



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

# **PROYECTO DE APERTURA DE CLÍNICA DENTAL SOLIDARIA PARA COLECTIVOS VULNERABLES EN JEREZ DE LA FRONTERA**



**AUTOR:** Alfonso Tejero García

**TUTOR:** Dr. Antonio Castaño Séiquer

**COTUTOR:** Dr. Ignacio Barbero Navarro



Facultad de Odontología



Dr. Antonio Castaño Séiquer, Profesor Titular de Universidad adscrito al Departamento de Estomatología y Dr. Ignacio Barbero Navarro, Profesor Asociado adscrito al Departamento de Estomatología

**CERTIFICAN:**

Que el presente trabajo con el título “PROYECTO DE APERTURA DE CLINICA DENTAL SOLIDARIA PARA COLECTIVOS VULNERABLES EN JEREZ DE LA FRONTERA” ha sido realizado por Don Alfonso Tejero García, bajo nuestra dirección y reúne los requisitos y méritos suficientes para ser presentado y defendido como Trabajo de Fin de Grado.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en:

Sevilla a 30 de mayo de 2019.

PROF. DR. ANTONIO CASTAÑO SÉIQUER  
Titular de Universidad  
Departamento de Estomatología  
Facultad de Odontología

Dr. Antonio Castaño Séiquer

Dr. Ignacio Barbero Navarro

TUTOR

COTUTOR



**Facultad de Odontología**



Encomienda Orden  
Civil de Sanidad

D/Dña. (Apellidos y Nombre) Alfonso Tejero García con DNI 32083330D alumno/a del Grado en Odontología de la Facultad de Odontología (Universidad de Sevilla), autor/a del Trabajo Fin de Grado titulado: “PROYECTO DE APERTURA DE CLINICA DENTAL SOLIDARIA PARA COLECTIVOS VULNERABLES EN JEREZ DE LA FRONTERA”

**DECLARO:**

Que el contenido de mi trabajo, presentado para su evaluación en el Curso 2018/19 es original, de elaboración propia, y en su caso, la inclusión de fragmentos de obras ajenas de naturaleza escrita, sonora o audiovisual, así como de carácter plástico o fotográfico figurativo, de obras ya divulgadas, se han realizado a título de cita o para su análisis, comentario o juicio crítico, incorporando e indicando la fuente y el nombre del autor de la obra utilizada (Art. 32 de la Ley 2/2019 por la que se modifica el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, BOE núm. 53 de 2 de Marzo de 2019)

**APERCIBIMIENTO:**

Quedo advertido/a de que la inexactitud o falsedad de los datos aportados determinará la calificación de NO APTO y que asumo las consecuencias legales que pudieran derivarse de dicha actuación.

Sevilla a 31 de Mayo de 2019

(Firma del interesado)

Fdo: Alfonso Tejero García

## ÍNDICE

<b>1-. RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>2-. INTRODUCCION.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1</b> Desigualdades sociales en Andalucía .....	2
<b>1.2</b> Desigualdades sociales en Jerez de la Frontera .....	6
<b>1.3</b> Desigualdad social y salud general .....	8
<b>1.4</b> Desigualdad social y salud oral .....	10
<b>1.5</b> Desigualdad social y salud oral en Jerez de la Frontera. ....	12
<b>3-. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4-. HIPÓTESIS.....</b>	<b>16</b>
<b>5-. METODOLOGÍA.....</b>	<b>16</b>
<b>6-. RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>7-. DISCUSION.....</b>	<b>22</b>
<b>8-. CONCLUSIONES.....</b>	<b>25</b>
<b>9-. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>25</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer en primer lugar a mi tutores, D. Antonio Castaño Séiquer y D. Ignacio Barbero Navarro por concederme la oportunidad de redactar este proyecto tan ilusionante y por su tiempo, amabilidad y toda la información aportada.

A mi familia, por el apoyo y hacer posible que que hoy esté aquí, a mis amigos y compañeros con los cuales he compartido momentos estos 5 años.

Gracias.

## **1-. RESUMEN.**

El estudio valora la pertinencia y viabilidad de una clínica dental solidaria para la atención de salud oral de colectivos vulnerables de Jerez de la Frontera. Se han identificado los grupos y colectivos que requieren priorización en atención bucodental. También se identifican los distritos de la ciudad que concentran mayor número de población desfavorecida y/o en situación de exclusión social.

## **1-. ABSTRACT.**

The study assesses the relevance and viability of a dental clinic for the oral health care of vulnerable groups In Jerez de la Frontera. They have been identified this groups which require prioritization in oral care. There have also been identified the districts where the greatest number of disadvantaged and / or socially excluded population concentrates.

## **2.- INTRODUCCIÓN**

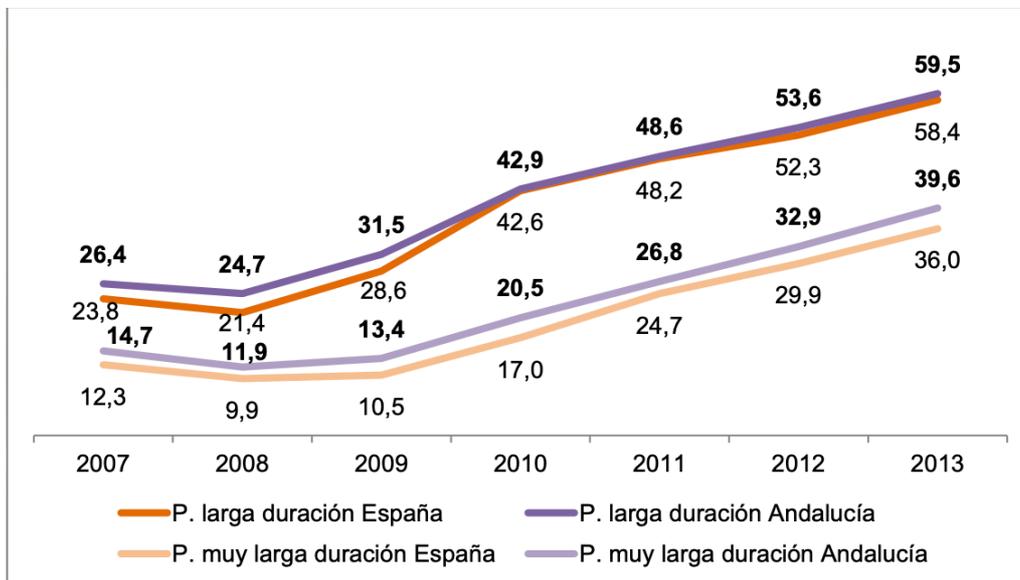
### **2.1.-DESIGUALDADES SOCIALES EN ANDALUCÍA**

Andalucía, cuenta con 8.410.002 habitantes. Esto la convierte en la comunidad autónoma española más poblada. Tiene una extensión de 87 268 km<sup>2</sup> divididos entre sus 8 provincias: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla, siendo la segunda comunidad de mayor extensión después de Castilla-León.

Andalucía se sitúa en la cola de las Comunidades Autónomas españolas en cuanto a pobreza, definiendo el término de pobreza como la dificultad que presentan los individuos para el acceso a los bienes y servicios esenciales que garanticen una calidad de vida digna y un desarrollo personal y social satisfactorios. De este modo, no se asocia únicamente pobreza al nivel de la renta, sino que está relacionada con diversos marcadores, entre ellos de forma muy particular con la exclusión social, un elemento con múltiples facetas que agrava las dificultades ante la escasa renta. Casi un 42% de la población andaluza vive en riesgo de exclusión social, con cifras bastante superiores a las comunidades más desarrolladas como: País Vasco (16%), Cataluña (18%) y Madrid (21%).<sup>[2]</sup>

Las Naciones Unidas se han valido del desempleo de larga duración para establecer una aproximación al porcentaje de riesgo de exclusión habiendo una gran relación entre ambos generando el desempleo una dificultad para la integración social al no poder realizar relaciones personales y sociales.

**Gráfico 2.1.1: Desempleo de larga duración en España y Andalucía(207-2013)<sup>[3]</sup>**



**Gráfico 2.1.2: Desempleo de larga duración en las distintas Comunidades Autónomas <sup>[4]</sup>**

**TASA DE PARO DE LARGA DURACIÓN, 2006-2011**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	% variación
Andalucía.....	3,7	3,3	4,3	8,0	12,0	14,8	342
Aragón.....	1,1	1,0	1,1	2,8	6,1	7,9	694
Asturias.....	3,2	2,9	2,5	4,7	6,7	8,1	178
Baleares .....	0,8	0,7	1,1	3,6	6,7	7,7	983
Canarias .....	2,8	2,6	4,0	8,6	13,8	15,1	471
Cantabria .....	1,8	1,3	1,2	2,8	5,7	6,7	398
Castilla y León .....	2,3	1,8	2,3	4,1	6,1	7,9	335
Castilla-La Mancha .....	2,3	1,7	2,2	5,0	8,4	11,1	565
Cataluña .....	1,5	1,5	1,7	4,3	7,8	9,5	543
Comunidad Valenciana .....	1,7	1,7	2,2	5,8	10,7	12,6	659
Extremadura.....	4,2	3,9	4,3	6,6	9,6	11,3	188
Galicia.....	2,6	2,2	2,3	3,7	6,2	8,1	274
Madrid .....	1,3	1,3	1,5	3,8	6,3	7,6	501
Murcia .....	1,5	1,3	2,1	5,0	10,0	12,5	864
Navarra .....	1,0	0,8	1,0	2,1	4,0	5,2	541
País Vasco .....	2,2	1,8	1,7	3,2	4,2	5,9	237
Rioja, La .....	1,3	0,9	1,5	3,5	5,8	8,1	772
<b>España.....</b>	<b>2,2</b>	<b>2,0</b>	<b>2,4</b>	<b>5,1</b>	<b>8,5</b>	<b>10,4</b>	<b>431</b>

Andalucía presenta una tasa de desempleo del 25,5% duplicando la de el País Vasco (11,3) y muy por encima de Madrid (13,3) y Cataluña (13,4) situándose en los primeros lugares de desempleo entre las 279 regiones europeas. [2]. De tales cifras de desempleo, más de la mitad en 2017(53,2%) trata de desempleo de larga duración, dadas las dificultosas y desventajosas condiciones del mercado andaluz. [2]

El salario medio en Andalucía es entre un 20 y 35% inferior con respecto al de comunidades como País Vasco, Madrid y Cataluña. Más de un tercio de la población (35,7%) se encontraba por debajo del umbral de pobreza en 2016. Estas circunstancias puede venir condicionada por el alto porcentaje de andaluces que se encuentran en situación de desempleo o empleados en el sector productor primario, siendo este último el sector menos remunerado, de ahí la baja tasa de ingresos.<sup>3</sup>

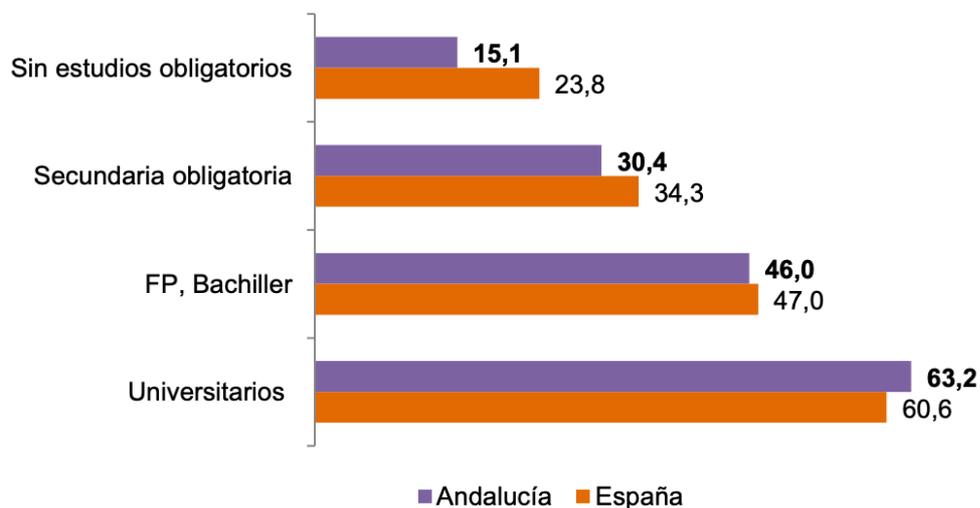
### Gráfico 2.1.3 Índice de pobreza económica en las distintas Comunidades Autónomas<sup>[4]</sup>

ÍNDICE DE POBREZA ECONÓMICA, 2006-2011								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	% variación 2006-2011	% variación 2008-2011
Andalucía .....	0,4531	0,3372	0,3428	0,5173	0,6564	0,7651	68,8	123,2
Aragón .....	0,2044	0,1821	0,1424	0,2820	0,4503	0,5314	160,0	273,2
Asturias .....	0,3638	0,3392	0,2548	0,3138	0,3415	0,4570	25,6	79,4
Baleares .....	0,1637	0,1256	0,1694	0,4146	0,5920	0,6347	287,7	274,7
Canarias.....	0,3561	0,3016	0,3732	0,6279	0,8890	0,9998	180,8	167,9
Cantabria .....	0,3200	0,2131	0,1760	0,2646	0,3751	0,4061	26,9	130,7
Castilla y León .....	0,3450	0,2728	0,2547	0,3600	0,4467	0,4674	35,5	83,5
Castilla-La Mancha .....	0,3208	0,2248	0,2342	0,3709	0,4693	0,5041	57,1	115,3
Cataluña .....	0,2472	0,2295	0,2364	0,3958	0,5457	0,6242	152,5	164,0
Comunidad Valenciana .....	0,2798	0,2357	0,2690	0,4799	0,6743	0,7588	171,2	182,1
Extremadura .....	0,4300	0,3671	0,3254	0,4299	0,5174	0,4878	13,5	49,9
Galicia .....	0,3274	0,2668	0,2443	0,3383	0,4275	0,4702	43,6	92,5
Madrid.....	0,2213	0,1953	0,1868	0,3365	0,4482	0,4982	125,1	166,7
Murcia .....	0,2339	0,1860	0,2563	0,4730	0,6382	0,7148	205,6	178,9
Navarra.....	0,1866	0,1463	0,1496	0,2394	0,3345	0,3679	97,2	145,8
País Vasco.....	0,2466	0,1967	0,1707	0,2447	0,2780	0,3011	22,1	76,4
Rioja, La.....	0,2136	0,1698	0,1792	0,2993	0,3924	0,4798	124,6	167,7
<b>España .....</b>	<b>0,3171</b>	<b>0,2626</b>	<b>0,2641</b>	<b>0,4235</b>	<b>0,5583</b>	<b>0,6280</b>	<b>98,0</b>	<b>137,8</b>
Coef. variación .....	0,292	0,299	0,293	0,281	0,309	0,312		

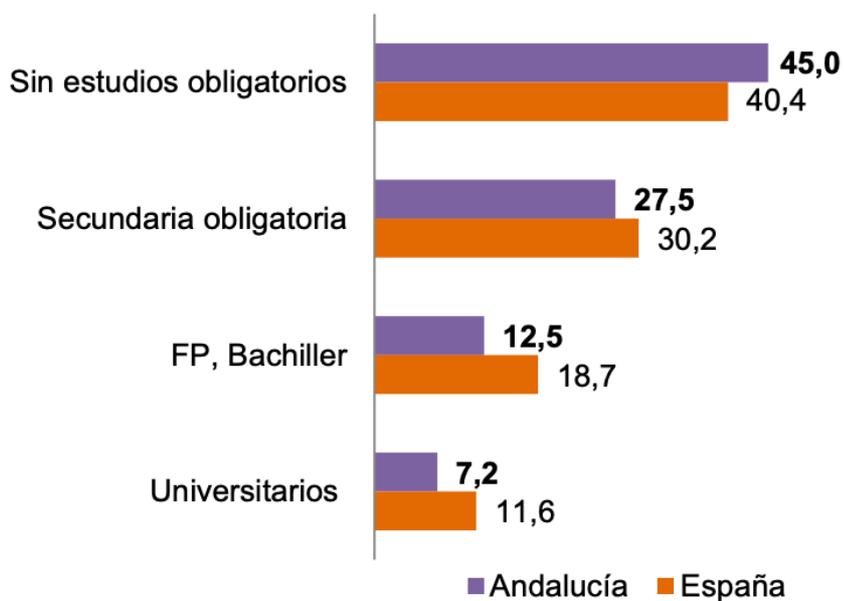
Tal nivel de pobreza y falta de recursos, se ve reflejado en el ámbito educativo, otra de las facetas responsables de la exclusión social. Un mayor nivel de formación disminuye notablemente el riesgo de exclusión social.[3]

La Encuesta de Población Activa (EPA) muestra una tasa de paro 3,3 veces superior en aquellas personas andaluzas que no saben ni leer ni escribir [4].

**Gráfica 2.1.4 Porcentaje de personas de 16 a 65 años con un empleo, según nivel de estudios, en Andalucía y España [5].**



**Gráfico 2.1.5. Porcentaje de población potencialmente activa en exclusión social, según nivel de estudios, en Andalucía y España [5].**



Como se puede observar en las gráficas 2.1.4 y 2.1.5, el nivel de estudios se relaciona de manera directamente proporcional a la obtención de un empleo y de manera inversa con el riesgo de exclusión, disminuyendo este al tener mayor nivel de estudios.<sup>[5]</sup>

En Andalucía, hay un 21,4% de jóvenes entre 15 y 29 años que ni estudia ni trabaja, 5 puntos por encima de la media estatal del 16,4%. Cabe destacar que dentro de este porcentaje una parte se ve obligada a no estudiar dada la escasez de recursos de la familia.<sup>[6]</sup>

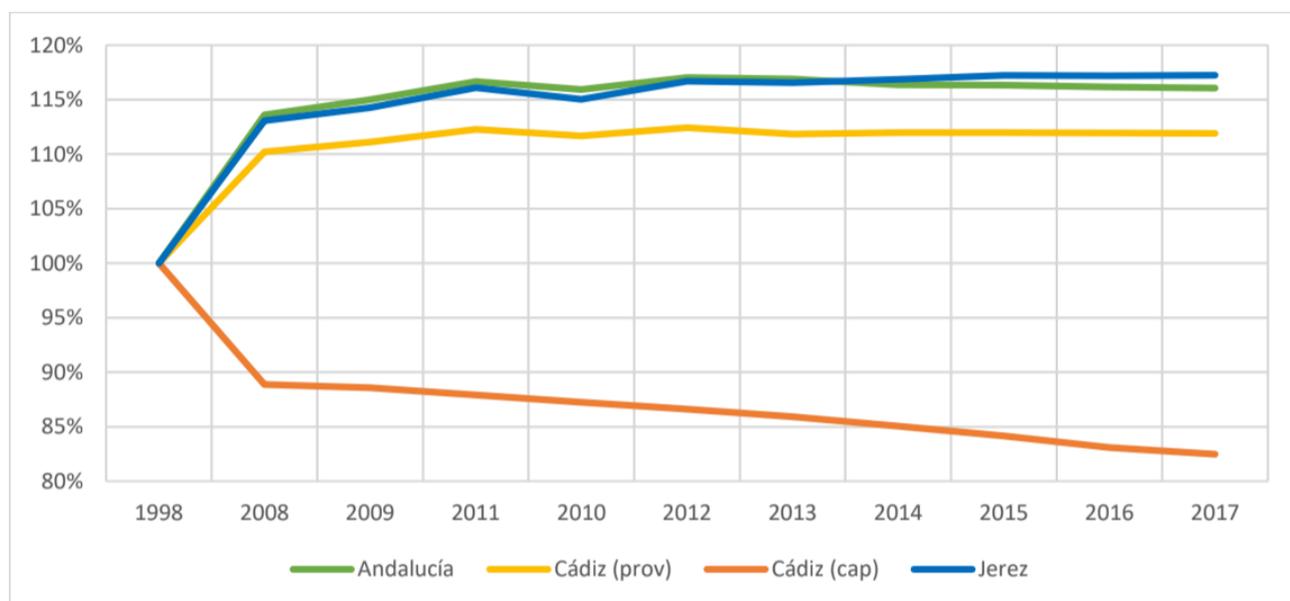
Otro aspecto negativo es el abandono escolar, donde el 18,3 % de la población escolar andaluza en el año 2017 abandonó los estudios de manera temprana situándose en la tercera comunidad española por detrás de Melilla e Islas Baleares y superando<sup>5</sup> la media española.

## 2.2.-DESIGUALDADES SOCIALES EN JEREZ DE LA FRONTERA.

Jerez de la Frontera se encuadra en la provincia de Cádiz. Cuenta con 214.992

habitantes, lo que la convierte en la localidad gaditana de mayor población. Tiene un crecimiento relativo con valores promedios superiores a la de la media de Andalucía y de la provincia de Cádiz.

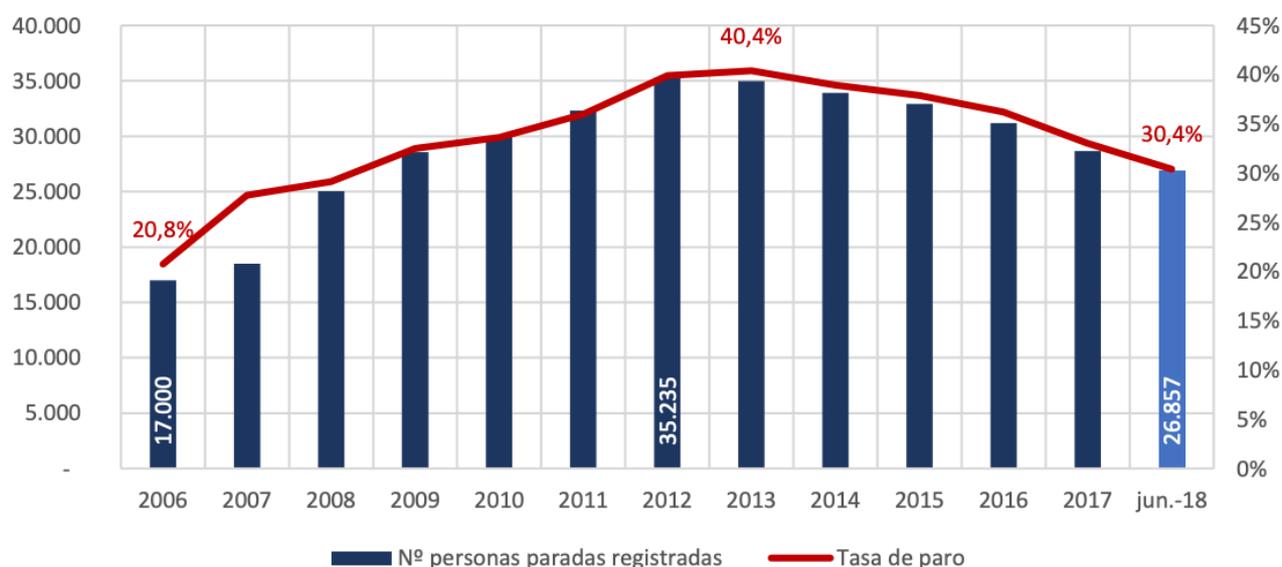
### Gráfico 2.2.1 Gráfica de crecimiento poblacional <sup>[7]</sup>



Jerez de la Frontera es una localidad muy castigada por el desempleo. Los datos del Padrón Municipal de enero de 2018 muestran que en Jerez hay 142.650 personas en edad laboral (de 16 a 64 años). Esta cifra representa el 66,4% de la población jerezana, siendo el número de hombres y de

mujeres muy similar (49,7%/50,3%). La Encuesta de Población Activa (EPA) de junio de 2018 reflejan que en Jerez la tasa de paro es del 30,4% siendo mayor el número de mujeres desempleadas que el de hombres y situándose como la segunda localidad gaditana con la tasa de paro más elevada, por detrás de La Línea de la Concepción. Jerez de la Frontera es la 5ª ciudad española con una mayor tasa de paro, entre las ciudades con más de 20.000 habitantes censados.<sup>[7]</sup>

**Gráfico 2.2.2 Gráfica de evolución de la Tasa de paro en Jerez de la Fra.<sup>[7]</sup>**



En la gráfica 2.2.2 se observa que la tasa de paro de Jerez ha ido disminuyendo en los últimos años desde sus valores más elevados en 2012/13.

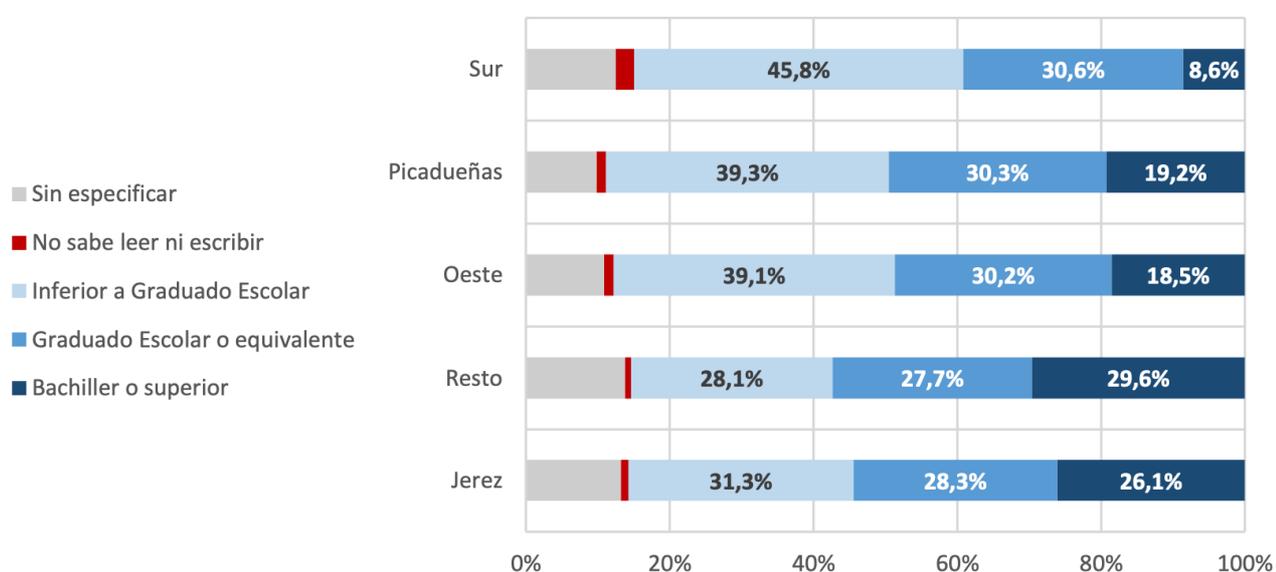
No es sencillo por tanto acceder al mercado laboral en Jerez, donde los desempleados se suelen encontrar con tres dificultades principales, las cuales son el nivel de instrucción, la experiencia previa y la dilatación de la situación de desempleo.<sup>[7]</sup>

En cuanto al ámbito educativo, según los datos tomados del censo poblacional de 2011, los cuales son los más recientes disponibles, la Zona Sur es el Distrito con menor nivel de instrucción. En la Zona Sur, el 45,8% de personas presentan niveles de estudios inferiores al Graduado Escolar, junto con una mayor proporción de personas que no saben leer ni escribir y un escaso número de personas con título de Bachiller o superior<sup>[8]</sup>. Los datos expuestos muestran niveles de instrucción menos desfavorables en las Zonas Oeste y Oeste-Picadueñas, aunque se sitúan bastante por debajo de la media de estudios de la población jerezana. Podemos establecer así las 3 zonas más deprimidas de Jerez de la Frontera.

En la Zona Sur podemos encontrar 16 centros escolares con un total de 3.884 plazas, en la zona de Picadueñas Este un total de 3 centros con 1.400 plazas y por ultimo en la zona Oeste 19 centros con un total de 8.121 plazas.

En infantil y primaria las tres zonas tienen una tasa superior a la del resto del municipio. En el caso de la ESO, la zona Oeste es la mayor dotada, estando Sur y Picadueñas por debajo de la tasa jerezana. La zona sur destaca por tener una baja ratio plazas/población en bachillerato. La ratio de ciclos formativos de FP destaca en Picadueñas, siendo menor en los otros ámbitos. No obstante, se detecta falta de plazas de de formación profesional básica. Sólo existe un centro de educación para adultos que se encuentra en la Zona Oeste.<sup>[7]</sup>

**Gráfico 2.2.3 Gráfica sobre el nivel de estudio por sectores<sup>[7]</sup>**



### 2.3 DESIGUALDAD SOCIAL Y SALUD EN GENERAL

Para iniciar este apartado sería conveniente definir el concepto salud. Según la OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. 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 o condición económica o social. <sup>[7]</sup>

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como factores bio-

lógicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no puede dissociarse claramente la biología humana del ambiente, ni de los estilos de vida, ni de la organización de los sistemas de salud. [7]

Desigualdad, puede ser definida como una desproporción de origen económico, político, social, etc en que se encuentran unos individuos frente a otros en ámbito geográfico de país, región, ciudad, municipio o localidad.[7]

Cuando el reparto de las necesidades de salud de una comunidad no es equitativo hablamos de desigualdades de salud, estas, tienen su origen en desigualdades políticas, económicas y sociales que inciden en la población habiéndose demostrado fehacientemente en distintas publicaciones que la población menos favorecida es la que presenta más carencias en salud.<sup>7</sup>

Es necesario resaltar, que una crisis económica como la que hemos sufrido en España , exacerba las desigualdades de salud al impactar más directamente sobre la población vulnerable: personas sin hogar, parados, pobres, minorías étnicas, inmigrantes, población reclusa, etc.[8]

El impacto de estas desigualdades es importante ya que ocasiona un exceso de morbimortalidad superior a la mayoría de los factores de riesgo de salud poblacionales conocidos cobrando esto mayor importancia si tenemos en cuenta el carácter evitable de dichas desigualdades, que pueden minimizarse mediante políticas públicas, sanitarias y sociales. En España, el gradiente social es el principal determinante de estas desigualdades de salud (entre ricos y pobres o entre personas analfabetas o con educación) siendo la pobreza y la exclusión social las causas últimas de las mismas y por ello, las políticas sociales deberían trascender las meramente sanitarias.[8]

Cabe matizar que, en lo que respecta a la aportación de los servicios sanitarios en la mejora del estado de salud de la población, así como en la reducción de las desigualdades, hay suficiente evidencia contrastada de que estos contribuyen comparativamente de una forma muy modesta ya que los servicios asistenciales están demasiado orientados hacia el mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y no lo suficiente hacia su prevención y la promoción de la salud. [8]

Por tanto, los problemas de las desigualdades en salud como los de la carga de enfermedad, no pueden resolverse sólo desde el sistema sanitario aunque se pudieran incrementar los recursos destinados a ésta, hay que ir más allá de los servicios sanitarios, más allá de la atención a las enfermedades, resultando necesario incorporar un cambio en el punto de vista y actuar antes de que se produzcan éstas.

## **2.4 DESIGUALDAD Y SALUD ORAL:**

El campo de la salud oral, como podemos imaginar presenta las mismas influencias generadoras de desigualdad que la salud general pero en nuestro país presenta determinados matices a tener en cuenta. El primero de ellos es que la odontología, en general, se practica en clínicas privadas y en menor medida en consultas de la sanidad pública que además solo ofrecen cuidados considerados básicos como extracciones o tratamientos de algias dentarias. De esta forma, la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales existentes en la población: los ciudadanos tienen acceso a servicios según su capacidad de pago, no existiendo actualmente un planteamiento ético sobre las necesidades en salud oral de la población que viven en pobreza o no puede pagar los tratamientos que necesitan con lo que podemos afirmar que la Odontología no remedia la inequidad en salud oral. En resumen, la prevalencia de enfermedades orales es mayor en personas que viven en la pobreza, tanto es así que el CAPP del centro colaborador de la OMS reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de las enfermedades orales y el acceso al tratamiento. En Occidente, la caries y la enfermedad periodontal parecen ser buen predictor de la pobreza en niños y adultos, ya que el alto consumo de azúcares refinados y una higiene deficiente son más comunes en la población pobre.<sup>[9,10]</sup>

Derivado del desempleo consecuencia de la crisis y la disminución de los niveles adquisitivos familiares, se registra una baja demanda de los servicios de salud y, de forma más acusada, en los sectores privados. La práctica odontológica no ha sido muy afectada en anteriores recesiones económicas pero en la actualidad varios estudios<sup>[10, 11, 12]</sup> ponen de manifiesto que las limitaciones financieras son una razón principal por la que la población se abstiene de recibir tratamiento dental. Esto pone de manifiesto tanto que la salud pierde visibilidad durante las recesiones económicas como que en situaciones de aumento del número de profesionales suelen sugerirse estrategias para aumentar la demanda (demanda inducida) España registra bajas tasas de utilización de servicios

odontológicos comparado con otros países europeos. Este hecho puede estar relacionado con el descenso del nivel económico de la población a causa de la crisis económica y la limitada cobertura de salud oral por el sistema público español. Cabe recalcar que un 47% de la población española dice que la actual coyuntura económica de crisis ha afectado su frecuentación al dentista.<sup>[12]</sup>

Otro aspecto indirecto que influye en la existencia de las desigualdades en salud oral nace desde las propias facultades de odontología donde los departamentos de salud pública y de odontología comunitaria pierden protagonismo en recursos respecto a los departamentos clínicos y además desde estas facultades se suele enfatizar mucho más en proyectos investigadores con rentabilidad económica-comercial en detrimento de aquellas iniciativas orientadas a promoción de salud y prevención de enfermedad que son aplicables a poblaciones numerosas y por tanto más eficientes.<sup>[12]</sup>

Los estudios sobre desigualdades en salud en Andalucía no son muy numerosos y fundamentalmente tratan sobre la relación entre nivel socioeconómico y mortalidad. Menos frecuente ha sido la realización y publicación de trabajos que exploren la existencia de desigualdades socioeconómicas y de género en el acceso a los servicios sanitarios.<sup>[3]</sup>

Con la finalidad de contribuir al estado del conocimiento en Andalucía, se ha realizado un análisis de la Encuesta de Salud. El objetivo ha sido explorar la posible existencia de desigualdades sociales en la población adulta de Andalucía - según nivel educativo e ingresos económicos - en términos de cobertura sanitaria y utilización de diversos servicios sanitarios. Uno de los distintos aspectos que engloba dicha encuesta es el uso de servicios bucodentales según el nivel socioeconómico.<sup>[13]</sup>

Una cuarta parte de las personas de la muestra habían ido al dentista u otro profesional relacionado con la salud bucodental en los seis meses anteriores. En los análisis bivariantes se detectó una clara relación entre las tres variables de nivel socioeconómico y el uso de servicios bucodentales. Esta relación denota la existencia de desigualdad, ya que estos servicios se utilizan con mayor frecuencia a mayor nivel educativo, menor dificultad económica percibida y mayores ingresos económicos familiares.<sup>[13]</sup>

Estas asociaciones se mantuvieron en el análisis multivariante, tras ajustar por edad y sexo (ni la autopercepción de salud ni el tener doble cobertura sanitaria entraron en el modelo). Así, hay un claro gradiente en la frecuencia de uso de los servicios bucodentales según nivel educativo (casi tres veces mayor en universitarios que en personas que no llegan a tener los estudios primarios comple-

tos) y dificultad económica percibida. Además, este tipo de servicios se utiliza más por personas menores de 46 años que por los mayores, y por las mujeres que por los hombres.<sup>[13]</sup>

## **2.5 DESIGUALDAD SOCIAL Y SALUD ORAL EN JEREZ DE LA FRONTERA**

Las instituciones municipales han elaborado el Plan Local de Salud con el fin de conocer la situación real de las desigualdades sociales y su impacto de salud en la ciudad de Jerez de la Frontera.<sup>[14]</sup> Este Plan de Salud emana de un diagnóstico de salud <sup>[14]</sup> previamente realizado así como el Plan de Intervención en Zonas Desfavorecidas <sup>[7]</sup> que aborda los aspectos de salud en el conjunto de otras variables generadoras de desigualdad.

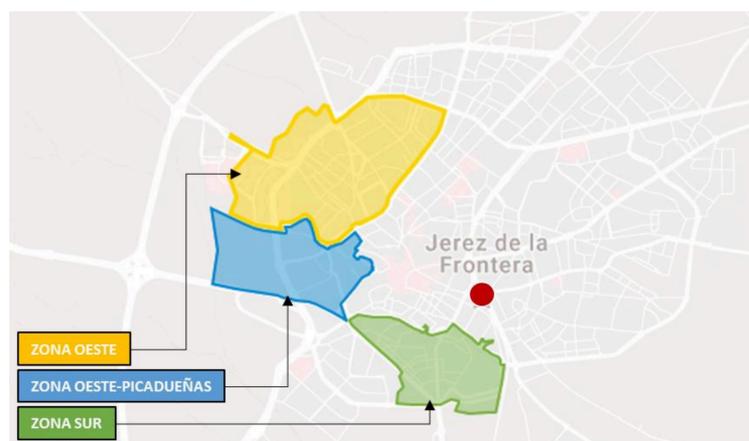
El Proyecto se articula a través de una “Estrategia Regional Andaluza para la cohesión e inclusión social. Intervención en zonas desfavorecidas” (ERACIS)<sup>[7]</sup>, aprobada por Acuerdo de 28 de agosto de 2018, del Consejo de Gobierno (BOJA n.º 172 de 5 de septiembre de 2018).

Esta Estrategia se ha diseñado sobre la base de un Diagnóstico sobre la situación de desigualdad y exclusión territorial en Andalucía, en la que se fijan los distintos niveles de intervención, así como el conjunto de indicadores que permiten evaluar los avances y, reorientar en su caso, las actuaciones.

La Estrategia, en base a unos parámetros, ha establecido las zonas desfavorecidas en las que se desarrollará este Proyecto a través de los Planes Locales de Intervención delimitándose en Jerez de la Frontera tres zonas desfavorecidas que son:

- Zona oeste
- Zona Oeste -Picadueñas
- Zona Sur

### Gráfico 2.5.1 Gráfica que engloba las zonas mas deprimidas [7]



#### ANÁLISIS DE LA SALUD [14]

En lo que respecta al análisis de la salud se toman los datos del estudio “Aproximación a la situación de morbilidad de Jerez de la Frontera 2016, elaborado por el Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, dependiente del Servicio Andaluz de Salud.

Hay que tener en cuenta que tanto el horizonte temporal como el grado de desagregación de la información es variable, debido a la diversidad en la disponibilidad de información procedente de distintas fuentes oficiales. Para algunos indicadores, la unidad más pequeña de información desagregada, corresponde a Unidad de gestión clínica (UGC) de la zona básica de Jerez.

En este sentido, se han considerado los siguientes indicadores para determinar la salud de la población en Jerez: Atención a pacientes con patologías crónicas y Enfermedades de declaración obligatoria. [14]

#### ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS [14]

En la siguiente figura se muestra una tabla con la prevalencia de población atendida en las principales patologías crónicas durante el año 2016. En dicha tabla puede apreciarse que las UGC con zonas en desventaja social poseen mayores prevalencias de patologías crónicas, como son San Telmo y Madre de Dios (Zona Sur) o San Benito, La Serrana y Jerez Centro (Zona Oeste).

**Gráfico 2.5.2 Gráfica sobre el nivel atención a pacientes con patologías crónicas Sistema de Información de atención Primaria. 2016<sup>[7]</sup>**

UGC JEREZ	Hipertensión	Diabetes	Diabetes Hombres	Diabetes Mujeres	EPOC	Asma	Asma Infantil
La Barca -SJV	12,74	9,48	9,64	9,32	3,33	4,34	10,01
S.Telmo	12,31	9,26	8,81	9,68	5,61	4,37	8,86
La Granja	8,19	6,62	6,83	6,43	3,77	2,52	7,44
Las Delicias	14,99	9,05	9,69	8,48	3,66	3,84	7,22
Jerez Centro	11,55	7,00	7,72	6,35	4,07	3,66	9,81
La Serrana	12,47	7,16	7,30	7,04	2,89	2,90	10,33
Montealegre	10,17	6,21	7,02	5,46	3,44	2,83	16,43
S. Benito	12,26	6,74	7,42	6,12	3,69	3,91	23,93
M de Dios	11,33	8,88	9,61	8,23	5,08	3,67	8,48
<b>ZBS JEREZ</b>	<b>11,76</b>	<b>7,66</b>	<b>8,07</b>	<b>7,27</b>	<b>3,93</b>	<b>3,53</b>	<b>10,53</b>

La tabla 2.5.2 presenta el número y el porcentaje de enfermedades de declaración obligatoria en Jerez. De la tabla se extrae que el 30% de las tuberculosis de Jerez se produjeron en la zona sur. Por otro lado, también se observa que las tasas más altas en zona sur, Madre de Dios y la Granja. Finalmente comentar que se está produciendo un incremento de las ITS, sobre todo adultos jóvenes, consecuencia de disminución de medidas de protección (menor percepción de riesgo).<sup>[7]</sup>

**Gráfico 2.5.3 Gráfica sobre enfermedades de declaración obligatoria.Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Andalucía, 2017<sup>[7]</sup>**

Enfermedad Declaración Obligatoria (EDO)	La Barca/SJV	La Granja	San Telmo	Las Delicias	Madre Dios	Montealegre	Jerez Centro	San Benito	La Serrana	La Milagrosa	TOTAL ES
Tuberculosis		4 (17,39%)	7 (30,43%)		4 (17,39%)	2 (8,69%)	1	4 (17,39%)	1		23
ITS (Inf. Gonocócica, Sífilis, Herpes genital)	4 (22,22%)	2 (11,11%)		5 (27,77%)		1		2 (11,11%)	3 (16,66%)	1	18
Hepatitis A	3 (25%)		2 (16,66%)	1	1	3 (25%)		2 (16,66%)			12
Hepatitis C				10 (100%)							10
Meningitis Viricas	1	2 (22,22%)	1	1	1	3 (33,33%)					9
Meningitis Bacterianas		1		1							2
Meningitis Infecciosas		1									1

Finalmente, gráfica 2.5.3 se localizan los centros de salud del municipio, observando que la distribución en las zonas desfavorecidas sitúa tres centros: dos en la zona Oeste y dos en la zona Sur. No obstante, también existe un centro muy próximo a la zona de Picadueñas.

En cuanto al aspectos específicos que relacionen la desigualdad social y salud oral en Jerez de la frontera, hay que decir que existe muy poco publicado al respecto, si bien, podemos inferir que sobre esta cuestión influyen los mismos factores que a nivel de Andalucía y España siendo el estado de salud buco dental de una población uno de los indicadores más fiables del nivel de bienestar de la misma siendo además es uno de los determinantes que mejor representan la actuación de los profesionales implicados.<sup>[7]</sup>

Los estudios de prevalencia de caries y patología dental realizados en Andalucía demuestran como los índices de patologías orales van disminuyendo progresivamente en los últimos años coincidiendo con políticas de salud encaminadas a la prevención y tratamiento de estos procesos siendo la atención a colectivos más vulnerables uno de los objetivos prioritarios de los servicios de salud. En relación a esto, la publicación de F. J Pascual <sup>[15]</sup> realiza una revisión del estado de salud buco dental de la población escolar de 6 y 7 años del área sanitaria Norte de Cádiz donde se encuentra incluidas la ciudad de Jerez, cuyo objetivo principal era el estudio clínico y epidemiológico del estado de salud buco dental de los escolares de 6-7 años de dicha área siendo sus objetivos secundarios identificar las áreas de alto riesgo de patologías dentales (zonas en transformación social), captación activa de escolares en riesgo , rehabilitación oral además de realizar un registro de actividades. <sup>[15]</sup>

Según este estudio se ha observado una disminución de la caries dental en los últimos 10 años con una disminución significativa de los índices de CAOD, CAOM, y CAO<sub>d</sub> con un aumento de los índices de restauración y captación activa de escolares en riesgo. <sup>[15]</sup>

Otros autores han estudiado la prevalencia del dolor de origen dental como motivo de consulta de los servicios de urgencias de la ciudad de Jerez<sup>[16]</sup> situándose el mismo como la cuarta patología más prevalente durante el año que englobó el estudio con un total de 3588 pacientes tratados y codificados según el CIE-9 MC. Aunque en este porcentaje se incluyeron las principales causas de dolor dental (caries, periodontitis , gingivitis, fractura de esmalte, pericoronaritis, alveolitis, etc.) probablemente las cifras reales fueron muy superiores a las correctamente codificadas. Dichos datos epidemiológicos coinciden con la situación de otros ámbitos geográficos que recogen el dolor de origen dentario como uno de los principales motivos de solicitud de atención médica y odontológica urgente (Miotto et al.; Cigales Reyes et al. 2011).<sup>[16]</sup>

### **3.- OBJETIVOS**

- **3.1-OBJETIVO GENERAL**

- Valorar la pertinencia y viabilidad de una clínica dental solidaria para la atención de salud oral de colectivos vulnerables de Jerez de la Fra.

- **3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los grupos y colectivos que requieren priorización en atención bucodental dada su situación de exclusión social.
- Identificar las zonas con mayor riesgo de exclusión.

### **4 -. HIPÓTESIS**

Los colectivos en situación o riesgo de exclusión social precisan mayor número de tratamiento odontológico y encuentran barreras de acceso a los servicios de salud oral. Ello justificaría la creación de una clínica dental solidaria.

### **5. METODOLOGÍA**

Para la realización de dicho proyecto se ha adquirido información de planes de intervención y estudios sociales realizados en Andalucía. También se han obtenido de la WEB del Ayuntamiento de Jerez de la Frontera los distintos estudios sociales, epidemiológicos y demográficos de los planes de intervención realizados. Se ha consultado la bibliografía específica de la temática investigada.

### **6 -. RESULTADOS**

#### **A) Colectivos en riesgo de exclusión:**

Para identificar colectivos vulnerables vamos a partir de 3 indicadores Básicos de Vulnerabilidad urbana (IBVU) que son los siguientes:

- Porcentaje de población en paro
- Porcentaje de población sin estudios
- Porcentaje de viviendas en edificios con conservación ruinoso, malo o deficiente.

Los Distintos grupos identificados son:

- Población extranjera.
- Población anciana.
- Población sin estudios y abandono escolar.
- Población en situación de desempleo.

## **B) VIABILIDAD DE LA APERTURA DE LA CLINICA DENTAL SOLIDARIA**

### **• Costes:**

Se estiman los costes que exige la apertura de una clínica dental solidaria en Jerez de la Frontera. El coste de las instalaciones se deja en suspenso ya que se aspira a que el Ayuntamiento ceda algún local municipal para el desarrollo de este proyecto social.

Para hacer un balance de los gastos, usamos datos facilitados por la Fundación Odontología Social (FOS)<sup>[9]</sup>

Costes del mobiliario:

PRODUCTO	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
SILLON DENTAL ASTRAL FEDESA	2	9.954,00 €	19.908,00 €
COMPRESOR TORNADO T2 DURR	1	2.610,72 €	2.610,72 €
MOTOR DE ASPIRACION DURR	2	1.209,60 €	2.419,20 €
AUTOCLAVE WH LINA 22LITROS	1	3.981,60 €	3.981,60 €
RAYOS X INTRAORALES DURR	1	3.200 €	3.200 €
SEPARADOR DE AMALGAMA DURR 2 EQUIPOS	1	1.970,74 €	1970,74 €

PRODUCTO	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
VALVULA DE CORTE ESCUPIDERA	2	562,28 €	1.124,55 €
LÁMPARA DE POLIMERIZAR	2		
CUBA DESINFECCIÓN ULTRASONIDOS	1	631,26 €	1.262,52 €
PACK ROTATORIOS WH	2	167,92 €	167,92 €
MUEBLES GABINETES	2	1.289,23 €	2578,46
MUEBLE ESTERILIZACION	1	756,80 €	756,80 €
ORDENADORES	3	756,80 €	2.100,00 €
MUEBLE RECEPCIÓN	1	300,00 €	300,00 €
MUEBLE ARCHIVADOR	1	250,00 €	250,00 €
SILLA RECEPCIONISTA	1	100,00 €	100,00 €
SILLAS SALA DE ESPERA	8	200,00 €	200,00 €
TOTAL			45.720,28 €

Costes Materiales:

PRODUCTO	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
KIT EXPLORACION	20	19,18 €	383,60 €
SONDAS PERIODONTALES	5	26,50 €	132,50 €
JERINGAS ANESTESIA	4	38,46 €	153,84 €
KIT FORCEPS	3	480,00 €	1.440,00 €

PRODUCTO	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
BOTADORES	6	32,95 €	197,70 €
CUCHARILLAS LEGRAR	5	15,29 €	76,45 €
PORTA AGUJAS	3	38,49 €	115,47 €
TIJERAS	2	23,99 €	47,98 €
KIT CURETAS	2	170,00 €	340,00 €
ESPONJAS COLAGENO	8	21,55 €	172,40 €
SUTURA 3/0	4	21,22 €	84,88 €
PIEDRA AFILAR CURETAS	1	35,00 €	35,00 €
FRESAS BOLA	3	16,99 €	50,97 €
FRESAS BALON RUGBY	3	16,99 €	50,87
DISCOS PULIDO	1	126,50 €	126,50 €
FRESAS LANZA	2	16,99 €	33,98 €
BASE CAVITARIA	1	196,81 €	196,81 €
KIT MATRICES Y CUÑAS	1	401,68 €	401,68 €
COMPOSITE	8	42,00 €	336,00 €
INSTRUMENTO ESPATULA/BOLA	8	13,88 €	111,04 €
INSTRUMENTO CONFORMADOR DE SURCOS	8	32,23 €	257,84 €
ACIDO GRABADOR	4	12,63 €	50,53
EXCAVADORES	4	13,26 €	53,04 €
ADHESIVO	2	55,52 €	111,04 €
PINCELES	4	3,39 €	13,56 €
PAPEL REGISTRO MORDIDA	2	16,75 €	33,50 €
FRESAS ENDO Z	1	44,85 €	44,85 €
IRM	1	45,96 €	45,96 €
FRESEROS	2	6,63 €	13,26 €
KETAC CEM	1	70,81 €	70,81 €
LIMAS MANUALES	16	10,05 €	160,80 €

PRODUCTO	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
PUNTAS DE PAPEL	16	8,67 €	138,62 €
CEMENTO SELLADOR	2	96,18 €	96,18 €
CONDENSADORES	2	24,75 €	29,50 €
PUNTAS GUTAPERCHA	16	10,29 €	164,64 €
MECHERO ALCOHOL	1	18,56 €	18,56 €
LOCALIZADOR DE APICES	1	411,41 €	
CAVIT	2	7,03 €	14,06 €
KIT AISLAMIENTO	1	92,94 €	92,94 €
PORTA CLAMPS	1	73,25 €	73,25 €
DIQUES DE GOMA	1	18,80 €	18,80 €
PERFORADOR DIQUE	1	65,49 €	65,49 €
JERINGAS IRRIGAR	1	39,97 €	39,97 €
PASTA PROFILAXIS	1	27,30 €	27,30 €
CEPILLOS PROFILAXIS	1	27,69 €	27,69 €
FLUOR	1	22,82 €	22,82 €
CUBETAS FLUOR	3	15,18 €	45,54 €
GUANTES	20	4,98 €	99,60 €
MASCARILLAS	2	4,47 €	8,94 €
GAFAS	2	17,00 €	34,00 €
EYECTORES	5	2,62 €	13,10 €
BANDEJAS PLASTICO	2	33,15 €	66,30 €
BABEROS	2	18,45 €	36,90 €
PINZAS PARA BABEROS	2	6,80 €	13,60 €
VASOS PLASTICO	2	47,53 €	95,06€
GASAS	4	1,28 €	1,28 €
ROLLOS ALGODÓN	2	6,68 €	13,36 €

PRODUCTO	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
BOLSAS ESTERILIZAR	6	13,56 €	81,36 €
BOLITAS DE ALGODÓN	1	12,21 €	12,21 €
CONTENDOR ROLLOS ALGODÓN	2	19,83 €	39,66 €
INDICADOR BIOLOGICO AUTOCLAVE	1	85,62 €	85,62 €
DESINFECCION ASPIRACION	1	50,13 €	50,13 €
DESINFECCION MATERIAL	2	19,49 €	38,98 €
DESINFECCION SUPERFICIES	3	16,15 €	48,45 €
RADIOGRAFIAS AUTORREVELABL ES	2	42,50 €	85,00 €
DELANTAL PLOMADO	1	170,00	170,00
AGUJAS ANESTESIA	4	14,39 €	57,56 €
ANESTESIA	4	43,86 €	175,44 €
CONTENEDOR AGUJAS	2	17,00 €	32,00 €
TOTAL			7.747,71 €

La inversión inicial alcanzaría la cifra de 83.467,99€ según el siguiente desglose:

- 30.000€ para adecuación del local.
- 7.747,71 € de material fungible.
- 45.720,28 € de material inventariable.

El mantenimiento mensual de la clínica ascendería a 10.300€, al asumir las siguientes partidas:

- AGUA:150€/mes  
LUZ:200€/mes  
MATERIAL DE OFICINA:200€/mes  
CONSUMIBLES ODONTOLOGIA: 700€/mes
- SUELDO AUXILIAR ADMINISTRATIVA- RECEPCIONISTA: 2.300 €  
SUELDO AUXILIAR DE CLÍNICA/ HIGIENISTA: 2.200 €  
SUELDO ODONTÓLOGO: 4.000€
- LIMPIEZA: 500€/mes.  
TELÉFONO: 50€/mes.

## 7-. DISCUSIÓN

Jerez de la Frontera es una ciudad andaluza con importantes niveles de pobreza y exclusión social.

[7]

los colectivos desfavorecidos de mayor importancia cuantitativa son: desempleados, ancianos sin recursos infancia vulnerable y/o en exclusión población migrante extranjera.[7]

La población en situación de desempleo se concentra en los Distritos Zona Oeste y Oeste-Picadueñas. El mayor porcentaje corresponde a parados mayores de 45 años. Por sectores.El Distrito Zona Sur soporta el mayor número de personas registradas como desempleadas dentro del sector de la construcción y sin empleo anterior.[7] (Gráfica 7.1)

**Gráfico 7.1 Gráfica Indicadores básicos de vulnerabilidad urbana [7]**

IBVU, 2011	Paro	Paro mujeres	Estudios	Estudios mujeres	Vivienda
España	29,64%	n.d.	10,92%	n.d.	6,99%
Andalucía	38,89%	44,08%	14,82%	17,17%	n.d.
Jerez de la Frontera	41,59%	48,40%	12,51%	15,14%	n.d.
Criterio vulnerabilidad	42,33%	n.d.	16,38%	n.d.	17,50%
<b>Zona Oeste</b>	48,81%	52,37%	16,10%	19,93%	7,25%
<b>Zona Picadueñas</b>	59,93%	62,55%	17,29%	18,27%	7,24%
<b>Zona Sur</b>	57,27%	62,11%	21,56%	27,39%	6,83%

La población anciana vulnerable se concentra en la zona Oeste y la zona Oeste-Picadueñas.[7, 24]

La población infantil vulnerable presenta altas tasas de abandono escolar. Este colectivo se concentra principalmente en los Distritos Zona Sur, Zona Oeste y Zona Oeste-Picadueñas.(Gráfica 7.2)

**Gráfico 7.2 Tabla porcentaje abandono escolar según zonas. [7]**

ZONA		NÚMERO	% zona	% 3 zonas	% total Jerez
CDP	Madre de Dios	1	2,2%	1,3%	0,7%
CEIP	Al Ándalus	1	2,2%	1,3%	0,7%
CEIP	Federico García Lorca	1	2,2%	1,3%	0,7%
CEIP	Torresoto	1	2,2%	1,3%	0,7%
IES	Asta Regia	9	19,6%	12,0%	6,1%
IES	Francisco Romero Vargas	11	23,9%	14,7%	7,5%
IES	San Telmo	22	47,8%	29,3%	15,0%
CDP	Manuel Lora Tamayo	5	62,5%	6,7%	3,4%
CDP	San Juan Bosco	2	25,0%	2,7%	1,4%
CEIP	Luis Vives	1	12,5%	1,3%	0,7%
CEIP	Isabel La Católica	1	4,8%	1,3%	0,7%
CEIP	San Juan de Dios	1	4,8%	1,3%	0,7%
IES	Sofía	4	19,0%	5,3%	2,7%
CDP	Colegio San José	4	19,0%	5,3%	2,7%
CDP	Escuelas Profesionales SA-FA	2	9,5%	2,7%	1,4%
CEIP	Alfonso X El Sabio	1	4,8%	1,3%	0,7%
CEIP	Andrés de Ribera	1	4,8%	1,3%	0,7%
CEIP	La Unión	1	4,8%	1,3%	0,7%
IES	Andrés Benítez	6	28,6%	8,0%	4,1%

La población extranjera en exclusión social también es más frecuente en los Distritos Zona Sur, Zona Oeste Y Oeste-Picadueñas

El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, etnia, educación y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja<sup>[10,11,17,18,19,20,21,22,23]</sup>. En relación a este aspecto las zonas de Picadueñas, Oeste y Sur, a pesar de representar menos de la cuarta parte de la población del municipio se llevan a cabo en ellas más de la mitad de las intervenciones de carácter social de tipo económicas y alimentarias indicando un nivel de pobreza mayor en estas zonas.<sup>[7]</sup>

Es necesario el desarrollo de estrategias públicas y programas intersectoriales para que las personas puedan hacer elecciones saludables, en entornos saludables, que potencien su salud y calidad de vida<sup>[9,24,25,26,27,28]</sup>.

En relación a este último aspecto, en Jerez de la Frontera, desde hace unos años en el Distrito de Atención Primaria (englobado actualmente Area De Gestión Sanitaria Norte de Cádiz) se está trabajando en diferentes programas de Intervención sobre la Captación Activa y terapéutica posterior de ciertos colectivos de personas que se encuentran en Zona de Transformación Social (ZONTS) y que teóricamente se encuentran más desprotegidos en materia de salud<sup>[16]</sup>. Concretamente dicha actua-

ción recae sobre los escolares de una ZONTS que históricamente no asiste al Programa de Salud Bucal instaurado por la Junta de Andalucía a través de los odontólogos de cabecera. En estudios clínicos locales realizados en años anteriores se constata la gran prevalencia de patologías dentales que padecen y la falta de información que pacientes y familiares tienen con respecto a las políticas sanitarias en vigor, constatándose el grado de necesidad que requieren. Se conforma grupo de trabajo multidisciplinar con objetivo de intentar captar a dichos escolares en el ámbito escolar y tratarlos en el centro de Salud. El resultado de esta estrategia a lo largo de los años y según los últimos registros recogidos por los profesionales implicados durante el año 2018, vemos como se reducen los índices en Zonas de Transformación Social incluso de manera más acentuada que en las demás zonas de la ciudad manteniéndose unos índices de caries mayor en en escolares de estas zonas deprimidas respecto a otras zonas de la ciudad de Jerez.<sup>[15]</sup>(Gráfica 7.3)

**Gráfico 7.3 Comparación índice epidemiológicos entre zonas ZONTS y no ZONTS en jerez de la frontera. [15]**

<b>Índices Epidemiológicos</b>	
<b>Revisiones 1º EPO. Jerez. NO ZONTS</b>	<b>2018</b>
Nº Colegios	<b>55</b>
Nº Escolares matriculados	<b>1.408</b>
Nº Escolares revisados	<b>840</b>
CAOD	<b>1,9</b>
CAOd	<b>1,3</b>
CAOM	<b>1,4</b>
Maloclusión	<b>25 %</b>
Gingivitis	<b>35 %</b>
Prevalencia de caries.	<b>23 %</b>
<b>Revisiones 1º EPO. ZONTS</b>	<b>2018</b>
Nº Colegios	<b>17</b>
Nº Escolares matriculados	<b>470</b>
Nº Escolares revisados	<b>421</b>
CAOD	<b>1,1</b>
CAOd	<b>2,6</b>
CAOM	<b>1,1</b>
Maloclusión	<b>23 %</b>
Gingivitis	<b>36 %</b>
Prevalencia de caries	<b>60 %</b>

Con lo anteriormente expuesto y con experiencias previas aportadas por la Fundación Odontología Social (FOS) se demuestra la necesidad y viabilidad de la apertura de esta clínica dental solidaria que actúe en dichas zonas para trabajar con colectivos vulnerables. [9]

Una ubicación adecuada para la clínica dental solidaria sería en el centro urbano de Jerez, concretamente en el entorno de San Mateo o sus alrededores ya que se encuentra en un punto geográfico intermedio entre las tres zonas más desfavorecidas de la ciudad y además cuenta con buena comunicación a través de los autobuses urbanos. (Linea 9 que enlaza con Zona Sur, Linea 18 que enlaza con Zona Oeste y Linea 2 que enlaza centro histórico con Zona Oeste Picadueñas).

Para asegurar la viabilidad y continuidad del proyecto, se deben de crear alianzas estratégicas con: Ayuntamiento de Jerez, Diputación de Cádiz y Consejería de Asuntos sociales de la Junta de Andalucía. También es necesario la colaboración con instituciones sin animo de lucro prestigiadas como: Cáritas, Cruz Roja, Proyecto Hombre, Acnur, Cear etc...

## **8.- CONCLUSIONES**

- 1.- Jerez de la Frontera (Cádiz) tiene un elevado porcentaje de su población en situación de exclusión social y por debajo del umbral de la pobreza.
- 2.- La mayor concentración de colectivos desfavorecidos se da en los Distritos: Zona Sur, Zona Oeste, Zona Picadueñas-Oeste.
- 3.- A tenor de los resultados obtenidos es aconsejable y viable la creación de una clínica dental solidaria en Jerez de la Frontera. La ubicación ideal sería en un punto intermedio entre los tres Distritos deprimidos.

## **9.-BIBLIOGRAFÍA**

- [1]: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/padron/index.htm>
- [2]: [http://www.observatoriodesigualdadandalucia.org/sites/default/files/ii\\_informe\\_oda.pdf](http://www.observatoriodesigualdadandalucia.org/sites/default/files/ii_informe_oda.pdf)
- [3]: Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en Andalucía
- [4]: Tasas de paro por nivel de formación alcanzado, sexo y grupo de edad. EPA IT2014, Encuesta de Población Activa, INE

- [5]: Informe sobre exclusión y desarrollo social en Andalucía
- [6]: Explotación de las variables educativas de la Encuesta de Población Activa. Ministerio de Educación
- [7]: Plan de intervención en zonas desfavorecidas de Jerez de la Frontera
- [8]: El Plan Estratégico de Servicios Sociales, Igualdad de Oportunidades e Inclusión 2012-2015 es una iniciativa del Ayuntamiento de Jerez
- [9]: <http://www.fundacionodontologiasocial.org/>. Consultado 10/05/2019
- [10]: Castaño A. Odontología para la comunidad. Una necesidad social. Un deber de la odontología en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 465-8
- [11]: Ribas D, Castaño A. Desigualdades en salud oral en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 679-87.
- [12]: Beltrán RJ. Deuda social de la odontología. Odontología social una opción de futuro en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p. 61-7.
- [13]: Primer informe sobre desigualdades de Salud en Andalucía. ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA de ANDALUCÍA.
- [14]: I Plan Local de Salud 2015-2018. Ayuntamiento Jerez de la Frontera
- [15]: 1er ENCUENTRO DE INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN JEREZ . CAMPUS UCA JEREZ . NOVIEMBRE 2015. Evolucion de la salud dental de los escolares de 6-7 años de edad en el area sanitaria norte de Cádiz en los ultimos 10 años
- [16]: Landroguéz, S. Flores, A. Delgado, E. Alternativas de uso y eficacia analgesicas en el dolor de origen dental en un servicio de urgencias de Atención Primaria. Int. J. Odontostoma. 10(2):221-228, 2016
- [17]: Williams EA, Pérez GM, Babaya I, Williams EM. Proyecto “Islas Entre rrianas”. Una experiencia en extensión universitaria en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 915-24.
- [18]: Castaño A, Ribas D. Aprendizaje-servicio solidario. Una estrategia pedagógica fundamental para las ciencias de la salud en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 757-62

- [19]: Swann BJ, Nalliah RP, Obadan EM. Programas de odontología social de la Universidad de Harvard (EE.UU) en Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La* <sup>17</sup> *odontología social Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 771-84.<sup>18</sup>
- [20]: Almerich JM. Universitat de Valencia y Fundació Lluís Alcanyís de la Universitat de Valencia de la Comunitat Valenciana en Castaño A. *Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo.* Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p.445-52
- [21]: Castaño A. Universidad de Sevilla y Fundación Odontología Social. Una alianza para la universalización de la atención odontológica en Castaño A. *Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo.* Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p.453-60.
- [22]: Castaño A, Jané S. Ceuta. Proyectos de odontología social. Fundación Odontología Social (FOS) en Castaño A. *Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo.* Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p.139-60.
- [23]: Chávez R, Lugo C. Programa de salud oral en San Luis de Potosí (México) en Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 809-20.
- [24]: Williams EA, Williams EM, Yeates DJ. Promoción de la salud en adultos mayores y niños en Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 949-60.
- [25]: Alonso B, Serrano M, Serrano N. Proyecto de formación y atención odontológica en Etiopía. “Proyecto Sonrisas” en en Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 1027-38
- [26]: González-Alarcón D, Masa A, Zang G, Sánchez J. La odontología social dentro de un programa de desarrollo integral en el Sur de Camerún en Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 991-1000.
- [27]: Castaño A, García-Palma A, Marquez JA. Ayuntamientos andaluces y su implicación en la asistencia buco-dental de colectivos vulnerables en Castaño A. *Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo.* Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p. 359-368.
-

[28]: <https://elfarodeceuta.es/sanidad-la-fundacion-luis-seiquer-concluyen-proyectoodontologico-solidario-aplicando-217-tratamientos/>. Consultado 14 de mayo de 2019

---