítems, esta orientado a diagnosticar la necesidad de atención odontológica de esas personas.

Así la información recopilada se analizará de manera descriptiva, categorizando las respuestas plasmadas por los encuestados en sus respectivos cuestionarios. Se expondrán los resultados en cuadros donde se observe la distribución por frecuencia absoluta y relativa (porcentajes), para posteriormente exponerla en gráficos.

Entonces se prosigue con una serie de cuadros, donde se registran los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario que esta dirigido a la muestra de las internas del anexo femenino del mencionado internado, con el propósito de conocer la necesidad de Atención Odontológica de estas personas y la factibilidad de tipo motivacional de un Servicio de Atención Odontológica Integral. Este instrumento está conformado por 19 ítems, por lo que los cuadros van desde el N° 1 hasta el N° 19.

Cuadro 1

Utilización del servicio odontológico actualmente del anexo femenino por parte de las internas

Dimensión: Utilización del servicio

Indicador: Necesidad de atención

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	28	46,67%
NO	32	53,33%
No Respondió	0	0,00%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 47% de las Internas afirman que han utilizado el servicio odontológico que presta el internado un 53% niegan haberlo hecho y un 0% no respondió a este ítems. En tal sentido se evidencia que existe un porcentaje significativo de las internas que no han utilizado el servicio odontológico que presta el anexo femenino del internado

Cuadro 2

Necesidad de acudir de emergencia al servicio odontológico actualmente del anexo femenino por parte de las internas.

Dimensión: Utilización del servicio

Indicador: Necesidad de atención

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	11	18,33%
NO	49	81,67%
No Respondió	0	0,00%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008)

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 18% de las Internas afirman que han utilizado de emergencia el servicio odontológico que presta el internado un 82% niegan haberlo hecho y un 0% no respondió a este ítems. En tal sentido se evidencia que existe un porcentaje significativo de las internas que no han utilizado de emergencia el servicio odontológico.

Cuadro 3

Necesidad de acudir al servicio odontológico actualmente del anexo femenino por parte de las internas.

Dimensión: Utilización del servicio

Indicador: Necesidad de atención

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	43	71,67
NO	17	28,33
No Respondió	0	0,00%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 72% de las Internas afirman que han tenido la necesidad de utilizar el servicio odontológico que presta el internado un 28% niegan la necesidad de utilizarlo y un 0% no respondió a este ítems. En tal sentido se evidencia que existe un porcentaje significativo de las internas que necesitan utilizar dicho servicio pero no lo usan porque por una u otra cosa no le prestan el servicio odontológico

Cuadro 4

Tiempo de espera para poder utilizar al servicio odontológico del anexo femenino por parte de las internas.

Dimensión: Utilización del servicio

Indicador: Necesidad de atención

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	51	85,00%
NO	9	15%
No Respondió	0	0,00%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 85% de las Internas afirman que han tenido que esperar mucho tiempo para poder ser atendidas en dicho servicio la un 28% niegan esperar mucho tiempo para ser atendidas. En tal sentido se evidencia que existe un porcentaje significativo de las internas que esperar mucho tiempo para ser atendidas en dicho servicio.

Cuadro 5

Tratamiento de operatoria recibido de las internas por parte del servicio del internado.

Dimensión: Rehabilitación de las estructuras bucales

Indicador: Terapéutica.

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	19	30,65%
NO	11	17,64%
No Respondió	32	51,61%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 31% de las Internas afirman que le han realizado tratamiento de operatoria un 18% niegan la realización de este tratamiento y el 51% no respondieron a esta pregunta por no haber usado el servicio odontológico que presta el internado.

Cuadro 6

Tratamiento de cirugía recibido de las internas por parte del servicio del internado.

Dimensión: Rehabilitación de las estructuras bucales

Indicador: Terapéutica.

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	8	13,33%
NO	20	33,33%
No Respondió	32	53,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 14% de las Internas afirman que le han realizado tratamiento de operatoria un 33% niegan la realización de este tratamiento y el 53% no respondieron a esta pregunta por no haber usado el servicio odontológico que presta el internado.

Cuadro 7

Tratamiento de endodoncia recibido de las internas por parte del servicio del internado.

Dimensión: Rehabilitación de las estructuras bucales

Indicador: Terapéutica.

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	0	0,00%
NO	28	46,67%
No Respondio	32	53,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 47% de las Internas afirman que no le han realizado tratamiento de endodoncia y el 53% no respondieron a esta pregunta por no haber usado el servicio odontológico que presta el internado.

Cuadro 8

Tratamiento de prótesis recibido de las internas por parte del servicio el internado.

Dimensión: Rehabilitación de las estructuras bucales

Indicador: Terapéutica.

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	0	0,00%
NO	28	46,67%
No Respondió	32	53,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e interpretación:

De los datos reflejados se puede observar que el 47% de las Internas afirman que no le han realizado tratamiento de prótesis y el 53% no respondieron a esta pregunta por no haber usado el servicio odontológico que presta el internado.

Cuadro 9

Tratamiento de periodoncia recibido de las internas por parte del servicio el internado.

Dimensión: Rehabilitación de las estructuras bucales

Indicador: Terapéutica.

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	28	46,67%
NO	0	0,00%
No Respondio	32	53,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 28% de las Internas afirman que le han realizado tratamiento periodontal por parte del servicio que presta el internado el 32% no respondió a la pregunta.

Cuadro 10

Necesidades cubiertas por el servicio a las internas.

Dimensión: Utilización del servicio

Indicador: Necesidad de atención.

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	15	25,00%
NO	45	75,00%
No Respondió	0	0,00%
Total	60	100,00%

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 25% de las Internas afirman que le han cubierto sus necesidades bucodentales por parte del servicio que presta el internado el 25% niega que sus problemas bucodentales son resueltos por parte del servicio odontológico que presta dicho internado.

Cuadro 11

Bienestar de las internas proporcionado por parte del servicio odontológico actualmente del anexo femenino.

Dimensión: Grado de satisfacción.

Indicador: Calidad del servicio.

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	20	33,33%
NO	8	13,33%
No Respondio	32	53,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 33% de las Internas afirman que se sienten bien atendidas en el actual servicio. El 14% no se han sentido bien atendidas y el 53% no respondió a dicha pregunta porque nunca han utilizado dicho servicio.

Cuadro 12

Información recibida por parte de las internas de las enfermedades dentarias suministrada por el servicio odontológico actualmente del anexo femenino por parte de las internas.

Dimensión: Educación

Indicador: Preventiva

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	0	0,00%
NO	28	46,67%
No Respondió	32	53,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 47% de las Internas niegan que la eduquen o les de información sobre las enfermedades dentarias por parte del actual servicio. El 53% no respondió a dicha pregunta porque nunca han utilizado dicho servicio.

Cuadro 13

Información recibida por parte de las internas de las enfermedades periodontales suministrada por el servicio odontológico actualmente del anexo femenino por parte de las internas.

Dimensión: Educación

Indicador: Preventiva

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	0	0,00%
NO	28	46,67%
No Respondió	32	53,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 47% de las Internas niegan que la eduquen o les de información sobre las enfermedades periodontales por parte del actual servicio. El 53% no respondió a dicha pregunta porque nunca han utilizado dicho servicio.

Cuadro 14

Información recibida por parte de las internas de las técnicas de cepillado suministrado por el servicio odontológico actualmente del anexo femenino.

Dimensión: Educación

Indicador: Preventiva

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	8	13,33%
NO	20	33,33%
No Respondió	32	53,33%
Total	60	100,00%

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 33% de las Internas niegan que la eduquen o les de información sobre las técnicas de cepillados dental por parte del actual servicio. El 14% dicen que en alguna oportunidad recibieron esa información por parte del servicio. El 53% no respondió a dicha pregunta porque nunca han utilizado dicho servicio.

Cuadro 15

Información recibida por parte de las internas de las técnicas del uso del hilo dental suministrada por el servicio odontológico actualmente del anexo femenino.

Dimensión: Educación

Indicador: Preventiva

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	0	0,00%
NO	28	46,67%
No Respondió	32	53,33%
Total	60	100,00%

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 47% de las Internas niegan que la eduquen o les de información sobre la técnica del uso del hilo dental por parte del actual servicio. El 53% no respondió a dicha pregunta porque nunca han utilizado dicho servicio.

Cuadro 16

Resolución de los problemas bucodentales de las internas proporcionado por el servicio odontológico actualmente del anexo femenino.

Dimensión: Grado de satisfacción.

Indicador: Calidad del servicio

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	8	13,33%
NO	20	33,33%
No Respondió	32	53,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 33% de las Internas niegan que el servicio resuelve sus problemas bucodentales, el 14% admite que si han sido resueltos su problemas bucodentales. El 53% no respondió a dicha pregunta porque nunca han utilizado dicho servicio.

Cuadro 17

Mejoramiento del Servicio odontológico que presta actualmente el Internado Judicial Carabobo.

Dimensión: Grado de satisfacción.

Indicador: Calidad del servicio.

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	51	85,00%
NO	9	15,00%
No Respondió	0	0,00%
Total	60	100,00%

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 85% de las internas piensa , opina que el servicio odontológico que presta el internado actualmente debe mejorar para así resolver sus problemas bucodentales el 15% piensa que el servicio esta a su medida.

Cuadro 18

Necesidades cubiertas por el servicio a las internas.

Dimensión: Utilización del servicio

Indicador: Necesidad de atención

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	11	18,33%
NO	49	81,67%
No Respondió	0	0,00%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 18% de las Internas afirman que le han cubierto las necesidades de sus compañeras por parte del servicio que presta el internado el 82% niega que sus problemas bucodentales son resueltos por parte del servicio odontológico que presta dicho internado.

Cuadro 19

Información sobre prevención de enfermedades buco dentales

Dimensión: Educación

Indicador: Preventiva

Alternativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SI	49	81,67%
NO	11	18,33%
No Respondió	0	0,00%
Total	60	100,00%

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008).

Análisis e Interpretación

De los datos reflejados se puede observar que el 82% de las Internas afirman que sus problemas bucales son debido a la falta de información para prevenirlas 18% niega que sus problemas bucodentales son por falta de conocimientos de prevención.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Para complementar el análisis descriptivo de los resultados, se dan a conocer a continuación las siguientes conclusiones derivadas de la presente investigación:

1. En cuanto a la utilización del servicio que se encuentra en el internado este es usado por menos del 50% de las internas del Internado Judicial Carabobo; aunque han necesitado usarlo en un 71% esto se debe a que en el momento de necesitarlo este servicio por algún problema bien sea por falta de materiales, condiciones de trabajo no procedan a dar o suministrar la consulta a dicha población.
2. En lo referente a la atención preventiva como información sobre enfermedades bucodentales técnicas de higiene bucal estas no son facilitadas o educadas por parte del servicio.
3. De lo anteriormente expuesto se puede deducir que la mayor parte de las internas siente la necesidad de conservar la salud de sus dientes, lo que es de importancia ya que esta población por su condición es preferible realizar actividades de prevención adicionalmente a esto tiene una alta necesidad en restauración prótesis.

Recomendaciones

En vista de lo anteriormente expuesto en las conclusiones del análisis obtenidas, se recomienda lo crear un vínculo entre el Ministerio de Interior y Justicia y la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo que permita la Creación de un Servicio de Atención Odontológica Integral dirigido a las internas del Anexo Femenino del Internado Judicial Carabobo Estado Carabobo.

CAPÍTULO V

LA PROPUESTA

Introducción

Evidentemente la investigación realizada dio pie a la propuesta de crear un Servicio de Atención Odontológica Integral dirigido a la población femenina que residen en el internado judicial Carabobo debido a la necesidad que tienen estas personas de recibir atención odontológica Integral que comprenda rehabilitación terapéutica y se les brinde educación en salud bucal para así prevenir patologías mas graves.

En los resultados obtenidos se evidenció que del total de las internas encuestadas el 72% necesitan usar un servicio odontológico integral que rehabilite, eduque en cuanto a los problemas bucodentales. Cabe destacar la necesidad imperiosa en las áreas de endodoncia y prótesis ya que el 100% de la población esta desasistida en estas áreas de terapéutica y rehabilitación. El 82% opina que el servicio actual debería mejorar y así brindar soluciones en la totalidad de los problemas de salud bucal e esta población.

Misión

Brindar atención Odontológica Integral a las internas del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo , creando condiciones de salud bucal optimas; aliviando las molestias, restaurando la función, limitando el

daño, y considerando los resultados estéticos, que permitan mejorar el bienestar y la calidad de vida de los usuarios atendidos.

Visión

Mejorar el estado de salud bucal y general de las personas que residen en el anexo femenino del internado judicial Carabobo estado Carabobo y el personal que laboran en el mismo, brindando la atención y motivación de su personal, investigando y desarrollando tecnologías sanitarias en respuesta a las necesidades de salud de estos individuos.

Objetivos de la Propuesta

Objetivo General

Proveer tratamiento odontológico integral (preventivo, curativo y de rehabilitación) a las internas del internado Judicial Carabobo, logrando mejorar las condiciones bucales y de salud general del individuo, brindándole la atención multidisciplinaria que este requiere.

Objetivos Específicos

1. Aplicar tratamiento terapéutico específico a aquellas enfermedades propias de la cavidad bucal que así lo requieran; endodoncia, periodoncia, cirugía, y operatoria.
2. Rehabilitar protésicamente tomando en cuenta los fundamentos de oclusión, mejorando así la función masticatoria del individuo y por ende su salud general.

- Registrar estadísticamente los datos epidemiológicos, y clínicos de los individuos que acuden al servicio, que podrían emplearse con fines de investigación.

Justificación de la Propuesta

El motivo fundamental de la realización de esta propuesta, basado en los resultados obtenidos, indudablemente tiene que ver con la necesidad existente en las personas internas de esta institución carcelaria de recibir tratamiento odontológico, y de su disposición a asistir a un Servicio donde le brinden solución a sus problemas y así sea solventada dicha necesidad, quedando clara la pertinencia de esta propuesta.

Y entonces mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en el Internado Judicial Carabobo del estado Carabobo, mediante la realización de tratamientos preventivos, curativos y de rehabilitación, de manera oportuna cubriendo así, las necesidades de atención odontológica en esta población.

Factibilidad

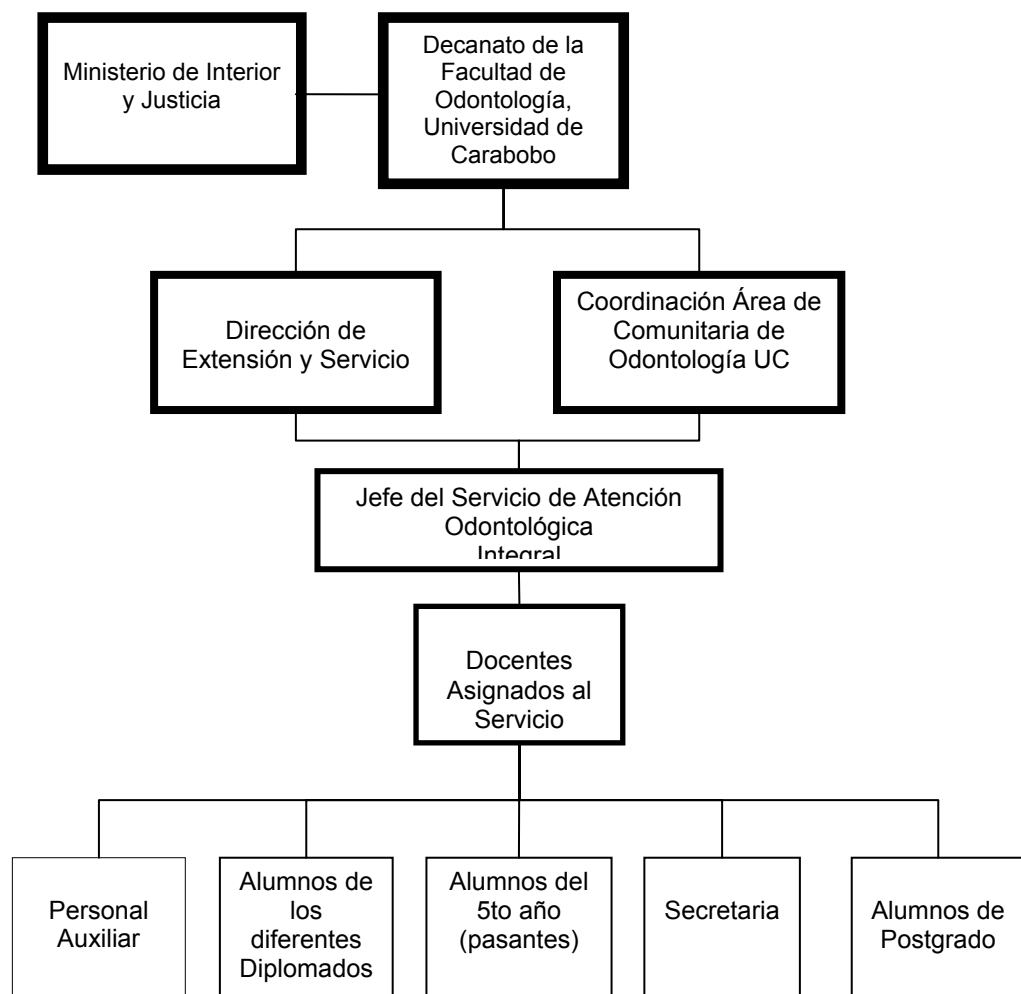
Para que el Servicio de Atención Odontológica Integral dirigido al anexo femenino del Internado Judicial Carabobo sea una realidad en el tiempo es necesario precisar algunos criterios que conformarán sus bases. En principio el Servicio proporcionará atención odontológica abarcando todo lo relacionado al tratamiento de las enfermedades bucos maxilofaciales, contando con un equipo multidisciplinario que desarrolle actividades de planificación e investigación en este campo que a la larga darán beneficio a las personas con esta problemática.

Factibilidad Organizacional

El Servicio de Atención Odontológica Integral contará con muebles y equipos, y estará dotado de materiales para su cabal funcionamiento. Por otra parte hay que tomar en consideración el recurso humano requerido para la atención del servicio.

Se propone para su análisis y consideración el organigrama del Servicio de Atención Odontológica Integral dirigido al anexo femenino del Internado Judicial Carabobo.

Organigrama



Factibilidad de Recursos Humanos

El Servicio de Atención Odontológica Integral contará con un recurso humano calificado del que se dispone en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, cuya carga académica integral se vera reforzada y mejorada al incluir atención a dicha población.

A continuación se detalla el personal mínimo requerido adscrito al servicio:

- Jefe del Servicio.
- Docentes Asignados al Servicio: Odontólogos generales, Odontólogos especialistas en las distintas áreas de la odontología.
- Alumnos del 5to año (pasantes).
- Alumnos de las áreas de postgrado.
- Alumnos de los diplomados.
- Personal Auxiliar.

Factibilidad Financiera

Se refiere a los recursos económicos y financieros necesarios para desarrollar o llevar a cabo las actividades o procesos, para obtener los recursos básicos que deben considerarse como son el costo del tiempo, el costo de la realización y el costo de adquisición de los equipos, bienes y dotación.

En este orden de ideas se presenta a su consideración un presupuesto tentativo con los costos mínimos requeridos para poner en funcionamiento un Servicio de Atención Odontológica Integral.

Equipos indispensables para el funcionamiento del Área Clínica del Servicio de Atención Odontológica Integral dirigido a la sección masculina del Internado Judicial Carabobo

BIENES	CANTIDAD	BOLIVARES
Unidades Dentales	1	9.800
Bomba de Succión	1	470
Esterilizador al vapor	1	3000
Compresor	1	800
Horno esterilizador	1	700
Equipo de Rayos x	1	12500
Amalgamador	1	400
Lámpara de Fotocurado	1	1200
Aire Acondicionado	1	2500
Nevera	1	900
Instrumental Odontológico	Varios	10000
TOTAL		32270

Equipos necesarios para realizar los Procedimientos Administrativos del Servicio de Atención Odontológica Integral dirigido a los internos de la sección masculina del I.J.C. Estado Carabobo

EQUIPOS	CANTIDAD	BOLIVARES
Accesorios de escritorios	Varios	500
Escritorio	1	1200
Sillas	3	1200
Archivos	1	600
Estante	3	2000
TOTAL		5500

TOTAL GASTOS EQUIPOS ÁREA CLINICA = 22270

TOTAL GASTOS EQUIPOS ÁREA ADMINISTRATIVA = 5500

TOTAL GENERAL DE DOTACIÓN = 37770

Personal necesario, del Servicio de Atención Odontológica Integral

CARGO	NECESIDAD
Jefe de Servicio	1
Docente Asignado	A definir según la necesidad
Higienista o Auxiliar	1

Fuentes de Financiamiento

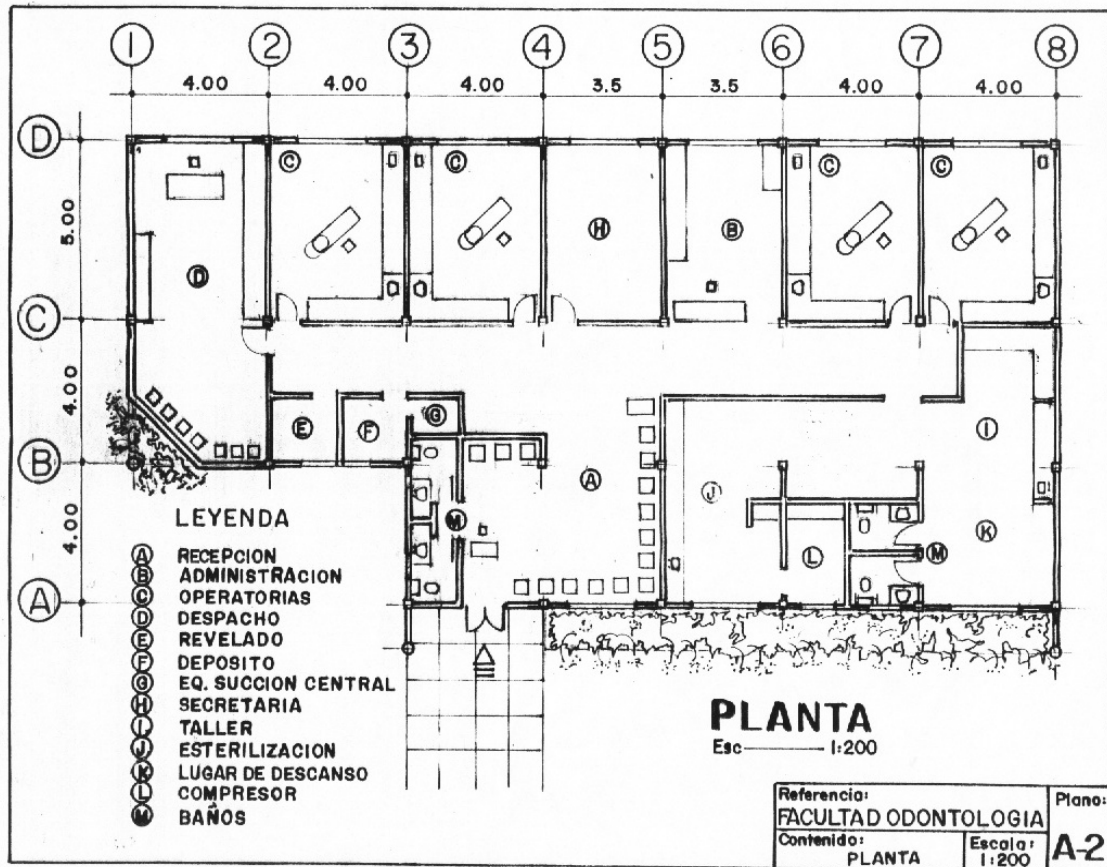
Las fuentes de financiamiento para la puesta en funcionamiento del Servicio de Atención Odontológica Integral dirigido a las internas del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo. Estado Carabobo podrían ser por:

- Aportes del Ministerio de Interior y Justicia.
- Aportes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.
- Aportes de otros entes gubernamentales.
- Colaboración de los profesores de la Facultad de Odontología.
- Colaboración de entes no gubernamentales concientizados con la problemática.

Estructura Física

La estructura física ideal para la realización de esta propuesta, tomando en cuenta las condiciones básicas requeridas para la atención odontológica, se sugiere una estructura física ideal que se propone para su consideración, y se presenta a continuación:

Distribución del Espacio Físico en el Servicio



ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA

Protocolo Clínico a emplear en el Servicio de Atención Odontológica Integral dirigido a los internos del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo.

Todos los pacientes que acuden al servicio:

- Deberán ser debidamente identificado.

En la primera cita se efectúa el llenado de la Historia Clínica, que incluye anamnesis y examen clínico bucal por el odontólogo o pasante, se planifica el tratamiento.

Prioridades de Atención

- Alivio del dolor.
- Restauración de la función: la segunda prioridad es restaurar la función, mediante la aplicación de procedimientos restaurador o rehabilitador que le permitan al paciente masticar sus alimentos adecuadamente, hablar, entre otros.
- Limitación del daño: mediante la realización de operatorias en caries profundas que eviten la realización de tratamiento endodóntico, o realización del tratamiento endodóntico para evitar la exodoncia y colocación de prótesis para evitar problemas de la articulación temporomandibular.
- Considerar los resultados estéticos: tomar en cuenta la estética, ya que la realización de tratamientos restauradores y rehabilitadores estéticos permite al paciente mejorar su bienestar y calidad de vida.
- Prevención: merece particular mención la aplicación de métodos preventivos a los pacientes que acuden al Servicio de Atención Odontológica Integral para así evitar la instalación de nuevas patologías bucales y dentarias que puedan agravarse.

El Servicio de Atención Odontológica Integral proporcionara estrategias de atención odontológica basados en los niveles de prevención planteados por Leavell y Clark. Según Higashida (2002), los niveles de prevención de Leavell y Clark en los siguientes niveles:

Prevención Primaria

Promoción de la Salud: La educación e instrucción es fundamental para los pacientes que acuden al servicio, ya que es fundamental que conozcan cual es su condición de salud bucal, que pueden hacer para

mejorarla, como realizar una correcta técnica de cepillado dental y que se percaten acerca de las normas de higiene bucal e importancia de su uso.

Prevención Secundaria

Diagnóstico y Tratamiento Oportuno: Como parte del diagnóstico y tratamiento oportuno debe incluirse el examen periódico bucal, el tratamiento inmediato de lesiones cariosas, y la atención a los defectos del desarrollo.

Prevención Terciaria

Limitación de la Incapacidad: Es de suma importancia evitar daños de tipo irreversible en los pacientes que acudan al servicio mediante la realización de tratamientos restaurativos, endodóntico y en caso de que ya éstos no puedan ser realizados exodoncia.

Rehabilitación: Es necesario el reemplazo de las estructuras dentarias perdidas mediante prótesis parciales, totales, coronas o puentes fijos según sea el caso.

Funciones del Personal en el Servicio de Atención Odontológica Integral del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo

Operador

- Realizar procedimientos de tipo preventivo, curativo y rehabilitador.
- Verificar al finalizar cada sesión del tratamiento las anotaciones en las Historias Clínicas sobre las actividades realizadas incluyendo el tratamiento a seguir en la siguiente cita.

Vestimenta

- Uniforme asignado por la facultad de odontología, ya sea de pregrado o posgrado.
- Bata blanca con puños, sin bolsillos o bata quirúrgica desechable.
- Zapatos cerrados.
- Tapabocas, gorro, mascara protectora.
- Guantes, cambiado entre paciente y paciente.

Técnica de Cuarta Mano

- Controlar y ubicar la succión.
- Asistir en todos los detalles al operador en su trabajo.
- Espatular los materiales (vidrio ionomérico, hidróxido de calcio, Zinquenol, entre otros.), que previamente le ha suministrado el circulante.
- Controlar la lámpara de fotocurado, fotopolimerizar las restauraciones.
- Pedir al circulante el material restaurador o cualquier otro tipo de instrumento que se necesite.
- Indicar al circulante las actividades realizadas en cada tratamiento para las anotaciones en la historia.
- Tomar las radiografías y revelarlas.

Nota: El operador y el asistente no deben pararse de la unidad mientras están realizando el trabajo clínico.

Vestimenta

- Uniforme asignado por la facultad de odontología, ya sea de pregrado o postgrado.

- Bata blanca con puños, sin bolsillos o bata quirúrgica desechable.
- Zapatos cerrados.
- Tapabocas, gorro, máscara protectora.
- Guantes, cambiado entre paciente y paciente.

Circulante

- Ubica al paciente en la unidad correspondiente donde será atendido.
- Organiza el instrumental y material necesario para realizar la actividad clínica.
- Supervisa la limpieza de la unidad entre paciente y paciente.
- Se encarga de vaciar la impresión tomada por el operador y posteriormente retira el modelo de yeso.

Vestimenta

- Uniforme asignado por la facultad de odontología, ya sea de pregrado o posgrado.
- Bata blanca con puños, sin bolsillos o bata quirúrgica desechable.
- Zapatos cerrados.
- Tapabocas, gorro, máscara protectora.
- Guantes.

Administrativo

- Recibe las tarjetas de cita de los pacientes por orden de llegada y verifica la misma en el libro de citas.
- Se encarga de dar la cita a los pacientes, respetando el número de pacientes por día.

- Le da indicaciones y los requisitos a los pacientes que acuden por primera vez.
- Se encarga de retirar del archivo las historias de los pacientes citados para la siguiente guardia en curso.
- Hacer las anotaciones correspondientes a la historia del paciente luego de ser atendido.
- Hacer récipes, memorando de referencia, interconsultas, entre otros.
- Hacer las anotaciones en el control diario de actividades correspondiente al día de trabajo clínico (tiempo empleado por actividad, número de actividades, materiales empleados).

.Docentes Asignados al Servicio

Odontólogos

- Pasar la lista de los estudiantes a trabajar en el servicio.
- Verificar las actividades realizadas por el operador y hacer las correcciones que considere pertinentes.
- Firmar los récipes.
- Responder las interrogantes de tratamiento del operador.
- En caso de actividades de complejidad creciente, o en aquellos casos en que el operador no este capacitado para realizar la actividad asignada, éste debe proceder a resolverla.

Higienista

- Entrega los materiales dentales e instrumentos al circulante.
- Envuelve el instrumental y los esteriliza.
- Reubicar la Historia Clínica.

- Verificar la limpieza de la Unidad, recoger el instrumental utilizado, desechar el carpule, aguja, e instrumental punzocortante en los envases correspondientes.

- Desechar los residuos de amalgama en un envase adecuado para ello.

Procedimientos Administrativos a realizar en el Servicio de Atención Odontológica Integral del Anexo Femenino del Internado Judicial Carabobo

Manejo de Citas

Se debe llevar diariamente un libro control de pacientes para asignarle su cita correspondiente, la cual es dada de acuerdo a la demanda existente del servicio y prioridades de tratamiento.

Registro de Actividades

Las actividades se deben registrar tomando en cuenta el nombre, número de historia y actividad realizada a cada paciente.

Cuantificación del Tiempo Operacional

Para la cuantificación del tiempo se debe tomar en cuenta la hora de inicio de la actividad, hora que finaliza la misma y el subtotal de tiempo utilizado en todas las actividades realizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre, J. (1976). *Diseño de un programa para las necesidades de salud oral en niños de 6 a 14 años en el grupo Escolar "Manuel Alcázar" como un Modelo de Atención Odontológica de la Universidad de Carabobo, Facultad Odontología*. Trabajo de Grado no publicado, Universidad de Carabobo.
- Carrasco E; González E. "Informe sobre la situación de la salud y los derechos humanos de los privados de libertad"
"http://www.mpprij.gob.ve
- González Sanz A. (2002). Métodos en Odontología Comunitaria: APS. En Rioboo R. (Comp.). *Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria*. (Capitulo 44. Tomo II). Ediciones Avances Médico-Dentales S.L. Primera Edición Madrid.
- Gutiérrez A. /PAZ G. (1979). *Programa de Atención Odontológica para los Niños Excepcionales del Distrito Valencia del Estado Carabobo*. Trabajo de grado no publicado Universidad de Carabobo.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003) *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill. 3era Edición. México.
- Higashida, B. (2002). *Odontología Preventiva*. Editorial Mc Graw Hill. 1era Edición. México.
- Ley aprobatoria de la convención de los derechos humanos (1977). Gaceta Oficial nro. 31256
- Ley del régimen penitenciario (2004). Gaceta oficial nro. 37941
- López M. y López C. (2005) *Programa Piloto de Salud Bucal Integral al Adolescente Especial del Taller Laboral Carabobo del Municipio Naguanagua del estado Carabobo 2004-2005*. Trabajo de grado no publicado Universidad de Carabobo

- Malagón Londoño y Galan. (2002). *La Salud Pública. Situación actual*. Editorial Médica Panamericana propuestas y recomendaciones. Editorial Médica Panamericana. Colombia.
- Ministerio de Interior Y Justicia (2005). Situación actual del sistema Penitenciario Venezolano (resultados del diagnostico). [www.ministerio de interior y justicia.gob.ve](http://www.ministerio.deinterior.yjusticia.gob.ve). www.derechos.org.ve/ actualidad (comunicado) comu-prensa—2007/Situación cárceles
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1997). *Declaration on Health Promotion into the 21th. Century*. Rev. Panam. Salud Pública: 3(1): 58-60. USA.
- Parella, S. y Martins, F. (2003) *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Caracas Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Piedrola, G. (2001). *La Salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y Salud Pública*. En: Piedrola Gil, (Comp.) *Preventiva y Salud Pública*. (Capítulo 1). Editorial Masson. 10ª Edición. Barcelona, España.
- Poleo Zerpa W. 1997(Mayo 25)"Operativo sanitario en cárcel de Yare I," *El Universal*,
- Puertas, L y otros (1998). *Bioestadística: Herramienta de la investigación*. Editorial Compugrafic C.A. Valencia.
- Sierra, C. (2004) *Estrategias para la Elaboración de un proyecto de Investigación*, Maracay, Venezuela. Insertos Médicos de Venezuela.
- Sanabria, Z. y otros (2007, julio). Manual de normas de presentación del Informe de Investigación. Bárbula, Venezuela: Universidad de Carabobo, Facultad de Odontología (mimeo)
- Zambrano A. (1997, julio 25)" Salud en la cárcel de Sabaneta," *El Nacional*.

ANEXOS

Anexo A



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN.

INSTRUMENTO DIRIGIDO A LAS INTERNAS DEL ANEXO FEMENINO DEL INTERNADO JUDICIAL CARABOBO. ESTADO CARABOBO.

A continuación se presentan una serie de preguntas cerradas, para determinar la necesidad del proyecto de investigación titulado **PROPUESTA PARA LA CREACION DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DIRIGIDO A LAS INTERNAS DEL ANEXO FEMENINO SECCION DEL INTERNADO JUDICIAL CARABOBO. ESTADO CARABOBO**

Las respuestas son de carácter confidencial y solo serán usadas con fines académicos.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE.
 INFORME DE INVESTIGACIÓN.

Instrumento dirigido a los internas del anexo femenino del Internado Judicial Carabobo. Estado Carabobo.

ITEMS	SI	NO
1. He utilizado el servicio odontológico que presta el internado.		
2. He tenido la necesidad de acudir de emergencia al servicio odontológico que presta el internado.		
3. He tenido la necesidad de utilizar el servicio odontológico que presta el internado.		
4. Cuando he solicitado una cita (consulta) en el servicio odontológico, transcurre mucho tiempo entre la fecha de solicitud y la asignación de la misma		
5. Cuando he acudido al servicio odontológico me han hecho tratamiento de operatoria.		
6. Cuando he acudido al servicio odontológico me han hecho tratamiento de cirugía.		
7. Cuando he acudido al servicio odontológico me han hecho tratamiento de endodoncia.		
8. Cuando he acudido al servicio odontológico me han hecho tratamiento de prótesis.		
9. Cuando he acudido al servicio odontológico me han hecho tratamiento de periodoncia.		
10. Ha cubierto mis necesidades el servicio que se presta en el internado.		
11. Me siento bien atendido en el servicio que presta el internado.		
12. Cuando asisto al servicio me han explicado sobre las enfermedades que afectan los dientes.		
13. Cuando asisto al servicio me han explicado sobre las		

enfermedades que afectan las encías.		
14. Cuando he asistido a la consulta del servicio me han explicado la técnica de cepillado dental.		
15. Cuando he asistido a la consulta del servicio me han explicado el uso del hilo dental.		
16. Cuando he asistido al servicio que presta el internado me han resuelto mis problemas bucales.		
17. Pienso que debería mejorar el servicio odontológico que presta el internado.		
18. Ha cubierto las necesidades de mis compañeros el servicio odontológico que presta el internado.		
19. Creo que mis problemas bucales son por falta de información de saber como prevenirlos		

ANEXO B

Cuadro 21

Datos Recogidos de las Encuestas (valores absolutos)

ITEM	SI	NO	NR
1	28	32	0
2	11	49	0
3	43	17	0
4	51	9	0
5	19	11	32
6	8	20	32
7	0	28	32
8	0	28	32
9	28	0	32
10	15	45	0
11	20	8	32
12	0	28	32
13	0	28	32
14	8	20	32
15	0	28	32
16	8	20	32
17	51	9	0
18	11	49	0
19	49	11	0

Fuente: Datos suministrados por el instrumento aplicado a la muestra en estudio (2008)

