



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL
DESDE LA PERSPECTIVA DE OPERADORES LOCALES
EN ATE-VITARTE Y SANTA ANITA 2017**

PRESENTADA POR
MARLON REMUZGO HUAMAN

ASESOR
PAÚL RUBÉN ALFARO FERNÁNDEZ

TESIS
PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN GESTIÓN EN
SALUD

LIMA – PERÚ
2018



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL
DESDE LA PERSPECTIVA DE OPERADORES LOCALES
EN ATE-VITARTE Y SANTA ANITA 2017**

TESIS

**PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN GESTIÓN EN SALUD**

**PRESENTADA POR
MARLON REMUZGO HUAMAN**

**ASESOR
PAÚL RUBÉN ALFARO FERNÁNDEZ**

**LIMA, PERÚ
2018**

JURADO

Presidente: José Gustavo Avilés Calderón, doctor en Medicina

Miembro: José Luis Pacheco de la Cruz, doctor en Derecho

Miembro: Carlos Alfonso Bada Mansilla doctor en Medicina

A Dios, por la bendición de tener la vida que llevo

A mi padre, Albino Remuzgo Coronel, que en paz descansa

A mi adorada madre, Bertha Huamán Gonzáles, por su amor e incondicional apoyo en el logro de mis metas

A mi esposa, Zoila Lizeth Refulio Zelada, por su inmenso amor, por su perseverancia, colaboración y dedicación para con la elaboración de la tesis

A mi hijito Rodrigo Roberto, que es un ángel y mi motor y motivo

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros de la Universidad de San Martín de Porres, por sus brillantes cátedras en las aulas.

A Paúl Rubén Alfaro Fernández, doctor en Medicina, por guiarme y motivarme.

A Juan Wilder Ponte Lucio, doctor en Salud Pública, por motivarme en la mejora continua.

A mi hermana, Sara Emilia Remuzgo Huamán, doctora en Educación, por su asesoría personalizada.

A mis hermanos Omar, Luis, Joel y Mery, por su cariño y su apoyo moral.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Bases teóricas	15
1.3 Definición de términos básicos	23
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	26
2.1 Formulación de la hipótesis	26
2.2 Variables y su operacionalización	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	30
3.1 Tipos y diseño	30
3.2 Diseño muestral	30
3.3 Procedimiento de recolección de datos	33
3.4 Procesamiento y análisis de datos	36
3.5 Aspectos éticos	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	37
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	59

CONCLUSIONES 74

RECOMENDACIONES 76

FUENTES DE INFORMACIÓN 79

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos.
2. Estadística complementaria

ÍNDICE DE TABLAS

	Págs.
Tabla 1. Establecimientos de salud del distrito de Ate Vitarte	19
Tabla 2. Establecimientos de salud del distrito de Santa Anita	20
Tabla 3. Indicadores de proceso y resultado	20
Tabla 4. Establecimientos de salud del distrito de Ate Vitarte y Santa Anita.	33
Tabla 5. Indicadores y criterios de evaluación: Validación por juicio de expertos	35
Tabla 6. Escalas de medición del programa de salud bucal	35
Tabla 7. Estadísticos de confiabilidad	
Tabla 8. Los gestores (directores y jefes) y su rol para la implementación de las actividades de salud bucal Lima 2017.	38
Tabla 9. Fortalecimiento de capacidades de los Odontólogos a nivel local Lima 2017	40
Tabla 10. Periodicidad de la capacitación a los Odontólogos operativos.2017.	42
Tabla 11. Actividades realizadas por el odontólogo operativo.	42
Tabla 12. Actividades intra y extramurales	43
Tabla 13. Tipo de procedimientos odontológicos 2017	44
Tabla 14. Total de morbilidad de las 10 patologías más frecuentes en los establecimientos de salud en Ate- Vitarte y Santa Anita 2014.	45
Tabla 15. Total de atenciones anuales de morbilidad en los establecimientos de salud en Ate-Vitarte y Santa Anita 2014.	45
Tabla 16. Total de morbilidad de atenciones por género de sexo y edad en Ate-Vitarte y Santa Anita 2014.	48
Tabla 17. Escala de medición de las actividades de Promoción de salud bucal	49
Tabla 18. Programa de promoción de la salud bucal	49
Tabla 19. Entrevista a gestores sobre la infraestructura para la salud bucal, Lima 2017.	51
Tabla 20: Entrevista a odontólogos del nivel operativo sobre la infraestructura para la salud bucal Lima 2017.	52
Tabla 21. Entrevista a los gestores sobre los recursos materiales-logísticos para la salud bucal. Lima 2017.	54

- Tabla 22.** Entrevista a odontólogos del nivel operativo sobre los recursos materiales-logísticos para salud bucal. Lima 2017. 56
- Tabla 23.** Entrevista a odontólogos. Recursos materiales-logísticos: Equipos y materiales para salud bucal 2017. 57

ÍNDICE DE FIGURAS

	Págs.
Figura 1. Los gestores (directores y jefes) y su rol para la implementación de las actividades de salud bucal Lima 2017	38
Figura 2. Fortalecimiento de capacidades de los odontólogos a nivel local Lima 2017	41
Figura 3. Periodicidad de la capacitación a los odontólogos operativos.2017	41
Figura 4. Actividades realizadas por el odontólogo operativo.	43
Figura 5. Actividades intra y extramurales	43
Figura 6. Total de atenciones anuales de morbilidad en los establecimientos de salud en Ate-Vitarte y Santa Anita 2014	46
Figura 7. Total de morbilidad de las 10 patologías más frecuentes en los establecimientos de salud en Ate- Vitarte y Santa Anita 2014	47
Figura 8. Total de morbilidad de atenciones por género de sexo y edad en Ate- Vitarte y Santa Anita 2014	48
Figura 9. Entrevista a gestores sobre la infraestructura para la salud bucal, Lima 2017	52
Figura 10: Entrevista a odontólogos del nivel operativo sobre la infraestructura para la salud bucal Lima 2017	53
Figura 11. Percepciones respecto a la infraestructura para la atención de salud bucal en odontólogos que laboran en Vitarte y en Santa Anita. Lima 2017	53
Figura 12. Entrevista a los gestores sobre los recursos materiales-logísticos para la salud bucal. Lima 2017	54
Figura 13. Entrevista a odontólogos del nivel operativo sobre los recursos materiales-logísticos para salud bucal. Lima 2017	56
Figura 14. Entrevista a odontólogos. Recursos materiales-logísticos: Equipos y materiales para salud bucal 2017	57

RESUMEN

Objetivo: Describir la gestión de las políticas públicas de salud bucal desde la percepción de los gestores y operadores en Ate-Vitarte y Santa Anita 2017.

Metodología: Es una investigación de tipo cuanti-cualitativo; la fase cuantitativa fue observacional, descriptiva, transversal y prospectiva; la cualitativa utilizó metodologías y técnicas cualitativas para aproximarse a las percepciones de los operadores del nivel local. La población del estudio fueron 100 participantes: 30 gestores (directivos y jefes) y 70 profesionales odontólogos que laboraban en los establecimientos de salud del nivel I-4 y I-3 de los distritos de Ate-Vitarte y Santa Anita.

Resultados: Los gestores fueron más varones. El 57% de profesionales operativos fueron serumistas. Gestores y profesionales manifestaron una insuficiente capacitación y el 100% de ellos mostraron su desacuerdo con la escala remunerativa que perciben. Ambos grupos manifestaron deficiencias en la infraestructura y reconocen que disponen de equipos, materiales e insumos incluso “de última generación” para realizar las actividades intra y extramurales de salud bucal. Los participantes mencionaron como principales procedimientos: curaciones, extracciones, profilaxis, fluorizaciones y actividades de consejería.

Conclusiones: Las políticas públicas de salud bucal en Ate Vitarte y Santa Anita se encuentran en una etapa inicial de implementación, y su énfasis preventivo-promocional está permitiendo el fortalecimiento e integración del equipo de salud, así como el cambio de paradigmas respecto a vincular la morbilidad bucal con su determinantes sociales y a comprender que la salud bucal trasciende el quehacer del odontólogo.

Palabra clave: Política pública, salud bucal, gestión local.

ABSTRACT

Objective: To describe the management of public policies from the oral health under the perspectives of managers and operators at the local level in the districts of Ate-Vitarte and Santa Anita in 2017.

Methodological: It is a quantitative-qualitative research. The quantitative phase was observational, descriptive, transversal and prospective; the qualitative used qualitative methodologies and techniques to approach the perceptions of operators at the local level. The study population was 100 participants: 30 managers (managers and chiefs) and 70 odontologists who worked in health facilities of level I-4 and I-3 of the districts of Ate-Vitarte and Santa Anita.

Results: The managers were mostly males. 57% of operative professionals were serum specialists. Both managers and professionals talked about the insufficient training received, and 100% of them showed their disagreement with the remunerative scale for the odontologists. Both groups perceived the infrastructure as defective and acknowledge that they have equipment, materials and even "last generation" supplies to perform intra and extramural oral health activities. The participants mentioned as main procedures the following: cures, extractions, prophylaxis, fluoridations and consultancy.

Conclusions: The public oral health policies in Ate Vitarte and Santa Anita are in an initial stage of implementation, and their preventive-promotional emphasis is allowing the strengthening and integration of the health team, as well as the change of paradigms about relating oral morbidity with its social determinants and to understand that oral health transcends the work of the dentist.

Keywords: Public politics, oral health, local management.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2007), afirmó que las enfermedades bucodentales: caries dental, enfermedad periodontal y mal oclusión constituyen problemas de salud pública que afectan a los países industrializados y con mayor frecuencia a los que están en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres; y comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas: enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas y diabetes; todas ellas asociadas a una higiene bucodental deficiente.

En el Perú, se reportan altas prevalencias de enfermedades odontoestomatológicas: 90% es la prevalencia de caries dental, 85% para la enfermedad periodontal y mal oclusión con un 80%. Las lesiones de la mucosa bucal, el cáncer bucal, VIH/sida y los traumatismos bucodentales constituyen también importantes problemas de salud pública. A lo mencionado, se agrega un elevado índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) en niños de 6 a 12 años de edad; por ello, es que la Organización Panamericana de Salud, cataloga a nuestro país en estado de emergencia.

De otro lado, los expertos reconocen que las acciones de salud pública tienen efectos considerables tanto individual como colectivamente respecto al manejo del dolor dental, la pérdida de la capacidad funcional y su impacto en la calidad de vida de las personas, en especial en poblaciones pobres y de extrema pobreza, que soportan la mayor carga de morbilidad de la cavidad bucal.

El Ministerio de Salud, promueve actividades preventivo promocionales, de recuperación y rehabilitación en salud bucal en el marco de la atención integral de salud, enfocadas en las etapas de vida más vulnerables: infancia, adolescente, adulto mayor y mujeres gestantes y a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), específicamente a través de la Dirección de Salud Bucal, ejerce su función normativa.

El presente estudio fue realizado en los distritos de Ate-Vitarte y Santa Anita, jurisdicciones populares del nivel del cono este de Lima Metropolitana. Ate-Vitarte es el sexto distrito más poblado y el segundo con mayor concentración de personas pobres. Según el censo de 2007, se estima 478 mil 278 habitantes y dentro de su jurisdicción sanitaria cuenta con 21 establecimientos de salud del primer nivel, de tipo I-4 y I-3. Es pertinente mencionar que FOROSALUD identificó en 2014 que el 95% los niños en edad escolar de Ate-Vitarte padecían de caries dental, situación muy similar con otras localidades urbano-marginales de nuestro país. Mientras que Santa Anita es el segundo distrito de interés para el presente estudio, es uno de los 43 distritos de Lima Metropolitana y cuenta con una red local de servicios de salud constituida por nueve establecimientos de salud de tipo I-4 y I-3.

En ese sentido, se menciona documentos normativos, que fueron referentes para el presente estudio:

1. El plan nacional de salud bucal aprobado por Resolución Ministerial N.º 538–2005/MINSA.

2. El plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 Vuelve a sonreír, aprobado por Resolución Ministerial N° 626-2012/MINSA.
3. El plan de Salud Escolar 2013-2016, aprobado por Decreto Supremo N.° 010-2013-MINSA, el cual incluye las siguientes actividades de Salud oral: Aplicación de flúor, sellantes, obturaciones dentales (incluye prácticas restaurativas atraumáticas- PRAT) y enseñanza de técnica de cepillado.
4. El plan de intervención de salud bucal 2016 aprobado por Decreto Supremo N.° 005-2016-MINSA.
5. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Caries dental en niñas y niños aprobado por Resolución Ministerial N.° 422-2017/MINSA.

Por ello, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se gestionó las políticas públicas de salud bucal en establecimientos de salud de Ate-Vitarte y Santa Anita en el 2017, desde la perspectiva de sus operadores y en relación a la morbilidad de las patologías estomatológicas? Y el objetivo de la investigación consistió en analizar la implementación de las políticas públicas en salud bucal desde la perspectiva de sus operadores, teniendo en cuenta algunos de sus componentes.

Cabe mencionar que en el componente de recursos humanos, se analizó la satisfacción del profesional odontólogo, sus funciones intra y extramurales, además de las administrativas y la distribución del tiempo que les demanda, así como conocer la realidad remunerativa según modalidad de contrato: nombrado, contratado por contrato administrativo de servicio (CAS), o por modalidad de servicio de terceros. Y

en lo que se refiere al componente de recursos materiales y logísticos, se analizó desde las categorías de materiales considerados necesarios y suficientes, relacionando los contextos urbano-marginales.

Un aspecto importante de análisis fue la gestión de la implementación de las políticas de salud pública y las formas de distribución de responsabilidades y participación como equipo de salud, así como la evaluación de logro. Se tuvo como referente los indicadores establecidos por el Ministerio de Salud.

Finalmente, la investigación consta de cinco capítulos. Se aborda Introducción, en el capítulo I: marco teórico; en el capítulo II: hipótesis y variables; en el capítulo III: metodología; en el capítulo IV: resultados; en el capítulo V: discusión; conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Alfonso N, et al. en 2004, analizaron la situación de salud bucal según condiciones de vida, en Cuba. Concluyeron que los indicadores de salud bucal, en gran mayoría, alcanzan porcentajes altos en el grupo que tiene condiciones de vida favorables y los porcentajes más bajos tienen correspondencia con condiciones desfavorables de vida ⁽⁷⁾.

En 2010, Abanto J, et al. en Brasil, realizaron un trabajo sobre el impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Propusieron un concepto de calidad de vida en la salud bucal relacionando el estado de salud o enfermedad bucal con las actividades diarias, con el bienestar y calidad de vida de los individuos. Se recomendó el uso de instrumentos de evaluación que permita mejorar los indicadores de salud bucal en los niños ⁽⁸⁾.

Rodríguez A, y Delgado L, en el 2000, elaboraron un diagnóstico de la salud bucal de la población, en el que destaca su complejidad y multicausalidad. Concluyeron que el diagnóstico de salud bucal es un punto de partida para fortalecer la interrelación y coordinación de actividades con el grupo básico de trabajo y médicos de familia correspondientes, en el marco de un plan que permita enfrentar sus múltiples determinantes sociales ⁽⁹⁾.

En 2008, Franco A, et al. elaboraron un estudio en Colombia niños y su salud bucal. Organizaron una mesa de trabajo para la salud bucal en el marco del proyecto interinstitucional de cooperación de gestión de políticas públicas y de un proyecto de salud. Concluyeron que los cambios políticos, económicos y demográficos, que el país ha experimentado en los últimos años, han dado lugar a un determinado perfil de salud- enfermedad que debe ser atendido mediante la gestión organizada de la sociedad. Mencionan que el componente bucal de la salud se ha visto afectado y que la práctica odontológica debe ser convocada a responder a las necesidades de la población ⁽¹⁰⁾.

Franco A, et al. en 2008, realizaron reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud, en Colombia. Propusieron tres fases en la implementación de políticas públicas: diagnóstico de la población involucrada, intervención con las estrategias de información, educación y comunicación, buscando saberes e incorporación de aprendizajes para una vida sana y evaluación de resultados alcanzados. Refieren que el trabajo de educación comunitaria es posible y productivo, cuyos resultados permanecerán en el tiempo, si hay participación y compromiso de todos los actores implicados y cuando los objetivos del programa se integran al diario vivir de las comunidades. Concluyen en la importancia de las intervenciones en favor de la niñez, al ser una etapa decisiva para el adecuado desarrollo de los seres humanos ⁽¹¹⁾.

En 2014, Weller J, et al. en Nueva Zelanda, publicaron un trabajo sobre programas de atención médica moderna que están conformados multidisciplinariamente y basados

en trabajo en equipo y con un efectivo sistema de comunicación interna. Se recomendó que es necesario analizar el fortalecimiento de capacidades, los aspectos psicológicos y organizacionales que pueden afectar el trabajo del equipo de salud. Las barreras psicológicas, tales como las jerarquías profesionales, y las barreras organizacionales, por ejemplo: la distribución de los equipos, pueden aumentar las posibilidades de fallas de comunicación. Asimismo, se propuso que mejorar el trabajo en equipo en la atención médica puede traer un importante avance en los resultados de los pacientes ⁽¹²⁾.

Carrillo D, y Romero Y, en 2005, evaluaron la calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación merideña de salud en Venezuela. Los resultados mostraron la desvinculación entre el servicio odontológico y las organizaciones de la comunidad, cuya participación se limitaba a acciones puntuales. Enfatizaron que la calidad de los servicios de salud bucal requiere de un modelo de gestión basado en la oferta del servicio que incorpore la perspectiva de sus usuarios, la participación del equipo de salud y la evaluación continua ⁽¹³⁾.

En 2007, Alonso A, et al. realizaron un estudio sobre la dinámica familiar y el fomento de la salud bucal en poblaciones desplazadas y destechadas en Colombia. Analizaron la dinámica familiar en el asentamiento Altos de Oriente del municipio de Bello-Antioquia y su relación con las actividades de promoción de la salud bucal, y concluyeron que la participación social es una alternativa para las comunidades, porque afecta su vida cotidiana contribuyendo en el mejoramiento de las condiciones de vida y en un entorno social favorable.¹⁴

Priya N, y Harikiran A, en 2013, publicaron un trabajo sobre la efectividad de un programa de educación de la salud bucal, con el objetivo de ayudar a los responsables de las políticas sobre cómo asignar recursos. Concluyeron en que los programas de salud oral más exitosos requirieron mucha participación e involucran a autoridades, gestores, líderes y demás personas importantes y recibieron financiamiento y apoyo adicional ⁽¹⁵⁾.

En 2009 Rivas A, et al. elaboraron un estudio sobre participación estudiantil en proyectos de intervención rural en salud: la experiencia IRIS-X en Perú; señalaron que las actividades que integran el trabajo de campo, la ayuda social y la investigación en salud han sido promovidas por varias sociedades estudiantiles de diferentes universidades. Enfatizan la importancia de intervenciones integrales e integradas para atender a población rural, que incluyen, por ejemplo, el saneamiento. Tal es el caso del proyecto IRIS en el centro poblado de Huaripampa en Ancash-Perú. Concluyeron que se deben integrar campañas de salud, y dentro de ellas, la salud bucal, las sesiones educativas y la investigación operativa que fortaleció la formación profesional de alumnos de ciencias de la salud ⁽¹⁶⁾.

Cerrón A, et al. en 2010 encontraron que la prevalencia de historia de caries dental en niños de 6 y 12 años era del 70.3% y 62.5%, respectivamente, e informaron que el programa de salud bucal implementa la promoción, prevención y tratamiento dental para disminuir indicadores negativos en las poblaciones más vulnerables. Concluyeron que el 83.3% presentó historia de caries, observaron una reducción

significativa en la historia de caries y en el índice COPD, y la prevalencia de historia de caries en niños de 10 años disminuyó. Recomendaron promover estudios de cohortes para evaluar el efecto real del programa en los niños de 6 y 12 años de edad ⁽¹⁷⁾.

En 2017, Anil S, y Anand P, realizaron un trabajo sobre caries en niños: prevalencia de factores de riesgo y prevención, en Arabia Saudita, India. Reconocieron que la salud oral es un componente esencial de la salud en general y afirman que todo programa preventivo de enfermedades crónicas debe incluir estrategias preventivas de caries en la primera infancia. La educación durante el embarazo puede reducir o retrasar la caries en la primera infancia. Mencionan que las enfermeras son un aliado importante para la salud oral pues brindan la atención del crecimiento y desarrollo de la primera infancia ⁽¹⁸⁾.

Liu J, et al. en 2016, realizaron una revisión sistemática, para conocer los modelos chinos para la atención de salud oral y enfatizaron que las intervenciones en la infancia mejoran significativamente el estado de salud oral y permiten incrementar el acceso a la atención dental a los demás grupos etarios. También mencionan que, en ese país la distribución de los dentistas es desigual e insuficiente, y que hay varias modalidades básicas de seguro médico que cubren las necesidades de la población. Refieren también que si bien se percibe como alta la necesidad de tratamiento odontológico, la verdadera demanda en China es relativamente baja. Recomendaron que se necesita fortalecer la promoción de la salud bucal, especialmente con la educación a niños y adolescentes para fortalecer aún más el cepillado dental diario, el uso de pasta dental

con flúor y el hilo dental, y promover activamente el examen anual de salud oral, intervenciones costo efectivas para asegurar la salud dental futura ⁽¹⁹⁾.

En 2017, Edelstein B, realizó una investigación, en Estados Unidos, sobre cómo la efectiva prevención de caries en la primera infancia requiere de la participación de los padres desde la etapa gestacional, e involucra la participación no solo del dentista, sino de otros miembros del equipo de salud: asistentes sociales y enfermeras e incluso de promotores de salud quienes son más efectivos. Agregan que además de estos hallazgos un efectivo programa de salud oral debe tener en cuenta el cuidado responsable centrado en familia y comunidad, compras basadas en pagos globales, la comprensión de los factores de riesgo y los determinantes sociales según cada realidad concreta, acompañada de la investigación necesaria para lograr reducciones de caries en familias en riesgo ⁽²⁰⁾.

Tascón M, y Alonso A, en 2005 utilizaron el modelo de creencias en salud para conocer las creencias básicas sobre caries e higiene oral que tenían los adolescentes escolarizados del valle del Cauca, en Colombia (38 de los 42 municipios). Encontraron que las creencias y prácticas de los participantes no favorecían la prevención y control de la caries ⁽²¹⁾.

Feingold M, y Nieto M, publicaron un trabajado, en 2011; sobre evaluación del impacto de un programa de educación para la salud bucodental en comunidades indígenas (conocimientos, actitudes y prácticas), en México; implementaron un programa educativo para la salud bucal, en tres grupos étnicos: los Maltzincas, Otomíes y

Mazahuas ubicadas en el municipio de Amecameca en el estado de México y concluyeron que las estrategias aplicadas (32 sesiones) fueron exitosas, porque modificaron actitudes y conductas frente a la salud bucodental, a través de las madres, quienes fueron las promotoras y multiplicadoras de experiencias preventivas ⁽²²⁾.

En 2004, Ayala G, realizó un estudio sobre el impacto social de los programas de salud oral en mujeres gestantes del centro de salud Carmen de la Legua Reinoso-Callao; señaló que los programas de salud bucal han impactado en los conocimientos, percepciones y prácticas de las mujeres gestantes atendidas en el servicio dental del centro de salud; sin embargo, reconoció que es excesivo el tiempo de espera, pues el 100% de las gestantes y promotores de salud la mencionan como la limitación más relevante para acceder al servicio dental. Agrega que se encontró una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y prácticas de salud bucal en las gestantes ⁽²³⁾.

Medina C, et al. en 2004, en México, refirieron que para disminuir las principales enfermedades bucodentales se requiere que el profesional odontólogo, desde el inicio de su ejercicio, este centrado en el individuo y su posterior inmersión en la salud pública, concluyeron en el impacto de las políticas de salud bucal en ciertos grupos poblacionales y propusieron que se debe mejorar la información epidemiológica que permita la evaluación estricta y adecuada ⁽²⁴⁾.

Escobar M, et al. en 2010, analizaron el proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes en Colombia y concluyeron que los profesionales, desde su formación,

deben integrar la dimensión social y no solo conocimientos técnico-científicos, que les ayude a reconocer la coexistencia de diferentes racionalidades en un programa educativo y relativice sus conceptos propios, respetando la autonomía de las madres, sin culpabilizarlas ⁽²⁵⁾.

En 2013, Cortés F, et al. Publicaron un estudio sobre doce años de programa de asistencia dental infantil (PADI) en Navarra 1991-2002; para ello, analizaron el impacto del programa de servicios y la evolución de la salud dental de los escolares navarros. Concluyeron que la puesta en marcha del PADI parece haber incrementado el uso de los servicios dentales; se constató, además, una mejoría en la salud dental de su población infantil y adolescente ⁽²⁶⁾.

Freire J, en 2003, presentó los resultados del programa de atención dental infantil del país Vasco y Navarra dirigido a niños de 6 a 15 años y destacó la importancia de una buena evaluación y las oportunidades que abre el análisis comparado para identificar los diferentes factores y las desigualdades sociales en salud entre las comunidades autónomas españolas. La evaluación de estos programas demandan de nuevos objetivos en la política de salud dental del país Vasco y evidencia la necesidad de que España fortalezca la salud pública dental en su política de salud, que incluye el incremento de servicios dentales en sus prestaciones ⁽²⁶⁾.

Misrachi C, y Zalaquett D, en el 2000, analizaron un programa de educación escolar para la salud, orientada a lograr estilos de vida, que fue diseñado por un equipo multiprofesional, elaboraron textos guías para docentes y ajustaron los contenidos a

los planes y programas de la educación básica. Reportaron mejoría significativa en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal y concluyeron que la participación de docentes, padres de familia y de toda la escuela es clave para crear ambientes favorables para conductas saludables ⁽²⁸⁾.

En 2003, Tan N, y Alonso C, analizaron la influencia de técnicas afectivo-participativas en la promoción de salud bucal en niños, en Cuba, y concluyeron que dichas técnicas fueron una opción válida, porque casi la totalidad de los niños incorporaron el uso eficiente del cepillado y el promedio de dientes permanentes sanos no sufrió cambios ⁽²⁹⁾.

Pita S, et al. en 2010, en España, determinaron que los niños que no se cepillan nunca los dientes tienen un 40% de caries temporales y los que lo hacen varias veces al día tienen un 15.3%. Al ajustar por edad, ingesta de dulces, cepillado dental y visita al dentista, con la temporalidad se encontró una asociación significativa, y tuvo un gran impacto la higiene dental en la salud bucodental, y el efecto positivo del cepillado fue superior al de la dieta ⁽³⁰⁾.

En 2009, Rangel J, et al. realizaron una investigación sobre la necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor en Cuba; sostienen que la promoción y prevención de la salud ocupan un lugar cimero en el mundo de la estomatología, por lo que debe mejorar su evaluación que permita su renovación, y llegue a ser más preventiva y promocional. Concluyeron en la necesidad de fortalecer

las capacidades del profesional odontólogo, que beneficie a los pacientes con 60 años o más ⁽³¹⁾.

Ghotane S, et al. en 2015, realizaron encuestas por correo para conocer los puntos de vista de al menos el 5% de dentistas del nivel local, respecto a su participación en un programa de endodoncias como parte de la atención dental primaria, Los hallazgos mostraron que los aspectos de interés para los dentistas era el fortalecimiento de sus capacidades y la garantía del financiamiento, del tiempo y del apoyo para dicho programa ⁽³²⁾.

En 2014, Misfeldt J, et al. en Canadá, estudiaron los incentivos para mejorar los recursos humanos en la salud. Las evidencias muestran que para mejorar resultados de los programas de salud, las estrategias efectivas deben ser mixtas. Si bien los incentivos financieros son importantes, estos deben ser parte de un paquete de incentivos que incluya la mejora del entorno laboral para el equipo de salud, pues hay evidencia sólida de su importancia, entre ellas las oportunidades para el desarrollo profesional, equilibrio laboral mejorado, colaboración interprofesional y autonomía profesional ⁽³³⁾.

Rodríguez M, en el 2000, publicaron un trabajo sobre los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad en Barcelona–España; señalaron la idoneidad de los copagos como instrumento para reducir el exceso de utilización y controlar el gasto. Recomendaron recordar que la efectividad del copago depende de la elasticidad de demanda y el tipo de atención médica. También

mencionaron que el impacto en el consumo depende de la cuantía del copago y el efecto disuasorio se ve mitigado o anulado por el dominio de la oferta en la mayoría de las decisiones. Concluyeron que conviene no adoptar actitudes maximalistas y recomendaron examinar propuestas y comparar las consecuencias distributivas de equidad de las alternativas de financiación del sistema, pues los copagos son una de ellas ⁽³⁴⁾.

1.2 Bases teóricas

Los criterios normativos del MINSA son referentes para el presente estudio.

Finalidad de las intervenciones sanitarias en salud oral

Mejorar la salud bucal de la población de las niñas, niños y adolescentes de las instituciones educativas y la salud bucal de las personas adultas mayores del país.

Objetivos generales

Desarrollar una cultura de salud en los escolares, de las instituciones públicas, basada en los estilos de vida saludables y los determinantes sociales de la salud, así como detectar y atender de manera oportuna los riesgos y daños relacionados con el proceso de aprendizaje. (Plan de Salud Escolar 2013-2016 aprobado por DS N° 010-2013-SA).

Rehabilitar la salud bucal de los adultos mayores con necesidades de prótesis dental, en situación de pobreza y pobreza extrema. (Documento Técnico: Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016, aprobado por la R.M. N° 626-2012/MINSA).

Objetivos específicos

Detectar oportunamente los riesgos y daños con el proceso de aprendizaje, mediante el tamizaje regular y periódico en las instituciones educativas y el tratamiento precoz en los establecimientos de salud.

Fortalecer el desarrollo de cultura de salud para el cuidado y autocuidado de la salud, mediante la promoción de prácticas y conductas saludables, considerando la necesidad sanitaria regional y adecuación cultural.

Generar entornos saludables dentro y alrededor de las instituciones educativas, mediante la articulación intergubernamental e intersectorial.

Rehabilitar la salud bucal de los adultos mayores con necesidades de prótesis parcial removible.

Rehabilitar la salud bucal de los adultos mayores con necesidades de prótesis total removible.

Actividades según objetivos

Objetivo 1: instituciones educativas

a. Paquete preventivo en los programados

- Evaluación odontológica dos veces al año.
- Enseñanza de la técnica de cepillado e hilo dental. Se entrega cepillo y pasta dental dos veces al año.

- Detección bacteriana y registro del índice de higiene oral simplificado en la ficha de evaluación odontológica dos veces al año.
- Aplicación de flúor barniz. Mínimo dos veces al año.

b. Paquete recuperativo

- Según patologías bucales, son derivados para tratamiento; de contar con oferta móvil, se brindará atención recuperativa de IE en caso de caries dentales.
- Restauraciones con Ionómero de vidrio.
- Restauraciones dentales con resina.
- Práctica de restauración atraumática con cemento Ionómero de vidrio.
- Las demás atenciones que requiera el escolar para llegar al alta básica odontológica (ABO), deben ser realizadas por las prestaciones regulares de los establecimientos de salud, según capacidad resolutive.

Objetivo 2: adultos mayores pobres y extremo pobres

- Examen estomatológico y registro del odontograma, para determinar la necesidad de rehabilitación oral con prótesis bucales.
- Rehabilitación con prótesis bucales; con la entrega de 1 o 2 prótesis, según la necesidad.

Financiamiento

El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene como responsabilidad la administración económica y financiera de los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte, a fin de ofrecer

coberturas de riesgos en salud a sus afiliados, de acuerdo a las normas vigentes, con el fin de garantizar la atención de los asegurados del SIS.

- El Plan de Salud Escolar 2013-2016 es financiado por el Seguro Integral de Salud, para escolares de los niveles inicial y primaria.
- El Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 Vuelve a Sonreír es financiado con recursos ordinarios del MINSA, donaciones y transferencias.

Para la ejecución de la investigación se hizo un mapeo de ubicación. Así:

Tabla 1. Establecimientos de salud del distrito de Ate Vitarte

N.º	Establecimientos de salud
1	Alfa y Omega
2	Amauta
3	Ate
4	El Bosque
5	El Éxito
6	Barquito de Papel
7	Fortaleza
8	Niño Jesús
9	Gustavo Lanatta
10	Horacio Zevallos
11	Hospital Vitarte
12	Hospital Huaycan
13	La Fraternidad
14	Manylsa
15	Micaela Bastidas
16	Salamanca
17	San Antonio
18	San Fernando
19	Santa Clara
20	Señor de los Milagros
21	Túpac Amaru

Fuente: DISA IV. Julio 2017.

Los establecimientos de Ate y Santa Anita son:

Tabla 2. Establecimientos de salud del distrito de Santa Anita

N.º	Establecimientos de Salud
1	Viña San Francisco
2	Santa Rosa de Quives
3	Santa Anita
4	San Carlos
5	Metropolitana
6	Huáscar
7	Hermilio Valdizán
8	Cooperativa Universal
9	Chancas de Andahuaylas

Fuente: Disa IV. Julio 2017.

Indicadores

Tabla 3. Indicadores de proceso y resultado

Actividad	Indicador de proceso	Indicador de resultado
Evaluación y tratamiento estomatológico para escolares	1. N.º de escolares con el primer paquete preventivo / N.º de escolares programados x 100	N.º de escolares con alta básica odontológica / N.º de escolares programados
	2. N.º de escolares que reciben intervenciones recuperativas / N.º total de escolares afiliados al SIS con el primer paquete preventivo x100	
Evaluación y rehabilitación de adultos mayores	3. N.º de adultos mayores con examen estomatológico/ N.º de adultos mayores programados x 100	N.º de prótesis entregadas / N.º de prótesis programadas x 100
Seguimiento, monitoreo y evaluación	5. N.º de actividades ejecutadas / N.º de actividades programadas	

Enfermedades y daños prevalentes en salud bucal

Caries: Es una enfermedad multifactorial, infectocontagiosa; que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente debido a la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. Está asociada a inadecuadas pastas dentales, técnicas de higiene, falta o deficiente cepillado dental, ausencia de hilo dental, o una etiología genética. Hay evidencia de la influencia del PH de la saliva en las caries. Para su diagnóstico se usa el Indicador del historial de Caries (CPO-D), que consta de tres componentes, a saber: C: caries; O: obturados y P: perdidos, medidos por unidad de diente (D).

Gingivitis: Enfermedad bucal generalmente bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes. Es frecuente que se origine por el crecimiento de las muelas del juicio, que al generar una concavidad, permite el depósito de agentes patógenos. Cuando evoluciona a un estado crónico, provoca bolsas periodontales, movilidad dentaria, sangrado excesivo y espontáneo, pérdida del hueso alveolar que sostiene a los dientes, con la gran posibilidad de perder piezas dentales.

Mal oclusiones: Originada por la pérdida de la armonía de los dientes entre sí y con los dientes de la arcada contraria. Entre sus causas más frecuentes están las caries y la erupción defectuosa de los dientes. La mayoría de las personas tienen algún grado de mal oclusión requiriendo tratamiento de ortodoncia de mal oclusiones severas, reduciéndose el riesgo de pérdida de piezas y aliviar la presión excesiva en la articulación temporo- mandibular.

Oclusión: Es la relación de los dientes entre sí en un mismo maxilar y entre los dientes del maxilar superior e inferior. El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y para función; al contacto de las arcadas a nivel de una interface oclusal, sino también a los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad o conducta motora bucal.

Periodontitis: Enfermedad infecciosa que inicialmente puede cursar con gingivitis, seguida de la pérdida de inserción colágena, recesión gingival e incluso la pérdida de hueso, en el caso de no ser tratada. Se manifiesta más en adultos y adultos mayores, puede iniciarse en edades más tempranas.

Cáncer de la cavidad oral: Existen dos tipos de lesiones con potencial de convertirse en lesiones cancerosas: leucoplasia y eritroplasia, por lo que se requiere identificar oportunamente su recurrencia y comportamiento. Cualquier lesión blanca o roja que no se resuelva por sí misma en tres semanas deberá ser evaluada y considerar la obtención de una biopsia para realizar un diagnóstico definitivo. La mayoría de los cánceres se asocian a una historia de tabaquismo y alcoholismo.

Fluorosis dental: El fluoruro controla eficazmente la caries dental, acelera la remineralización de las lesiones incipientes del esmalte o bien alterando la glucólisis que es el proceso por el cual las bacterias cariógenas metabolizan los hidratos de carbono para producir ácido. La presencia de flúor dental varía de acuerdo a factores

extrínsecos como son: edad, tiempo, concentración y frecuencia de consumo de flúor, tipo de dieta y temperatura, clima y altitud de la zona geográfica (79-80-81-82-83).

Intervenciones sanitarias en salud bucal

Limpieza y pulido de las superficies y topicación con flúor: La fluorización produce la remineralización y cristalización del esmalte dental, aumentando su resistencia a la caries, al disminuir la adherencia de las bacterias. Es aconsejable realizarlo cada seis meses.

Selladores de fosas y fisuras: Los selladores de fosas y fisuras reducen la incidencia de caries en más del 60%, consiste en la colocación de una resina sobre las caras masticantes de las piezas dentales posteriores, evitando el ingreso de bacterias en surcos y fosas que originan las caries.

Enseñanza de técnicas de higiene bucal: Logrando disminuir las colonias de bacterias que se depositan sobre las piezas dentales causante de caries y enfermedades de las encías.

Consulta periódica: La evaluación periódica del odontólogo ayuda a prevenir tempranamente, los problemas bucales y a solucionar los ya existentes, haciendo más fácil y menos traumático su tratamiento.

Tratamientos quirúrgicos de salud bucal

Exodoncia: Es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes de sus alvéolos con el menor trauma posible.

Endodoncia: Consiste en la extracción de la pulpa muerta, enferma o dañada del diente; si no se trata, se crea un depósito de pus en la punta de la raíz y se forma un absceso por infección. Un absceso puede destruir el hueso circundante al diente y provocar dolor.

Prótesis dental, implantología y estética dental: Aplicada a la funcionalidad y estética de la sonrisa.

Ortodoncia y ortodoncia infantil: Para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías de forma, posición, relación y función de las estructuras dentomaxilofaciales.

1.3 Definición de términos básicos

Gestión de política pública: Es parte de la gestión estratégica orientada al entorno político, para obtener del mismo reconocimiento, apoyo, legitimidad y mandatos políticos consistentes. Trata de gestionar un proceso que lleve una decisión de calidad. Se tiene en cuenta los resultados sanitarios esperados y su relación con la morbilidad buco dental considerando ésta última, como una variable interviniente, al estar condicionada por factores sociodemográficos que la determinan y no solo depende de la atención sanitaria.

Implementación de la política pública a nivel local: Se tiene en cuenta los siguientes componentes:

Recursos humanos: Tanto gestores y directivos como personal operativo del nivel local.

Infraestructura: Características de los ambientes laborales para la atención odontológica.

Equipos, materiales e insumos: Considerando aquellos indispensables y necesarios para las actividades intra y extramurales.

Operadores locales: Miembros de salud a cargo de una determinada una jurisdicción. En el estudio corresponde a los profesionales odontólogos.

Patologías estomatológicas: Son aquellas enfermedades que se presentan en la cavidad bucal. Estas abarcan en los dientes, el tejido que rodea a las piezas dentales, la articulación témporo mandibular, los nervios y los músculos relacionados con estas estructuras. También abarca las estructuras anexas como: lengua, paladar, mucosa, glándulas salivales. Y otros son: labios, amígdalas y faringe.

Política pública de salud bucal: Se tiene en cuenta los siguientes aspectos: objetivos, actividades, indicadores y financiamiento.

Recursos humanos: En la administración de empresas son el conjunto de empleados o colaboradores de una organización, sector económico o de economía completa.

Recursos materiales-logísticos: Considera el conjunto de instrumentos, materiales y presupuesto. Son los medios físicos y concretos que ayudan a conseguir algún objetivo. Muy habitual en la gestión de empresas y gobiernos.

Salud bucal: Es estar en buen estado a nivel de la boca. Es de conocimiento que a medida que envejecemos, es preciso mantenernos saludables. Un aspecto importante en la salud oral es estar en alerta ante el riesgo de sufrir problemas dentales. Por ello la importancia de su cuidado en los controles de forma permanente.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

No requiere hipótesis, ya que es un trabajo descriptivo.

2.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS Y SUS VALORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Infraestructura	Conjunto de medios técnicos, servicios, equipo e instalaciones necesarios para el desarrollo de una actividad o para ser usado..	Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	Nº de reportes anuales de conformidad del servicio de odontología en los E.S. de Ate-Vitarte.	Nominal	SI NO PREG. ABIERTAS	Informe del jefe del servicio de odontología en relación a los equipos, materiales y cumplimiento de normas técnicas de salud de los E.S. de Ate-Vitarte. 2017.
Recursos humanos: Gestión	Es el capital humano (Talento humano), bien puede ser el personal, el funcionario o directivo que dirige una institución de salud.	Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	Nº de reportes anuales de conformidad del Servicio de odontología en los E.S. de Santa Anita.	Nominal	SI NO PREG. ABIERTAS	Informe del jefe del servicio de odontología en relación a los equipos, materiales y cumplimiento de normas técnicas de salud de los E.S. de Santa Anita. 2017.
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	Nº de odontólogos; nombrado, CAS, SERUMS de los E.S. de Ate-Vitarte.	Nominal		Informe del jefe del servicio de odontología de los E.S. de Ate-Vitarte. 2017.
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	Nº de odontólogos; nombrado, CAS, SERUMS de los E.S. de Santa Anita.	Nominal		Informe del jefe del servicio de odontología de los E.S. de Santa Anita. 2017.

		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de conocimientos de gestión del director de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal		Plan estratégico, comunicación asertiva y toma de decisiones de los directores de los establecimientos de salud 2017
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de conocimientos de gestión del director de los E.S. de Santa Anita	Nominal		Plan estratégico, comunicación asertiva y toma de decisiones de los jefes de los servicios de odontología de los establecimientos de salud 2017.
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de conocimientos de Gestión de la jefa de odontología de los E.S. de Ate-Vitarte.	Nominal		Plan estratégico, comunicación asertiva y toma de decisiones de los profesionales de los establecimientos de salud 2017.
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de conocimientos de gestión del jefe de odontología de los E.S. de Santa Anita.	Nominal		Plan estratégico, comunicación asertiva y toma de decisiones de los profesionales de los establecimientos de salud 2017.
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de conocimientos de gestión de los profesionales odontólogos de los E.S. de Ate-Vitarte.	Nominal		Reporte del número de fluorizaciones intramurales
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de conocimientos de gestión de los profesionales odontólogos de los E.S. Santa Anita	Nominal	SI NO	Cuaderno de permisos y/o informe de asistencia.
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de capacitaciones del personal de salud (Director-jefe de servicio y odontólogo) de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal	PREG. ABIERTAS	
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de capacitaciones de salud (Director-jefe de servicio y odontólogo) de los E.S. de Santa Anita	Nominal		
Recursos humanos: preventivo promocional es		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de fluorizaciones intramural de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal	SI-NO	Reporte del número de fluorizaciones intramurales
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de fluorizaciones intramural de los	Nominal	MB= 5	

	Es el capital humano (Talento humano), bien puede ser el personal de salud, que presta servicios asistenciales o preventivo-promocionales de una institución de salud.		E.S. de Santa Anita		(MUY BUENO)	
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de fluorizaciones extramural de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal	B = 4 (BUENO)	
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de fluorizaciones extramural de los E.S. de Santa Anita	Nominal	R = 3 (REGULAR)	Reporte del número de fluorizaciones extramurales.
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de charlas escuelas de los E.S. de Ate-Vitarte – Santa Anita	Nominal	P = 2 (POCO/DEFICIE NTE)	Reporte del número de charlas de los E:S de Ate-Vitarte y Santa Anita.
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de charlas profesores de los E.S. de Ate-Vitarte – Santa Anita	Nominal	N = 1 (NULO/ MUY DEFICIENTE).	
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de charlas padres de los E.S. de Ate-Vitarte – Santa Anita	Nominal		
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% charlas colegios de los E.S. de Ate-Vitarte – Santa Anita	Nominal		
Recursos materiales–logísticos	Son los bienes tangibles o concretos que dispone la institución de salud, con el fin de cumplir y lograr sus objetivos como: instalaciones, materia prima, equipos, herramientas e instrumental.	Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	Reportes de pedidos de materiales mensual y anual de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal		SI NO PREG. ABIERTAS
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	Reportes de pedidos de materiales mensual y anual de los E.S. de Santa Anita	Nominal	Informe del jefe del servicio de odontología de los E.S. de Santa Anita 2017.	
Caries		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de caries anual de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal		
			% de caries anual de los E.S. de Santa Anita	Nominal		
		Mixta	% de lesiones periodontales	Nominal	SI	

Lesiones periodontales	Las PATOLOGÍAS ESTOMATOLÓGICAS : son enfermedades que se presentan en la cavidad bucal. Abarcan los dientes, la articulación temporomandibular, los nervios y los músculos. También abarca las estructuras anexas como la lengua, el paladar, la mucosa, las glándulas salivales. Otras partes: labios, amígdalas y faringe.	(Cuantitativo-cualitativo).	anual de los E.S. de Ate-Vitarte		NO PREG. ABIERTAS	Periodontales
			°% de lesiones periodontales anual de los E.S. de Santa Anita	Nominal		
Maloclusiones		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de mal oclusiones anual de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal		
			°% de mal oclusiones anual de los E.S. de Santa Anita	Nominal		
Cáncer de la cavidad oral		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de carcinomas dentales anual de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal		
		(Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de carcinomas dentales anual de los E.S. de Santa Anita	Nominal		
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de leucoplasias anual de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal		
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de leucoplasias anual de los E.S. de Santa Anita	Nominal		
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de eritoplasias anual de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal		
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de eritoplasias anual de los E.S. de Santa Anita	Nominal		
		Mixta (Cuantitativo-cualitativo).	% de cáncer anual de los E.S. de Ate-Vitarte	Nominal		
			% de cáncer anual de los E.S. de Santa Anita	Nominal		

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipos y diseño

El presente estudio utilizó un diseño cualicuantitativo. La fase cuantitativa fue observacional, descriptiva, transversal y prospectiva. Fue observacional porque el investigador no intervino activamente en los procesos en estudio; fue descriptivo porque se limitó a describir según aspectos y variables de interés para la investigación; fue transversal porque se recolectó datos por una única vez y fue prospectivo porque se recolecta datos en el presente y se analiza en el futuro.

Cualitativamente, el presente estudio se aproximó a la perspectiva de los operadores locales de las políticas públicas de salud bucal, y mediante herramientas y metodologías cualitativas tales como la entrevista, la revisión documentaria y la observación, fue posible entender e interpretar las experiencias cotidianas de los profesionales odontólogos al implementar las actividades de salud bucal priorizadas desde el nivel nacional, así como las experiencias de sus directivos en la gestión de dichas políticas públicas.

3.2 Diseño muestral

Universo: Se seleccionaron 15 microredes de salud, cada una de las cuales están conformadas por un conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención, constituyendo una unidad básica de gestión y organización de la

prestación de servicio. Para el caso del distrito de Ate-Vitarte, fueron 11 y para Santa Anita fueron 4, de las cuales provenían los informantes.

Muestra: La muestra fue de 100. Se aplicó la siguiente fórmula para poblaciones finitas conocidas, la cual es la siguiente:

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

n= Tamaño muestra = 100

z= Nivel de confianza 95%= 1,96

p= Variabilidad negativa - probabilidad = 0,5

q= Variabilidad positiva - probabilidad (1-p)= 0,10 – 0,5= 0,5

N= Tamaño de la población= 120

e= Error= 0,04

$$n = \frac{(1,96 \times 1,96) \times 0,5 \times 0,5 \times 120}{(0,04 \times 0,04) (120-1) + (1,96 \times 1,96) \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,25 \times 120}{0,0016 \times 119 + 3,8416 \times 0,25}$$

$$n = \frac{115,248}{1,1508} = 100,145985 = \mathbf{100}$$

Selección muestral: Los informantes tuvieron el siguiente perfil ocupacional:

- Director/a de establecimientos de salud,
- Médico-jefe de los establecimientos de salud y
- Personal odontólogo de los establecimientos de salud Ate-Vitarte y Santa Anita del cono este de Lima Metropolitana.

Participaron 100 profesionales, tanto odontólogos como directores y jefes de los establecimientos de salud. Así:

- a. **En Ate:** 72 profesionales de la salud: directores de micro redes de salud (11), odontólogos (50) y médicos jefe (11), y
- b. **En Santa Anita:** 28 profesionales de la salud: directores de micro redes (4), odontólogos (20) y médicos jefe (4).

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Odontólogos que laboren dentro de los establecimientos de salud.
- Que desee participar.
- Que este sano o bien de salud.

Criterios de exclusión

- Odontólogo que no desee participar.
- Que se encuentre enfermo.
- Que no laboren dentro de los establecimientos de salud.

Para efectos de la observación de aspectos logísticos y materiales necesarios para la implementación de las actividades de salud bucal, participaron establecimientos de salud según Micro red de salud seleccionada por conveniencia:

Tabla 4. Establecimientos de salud del distrito de Ate Vitarte y Santa Anita

	Establecimientos de salud de Ate-Vitarte	N.º	Establecimientos de salud de Santa Anita	N.º
1	Fortaleza	10	Viñas de San Francisco	6
2	Micaela Bastidas	8	Chancas de Andahuaylas	8
3	Alfa y Omega	10	Cooperativa Universal	7
4	El Éxito	6	Materno Infantil Santa Anita	9
5	Manylsa	8		
6	Santa Clara	9		
7	Hospital Huaycán	12		
8	Señor de los Milagros	8		
9	Amauta	7		
10	San Antonio	5		
11	Horacio Zevallos	7		
	TOTAL	90		30

3.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos de la investigación, se utilizaron cuatro instrumentos: dos cuestionarios, una ficha de observación y una ficha de revisión documentaria.

Cuestionarios: Con preguntas cerradas, uno dirigido a los gestores: directores y jefes de establecimientos de salud y otro a los profesionales odontólogos que realizan las actividades y para sondear las condiciones de la infraestructura y la disponibilidad de recursos (equipos, materiales e insumos). Para su elaboración, se tomó como base las preguntas elaboradas en estudios realizados por investigadores de la Universidad de San Martín de Porres, investigadores de la Pontificia Universidad Católica del Perú, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.²⁸ Las preguntas fueron adaptadas a la realidad de los centros de

salud de las zonas urbano marginales y luego el instrumento fue sometido a juicio de expertos, con base a los siguientes criterios:

Tabla 5. Indicadores y criterios de evaluación: Validación por juicio de expertos

Indicadores	Criterios
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad respecto a competencias relacionadas con los contenidos argumentativos y observables en el campo de la salud.
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias de competencias relacionadas con contenidos argumentativos y observables en el campo de la salud.
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de competencias relacionadas a gestión en salud.
8. COHERENCIA	De índices, indicadores y las dimensiones, respecto a competencias relacionadas a gestión en salud.
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico respecto a competencias relacionadas a gestión en salud.
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación.

Fuente: Elaboración propia, adaptada por el investigador 2017.

Una parte del cuestionario fue semiestructurado con preguntas cerradas que abarcaban información personal de los directores de los establecimientos de salud, jefes de los servicios de odontología y personal profesional odontólogo, además de conocimientos, gestión y morbilidad de atención odontológica.

Con fines de analizar las actividades extramurales se consideró los siguientes ítems:

- a. Promoción de comportamientos saludables
- b. Desarrollo de entornos saludables
- c. Trabajo intersectorial.
- d. Implementación de políticas que promueven salud, ítems que fueron incluidos en el cuestionario.

El instrumento en mención consideró las siguientes escalas de medición:

Tabla 6. Escalas de medición del programa de salud bucal

ESCALA DE MEDICIÓN	EQUIVALENCIAS
MB= 5 MUY BUENO	: Cumplimiento de todos los estándares (15 ítems)
B = 4 BUENO	: Cumplimiento de estándares (11 subítems)
R = 3 REGULAR	: Cumplimiento de estándares (8 subítems)
P = 2 POCO/DEFICIENTE	: Cumplimiento de estándares (4 subítems)
N = 1 NULO/ MUY DEFICIENTE	: Cumplimiento de estándares (1 subítem)

Fuente: Elaboración propia 2017

Para garantizar la confiabilidad de los cuestionarios, se utilizó el coeficiente de alfa Cronbach que permitió una confiabilidad del 0,976.

Tabla 7. Estadísticos de confiabilidad

Alfa de Cronbach	N.º de elementos
0,976	31
Cuestionario 1: 15 ítems/ C2: 12 ítems y C3: 4 ítems.	

Revisión documentaria: Se aplica una lista de chequeo y se revisó el acervo documentario de salud bucal del año 2014 (informes, bitácoras de campo, cuadernillo y apuntes internos, planes anuales y ficha de reportes de productividad), para medir y revisar la productividad del recurso humano y su relación con la morbilidad respecto a las enfermedades bucodentales.

Observación: Con una lista de chequeo, se pudo observar atentamente hechos o casos que tomando y registrando información pueda ser analizada posteriormente.

3.4 El procesamiento y análisis de los datos

Se requirió el uso del Excell a través de uso de un libro de códigos que facilitó la obtención de frecuencias y porcentajes simples de los datos cuantitativos y el análisis de los mismos. Entonces, el análisis de la data cualitativa fue descrito tal cual se encontraron, identificándose patrones esperados en contraste con los aspectos normativos.

3.5 Aspectos éticos

Se siguió las normas éticas sugeridas por la Universidad San Martín de Porres, se contó con el consentimiento informado de los directores y jefes de los establecimientos de salud para la revisión documentaria y el consentimiento informado de los profesionales de odontología que participaron en la investigación. Es pertinente agregar que se mantuvo el respeto y colaboración del personal de salud y profesionales odontólogos que realizaban actividades extramurales e intramurales programadas.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Resultados de la investigación

La mayoría de gestores de políticas públicas de salud bucal en el nivel local, entre ellos (directores y jefes) fueron varones, respecto al total de mujeres (12/18), el promedio de edad se encontró en el rango de 41 a 50 años, la mayoría eran casados y entre uno a tres hijos y con un tiempo promedio de permanencia en el cargo de entre 6 y 11 años. En tanto en los datos personales de directores y jefes de servicio que laboran en los establecimientos de salud de la investigación se identificó que: fueron mujeres respecto a los varones (36/34), el promedio de edad se encontró en el rango de 24 a 45 años, la mayoría eran solteros, la mayoría con al menos un hijo y con un tiempo promedio de permanencia en el cargo de entre 1 a 10 años.

En total, para ambos establecimientos de salud se entrevistó a 70 profesionales, de los cuales: 30 son personal de planta, (de condición nombrado o CAS): 22 de Ate-Vitarte, 8 son de Santa Anita y 40 son personal Serumista: 28 son de Ate-Vitarte y 12 son de Santa Anita.

Resultados sobre el fortalecimiento de capacidades

Capacitación a gestores (directivos y jefes)

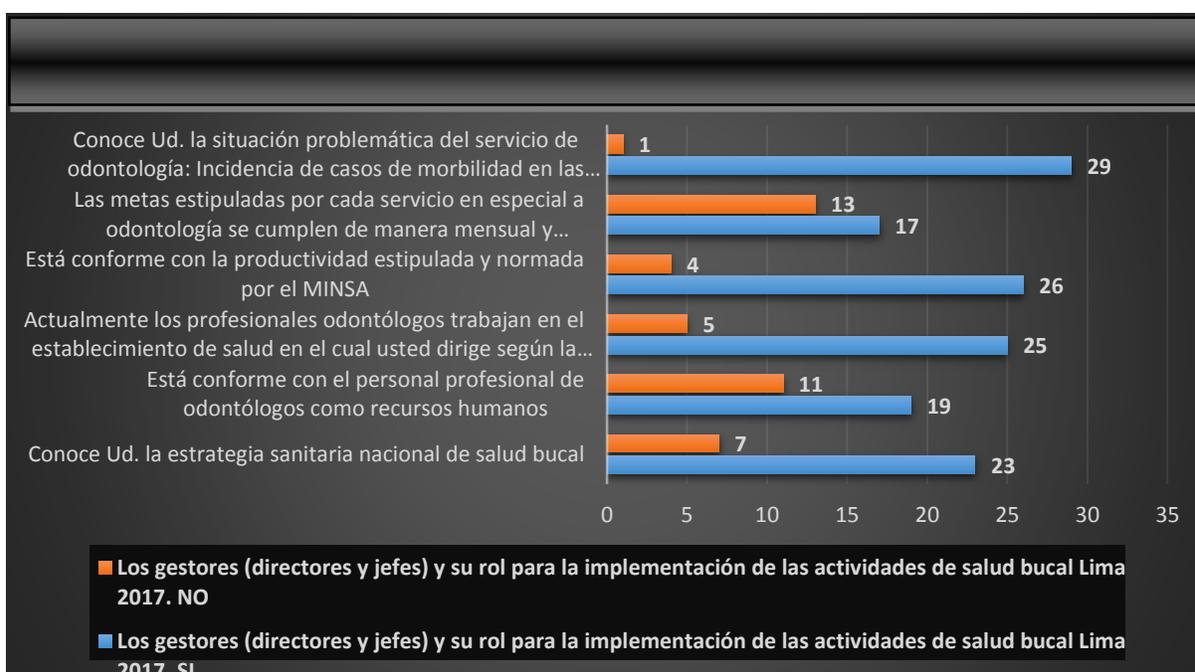
Tabla 8. Los gestores (directores y jefes) y su rol para la implementación de las actividades de salud bucal Lima 2017

N°	ÍTEMS	SÍ		NO		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Conoce Ud. la estrategia sanitaria nacional de salud bucal	23	77	7	23	4	100
2	Está conforme con el personal profesional de odontólogos como recursos humanos	19	63	11	37	4	100
3	Actualmente los profesionales odontólogos trabajan en el establecimiento de salud en el cual usted dirige según la planta orgánica estipulada por la micro red, la red y el MINSA	25	83	5	17	4	100
4	Está conforme con la productividad estipulada y normada por el MINSA	26	87	4	13	4	100
5	Las metas estipuladas por cada servicio en especial a odontología se cumplen de manera mensual y anualmente	17	56	13	44	4	100
6	Conoce Ud. la situación problemática del servicio de odontología: Incidencia de casos de morbilidad en las enfermedades bucodentales	29	97	1	3	4	100
7	Cumple con la capacitación de su personal: Se capacitan anualmente y les brinda facilidades a su personal	12	40	18	60	4	100
8	Ud. se capacita permanentemente en áreas prioritarias para fortalecer y facilitar su gestión	13	43	17	57	4	100
9	Ud. está conforme con sus ingresos remunerativos, estipulados por el MINSA	0	0	30	100	4	100
10	Trabaja coordinadamente con instituciones públicas y privadas para beneficio de su C.S., ONG, colegios, municipio, etc.	29	97	1	3	4	100

La tabla 8 y la figura 1 muestra el nivel de conocimiento que tienen los gestores (jefes y directivos) respecto a la política de salud pública en salud bucal, destacando un 23% que no conoce las disposiciones normativas de los últimos años, y el 57% de ellos refieren que no reciben capacitación en áreas prioritarias para fortalecer y facilitar su

gestión. Destaca también que el 100% de los gestores no está de acuerdo con la escala remunerativa establecida por el MINSA para el profesional odontólogo. También es pertinente destacar que el 97% de ellos reconoce la magnitud de las prevalencias de los daños bucodentales y la problemática cotidiana que este grupo profesional tiene que enfrentar en el día a día para el cumplimiento de sus responsabilidades profesionales y el 56% considera que se cumplen las metas estipuladas por el MINSA.

Figura 1. Los gestores (directores y jefes) y su rol para la implementación de las actividades de salud bucal lima 2017



Cabe relacionar estos resultados con los mencionados en la tabla 3, la cual refiere que el 97% de gestores reconoce que reciben supervisión por el MINSA o la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA) o representantes de salud (DISA/Red de Salud). En el marco del fortalecimiento de la gestión pública, se entiende que las

asistencias técnicas del nivel nacional/regional constituyen oportunidades para el fortalecimiento de capacidades de directivos y jefes para la gestión local de las políticas públicas cuando estas son actualizadas.

Capacitación a personal operativo

En la tabla 9 y la figura 2, se muestra que los profesionales de odontología en su mayoría (79%) no conocen las políticas públicas actuales de salud bucal. En promedio el 36% de odontólogos reconocen que tienen facilidades para capacitarse. Un 16% invierte en capacitaciones en universidades e instituciones educativas, mientras que el 47% se esfuerzan en términos personales por capacitarse aprendiendo de sus colegas ya actualizados. Solo un 10% de odontólogos al ser entrevistados refieren que reciben presupuesto del MINSA para capacitaciones.

Tabla 9. Fortalecimiento de capacidades de los Odontólogos a nivel local Lima 2017

Establecimientos de salud	Conocimientos de Los lineamientos de política bucal				CAPACITACIONES							
	SI		NO		Facilidades para capacitación				Presupuesto para capacitación			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	MINSA SI	Inversión particular SI	Esfuerzo personal SI	
Ate Vitarte	10	20	40	80	21	42	29	58	4	10	36	
Santa Anita	5	25	15	75	6	30	14	70	3	6	11	
Total	15	23	55	78	27	36	43	64	7	16	47	

Figura 2. Fortalecimiento de capacidades de los odontólogos a nivel local lima 2017

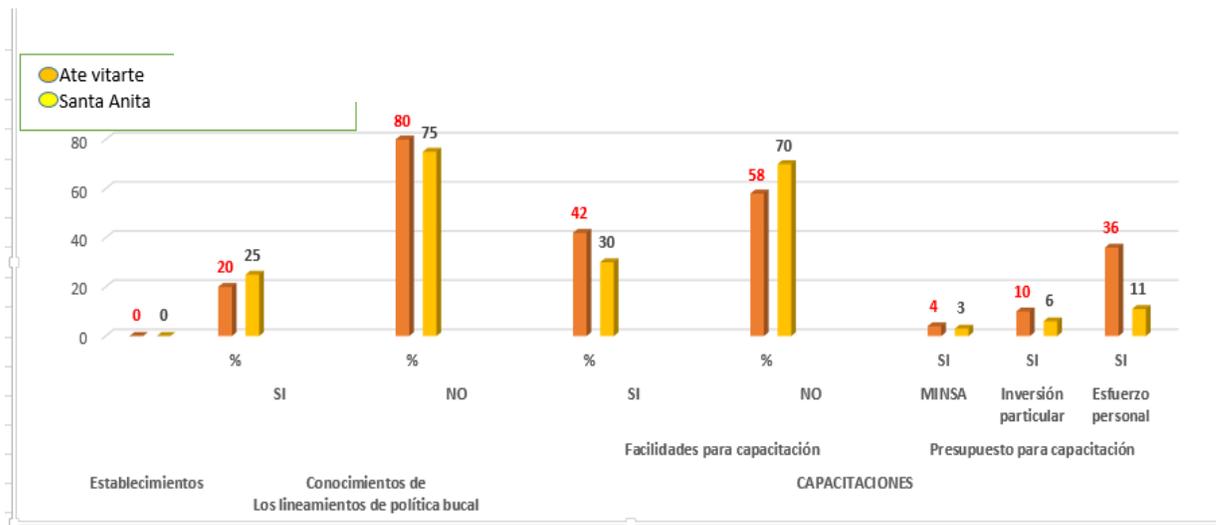


Figura 3. Periodicidad de la capacitación a los odontólogos operativos 2017



Tabla 10. Periodicidad de la capacitación a los odontólogos operativos 2017

Establecimientos de salud	Número de capacitaciones de los Odontólogos de nivel operativo			
	Anual	Semestral	Trimestral	Cada 2 años
Ate Vitarte	4	41	5	0
Santa Anita	10	6	4	0
Total	14	47	9	0

La tabla 10 y la figura 3; muestra la periodicidad de la capacitación del recurso humano, ello será clave para la calidad de las actividades que realiza: solo el 20% se capacita anualmente, el 67% recibe algún tipo de capacitación semestralmente y un 13% se capacitan trimestralmente.

Actividades de Salud bucal

El profesional odontólogo conoce los principales problemas de salud bucal en su población. Estos son: Caries dental, enfermedades periodontales, gingivitis aguda, necrosis, mal oclusiones, remanentes radiculares, pulpitis, abscesos peri apicales, y dientes ectópicos; datos que coinciden con los informes estadísticos de la jurisdicciones en estudio. El personal categoriza sus actividades en dos grandes grupos; las actividades intramurales y extramurales, tal como lo muestra la siguiente tabla 11 y figura 4:

Tabla 11. Actividades realizadas por el odontólogo operativo

Establecimientos de salud	ACTIVIDADES							
	ACTIVIDADES INTRAMURALES				ACTIVIDADES EXTRAMURALES			
	SI		NO		SI		NO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ate Vitarte	50	100	0	0	45	90	5	10
Santa Anita	20	100	0	0	16	80	4	20
Total	70	100	0	0	61	85	9	15

Figura 4. Actividades realizadas por el odontólogo operativo

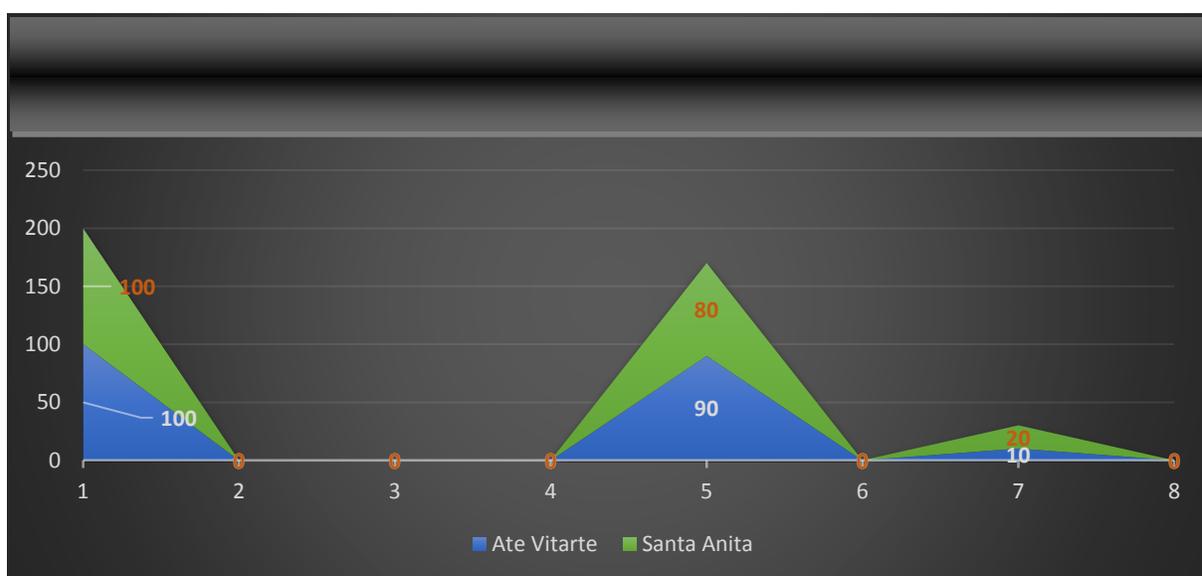
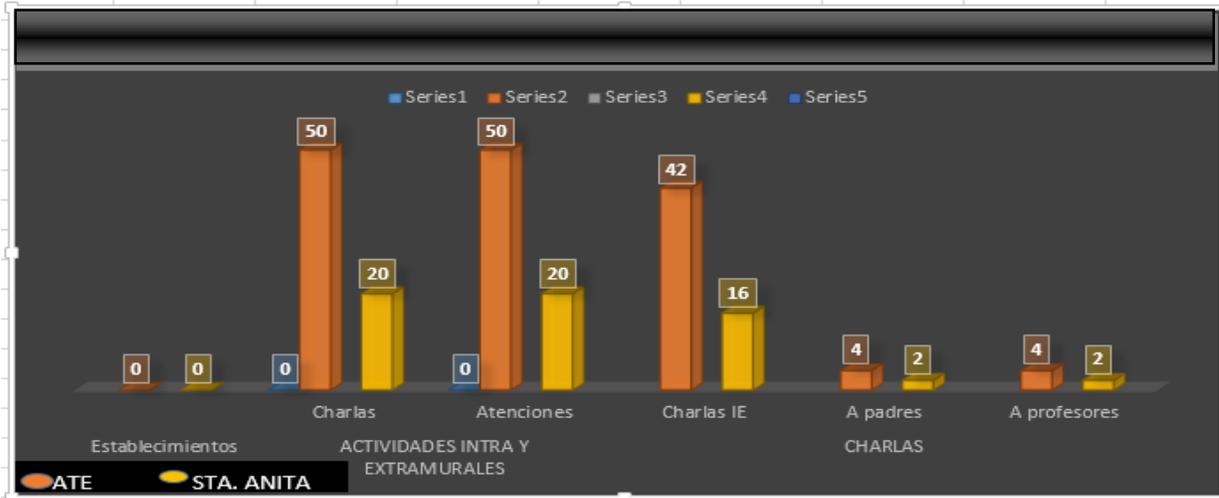


Tabla 12. Actividades intra y extramurales

Establecimientos de salud	ACTIVIDADES INTRA Y EXTRAMURALES		CHARLAS		
	Charlas preventivas	Atenciones asistenciales	Charlas IE	A padres	A profesores
Ate Vitarte	50	50	42	4	4
Santa Anita	20	20	16	2	2
Total	70	70	58	6	6

Figura 5. Actividades intra y extramurales



Actividades intra murales (tabla 12 y figura 5), que incluyen la atención dental a la demanda y las charlas preventivas realizadas en las instalaciones del establecimiento de salud. El 100% de odontólogos refieren realizar las actividades intra murales.

Actividades extramurales (tabla 12 y figura 5), incluyen sesiones educativas y demostrativas realizadas en instituciones educativas (básicamente referida a la técnica del cepillado), charlas a profesores y a padres de familia. El 85% de odontólogos refieren realizar actividades extramurales.

Tabla 13. Tipo de procedimientos odontológicos 2017

N.º	ATE VITARTE	SANTA ANITA
1	Exodoncias	Curaciones con amalgama
2	Profilaxis dental	Curaciones con resinas
3	Curaciones con amalgama	Sellantes
4	Sellantes	Fluorizaciones
5	Curaciones con resina	Profilaxis dental
6	Fluorizaciones	Odontogramas
7	Odontogramas	Exodoncias
8	Prótesis Total	Prótesis Total

Resultados sobre la Productividad del profesional odontólogo

Para medir la productividad se revisaron los informes anuales.

Tabla 14. Total de morbilidad de las 10 patologías más frecuentes en los establecimientos de salud en Ate-Vitarte y Santa Anita 2014

Nº	ESTABLECIMIENTO	DESCRIPCIÓN	TOTAL	MORBILIDAD ANUAL
			15114	1º
	ATE VITARTE:	Caries dental		
	Hospital de Huaycán		8736	2º
1-2	P.S. Horacio Zevallos	Gingivitis y enfermedades periodontales		
	C.S. Sr. de los Milagros		7965	3º
	C.S. El Éxito	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales		
	C.S. Santa Clara		4459	4º
	C.S. Manyisa	Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes		
	C.S. Amauta		1847	5º
	C.S. san Antonio	Enfermedades de la lengua		
	P.S. Amauta		1638	6º
	C.S. Fortaleza			
	C.S. Micaela Bastidas	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes		
	P.S. Alfa y Omega		405	7º

SANTA ANITA: C.S. Coop. Universal C.S. Chancas de Andahuaylas P.S. Viñas de San Francisco C.S. Santa Anita (materno infantil)	Otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén Candidiasis Estomatitis y lesiones afines Anomalías dentofaciales (incluso mala oclusión)	391 184 129	8° 9° 10°
TOTAL		40868	

Tabla 15 y figura 6. Total de atenciones anuales de morbilidad en los establecimientos de salud en Ate-Vitarte y Santa Anita 2014

N°	DISTRITOS DEL CONO ESTE	CANTIDAD DE DIAGNÓSTICOS
1	Ate Vitarte (11 establecimientos de salud)	31 607
2	Santa Anita (4 establecimientos de salud)	9829
TOTAL		41 436

Figura 6. Total de atenciones anuales de morbilidad en los establecimientos de salud en Ate-vitarte y Santa Anita 2014

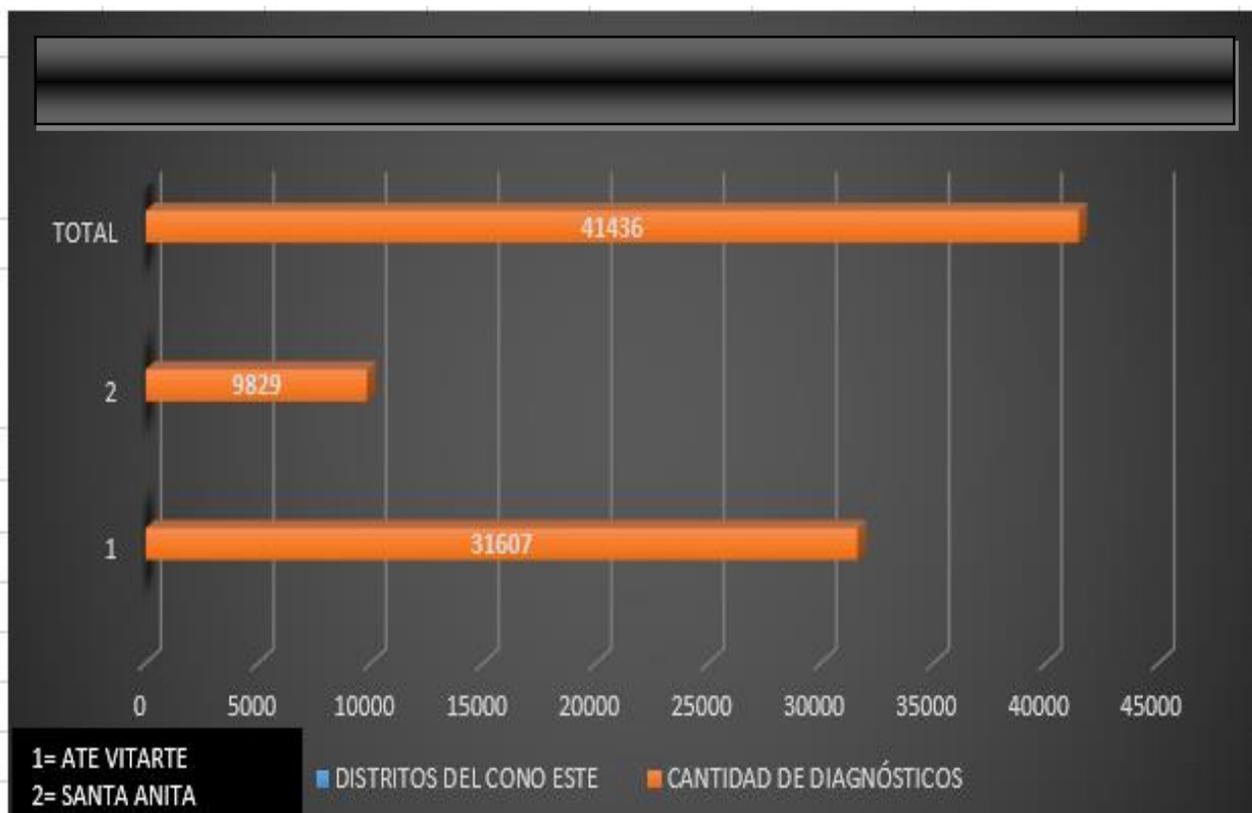
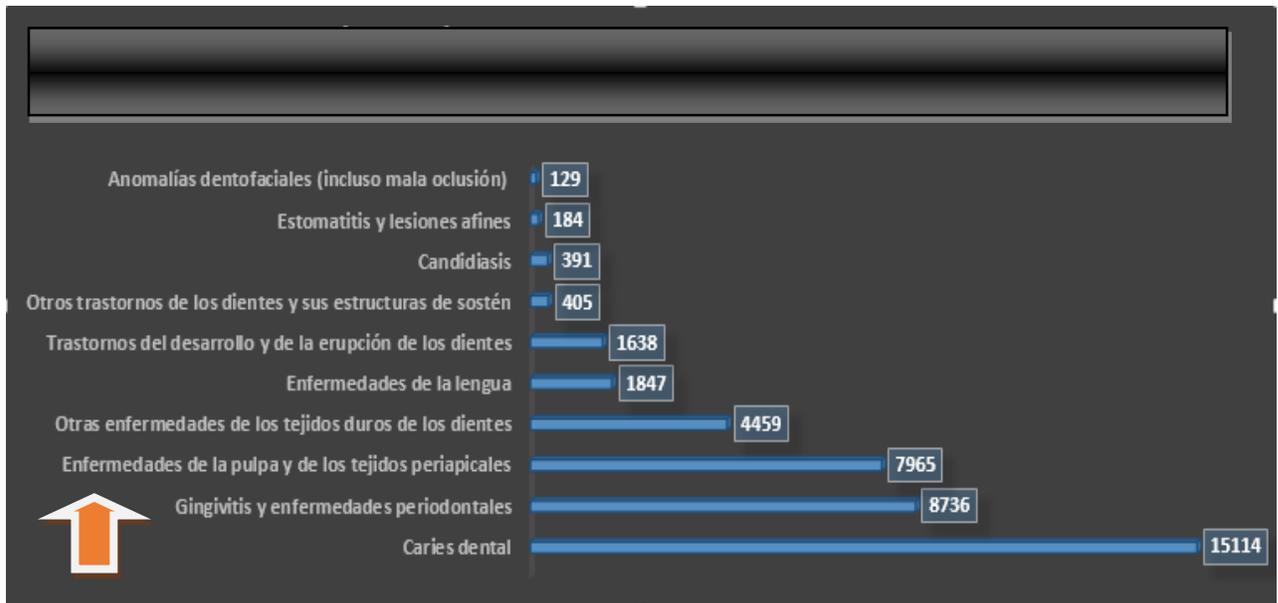


Figura 7. Diez patologías más frecuentes en los establecimientos de salud en Ate-Vitarte y Santa Anita 2014

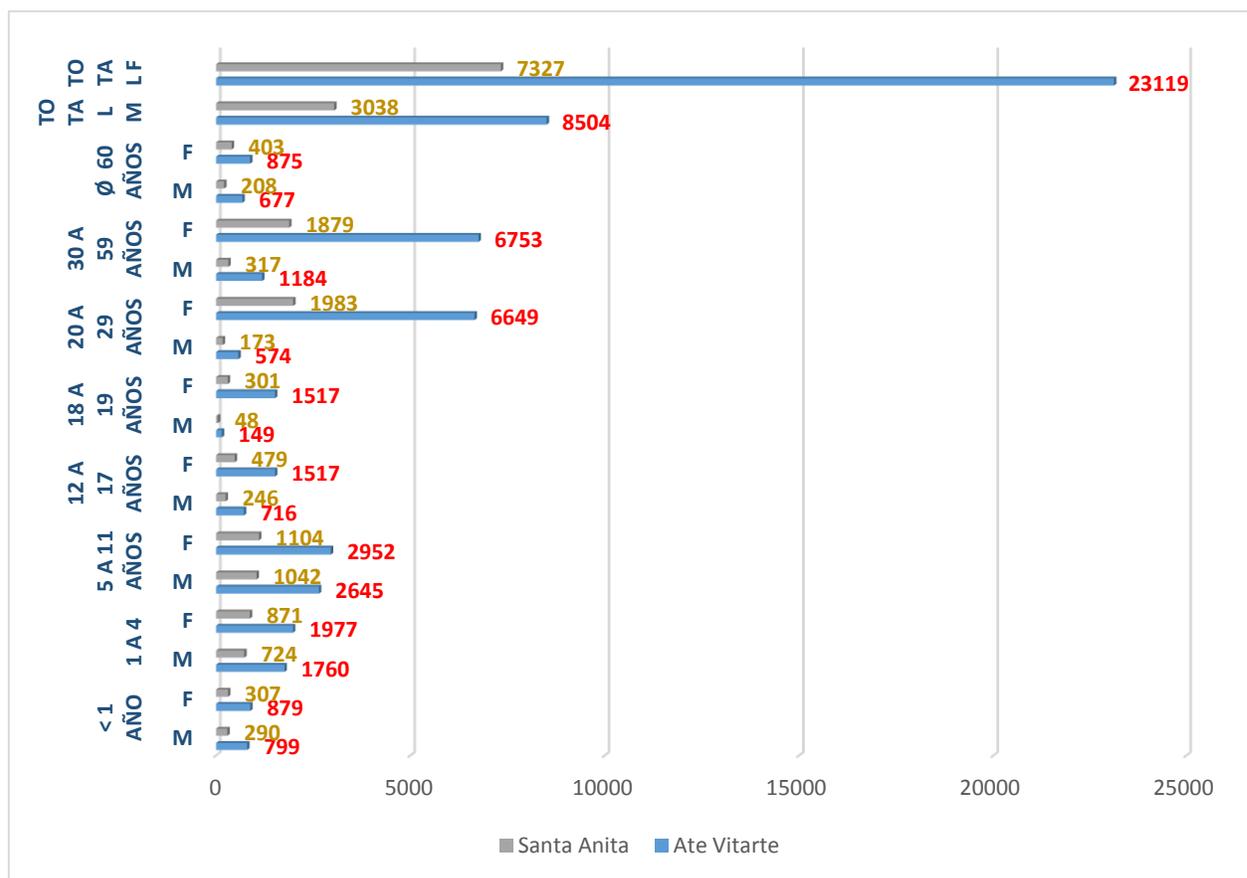


Las tablas: 13,14,15 y las figuras: 6, 7 y 8; muestran la prevalencia de daños bucodentales atendidos por el total de odontólogos dedicados a la implementación de las políticas públicas de salud oral en el ámbito distrital del estudio durante el año 2014, en la cual se puede apreciar que los establecimientos de salud de Ate-Vitarte han producido un total de 31 724 atenciones mientras que los establecimientos de salud de Santa Anita han producido 10 182 atenciones, algo esperado porque el distrito de Ate Vitarte es considerablemente más poblado y popular que Santa Anita.

Tabla 16. Total de morbilidad de atenciones por género de sexo y edad en Ate-Vitarte y Santa Anita 2014

N°	DIST RIT OS	TOTAL DE MORBILIDAD DE ATENCIONES POR GÉNERO DE SEXO Y EDAD EN ATE VITARTE Y SANTA ANITA, EN EL AÑO 2014																TOT AL M	TOT AL F
		< 1 AÑO		1 A 4 AÑOS		5 A 11 AÑOS		12 A 17 AÑOS		18 A 19 AÑOS		20 A 29 AÑOS		30 A 59 AÑOS		> 60			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
1	Ate Vitarte	799	879	176	197	264	295	716	151	149	151	574	664	118	675	67	875	8504	23119
2	Santa Anita	290	307	724	871	104	110	246	479	48	301	173	198	317	187	20	403	3038	7327
	Total	1079	1186	2484	2848	3687	4056	962	1996	1978	181	747	853	150	863	88	1278	11542	30446

Figura 8: Total de morbilidad de atenciones por género de sexo y edad en Ate-Vitarte y Santa Anita en el 2014



Resultados sobre promoción de la salud bucal

Se entrevistó al equipo que participa en la promoción de la salud bucal. Para la medición se consideró las escalas:

Tabla 17. Escala de medición de las actividades de promoción de la salud bucal

MB= 5 MUY BUENO	B = 4 BUENO	R = 3 REGULAR	P = 2 POCO/DEFICIENTE	N = 1 NULO/ MUY DEFICIENTE
---------------------------	--------------------	-------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Se tuvo en cuenta las actividades previstas en el programa de promoción de la salud, específicamente se revisaron las actividades de promoción de la salud bucal, tal como se muestra en la tabla 18:

Tabla 18. Programa de promoción de la salud bucal

COMPONENTE	ACTIVIDAD	ALTERNATIVA
Promoción de comportamientos saludables	Informe del responsable de promoción de la salud del colegio sobre el desarrollo de temas en SB	a.1
	Informe del monitoreo de la visita al aula de clase, que desarrollan temas sobre SB de uno por mes	a.2
	Informe de la presencia de DIRESA y MINEDU sobre actividades de promoción en SB	a.3
Desarrollo de entornos saludables	Informe de la visita a la IE por el responsable del programa del centro de salud de la zona	b.1
	Informe de talleres educativos sobre temas de SB	b.2
	Informe de reuniones o libro de actas con consejería SB	b.3
	Evidencia de instalaciones educativas en buenas condiciones, con aulas espaciosas, auditorio ideal, biblioteca, área de recreación, botiquín, cafetería, servicios básicos completos y en funcionamiento	b.4
Trabajo intersectorial	Consolidado de encuestas sobre la problemática de SB de la IE	c.1
	Informe de resultados y planes de capacitación organizados por el C.S. de la jurisdicción	c.2
	Informe de coordinaciones del personal de salud con el consejo IE para el desarrollo de actividades de promoción de la salud en SB	c.3
Implementación de políticas que promueve salud	Documento de resolución directoral concerniente a la SB	d.1
	Copia del PEI correspondiente a las acciones de promoción de la salud en el eje de la SB adolescentes	d.2
	Existencia de guías, lineamientos de política, y protocolos pedagógicos en el eje temático de SB	d.3
	Existencia de cuadernos de trabajo, módulos educativos, láminas y/o dípticos para los estudiantes sobre SB	d.4
	Diseño de materiales educativos en SB adaptados a la realidad	d.5

En este marco los resultados fueron:

Promoción de comportamientos saludables

De total de establecimientos observados en los que se revisaron diversos informes (informes de responsables de promoción de la salud escolar sobre el desarrollo de temas de salud bucal, monitoreos a aulas de clase, pues se espera que una vez al mes el docente trabaje el tema, e informes a la DIRESA y al MINEDU sobre actividades de promoción de salud bucal). Por tanto, según escala utilizada mostraron valor promedio de Nulo/Muy deficiente: 75 y de Poco/deficiente: 20 y Regular: 5, lo que evidencia dificultades metodológicas para promover la salud, particularmente la salud bucal.

Promoción de entornos saludables

Del mismo modo se revisaron informes de las actividades dirigidas a mejorar las condiciones del entorno que favorezcan la incorporación de hábitos saludables (visitas a instituciones educativas, informe de talleres, informes y reuniones de actas con consejería a la IE). Entonces, según la escala utilizada mostraron un valor promedio de Nulo/Muy deficiente: 71 y de Poco/deficiente: 25 y Regular: 4, lo que evidencia dificultades metodológicas para promover la salud, particularmente la salud bucal.

Articulación intersectorial en favor de la salud bucal

Del mismo modo se revisaron informes de las actividades de articulación interinstitucional dirigidas a transferir capacidades a otros actores locales para promover la salud bucal dentro de las jurisdicciones municipales en estudio (informes

de coordinación, de planes concertados y capacitaciones a líderes). Entonces, según la escala utilizada mostraron un valor promedio de Nulo/Muy deficiente: 80 y de Poco/Deficiente: 20, lo que evidencia insuficientes capacidades y dificultades metodológicas para promover la articulación interinstitucional en el marco de la Gestión Territorial, primera acción clave en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, al implementar la Promoción de la Salud.

Políticas públicas locales en favor de la salud bucal

Del mismo modo se revisaron informes de las acciones de abogacía e incidencia política para colocar el tema de la salud bucal en la agenda social de las autoridades locales (existencia de ordenanzas y directivas, así como protocolos, guías y materiales educativos). Entonces, según la escala utilizada mostraron un valor promedio de Nulo/Muy deficiente: 87,2 y de Poco/Deficiente: 12,8, lo que evidencia que las estrategias de sensibilización a las autoridades son inadecuadas o al menos insuficientes.

Resultados sobre recursos materiales

La infraestructura para la atención de salud bucal

Tabla 19. Entrevista a gestores sobre la infraestructura para la salud bucal Lima 2017

N.º	ÍTEM	SÍ		NO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
1	Está conforme con la Infraestructura del C.S. de su jurisdicción, la cual Ud. dirige. Cumple con las normas técnicas de salud.	11	37	19	63	4	100
2	Existe la supervisión por el MINSA o la superintendencia nacional de salud (SUNASA) o representantes de salud. El C.S. de su jurisdicción es supervisada anualmente.	29	97	1	3	4	100

Figura 9. Entrevista a gestores sobre la infraestructura para la salud bucal Lima 2017

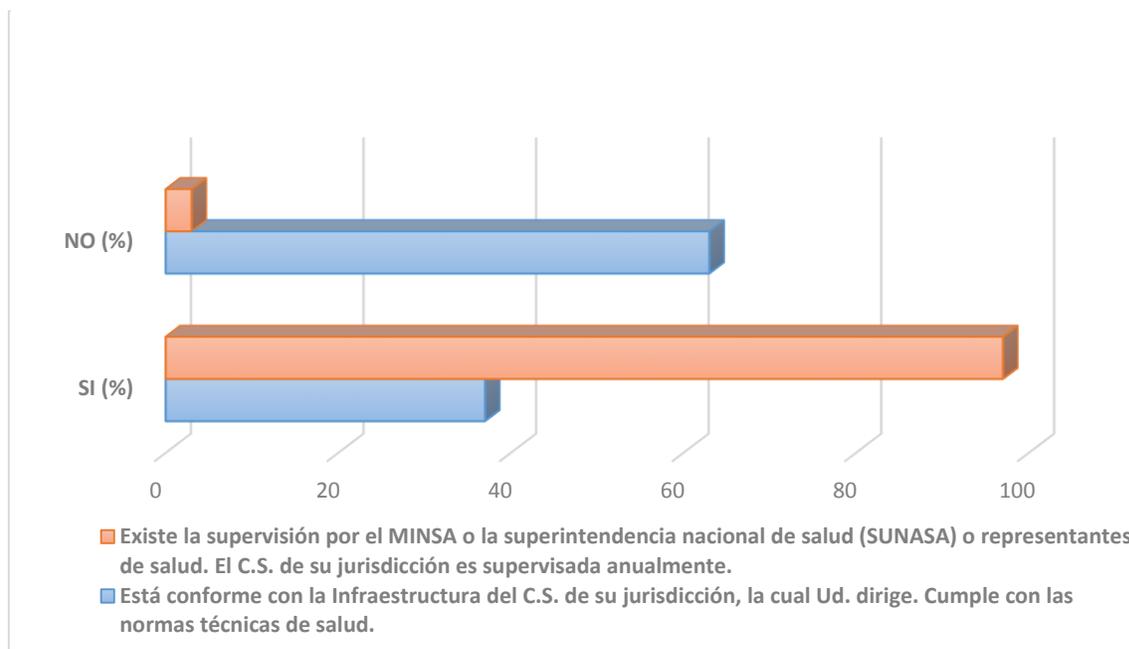
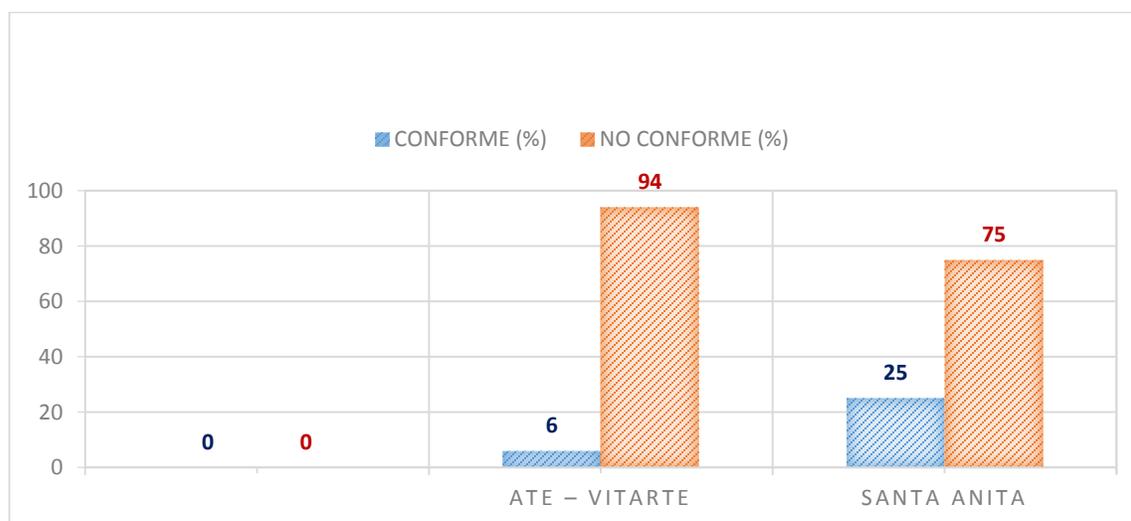


Tabla 20. Entrevista a odontólogos del nivel operativo sobre la infraestructura para la salud bucal Lima 2017

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CONFORME		NO CONFORME		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ATE – VITARTE	3	6	47	94	50	100
SANTA ANITA	5	25	15	75	20	100
Total	8	15.5%	62	84.5%	70	100%

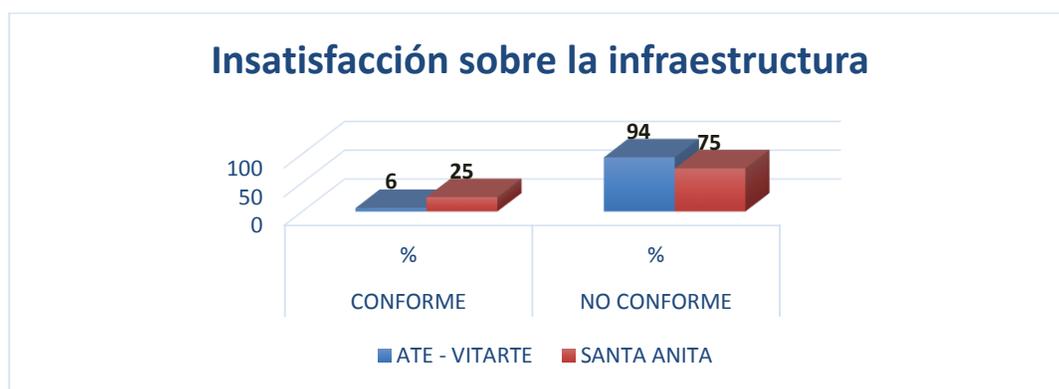
Las tablas: 19, 20 y las figuras 9,10, 11; muestran las percepciones que respectivamente tuvieron los gestores (directores y jefes) y los operadores de la salud bucal en el nivel local.

Figura 10. Entrevista a odontólogos del nivel operativo sobre la infraestructura para la salud bucal Lima 2017



Con respecto a la infraestructura se observa que mientras el 63% de gestores muestran no estar conformes con ella, es mayor la proporción de personal operativo (84.5%) que muestran su disconformidad con las condiciones de los ambientes de los establecimientos de salud en donde se brinda la atención dental. Cabe destacar que la mayor disconformidad en el nivel operativo se da en Vitarte respecto a Santa Anita, como lo muestra el gráfico siguiente.

Figura 11. Percepciones respecto a la infraestructura para la atención de salud bucal en odontólogos que laboran en Vitarte y en Santa Anita Lima 2017

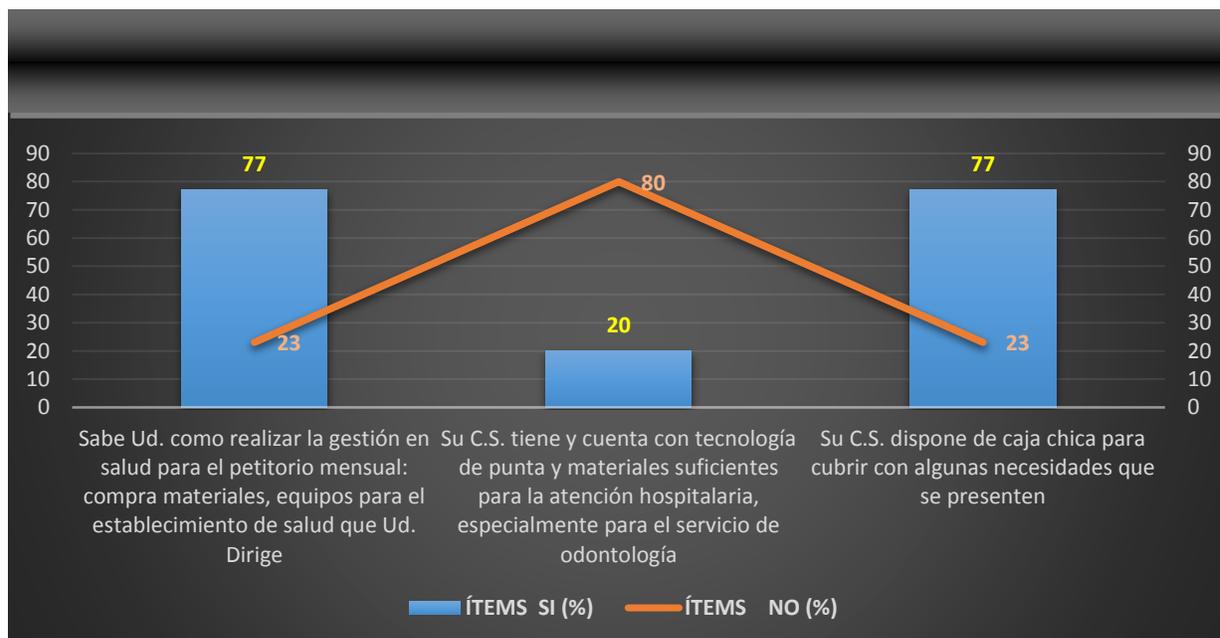


Recursos materiales-logísticos

Tabla 21. Entrevista a los gestores sobre los recursos materiales-logísticos para la salud bucal. Lima 2017

N°	ÍTEMS	SÍ		NO		Total	
		N.°	%	N.°	%	N.°	%
1	Sabe Ud. como realizar la gestión en salud para el petitorio mensual: compra materiales, equipos para el establecimiento de salud que Ud. Dirige	23	77	7	23	30	100
2	Su C.S. tiene y cuenta con tecnología de punta y materiales suficientes para la atención hospitalaria, especialmente para el servicio de odontología	6	20	24	80	30	100
3	Su C.S. dispone de caja chica para cubrir con algunas necesidades que se presenten	23	77	7	23	30	100

Figura 12. Entrevista a los gestores sobre los recursos materiales-logísticos para la salud bucal 2017



Las tablas 20,21 y las figuras 12 y 13; muestran las percepciones que respectivamente tuvieron los gestores (directores y jefes) y los operadores de la salud bucal en el nivel local.

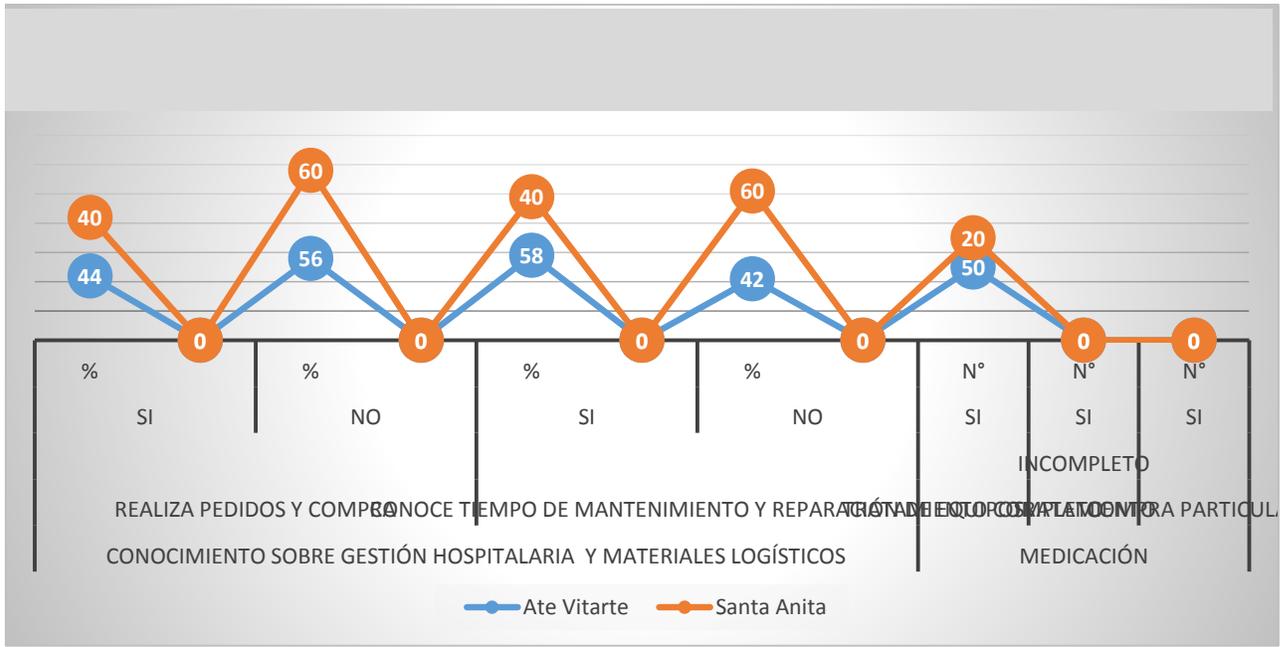
Tabla 22. Entrevista a odontólogos del nivel operativo sobre los recursos materiales-logísticos para salud bucal Lima 2017

Distritos	CONOCIMIENTO SOBRE GESTIÓN HOSPITALARIA Y MATERIALES LOGÍSTICOS								MEDICACION		
	Realiza pedidos y compra				Conoce tiempo de mantenimiento y reparación de equipos				Tratamiento completo	Tratamiento incompleto	Compra particular
	SI		NO		SI		NO		SI	SI	SI
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Ate Vitarte	22	44	28	56	29	58	21	42	50	0	0
Santa Anita	8	40	12	60	8	40	12	60	20	0	0

Los gestores refieren que manejan una caja chica que generalmente resulta insuficiente. La mayoría de gestores (77%) sabe realizar el peticionario mensual de compra de materiales y equipos para el establecimiento de salud que dirige frente a un 23% que desconocen dichos procedimientos. El 20% refirió que tienen y cuentan con tecnología de punta y materiales suficientes para la atención dental frente a un 80% que refirió que no cuentan con tecnología de punta, para la atención médica y tampoco para el servicio de odontología.

Mientras que los profesionales del servicio de odontología si tenían conocimiento sobre gestión de medicamentos usualmente usados en salud bucal, pero el 57% no saben realizar los pedidos y compra de materiales logísticos, el 53% si conocen que son procesos complicados y que demoran. El 43% desconocían cuanto tiempo se demoran en dar mantenimiento y reparación de los equipos.

Figura 13. Entrevista a odontólogos del nivel operatorio sobre los recursos materiales- logísticos para la salud bucal Lima 2017

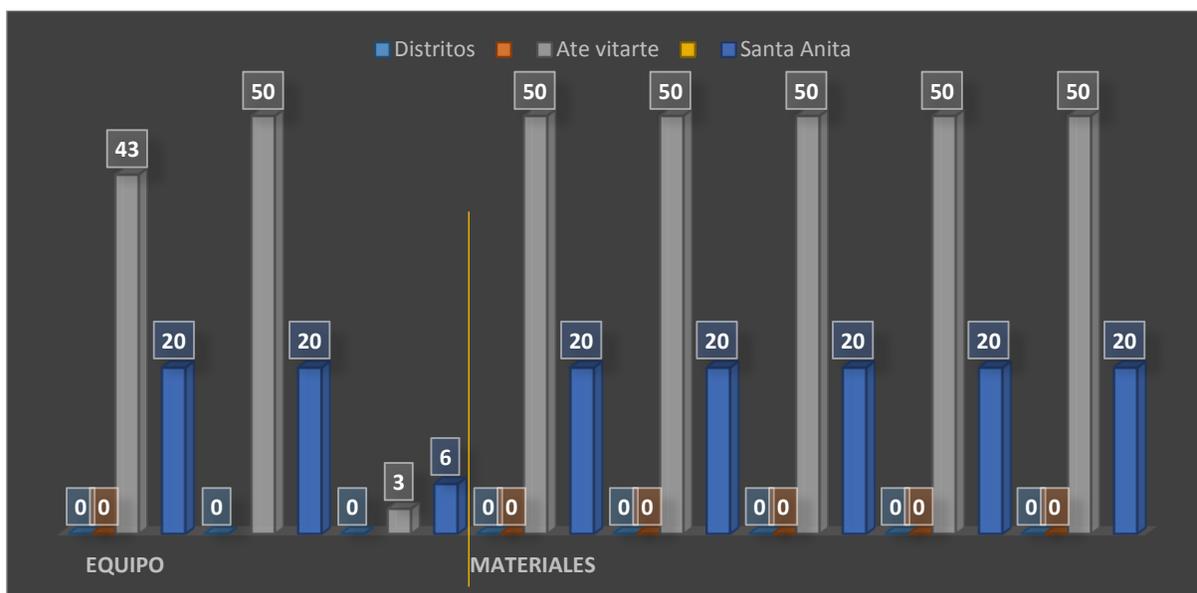


En la tabla 22 y la figura 13: el 100% de los profesionales manifestaron que contaban con el agua para lavado de manos en los servicios, el 90% indicaron que cuentan con instrumental suficiente, y el 13% consideraban que contaban con tecnología de punta. En relación a la disponibilidad de materiales, en los establecimientos de Ate-Vitarte y Santa Anita se observó que realizan: 70 curaciones, 70 extracciones, 70 profilaxis, 70 fluorizaciones y 70 actividades de consejería.

Tabla 23. Entrevista a odontólogos. Recursos materiales-logísticos: Equipos y materiales para salud bucal 2017

Distritos	EQUIPO			MATERIALES				
	Instrumental insuficiente	Agua para lavado de manos en el servicio	Equipo con tecnología de punta	Solo curación	Solo extracción	Solo profilaxis	Solo fluorizaciones	Solo consejería
Ate vitarte	43	50	3	50	50	50	50	50
Santa Anita	20	20	6	20	20	20	20	20

Figura 14. Entrevista a odontólogos recursos materiales-logístico: equipos y materiales para la salud bucal 2017



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Respecto a la productividad en las actividades de salud bucal

Referida a la relación entre la cantidad de usuarios atendidos por odontólogo en el nivel operativo, los resultados muestran que es significativamente mayor la productividad en Vitarte que en Santa Anita (31607/9829), lo que se encuentra dentro de lo esperado, pues Vitarte es un distrito más popular que Santa Anita y alberga una población significativamente superior a Santa Anita.

Sin embargo, si se relaciona la productividad según grupos etarios, en ambos distritos, se observa que el 71% de sus usuarios tienen entre 18 y 59 años, lo cual indica que los ciudadanos buscan atención reparativa de caries dental en dentadura permanente, gingivitis y enfermedades periodontales y las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales.

A pesar de que la política pública centra y prioriza las intervenciones de salud bucal en dos grupos etarios: niños y adolescentes (entre cinco y 17 años) y adultos mayores (más de 60 años), se observa que la proporción de adultos mayores es de tan solo 7% y los niños y adolescentes solo constituye el 22% de la productividad de los profesionales odontólogos en ambos distritos del cono este de Lima Metropolitana.

Al respecto, las evidencias enfatizan la importancia de la salud bucal en niñas, niños y adolescentes, lo que concuerda con los mandatos de la política pública.

Cerón A, et al. en 2010, en Chile, realizaron estudios sobre la prevalencia de historia de caries dental en niños de 6 y 12 años y concluyeron que, mediante programas sostenidos de salud bucal que implementan la promoción de la misma, la prevención y tratamiento dental, se puede disminuir indicadores negativos en las poblaciones más vulnerables y recomendaron estudios de cohortes para evaluar el efecto real del programa en los niños de 6 y 12 años de edad.

Del mismo modo, Anil S, y Anand P, en 2017, en Arabia Saudita e India; refirieron que la salud oral era un componente esencial de la salud en general y afirmaron que todo programa preventivo debe incluir estrategias preventivas de caries en la primera infancia. Mencionan que las enfermeras son un aliado importante para la salud oral, pues brindan la atención del crecimiento y desarrollo de la primera infancia, y que la educación durante el embarazo puede reducir o retrasar la caries en la primera infancia. Así también, Liu J, et al. en 2016, evaluaron programas de salud bucal en China y enfatizaron que las intervenciones en la infancia mejoran significativamente el estado de esta. Recomendaron que se necesita fortalecer la promoción de la salud bucal, especialmente educando a niños y adolescentes para fortalecer más el cepillado dental diario, el uso de pasta dental con flúor y el hilo dental, y promover activamente el examen anual, intervenciones costo efectivas para asegurar la salud dental futura.

Otro aspecto a destacar es que, en el grupo etario de niñas, niños y adolescentes, es mayor la proporción de niñas que acceden a la atención dental (56%) (6052/10 701 atenciones de niñas entre 5 -17 años respecto al total de atenciones de niñas y niños

y adolescentes atendidos), lo cual nos permite plantear la pregunta: ¿Tendrán los padres de familia una mejor disposición a la atención dental preventiva con sus hijas mujeres respecto a sus hijos varones?

Respecto a la promoción de la salud bucal en el nivel local

Las prevalencias de morbilidades odontológicas mostradas en el presente estudio evidencian que las tres primeras causas de odontopatías siguen siendo: las caries dental, la gingivitis y enfermedades periodontales y las enfermedades de la pulpa y de los tejidos peri apicales, situación que tiene concordancia con lo reportado por otros estudios. Alonso N, et al. en 2001, afirmaron que los indicadores de salud bucal en Cuba y sus porcentajes significativos de mejora tienen correspondencia con condiciones favorables de vida y a su vez porcentajes bajos que corresponden a condiciones desfavorables de vida.

En ese mismo sentido, en Brasil, Abanto J, et al. en 2010, propusieron un concepto de calidad de vida en la salud bucal, relacionando el estado de salud o enfermedad bucal con las actividades diarias, con el bienestar y calidad de vida de los individuos. Recomendaron el uso de instrumentos de evaluación que les permita mejorar los indicadores de salud bucal en los niños, al relacionarlos a sus condiciones de vida.

A la luz de las evidencias mostradas es preciso destacar los esfuerzos en Vitarte y Santa Anita, por hacer promoción de la salud bucal. Un primer aspecto a destacar es el fortalecimiento progresivo del equipo de salud, pues esta va dejando de ser un tema que atañe solo a los odontólogos, sino que va siendo parte del quehacer de otros

profesionales en salud, que hacen promoción de la salud integral y por lo tanto, progresivamente mejoran las estrategias por colocar la salud bucal en la agenda social, dentro del marco de la gestión territorial de la salud, en ambos distritos de Lima Metropolitana.

En este sentido, cabe mencionar que Rodríguez A, y Delgado L, en el 2000, destacaron la complejidad y multicausalidad de las odontopatías. Concluyeron que el diagnóstico de salud bucal es un punto de partida para fortalecer la interrelación y coordinación de actividades con el grupo básico de trabajo y médicos de familia correspondientes, y en el marco de un plan integral se pueda enfrentar sus múltiples determinantes sociales.

Del mismo modo, Franco A, et al. en el 2008, propusieron en Colombia tres fases en la implementación de políticas públicas: (1) Diagnóstico de la población involucrada. (2) Intervención con las estrategias de información, educación y comunicación, buscando saberes e incorporación de aprendizajes para una vida sana. (3) Evaluación de resultados alcanzados. Concluyeron destacando la importancia de las intervenciones en favor de la niñez, al ser una etapa decisiva para el adecuado desarrollo de los seres humanos.

Los mismos autores mencionan que los cambios políticos, económicos y demográficos que Colombia ha experimentado, en los últimos años, dieron lugar a un determinado perfil de salud- enfermedad que debe ser atendido mediante la gestión organizada de la sociedad, y mencionan que el componente bucal de la salud se ha

visto afectado y la práctica odontológica convocada a responder a las necesidades de la población.

En esta perspectiva de discusión, cabe precisar que hacer promoción de la salud bucal en el marco del modelo de atención integral basado en familia y comunidad (MAIS), implica dos acciones básicas: La primera: la acción intersectorial, facilitada por el equipo de salud para lograr acciones y planes concertados, así como políticas públicas de nivel local (ordenanzas, directivas, entre otros) para mejorar entornos sea en la escuela- a través de los docentes y en la comunidad- a través de actores sociales presentes en el distritos (autoridades locales, líderes comunitarios, ONG y otros actores posibles de ser involucrados en el tema de la salud, particularmente en acciones preventivo- promocionales de salud bucal).

La segunda acción clave para promover la salud integral es la educación para la salud desde una perspectiva ciudadana y, por ende, participativa; y en ese sentido, es clave precisar que la técnica del cepillado y uso de hilo dental es la intervención educativa costo-efectiva para promover el cuidado y autocuidado de la salud bucal.

En ese sentido, Pita S, et al. en el 2010, determinaron que los niños que no se cepillan nunca los dientes tienen un 40% de caries temporales y los que lo hacen varias veces al día tienen un 15.3%. Al ajustar por edad, ingesta de dulces, cepillado dental y visita al dentista, con la temporalidad encontró una asociación significativa, tuvo un gran impacto la higiene dental en la salud bucodental y el efecto positivo del cepillado fue superior al de la dieta. Al respecto, el presente estudio ha encontrado que,

progresivamente, las acciones de educación para la salud, se van consolidando en el equipo de gestión y en el quehacer del equipo operativo en los dos distritos estudiados.

En este sentido, Weller J, et al. en el 2014, en Nueva Zelanda, afirmaron que los programas de atención médica moderna están conformados multidisciplinariamente basados en trabajo en equipo y con un efectivo sistema de comunicación interna, siendo necesario superar barreras organizativas y de comunicación. Concluyeron que los efectos del esfuerzo del equipo de salud se evidencian en la calidad de atención a los usuarios.

De manera similar, Rivas A, et al. en 2009, realizaron un estudio en Ancash en el que señalaron que las actividades que integran el trabajo de campo, la ayuda social y la investigación en salud son efectivas, e incluso recomendaron la participación de estudiantes de ciencias de la salud de diferentes universidades, y enfatizaron la importancia de intervenciones integrales e integradas, reconociendo que las campañas de salud deben incluir la salud bucal, las sesiones educativas y la investigación operativa que fortalece la formación profesional.

Así mismo Carrillo D, y Romero Y, en 2005, evaluaron la atención odontológica en el estado de Mérida- Colombia. Sus resultados mostraban la total desvinculación entre el servicio odontológico y las organizaciones comunitarias. Los autores concluyeron que la participación comunitaria debe ir más allá de acciones puntuales, sino que la atención de salud bucal debe incorporar la perspectiva y necesidades de sus usuarios

y garantizar los mecanismos de participación y adecuación cultural, indispensable cuando se atiende a poblaciones dispersas o migrantes. Cabe precisar que la realidad demográfica de Ate Vitarte y Santa Anita, incluye grupos poblacionales similares a los descritos, procedentes de la sierra o selva del Perú y usualmente asentados en zonas urbano marginales de ambos distritos.

En ese sentido, cabe mencionar a Alonso A, et al. en 2007, en un estudio de salud bucal realizado en poblaciones desplazadas en Antioquia, afirmó que la participación social es una alternativa, especialmente en comunidades desplazadas porque el protagonismo comunitario contribuye en un entorno social favorable a los cambios.

Asímismo, Tascón y Alonso, en el 2005, en el Valle del Cauca. Colombia, utilizaron el modelo de creencias en salud para conocer las creencias básicas sobre caries e higiene oral que tenían los adolescentes; en el que encontraron que las creencias y prácticas de los participantes no favorecían la prevención y control de la caries. Cabe mencionar también a Feingold M, y Nieto M, en 2011, quienes evaluaron el impacto de un programa de educación para la salud bucodental en comunidades indígenas en México, y concluyeron que las estrategias aplicadas fueron exitosas porque fueron las madres de familia quienes promovían y multiplicaban las experiencias preventivas, logrando modificar actitudes y conductas frente a la salud buco-dental.

Otro estudio confirma lo mismo: Edelstein B, en 2017, en New York-EE.UU., sostiene que una efectiva prevención de caries en la primera infancia requiere de la participación de los padres desde la etapa gestacional e involucra la participación no

solo del dentista, sino de otros miembros del equipo de salud: asistentes sociales y enfermeras e incluso de promotores de salud quienes son más efectivos.

Así mismo, Priya D, y Harikiran A, en 2013, en la India, evaluaron programas educativos en salud oral con el objetivo de ayudar a los responsables de las políticas sobre cómo asignar recursos y concluyeron que los programas de salud oral más exitosos requirieron mucha participación de autoridades, gestores, líderes y demás personas importantes del nivel local.

De otro lado, el presente estudio, al medir los resultados en el campo de la promoción de la salud bucal muestra mayoritariamente calificaciones de Nulo /Muy deficiente, Poco/deficiente y escasamente Regular. Dichos resultados podrían estar relacionados con las limitadas capacidades del nivel local tanto a nivel de los gestores como operadores para hacer promoción de la salud integral.

Es fundamental, por ejemplo, reconocer que los objetivos de impacto de la promoción de la salud son de mediano y largo plazo (cambios de comportamiento y hábitos, los cuales están relacionados con mejoras significativas en las condiciones de vida). Aun así, sí es posible considerar objetivos de corto plazo al promover la salud bucal y considerar indicadores de resultado-producto; por ejemplo: el incremento de la acción preventiva y promocional respecto de la atención asistencial o reparativa, la modificación progresiva de los grupos etarios a intervenir, tal como lo indica la política pública: los niños, adolescentes y adultos mayores son los grupos prioritarios para la

atención bucal, y el incremento sostenido de la demostración de la técnica de cepillado y uso de hilo dental, intervención educativa trazadora en salud bucal.

En este sentido, Misrachi C, y Zalaquett D, en el 2000, analizaron un programa de educación escolar para la salud, orientada a lograr estilos de vida, que fue diseñado por un equipo multiprofesional, elaboraron textos guías para docentes y ajustaron los contenidos a los planes y programas de la educación básica, reportaron mejoría significativa en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal. Concluyeron que la participación de docentes, padres de familia y de toda la escuela es clave para crear ambientes favorables para conductas saludables.

Respecto a los recursos humanos (directivos: jefes y directores, así como operadores: profesionales odontólogos

Con relación a las características generales de los gestores (directivos y jefes), la mayoría son varones, mientras que en el grupo de operadores, la mayoría son mujeres. Una posible hipótesis podría vincular inequidades de género respecto al poder desigual distribuido entre hombres y mujeres para la toma de decisiones. Cabe agregar que la mayoría de profesionales que trabajan en el nivel operativo son serumistas. Esta situación afecta negativamente las posibilidades de consolidación de un programa de salud bucal sostenido a lo largo del tiempo, dada la inestabilidad de sus recursos humanos.

Con respecto al fortalecimiento de capacidades, tanto de gestores (directores y jefes) como de operadores (profesionales odontólogos), el presente estudio muestra

porcentajes significativos de gestores (23%) y operadores (79%) que desconocen las normas vigentes en salud bucal, lo que afecta el avance de la implementación del programa de salud bucal. Sin embargo, cabe mencionar que hay directivos que sí conocen la situación problemática de su área y asumen con claridad sus metas estipuladas, así como hay operadores (profesionales de odontología) con un insuficiente manejo de protocolos de atención

Los resultados también dan cuenta de las limitaciones para acceder a capacitaciones: más del 57% de gestores refiere no recibir capacitación, mientras que el acceso del profesional odontólogo del nivel operativo a las capacitaciones es diferente: 36% tiene facilidades para capacitarse, un 16% invierte en su propio desarrollo profesional y el 47% se capacita pasivamente al considerar como mentores a aquellos odontólogos actualizados con su propios recursos, solo un 10% de capacitaciones de profesionales del nivel operativo son financiadas por el MINSA, a lo que se agrega la alta rotación del recurso humano en los niveles operativos y sus consecuencias especialmente las relacionadas con los tiempos prolongados que conlleva la adaptación de personal nuevo en un territorio.

Agregar, además, que el 97% de gestores reconoce ser supervisados por el nivel nacional; el 67% de personal operativo es capacitado semestralmente por la DIRESA; el 13%, cada tres meses y un 20%, una vez al año.

Al respecto, Medina C, et al. en 2004, refirieron que la disminución de las principales enfermedades bucodentales requería que el profesional odontólogo desde el inicio de

su ejercicio este centrado en el individuo y su posterior inmersión en la salud pública, y propusieron que se debe mejorar la información epidemiológica que permita la evaluación estricta y adecuada.

Del mismo modo, Escobar G, et al. en el 2010, en un estudio realizado en Colombia, analizaron el proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes y concluyeron que los profesionales desde su formación deben integrar la dimensión social y no solo conocimientos técnico-científicos, que les ayude a reconocer la coexistencia de diferentes racionalidades en un programa educativo y relativice sus conceptos propios, respetando la autonomía de las madres, sin culpabilizarlas. Si las evidencias mencionadas son relacionadas con lo reportado por el presente estudio, se puede deducir que es mayor la inversión en el personal operativo que en los gestores, pero aun así, es insuficiente porque no alcanza a cubrir las necesidades de capacitación del 100% de los odontólogos operativos, incluso contando a favor la inversión personal de los profesionales en su capacitación.

Sin embargo, cabe resaltar los beneficios que implica que el 67% de odontólogos pueda acceder a capacitaciones periódicas (semestrales) organizadas por la Dirección de Salud Lima Este, oportunidad que tienen serumistas, personal CAS y odontólogos nombrados de incorporar los enfoques de salud pública y gestión de la salud bucal, desde un abordaje integral, integrado y asociado a sus determinantes sociales.

Al respecto Rangel J, et al. en 2009, sostuvieron en Cuba que la promoción y prevención de la salud ocupan un lugar cimero en el mundo de la estomatología, por lo que se debe mejorar su evaluación que permita su renovación, y llegue a ser más preventiva y promocional. Concluyeron en la necesidad de fortalecer las capacidades del profesional odontólogo.

Con respecto a las remuneraciones de los profesionales odontólogos, el 100% de gestores refirió no estar de acuerdo con la escala remunerativa establecida por el MINSA. Al respecto, Misfeldt R, et al. en el 2014, refirieron que para mejorar resultados de los programas de salud, las estrategias efectivas deben ser mixtas, que los incentivos financieros son importantes y deben ser parte de un paquete de incentivos que incluya la mejora del entorno laboral para el equipo de salud, pues hay evidencia sólida de su importancia, entre ellas las oportunidades para el desarrollo profesional, equilibrio laboral mejorado, colaboración interprofesional y autonomía profesional.

Mencionar, además, que Ghotane S, et al. en el 2015 realizaron encuestas por correo para conocer los puntos de vista de al menos el 5% de dentistas de Londres, respecto a su participación en un programa de endodoncias como parte de la atención dental primaria. Los hallazgos mostraron que los aspectos de interés para los dentistas eran el fortalecimiento de sus capacidades y la garantía del financiamiento, del tiempo y del apoyo para dicho programa.

De otro lado, los gestores se quejan de no contar con caja chica para gastos operativo, en ese sentido alternativas de copagos en salud bucal podrían ser formas a estudiar, entendiendo que el copago se refiere a modalidades de pago que le corresponde hacer al usuario como complemento a las intervenciones que son financiadas por la política pública.

En ese sentido, Rodríguez M, en el 2002, señaló la idoneidad de los copagos en la atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad en Barcelona– España, y lo señaló como instrumento para reducir el exceso de utilización y controlar el gasto, recomendando recordar que la efectividad del copago depende de la elasticidad de demanda y el tipo de atención médica. También menciona que el impacto en el consumo depende de la cuantía del copago y el efecto disuasorio se ve mitigado o anulado por el dominio de la oferta en la mayoría de las decisiones. Concluyó que conviene no adoptar actitudes maximalistas y recomendó examinar propuestas y comparar las consecuencias distributivas de equidad de las alternativas de financiación del sistema, pues los copagos son una de ellas.

Respecto a los recursos materiales (infraestructura, equipos, insumos y materiales)

Los resultados del presente estudio muestran que los gestores (63%) no están conformes con la infraestructura disponible para la atención de salud bucal; sin embargo, esta percepción de disconformidad se incrementa a un 83% en los odontólogos del nivel operativo, pero a su vez el 100% reconoce que los ambientes para la atención de salud bucal cuentan con servicio de agua. Agregar que, mediante

observación, se pudo verificar lo manifestado por los participantes: Paredes y pisos maltratados, caños y servicios higiénicos limitados y ambientes angostos; sobre todo en los establecimientos de salud Ate Vitarte en comparación a los establecimientos de salud de Santa Anita.

Agregar que el 90% de personal operativo refiere contar con instrumental suficiente e incluso el 13% afirma disponer de tecnología de punta, respecto a un 20% de gestores que refiere la disponibilidad de tecnología de punta y materiales suficientes.

Los resultados nos permiten analizar dos cosas: por un lado, la mejora de la infraestructura requiere que los gestores locales incluyan y negocien sus prioridades de modernización de infraestructura en los planes multianuales. Ello demanda gestión con enfoque estratégico que incluya incluso la negociación con el gobierno local. Por otro lado, los resultados muestran que los servicios de salud bucal si cuentan con equipos (instrumental), materiales e insumos, incluso mencionan disponer de tecnología de punta que les permite realizar diferentes procedimientos, los participantes identificaron los siguientes procedimientos: curaciones, extracciones, profilaxis, fluorizaciones y actividades de consejería.

Cabe recordar que los establecimientos en estudio son del primer nivel (I-3 y I-4), no son hospitales. Al respecto, Freire J, en 2003 cuando evaluó el programa de atención dental infantil del País Vasco y Navarra dirigido a niños de 6 a 15 años con más de 10 años de implementación, lo vinculó con nuevos objetivos en la política de salud dental del país Vasco y evidenció la necesidad de que España fortalezca la salud pública

dental en su política de salud, incluyendo el incremento de servicios dentales en sus prestaciones.

En este sentido, las políticas públicas en salud bucal son relativamente jóvenes en el Perú, y en el marco de la descentralización y modernización del estado, los programas presupuestales son la herramienta para la elaboración de presupuestos de las actividades de fortalecimiento de capacidades técnico-administrativas, asistencia técnica periódica que acompañe a los equipos operativos, la programación de materiales e insumos críticos, e incluso la programación de mantenimiento preventivo de equipos y la renovación de los mismos, presupuesto que tiene que guardar coherencia con la planificación estratégica y operativa en el nivel local, que a su vez recoja las necesidades de cada centro de costo; es decir, de cada establecimiento de salud, instancia que finalmente entrega el servicio de salud bucal al ciudadano.

CONCLUSIONES

La gestión de la promoción de la salud bucal está en proceso inicial de incorporación del abordaje de los determinantes sociales, pues el proceso empieza reconociendo la prevalencia del daño como una inequidad sanitaria, esto es: como consecuencia de condiciones de vidas injustas y evitables. Actualmente, en Vitarte y Santa Anita los profesionales de la salud, sean gestores u operadores, son capaces de utilizar la información (prevalencia de odontopatías) como herramienta de abogacía e incidencia ante autoridades locales, docentes e incluso líderes comunitarios y con ellos participar en estrategias de mediano y largo plazo en favor de la vida, la salud y el desarrollo.

Los resultados de promoción de la salud bucal requieren indicadores de resultado-producto que permitan visualizar avances, que aunque lentos, muestren tendencias al cambio y a la mejora. De lo contrario, agota y desanima incluso a los propios equipos de salud. Logros que van de la mano con la responsabilidad. La responsabilidad de gestión de las políticas públicas de salud bucal podrían estar asociadas a relaciones de género y de desigualdad que estarían afectando la toma de decisiones.

La capacidad de gestores y profesionales de odontología necesitan ser fortalecidas desde una perspectiva sistémica e integrada que vincule la salud bucal a sus determinantes sociales, enmarcadas en un horizonte estratégico que vincule el

objetivo a corto, mediano y largo plazo. Por ello, la importancia del conocimiento, la práctica y la actitud de los operadores.

Las acciones de salud bucal en los distritos intervenidos se encuentran en una etapa inicial de implementación de la política pública de salud bucal, pues está permitiendo en un primer momento el cambio de paradigmas en los gestores (directivos y jefes), y operadores (odontólogos y otros profesionales de la salud), respecto al abordaje de la salud bucal como parte de la salud integral, y a comprender que la salud bucal trasciende el quehacer del odontólogo.

RECOMENDACIONES

Para la gestión de políticas de salud bucal se recomienda:

Gestor de políticas: Se requiere sea un líder, estratega, competente, humano, eficaz, eficiente y capaz de tomar decisiones. Por ello, la importancia de la selección del personal a cargo de la Dirección (meritocracia y experiencia profesional demostrada).

Es importante una logística organizada y muy bien estructurada para lo cual se requiere de un mapeo de los procesos (programación completa de actividades, de compras de medicamentos, atenciones e insumos, de pacientes y sectores) y reestructurarlos apenas se identifique el problema, que es el caso de la zona en estudio. Un segundo paso es preparar el centro de distribución (materiales, ambientes, espacios, personal, almacenamiento de insumos y medicamentos). Otro paso es fortalecer los vínculos con los proveedores (tangibles e intangibles). Luego automatizar los procesos (adopción de tecnologías). Invertir en logística de reversa y promover cooperaciones de empresas públicas y privadas. Y finalmente la confianza y el acompañamiento en el desempeño profesional.

En promoción de salud bucal: Se sugiere realizar estudios relacionados a la gestión local desde una perspectiva de género y percepciones y valoraciones diferenciadas

que tienen los padres de familia respecto a la atención preventiva de sus hijos e hijas. Promoción y prevención es el reto.

La responsabilidad es un ítem a considerar en todo proceso de implementación de políticas de salud, ya que de ello depende el éxito de las metas. Una manera de controlar este valor es la capacitación y sensibilización continua.

Respecto a la capacidad de los operadores de odontología es vital su empoderamiento porque son los principales actores de la implementación exitosa de las políticas públicas, para lo cual, se requiere la retroalimentación del nivel local, regional y nacional, así como compartir en los tres niveles una perspectiva estratégica que incorpore un abordaje integral, integrado de los problemas prevalentes de salud bucal asociado a sus determinantes sociales, cuya intervenciones costo efectivas estén incorporadas en un plan participativo, articulado e inclusivo, centrado en la equidad y enmarcado en las prioridades de desarrollo y bienestar de Ate Vitarte y Santa Anita.

Para las acciones de salud bucal, se sugiere realizar, de manera sostenida, estudios de cohortes que permitan medir impactos de las intervenciones de salud bucal en niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años. Es importante la capacitación y liderazgo sostenido. Así como la coordinación eficaz y fluida con los diversos actores sociales para trabajar de forma integral, inter y multisectorial a favor de la salud bucal de la

población. Por ello, la importancia de detectar los problemas para tomar decisiones acertadas y contribuir en la mejora de la calidad de atención y servicio local.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS. Condiciones de salud en las américas. Volumen I-Regional. Publicación científica y técnica N° 622. Washington, D.C.20037, E.U.A.; 2007.
2. Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las Personas. Plan Nacional de Salud Bucal aprobado por Resolución Ministerial N° 538–2005/MINSA; 2005.
3. Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las Personas. El plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012- 2016 Vuelve a sonreír, aprobado por Resolución Ministerial N° 626-2012/MINSA; 2012
4. Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las Personas. El plan de Salud Escolar 2013 -2016, aprobado por Decreto Supremo N° 010-2013-SA; 2013.
5. Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las Personas. El plan de intervención de salud bucal 2016 aprobado por Decreto Supremo N° 005-2016-SA; 2016.
6. Ministerio de salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en salud Pública. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Caries dental en niñas y niños aprobado por Resolución Ministerial N° 422-2017/MINSA; 2017.
7. Alfonso, N., Pría, M., Alfonso, O. y García, A. Análisis de la situación de salud bucal según condiciones de vida. Área de salud Camilo Cienfuegos en Cuba 2001. Facultad de estomatología de ciencias médicas de La Habana; Rev.

Cubana Estomatol., V.41, N°.1. [Internet] 2004. Extraído el 5 de julio de 2014.
Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072004000100008.

8. Abanto J., Bönecker, M., y Prócida, D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Rev. Estom. Herediana. 20(1):38-43. Sao Paulo Brasil. [Internet] 2010. Extraído el 10 de julio de 2014. Disponible en:
http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2010/vol20_n1/Vol20_n1_10_art6.pdf.
9. Rodríguez, A. y Delgado, L. Diagnóstico de salud bucal en Cuba; Rev. Cubana Estomatol; 33 (1). Dirección nacional de estomatología. [Internet] 1996. Extraído el 5 de julio de 2014. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol33_1_96/est01196.htm.
10. Franco, A., Martínez, C., Álvarez, Alberto, M., Larrea, I., Otero, M., Portacio, K., Viva, J. y, Zapata, A. Los niños tienen la palabra: Nuestras bocas sanas para una vida sana en Antioquia-Colombia. Revista CES odontología, V.21, N°.1. [Internet] 2008. Extraído el 27 de julio de 2014. Disponible en:
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/39>.
11. Franco, A., Ochoa, E. y Martínez, E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Revista facultad de odontología universidad de Antioquia, V.15, N°.2. [Internet] 2004. Extraído el 18 de julio de 2014. Disponible en:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/viewArticle/3246>.
12. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. Postgrad Med J. Mar; 90(1061):149-54. [Internet] 2014. Extraído en mayo de 2014. Disponible en: doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131168. Epub 2014 Jan 7.

- 13.** Carrillo, D. y Romero, Y. Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación merideña de salud en el municipio libertador del estado Mérida–Venezuela 2005; Acta odontológica venezolana V. 45, N°. 2. [Internet] 2007. Extraído el 13 de julio de 2014. Disponible en:
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/atencion_odontologica.asp
- 14.** Alonso, A., Carolina, D., Martínez, E., Gómez, L., Camargo, D., David J., Río, C. y Cuartas, F. La dinámica familiar y el fomento de la salud bucal en poblaciones desplazadas y destechadas en Antioquia de Medellín-Colombia 2007. Revista CES odontología, V.20, N°.2, [Internet] 2007. Extraído el 17 de julio de 2014. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=188&id_ejemplar=4989.
- 15.** Priya Devadas Nakre y AG Harikiran. Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. J Int Soc Prev Community Dent. 2013 Jul-Dic; 3 (2): 103-115.
- 16.** Rivas, A., Curioso, W., y Guillén, C. Participación estudiantil en proyectos de intervención rural en salud: la experiencia IRIS-X en Perú. Rev. Perú. med. exp. Salud pública, V.26, N°.3, Lima; ISSN 1726-4634. [Internet] 2009. Extraído en julio 2014. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342009000300019&script=sci_arttext.
- 17.** Cerón, A., Castillo, V. y Aravena, P. Prevalencia de historia de caries en escolares de 10 Años. Frutillar–Chile 2007-2010; Int. J. Odontostomat. V. 5, N°.2, [Internet] 2007. Extraído en julio de 2014. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718381X2011000200015&script=sci_arttext&tlng=en.

18. Anil, S. y Anand, P. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr.* 2017 Jul 18; 5:157. doi: 10.3389/fped.2017.00157. Collection 2017.
19. Liu J, Zhang SS, Zheng SG, Xu T, Si Y. Oral Health Status and Oral Health Care Model in Chinamm. *Chin J Dent Res.* 2016; 19(4):207-215. doi: 10.3290/j.cjdr.a37145.
20. Edelstein, B. Pediatric Dental-Focused Interprofessional Interventions: Rethinking Early Childhood Oral Health Management. *Dent Clin North Am.* 2017 Jul; 61(3):589-606. doi: 10.1016/j.cden.2017.02.005.
21. Tascón, J. y Alonso, G. Algunas creencias sobre susceptibilidad y severidad de la caries en adolescentes del Valle del Cauca. *Colomb. Med.* Vol.36, N°.3, Cali. ISSN 1657-9534. [Internet] 2005. Extraído en julio 2014. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165795342005000300002&script=sci_arttext_
22. Feingold, M. y Nieto, M. Evaluación del impacto de un programa de educación para la salud bucodental en comunidades indígenas (conocimientos, actitudes y prácticas). México 2011; *Rev. Odont. Act.*; 8(100): 26-28. [Internet] 2011. Extraído en julio 2014. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=79474&id_seccion=4703&id_ejemplar=7866&id_revista=306.
23. Ayala, G. Impacto social de los programas de salud oral en mujeres gestantes del centro de salud Carmen de la Legua Reinoso–Callao. Tesis. [Internet] 2004. Extraído en julio de 2014. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2757>.

- 24.** Medina, C., Maupomé, G. Ávila, L., Pérez, R., Pelcastre, B. y Pontigo, A. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Rev. Biomed. 2006; 17:269-286. V.17, N°.4, [Internet] 2006. Extraído en julio de 2014. Disponible en:
<http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb061745.pdf>.
- 25.** Escobar Medina, C., Maupomé, G. Ávila, L., Pérez, R., Pelcastre, B. y Pontigo, A. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Rev. Biomed. 2006; 17:269-286. V.17, N°.4, [Internet] 2006. Extraído en julio de 2014. Disponible en:
<http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb061745.pdf>.
- 26.** Cortés, F., Ramón, J. y Cuenca, E. Doce años de programa de asistencia dental infantil (PADI) en Navarra 1991-2002. Uso de indicadores de salud 2003. [Internet] 2003. Extraído en julio de 2014. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272003000500005&script=sci_arttext&tlng=pt.
- 27.** Freire, J. El Programa dental de atención infantil (PADI) de Navarra y del país Vasco: Logros y nuevas metas 2003. Anuales Sis San Navarra. V.26, N°.3, Pamplona ISSN 1137-6627. Internet] 2000. Extraído en julio de 2014. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272003000500008&script=sci_arttext.
- 28.** Misrachi, C. y Zalaquett, D. Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral. Chile. 2000.
- 29.** Tan, N. y Alonso, C. Educación comunitaria en salud bucal para niños en Cuba 2003. Rev. Hum. Med., V.3, N°.2, Ciudad de Camagüey, Mayo-

ago. Humanidades médicas versión ISSN 1727-8120. Internet] 2003. Extraído en julio de 2014. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S172781202003000200005&script=sci_arttext.

- 30.** Pita, S., Pombo, A., Suárez, J., Novio, S., Rivas, S., y Pérttega, S. Relevancia clínica del cepillado dental y su relación con la caries centro de salud de Fontiñas, Santiago de Compostela. España 2010. Atención primaria, V.42, Issue 7, Pages 372-379 revista el sevier. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656709006404?via=sd&cc=y>.
- 31.** Rangel, J., García del Pradoll, G., Quintana, M., Gutiérrez, M., y Gutiérrez, N. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor en Cuba. Rev. Cubana Estom. V.46, N°.1, Ciudad de La Habana ene.-mar. [Internet] 2009. Extraído en julio 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072009000100004&script=sci_arttext.
- 32.** Ghotane, S., Al-Haboubi, M., Kendall, N., Robertson, C. y Gallagher, J. Dentists with enhanced skills (Special Interest) in Endodontics: gatekeepers views in London. BMC Oral Health. 2015 Sep 21; 15(1):110. doi: 10.1186/s12903-015-0085-8.
- 33.** Misfeldt R, Linder J, Lait J, Hepp S, Armitage G, Jackson K, Suter E., Incentives for improving human resource outcomes in health care: overview of reviews. J Health Serv Res Policy. 2014 Jan; 19(1):52-61. doi: 10.1177/1355819613505746. Epub 2013 Oct 29
- 34.** Rodríguez, M. Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad en Barcelona–España. [Internet] 2000. Extraído en julio de 2014. Disponible en:

http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d856886/Informe_corresponsabilidad.pdf#page=80.

- 35.** Salud.gob. Manual de procedimientos: Patologías bucales. Departamento de Epidemiología. México. [Internet] 2012.Extraído en julio 2014. Disponible en: http://www.epidemiología.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf. Revisado: julio 2014.
- 36.** Ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Guías de práctica clínica estomatológicas. Aprobada por RM 453– 2005, 08 de Agosto 2007.
- 37.** Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública. Lineamiento de Política de Promoción de la Salud, aprobado por Resolución Ministerial N°366-2017/MINSA.

ANEXOS

1. Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario 1. Encuesta para los directores y jefes del servicio de odontología de los establecimientos de salud: GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ATE-VITARTE Y SANTA ANITA EN LIMA 2017

Información: Buenos días estimados directores y jefes de servicio de los Establecimientos de Salud. Sírvase responder las preguntas de la presente investigación con fines de contribuir en la mejora de la gestión institucional.

Establecimiento de salud:

Personal: Director: Jefe de servicio:

Tiempo en el cargo: Estado civil: N.º de hijos:

Edad: Sexo: M F Fecha:

Marcar Sí o No con una "X", la respuesta que considere correcta.

N.º	ÍTEMS	SÍ	NO
1	Conoce Ud. la estrategia sanitaria nacional de salud bucal		
2	Está conforme con el personal profesional de odontólogos como recursos humanos		
3	Actualmente, los profesionales odontólogos trabajan en el establecimiento de salud en el cual usted dirige según la planta orgánica estipulada por la micro red, la red y MINSA		
4	Está conforme con la productividad estipulada y normada por el MINSA		
5	Las metas estipuladas por cada servicio en especial a odontología se cumplen de manera mensual y anualmente		
6	Conoce Ud. la situación problemática del servicio de Odontología: incidencia de casos de morbilidad en las enfermedades bucodentales		
7	Sabe Ud. cómo realizar la gestión en salud para el petitorio mensual: Compra materiales, equipos para el establecimiento de salud que Ud. dirige		
8	Su E.S. tiene y cuenta con tecnología de punta y materiales suficientes para la atención hospitalaria, especialmente para el servicio de Odontología		
9	Está conforme con la infraestructura del E.S. de su jurisdicción, la cual Ud. dirige. Cumple con las normas técnicas de salud		
10	Cumple con la capacitación de su personal: se capacitan anualmente y les brinda facilidades a su personal		
11	Ud. se capacita permanentemente en áreas prioritarias para fortalecer y facilitar su gestión		

12	Ud. está conforme con sus ingresos remunerativos, estipulados por el MINSA		
13	Su C.S. dispone de caja chica para cubrir con algunas necesidades que se presenten		
14	Existe la supervisión por el MINSA o la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA) o representantes de salud. El E.S. de su jurisdicción es supervisada anualmente.		
15	Trabaja coordinadamente con instituciones públicas y privadas para beneficio de su E.S. (ONG, colegios, municipio, etc.)		

FUENTE: Adaptado por Sara Remuzgo para tesis maestría-PUCP 2010. Gestión pública/MINSA-Perú 2005.

**Cuestionario 2. Encuesta para los profesionales del servicio de Odontología:
GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DE ATE-VITARTE Y SANTA ANITA EN LIMA 2017**

Información: Buenos días estimados profesionales odontólogos de Establecimientos de Salud, responder las preguntas de la presente investigación con fines de contribuir en la mejora de la gestión institucional.

Establecimientos de Salud:

Tiempo en el cargo: Estado civil: N.º de hijos:

Edad: Sexo: M F Fecha:

Marque con (x) la respuesta correcta:

1. Los materiales y la parte logística alcanzan para su desempeño profesional:
a) Material para la semana b) material para el mes c) Material para el año

2. Cuánto es la remuneración actual que Ud. percibe mensualmente:
a) 1000 a 1500 b) 1600 a 2000 c) 2100 a 2500 d) 2600 a 3000 e) Mayor de 3000

3. Explique la producción diaria de sus actividades intramurales:

4. Explique la producción diaria de sus actividades extramurales:

5. Fluorizaciones que realiza en las jurisdicciones de los distritos en estudio:

a) Número de charlas a colegios: b) Número de charlas a escuelas:

c) Número de charlas a padres: d) Número de charlas a profesores:

6. ¿Conoce los lineamientos de política de salud bucal?

SÍ NO Que lineamiento conoce?

7. El servicio de odontología está conforme para realizar un buen desempeño laboral, según las normas técnicas del MINSA: (marque uno o varias alternativas)

- a) Local adecuado
- b) Agua para el lavado de manos en el consultorio
- c) Instrumental suficiente
- d) Equipo con tecnología de punta
- e) Materiales:
 - Solo curación
 - Solo extracción
 - Solo consejería
 - Solo profilaxis
 - Solo fluorizaciones

f) Medicación: el E.S. brinda medicamentos para:
 Tratamiento completo Tratamiento incompleto Compra particular

8. Indica cuál es la mayor incidencia de casos de morbilidad en el servicio de odontología:

1.

2.

9. **Gestión hospitalaria:** (marque uno o varias alternativas)

a) Sabe cómo realizar pedidos, compra materiales y equipos para hacer una buena gestión de salud. Explique:

b) Sabe cuánto demora en realizar el mantenimiento y reparación de los equipos en caso se malogren. ¿Sabe qué hacer? Explique:

10. Número de capacitaciones:

Anual Semestral Trimestral C/2 años

Facilidades para capacitaciones: Sí NO

Capacitación presupuestada por: MINSA Particular Autopersonal

Temas de especialización:

11. Recomendaciones al establecimiento de salud para la mejora permanente:

Cuestionario 3. Ficha de observación y registro de datos

ENCUESTADOR

ESTABLECIMIENTO

DISTRITO

FECHA:

HORA DE INICIO:

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL (SB)

LÍNEA DE ACCIÓN	ÍTEMS	MB	B	R	P	N
EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA A NIVEL INSTITUCIONAL						
Promoción de comportamientos saludables	Informe del responsable de promoción de la salud del colegio sobre el desarrollo de temas en SB.					
	Informe del monitoreo de la visita al aula de clase, que desarrollan temas sobre SB(1 por mes)					
	Informe de la presencia de DIRESA y MINEDU sobre actividades de promoción en SB.					
Desarrollo de entornos saludables	Informe de la visita a la IE por el responsable del programa del Establecimiento de Salud de la zona.					
	Informe de talleres educativos sobre temas de SB.					
	Informe de reuniones o libro de actas con motivos de consejería en SB.					
	Evidencia de instalaciones educativas en buenas condiciones, con aulas espaciosas, auditorio ideal, biblioteca, área de recreación, botiquín, cafetería, servicios básicos completos y en funcionamiento.					
Trabajo intersectorial	Consolidado de encuestas relacionada a la problemática de SB de la institución					
	Informe de resultados y planes de capacitación organizados por los E.S. de la jurisdicción					
	Informe de las coordinaciones del personal de salud con el consejo educativo institucional para el desarrollo de actividades de promoción de la salud en SB.					
Implementación de políticas que promueven salud	Documento de resolución directoral					
	Copia del PEI correspondiente a las acciones de promoción de la salud en el eje de la SB adolescentes					
	Existencia de guías, lineamientos de política, y protocolos pedagógicos en el eje temático de SB.					
	Existencia de cuadernos de trabajo, módulos educativos, láminas y/o dípticos para los estudiantes.					
	Diseño de materiales educativos en SB adaptados a la realidad local					

FUENTE: Adaptado por Mg. Sara Remuzgo para tesis doctoral-USMP. Manual de promoción de la salud. MINSA-Perú 2005 y de tesis de doctor: Juan Caycho Cabello, USMP: 2009 Lima: 2017.

MB= 5 (MUY BUENO)

B = 4 (BUENO)

R = 3 (REGULAR)

P = 2 (POCO/DEFICIENTE)

N = 1 (NULO/ MUY DEFICIENTE)

Anexo 2. Formato para obtener información sobre estrategia de recursos humanos en relación a la producción de los establecimientos de salud de Ate-Vitarte y Santa Anita 2017

MESES	CONSULTA	EXODONCIA		AMALGAMA		IONOMERO		RESINA		FLUORID.	PULPOTOMIA	RECUB. PULPAR	ENDODONCIA		ENSEÑANZA	HIGIENE	EXAMEN	SELLANTE	ATENC. GESTANTES	
		SIMPLE	COMP.	SIMPLE	COMP.	SIMPLE	COMP.	SIMPLE	COMP.				UNIRRAD.	MULTIRRAD.						
ENERO																				
FEBRERO																				
MARZO																				
ABRIL																				
MAYO																				
JUNIO																				
JULIO																				
AGOSTO																				
SEPTIEMBRE																				
OCTUBRE																				
NOVIEMBRE																				
DICIEMBRE																				
TOTAL																				

Fuente: MINSA: Formatos de centros de salud de Lima Metropolitana-2017/Logística/Dirección

Anexo 3. Constancias de permiso

Constancia 1. Director-Jefe de servicio

DIRECTOR/A-
JEFE-SERVICIO:

CENTRO SALUD:

DISTRITO:

Por el intermedio, se tiene conocimiento que en nuestra institución se realiza la investigación denominada **GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS OPERADORES LOCALES EN LOS DISTRITOS DE ATE – VITARTE Y SANTA ANITA 2017.**

Estudio a cargo del estudiante del doctorado en Gestión en Salud, de la Universidad de San Martín de Porres: **Mg. C.D. Marlon Remuzgo Huamán**, a quién se le permitirá el acceso libre a todas las áreas de nuestra institución de salud que considere y sea necesario, para realizar tan magno estudio, en aras de la investigación y desarrollo del país.

Extendemos la presente constancia para uso personal del investigador.

Atentamente,

Lima, mayo de 2017

Constancia 2. Profesional odontólogo

PROFESIONAL CD:

CENTRO SALUD:

DISTRITO:

Por el intermedio, se tiene conocimiento que en el servicio de odontología se realiza la investigación denominada **GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCAL DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS OPERADORES LOCALES EN LOS DISTRITOS DE ATE – VITARTE Y SANTA ANITA 2017.**

Este estudio está a cargo del estudiante del doctorado en Gestión en Salud, de la Universidad de San Martín de Porres: **Mg. C.D. Marlon Remuzgo Huamán**, a quién se le facilitará toda la información que considere necesario, para realizar tan magno estudio, en aras de la investigación y desarrollo del país.

Extendemos la presente constancia para uso personal del investigador.

Atentamente,

Lima, mayo de 2017