



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“NUMERO DE CRIES SEGÚN LOS DETERMINANTES DE ATENCIÓN
ODONTOLOGICA EN EL CENTRO DE SALUD SAN BORJA - 2015”.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

**AUTOR:
GONZALES OLARTE JULIO CESAR**

**ASESOR:
AUGUSTO GUARDIA HUAMANI**

JURADO

MAG.C.D. ROMÁN MENDOZA LUPUCHE

MAG.C.D. JOSÉ LUIS CORNEJO SALAZAR

MAG. C.D. MARÍA INÉS CASTRO HURTADO

LIMA-PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mi padre, Julio, por su gran apoyo, porque sin él no sería lo que soy ahora. Por lo que significa todo para mí.

Al Dr. Seber Augusto Guardia Huamani, docente de la UNFV asesor de tesis por su invaluable colaboración en el desarrollo de este trabajo

A mi familia, en especial a mi esposa, María Elena y a mis hijos Julio y José.

A todas las personas que, de una u otra forma, colaboraron con la realización de este trabajo; a todos ellos.

Muchas Gracias

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
ÍNDICE	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VII
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
<i>-problema general</i>	11
1.4. ANTECEDENTES	11
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.7. OBJETIVOS.....	22
<i>-Objetivo general:</i>	22
<i>-Objetivos específicos:</i>	22
II. MARCO TEORICO	23
2.1. MARCO CONCEPTUAL	23
III: METODO.....	36
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.....	38
3.4. INSTRUMENTOS.....	39
3.5. PROCEDIMIENTOS.....	39
3.6. ANÁLISIS DE DATOS	39
IV. RESULTADOS.....	40
4.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	40
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	40
V. DISCUSION DE RESULTADO.....	50
VI. CONCLUSIONES.....	52
VII. RECOMENDACIONES.....	53
VIII. REFERENCIAS	54
IX. ANEXOS.....	57
<i>Anexo 01: numero de caries según los determinantes de la atencion odontologica en el centro de salud san borja año 2015.....</i>	<i>57</i>
<i>Anexo 02 : definición de términos.....</i>	<i>58</i>
<i>Anexo 03:Instrumento de recolección de datos.....</i>	<i>58</i>

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar el número de caries según los determinantes de la atención odontológica en el centro de salud san Borja año 2015. Para ello se aplicó un cuestionario, válido y confiable a los pacientes, el instrumento consta de 4 partes (23 preguntas/datos/información a completar): datos generales del paciente, Odontograma, resultados de la evaluación clínica y datos complementarios, utilizado por Leslie Uceda 2004 (ver anexo), a través del presente se realizó la evaluación clínica y el cuestionario a un total de 106 pacientes adultos entre 18 y 65 años que acudieron al consultorio de Odontología del Centro de Salud por lo menos en dos ocasiones, en el periodo de Julio a Agosto del 2015, la investigación fue descriptiva, observacional, prospectiva y de corte transversal.

En lo que respecta a los determinantes sociales, es como sigue; el género de los pacientes no tiene relación alguna con el número de caries, el grupo atareo si tiene relación con el número de caries, con una relación estadística altamente significativa, el estado civil de los pacientes no tiene relación con el número de caries, el número de hijos tiene relación con el número de caries, con una relación estadística altamente significativa.

En lo que respecta a los determinantes culturales, es como sigue; el tipo de religión que practican no tiene relación con el número de caries, el grado de instrucción tiene relación con el número de caries, el tipo de ocupación no tiene relación con el número de caries, el credo que practican no tiene relación alguna con el número de caries.

En lo que respecta a los determinantes económicos, es como sigue; el ingreso económico familiar tiene relación con el número de caries, con una relación estadística altamente significativa.

Finalmente el estudio permitió obtener información de la relación entre el número de caries y los determinantes sociales, culturales y económicos.

Palabras claves: Evaluación clínica, odontograma, caries

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate the number of caries according to the determinants of dental care at the San Borja health center in 2015. The text consists of 4 parts (23 questions / data / information to be completed): general data of the patient, odontogram , results of the clinical evaluation and complementary data, used by Leslie Uceda 2004 (see appendix), through the present clinical evaluation and the questionnaire a total of 106 adult patients between 18 and 65 years old who attended the Dentistry office of the Center of Health on less than two occasions, in the period from July to August 2015, the research was descriptive, observational, prospective and cross-sectional.

With regard to social determinants, it is as follows; the gender of the patients has no relation with the number of caries, the group is maintained with the number of caries, the marital status of the patients is not related to the number of caries, the number of children is related to the number of caries. caries, with a highly significant statistical relationship.

With regard to cultural determinants, it is as follows; the type of religion he practices is not related to the number of caries, the degree of instruction is related to the number of caries, the type of occupation is not related to the number of caries, the credit he practices has no relationship with the Number of caries.

As regards the economic determinants, it is as follows; The family economic income is related to the number of caries, with a highly significant statistical relationship.

Finally, the study should obtain information on the relationship between the number of caries and the social, cultural and economic determinants.

Key words: Clinical evaluation, odontogram, caries

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó en el Centro de Salud San Borja, y tuvo como finalidad evaluar el número de caries según los determinantes sociales, culturales económicos con el fin de contar con herramientas que nos ayude cada vez mejorar nuestra atención con los pacientes que acuden a la consulta externa en el consultorio de Odontología.

Para entender el número de caries según los determinantes, debemos revisar conceptos de caries dental y como está asociada con los determinantes; **la caries dental** es una enfermedad progresiva, de las estructuras dentales duras que se caracteriza por la descalcificación de los tejidos del diente, clínicamente se puede observar como manchas blancas, en los estadios más avanzados, se presentan cavidades en el esmalte y dentina, el mismo que lleva a estadios de inflamación y dolor pulpar, si no se realiza un tratamiento oportuno, la caries seguirá destrozando el diente, y esto más adelante ocasionara dolor, infección aguda , infecciones locales y sistémicas, trasladándose esto a su vez a diferentes órganos como oídos, riñones, articulaciones y corazón, la pérdida de las piezas dentarias produce alteración de la función masticatoria, el sistema digestivo y la economía de las familias.

Estas condiciones afectan la salud y la calidad de vida de la población, en lo que corresponde a los **determinantes de la atención odontológica** constituyen una serie de factores o condiciones que favorecen o predisponen el desarrollo de la caries dental, encontramos dentro de ellos la asociación de la caries con; la edad, el número de hijos, el grado de instrucción y el ingreso económico familiar, también existen otras condiciones no menos importantes que influyen como las condiciones de saneamiento ambiental, si la familia dispone de una serie de estándares mínimos de salubridad como agua potable,

desagüe etc. el aumento progresivo de los alimentos procesados como las harinas, azúcares, dulces, la comida chatarra etc., sumado al escaso conocimiento que tiene un gran sector de la población sobre las medidas preventivas para combatir la caries dental.

En las últimas décadas, la población ha ido aumentando en forma geométrica mientras los servicios de salud pública y privada encargadas de difundir la parte educativa de la prevención de la caries dental avanzan lentamente, vivimos en una sociedad con conceptos predominantemente recuperativos mas no preventivos, se podría ahorrar bastante recursos si propiciaríamos la prevención antes de lo recuperativo, rescatando para ello algunas experiencias latinoamericanas como la cubana.

1.1. Planteamiento del problema

Uno de los mayores retos de los sistemas de salud a nivel mundial es el de garantizar la equidad en el acceso y uso de servicios de salud, particularmente en países con altos niveles de pobreza y desigualdad de ingresos en los cuales grandes grupos de la población no pueden hacer uso de los servicios por barreras de orden económico, socio-cultural u organizacional.

1.2. Descripción del problema

Se ha sostenido que el propósito general de las reformas es: lograr una mayor equidad en las prestaciones de la salud, asegurar más eficiencia en la gestión del sector y una mayor efectividad para responder a las crecientes y muy diversas demandas de salud de la población; sobre todo, se proclama que su principio rector es la universalidad del acceso.

El Perú busca también como en muchos otros países mayor equidad, eficiencia y calidad en los servicios; sin embargo la situación de la salud del Perú es muy heterogénea, existiendo grandes diferencias relacionadas con el nivel de pobreza, las desigualdades sociales, las malas condiciones de vida y el escaso acceso a los servicios.

Pese a los avances en el conocimiento y la tecnología médica, el acceso a la atención de la salud continúa marcado por profundas desigualdades entre países y en un mismo país. La gran mayoría de los peruanos que no acceden y no puede continuar con el tratamiento, es debido a que no cuenta con el ingreso suficiente, otro grupo no accede porque no percibe su salud como un bien teniendo ello relación con el nivel de

educación, y finalmente otro grupo no accede a los servicios por motivos culturales (lengua materna, religión costumbres, hábitos etc.).

Se hace necesario que los profesionales identifiquemos cuales son los factores que están detrás de la decisión de buscar ayuda profesional, esta identificación permitirá generar estrategias para fortalecer la oferta y satisfacer la demanda.

1.3. Formulación del problema de investigación

-problema general

¿Cuál será el número de caries según los determinantes de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja - 2015?

1.4. Antecedentes

Díaz, A. (2013) Objetivo: Expuso las características socio demográficas y las enfermedades o sintomatologías más frecuentes en la población del área de salud "Marcio Manduley", del municipio Centro Habana, y los que hicieron uso de los servicios de salud durante el período abril - junio de 2010. Métodos: estudio descriptivo transversal. Se seleccionó una muestra poblacional representativa del área; se tomó en consideración el total de viviendas. Como se desconoce la prevalencia del factor bajo estudio, se maximizó la muestra tomando como prevalencia el 50 %, la precisión en 10 % y una posible caída muestral del 10 %. El tamaño muestral fue de 408 familias. Se aplicaron cuestionarios a todos los integrantes de las familias seleccionadas y en particular a aquellos individuos que durante los últimos 30 días

enfermaron e hicieron uso de algún servicio de salud. Resultados: se obtuvieron datos de 1 244 personas; de ellas enfermaron 25,1 % en los últimos 30 días y el 17,7 % hizo uso de servicios formales de salud. Las enfermedades más frecuentes fueron respiratorias, cardiovasculares y osteomioarticular. La puerta de entrada al sistema de salud más utilizada fue el consultorio médico (54,1 %). Conclusiones: en nuestro estudio los factores del individuo que influyen en la utilización de los servicios de salud son el nivel de enfermedad percibida o necesidad de salud y el sexo.

Hadad N. (2011) Objetivo: Dio a conocer la asociación existente entre los determinantes sociales de salud y la experiencia de caries dental. Material y Métodos: La muestra estuvo conformada por 30 escolares de 12 años de edad del Distrito de Canta-Lima. Los determinantes sociales de salud estuvieron compuestos individualmente por: género, ingreso económico, nivel de educación, condición de vivienda, empleo, saneamiento ambiental y acceso a los servicios de salud, todos ellos medidos desde la perspectiva de la madre a través de una encuesta basada en la Cédula Censal 2007. La experiencia de caries dental fue medida mediante el Índice CPOD de los escolares. Se realizó un análisis univariado para hallar la media de la experiencia de caries dental y un análisis de correlación para encontrar la asociación de los determinantes sociales de salud de manera individual y global con la experiencia de caries dental. Resultados: El Índice CPOD fue de 1.93 indicando baja severidad. Existió asociación de 50.1% entre los determinantes sociales de salud en forma global, siendo en menor grado cuando el análisis se realiza de forma individual. Conclusiones: Existió asociación moderada entre los determinantes sociales de salud analizados en conjunto y la experiencia de caries dental.

León, R. (2011) Objetivo: Determinó el grado de asociación entre capital social y experiencia de caries dental. Material y métodos: La investigación fue transversal, observacional y analítica. La muestra fue de 30 escolares de 12 años de edad del Distrito de Canta-Lima. El capital social de las familias fue medido utilizando el instrumento Short versión of Adapted Social Capital Assessment Tool, y la experiencia de caries dental mediante el índice CPOD de los escolares. Se realizó un análisis univariado para encontrar la media de la experiencia de caries dental y un análisis de correlación mediante el coeficiente de determinación para encontrar el grado de asociación entre capital social de las familias y la experiencia de caries dental de sus escolares. Resultados: El índice CPOD fue de 1,93 indicando baja severidad. Existió asociación de 49, entre el capital social de las familias y la experiencia de caries dental de los escolares. Conclusión: Existe asociación moderada entre el capital social de las familias y la experiencia de caries dental en escolares de 12 años de edad residentes en el Distrito de Canta.

Sojo, A. (2011) Determino tras una sucinta problematización de la equidad en salud, sus determinantes sociales y sectoriales, se analizan aspectos macroeconómicos del comportamiento reciente del gasto en salud en la región. Dadas las importantes tensiones contemporáneas respecto de los derechos y la definición de prestaciones de salud, se tratan tres experiencias emblemáticas, de sistemas de salud muy diversos: Chile, Colombia y México. Ellas abarcan distintos aspectos: la garantía de las prestaciones, la reducción de formas de racionamiento implícitas y/o de barreras de entrada, o bien aspectos de calidad.

Vargas, I. (2010). Contribuyó al conocimiento sobre el acceso a los servicios en Colombia tras la reforma del sistema de salud, exponiendo los principales resultados y vacíos en las investigaciones. Métodos Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y análisis de artículos originales publicados entre 1994 y 2009. Se incluyeron 27 investigaciones cuantitativas y cualitativas que cumplían los criterios de selección. El análisis se enmarcó en los modelos teóricos de Aday y Andersen y Gold, que diferencian entre acceso potencial y realizado y consideran las características de la población, proveedores y aseguradoras que influyen en la utilización. Resultados Los análisis explicativos de la utilización de los servicios de salud a partir de modelos de determinantes resultan escasos y parciales (limitados a áreas geográficas, patologías o colectivos específicos). Pocos estudios profundizan en factores de contexto -políticos y característicos de proveedores y aseguradoras- o en la perspectiva de los actores sobre los factores que influyen en el acceso. Los estudios no parecen indicar un aumento del acceso realizado -salvo en el régimen subsidiado- y, en cambio, señalan la existencia de importantes barreras relacionadas con factores poblacionales (aseguramiento, renta y educación) y características de los servicios (accesibilidad geográfica, organizativas y calidad). Conclusiones La revisión muestra limitaciones importantes en el análisis del acceso en Colombia que indican la necesidad de reorientar la evaluación hacia el acceso realizado, e incorporar variables de contexto y la perspectiva de los actores para comprender mejor el impacto de la reforma en el uso de servicios.

Medina, C. (2009) El objetivo: Evaluó la asociación entre diversos indicadores socioeconómicos y la utilización de servicios de salud bucal. Se realizó un estudio transversal en 3.048 escolares. Las variables de utilización de servicios de salud bucal

y las variables socio demográficas y socioeconómicas se colectaron a través de un cuestionario dirigido a las madres. Para determinar las necesidades de salud se realizó un examen clínico bucal a los niños. Las asociaciones ajustadas fueron evaluadas con regresión logística polinómica. Las variables asociadas a servicios preventivos y curativos fueron mayor edad, mayor frecuencia de cepillado y menor edad al inicio de cepillado dental, tener seguro público o privado, y mejor nivel socioeconómico. Además, sólo para los servicios preventivos, también se asoció estar inscrito en una escuela privada, y sólo para los servicios curativos, la posesión de automóvil y tener necesidades de salud bucal entre moderadas y muy altas. Los resultados sugieren la existencia de desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal en niños mexicanos.

Rengifo, H. (2009) Objetivo Evaluó la presencia de inequidades en la atención odontológica en una red de salud en Cali-Colombia. Materiales y Métodos Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La zona de estudio fue el área de influencia de la red de servicios de salud más grande de Cali (cerca del 70 por ciento de la extensión geográfica de Cali); La población de estudio fue la población pobre vulnerable distribuida en población asegurada y no asegurada. Se realizó un análisis tipo sobrevivencia para determinar las probabilidades de cada población en terminar tratamiento o abandonar durante el tratamiento. Resultados La población no asegurada presentó un índice de Cariados-Obturados y perdidos (COP) de 11,12 mientras que el COP de los asegurados fue de 9,41. En el Área de Operatoria los tratamientos terminados se distribuyeron en el 63,7 por ciento en la población asegurada, el 33,3 por ciento de población no asegurada. En el Área de cirugía el 63,3 por ciento eran asegurados, el 36,6 por ciento no lo eran. Se observó que la probabilidad de terminar

tratamiento los primeros 30 días para la población asegurada fue de 85,5 por ciento IC 0,8 (0,8 - 0,9) y para la población no asegurada fue de 78,5 por ciento IC 0,7 (0,4-0,8).

Conclusiones Se encontraron inequidades en el estado de salud bucal de las poblaciones; En la atención en salud bucal; En las proporciones y probabilidades de ser pacientes terminados o abandonar, siendo mayores en la población asegurada.

Saliba, A. (2009) Evaluó la percepción del adolescente sobre las condiciones de su salud bucal, así como sobre los factores para su manutención y promoción. Material y Método Fue aplicado un cuestionario semi-estructurado a los adolescentes (n=493) de la Fundación Mirim del Municipio de Araçatuba-SP, Brasil. Resultados Entre los entrevistados, el 68,4 por ciento conceptuó salud bucal como higiene y el 16,2 por ciento como apariencia. Ya la percepción de los mismos cuanto a su Salud bucal fue un 53,6 por ciento buena y un 24 por ciento óptima. Con referencia a los medios para tener salud bucal, el 90,1 por ciento relató la higiene bucal, pero apenas el 4,8 por ciento de los adolescentes mencionó el cepillado de la lengua. La estética (62,9 por ciento) fue uno de los principales motivos citados, cuanto a la importancia de los dientes. Fue observada una relación estadística significativa entre la percepción de la Salud bucal regular y la visita al dentista hace menos de 6 meses ($X^2 = 30,75$, $p < 0,05$). Conclusión Pese a que los adolescentes presentan una idea sobre Salud bucal, y sobre su manutención y promoción, estos temas deben ser más trabajados, principalmente por medio de Educación en Salud, para que esos adolescentes obtengan una buena Salud bucal y que ésta se mantenga por el resto de sus vidas. Además, ellos se vuelven multiplicadores de conocimientos para aquéllos que no tienen acceso a las mismas informaciones.

Rubio, M. (2008) Identificó inequidades en el acceso y financiación de la atención en salud en Bogotá. Métodos Se efectuó un análisis de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2003 para Bogotá. Se identificaron variables socioeconómicas, de necesidad, acceso a los servicios y financiación. Se realizó análisis descriptivo y bivariado, recodificación de variables y creación de escenarios que combinaban las variables de necesidad, acceso y financiación de la atención. Resultados El 18,4 por ciento de población en régimen contributivo y el 26,8 por ciento del régimen subsidiado no acceden a los servicios de salud. La principal barrera de acceso para la no utilización de los servicios de salud es la falta de dinero, aún en la población afiliada al SGSSS. Las localidades que presentan mayor inequidad en el acceso a los servicios de salud son San Cristóbal, Kennedy Rafael Uribe. A partir de los escenarios construidos se configuraron dos perfiles, el de mayor inequidad, el cual está determinado por pertenecer al quintil 1 y 2, ser hombre, estar entre los 0 y 18 años, estar en el régimen subsidiado o no estar afiliado al SGSSS. Y el segundo que ofrece mejores condiciones de equidad, el cual está relacionado con ser mujer, mayor de 19 años, pertenecer a los quintiles 3, 4 o 5 y estar afiliado al régimen contributivo. Conclusión Se observa inequidad en el acceso a los servicios de salud en particular en la población más pobre, aun estando afiliados al SGSSS.

García, J. (2008) Realizó una aproximación a las barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología-INC; Se presenta la necesidad de plantear alternativas para afrontar estas problemáticas y considerar estudios que evalúen problemáticas similares y sus soluciones Métodos Se utilizaron los métodos cualitativo y cuantitativo en lo referente a datos estadísticos, dentro de un contexto de interés social, con un enfoque empírico analítico. Resultados

Se encontró que durante el 2005, tuvieron acceso al programa de albergues solo 176 pacientes de los 3 391 pacientes provenientes de regiones del país distintas a Bogotá atendidos en el mismo periodo; es decir que el programa solo cubrió el 5,19 por ciento de los pacientes de diferentes lugares del país. De igual manera se encontró que se debe afrontar la inequidad de género que hasta la fecha se ha venido presentando con los varones. Conclusiones Se deben buscar alternativas de alojamiento diferentes a los albergues, que hagan posible el acceso al tratamiento especializado con dignidad y calidad de vida. El estudio permitió plantear alternativas de solución a corto, mediano y largo plazo.

Mogollón, A. (2008) Desarrolló un estudio cualitativo descriptivo, exploratorio, mediante 81 entrevistas individuales semi-estructuradas a actores principales. Una insuficiente financiación y dificultades de los proveedores para recibir el pago de las aseguradoras, junto a las indefiniciones y límites del aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, son las principales barreras al acceso a la atención en salud de la población desplazada. Acceso que también se ve afectado por los numerosos procedimientos establecidos para la atención, la escasa coordinación inter e intra sectorial y los limitados recursos de las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público. Se requiere una acción gubernamental efectiva que garantice el derecho a la salud en este colectivo.

Valencia, M. (2007) Realizó un estudio descriptivo en 27 servicios de urgencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de tercero, segundo y primer nivel de atención durante una semana continua. A todas las personas admitidas se les realizó seguimiento hasta el egreso del servicio. Las siguientes variables fueron descritas:

características de persona, tiempos espera, presencia de trauma, consulta previa a un servicio de urgencias en las últimas 48 horas por la misma causa, referencia y egreso. En aquellas personas no admitidas se estudiaron las causas de no admisión. Resultados: De 9 703 pacientes que visitaron los servicios de urgencias, 8 703 (89,4 por ciento) fueron admitidos, 13,8 por ciento habían consultado en las últimas 48 horas a un servicio de urgencias por la misma causa y el 10,5 por ciento tuvieron remisión previa. Fue superior el tiempo espera en los servicios de urgencias de primer nivel (40,2 minutos). De las 1 027 (10,6 por ciento) personas que no fueron admitidas, el 62,6 por ciento fue debido a que la consulta no fue considerada urgente por el personal hospitalario, seguido del 16 por ciento por no pertenecer a la red a la cual cotizaba. Conclusiones: En los servicios de urgencias de Medellín existen barreras de acceso. El acceso inadecuado de acuerdo al tipo y gravedad de la urgencia y la deficiente la articulación de los niveles de atención, soporta la necesidad una red de urgencias en la ciudad.

Medina, C. (2006) Determinó la asociación entre el estado socioeconómico y la higiene bucal en la dentición primaria de niños preescolares. Material y métodos. Se realizó un estudio transversal en 1,303 niños de 10 escuelas de Campeche, México. Todos los sujetos fueron examinados clínicamente en una silla dental portátil por uno de cuatro examinadores. Se aplicó un cuestionario dirigido a las madres para la recolección de las variables socioeconómicas y socio demográficas, incluyendo variables de actitud hacia la importancia de la salud bucodental. Se evaluó la higiene bucal tomando en consideración la frecuencia de cepillado dental y la presencia de placa dento bacteriana. El análisis se realizó en STATA 8.2® utilizando pruebas no paramétricas. Resultados. La media de edad fue 4.36 ± 0.79 años y 48.3% de los niños

examinados fueron mujeres. Del total de los niños bajo estudio, 17.8% (n = 232) fueron asignados al grupo de higiene bucal inadecuada, 50.9% (n = 663) al de regular, y 31.3% (n = 408) al de adecuada. Quienes presentaron más frecuentemente higiene bucal inadecuada ($p < 0.05$) fueron los hijos de madres con actitud negativa hacia la salud bucal, los que solamente tenían acceso a servicios públicos de salud, y los que no utilizaron servicios dentales en el año previo al estudio. Finalmente, se observó disminución de higiene bucal apropiada conforme disminuía el nivel socioeconómico (NSE). Conclusiones. Los hallazgos de este estudio muestran que la higiene bucal estuvo asociada al NSE. Esto implica que si se desea disminuir las desigualdades en salud bucal, las estrategias que se diseñen y los recursos que se destinen a estos objetivos deben tener en cuenta las diferencias existentes entre los grupos con mayor y menor desventaja social.

Suárez, M. (2000) El conocimiento de esta relación favorece la equidad del acceso al cuidado de salud. Estudiamos el uso de servicios, por la población adulta entre 16 a 65 años por 3 años, en tres poblaciones rurales del Perú. Se tomó una muestra representativa de hogares con niños menores de 3 años. Entre 28 y 34 por ciento de la población adulta, alrededor de las dos terceras partes de los menores de 3 años, tuvieron una enfermedad o accidente el mes previo a la entrevista. Menos de 45 por ciento consultaron por estos problemas. Alrededor de la quinta parte de dichas consultas se realizó fuera de la red de servicios de salud, (farmacias, medicina tradicional u otro personal no profesional). La tercera parte de los niños y adultos consultaron en algún servicio sobre su problema de salud. Entre quienes no buscaron asistencia médica, el factor desmotivador más importante fue el económico, y en menor medida el no considerar su problema importante. Se concluye que en las zonas

estudiadas existe alta morbilidad y baja tasa de uso de servicios de salud. Esta pobre utilización se mostró dependiente de factores posibilitadores (económicos), predisponentes (etno-culturales) y de los propios servicios. Ello configura un patrón inequitativo en la accesibilidad a los servicios de salud, el cual es necesario modificar. Los médicos de familia y generales, deben tener rol central en la búsqueda de servicios más equitativos.

1.5. Justificación de la investigación

La caries dental está considerada dentro del calendario epidemiológico, como una de las principales causas de morbilidad que tienen un impacto en las condiciones sociales que impacta sobre la salud oral.

Las condiciones de salud oral de la población según los determinantes sociales ha aumentado ya que ni existe un cambio en la política de estado para la mejora de ello, por eso que en este trabajo de investigación es necesario conocer las barreras por la cual la población limita la búsqueda de atención, las mismas que se transformen en una demanda y que se reflejen en las estadísticas que permitirá implementar las estrategias necesarias para proporcionar una adecuada atención.

1.6. Limitaciones de la investigación

Lo explicado en la justificación da respuesta a los alcances del estudio que se persiguió demostrar la evaluación de números de caries según los determinantes

de salud en la atención Odontológica que es el problema de la salud oral en nuestro país.

La falta de tiempo de los pacientes para responder el cuestionario y la extrañeza para firmar el consentimiento informado.

1.7. Objetivos

- Objetivo general:

- Evaluar el número de caries según los determinantes de atención odontológica en el Centro de Salud San Borja.

- Objetivos específicos:

- Evaluar el número de caries según los determinantes sociales (edad, genero, estado civil, numero hijos) de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja.
- Evaluar el número de caries según los determinantes culturales (grado de instrucción, ocupación, credo, religión) de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja.
- Evaluar el número de caries según los determinantes económicos (ingreso familiar) de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja.

II. MARCO TEORICO

2.1. Marco conceptual

Caries dental

La caries dental es una enfermedad progresiva, de las estructuras dentales duras que se caracteriza por la descalcificación de los tejidos del diente, al examen clínico se observan “manchas blancas “, en sus etapas más avanzadas, se presentan cavidades en esmalte y dentina, con las consecuencias de inflamación y dolor, si no se realiza un tratamiento, la caries seguirá destrozando el diente y en el tiempo ocasionara mayor dolor, infección aguda, infecciones locales y sistémicas complicándose órganos como oídos, riñones, articulaciones y corazón. La pérdida de dientes produce alteración de la fisiología del sistema masticatorio, el aparato digestivo y a la salud general. Estas condiciones afectan la calidad de vida de la población. Con una intervención temprana, la caries dental puede prevenirse o tratarse a un costo reducido.

En nuestro país la caries dental es un problema de salud que afecta a la mayor parte de la población. Las estadísticas del sistema de información de salud (HIS) reportan que las enfermedades bucales de los tejidos duros y blandos, glándulas salivales y anexos ocupan el segundo lugar de la morbilidad general de la consulta externa a nivel nacional. (MINSA- 2002)

La salud bucodental en raras ocasiones pone en peligro la existencia de las personas, sin embargo, afecta directamente la calidad de vida y su autoestima, lo cual establece su importancia como parte fundamental de la vida integral de la población.

La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial transmisible, que tiene alta prevalencia, sin distinción de edad o nivel socio económico, representa un problema de salud pública a nivel mundial.

Están muy bien identificados los factores causales que clínicamente producen la caries. Sin embargo, es probable que estos factores no sean los únicos que intervienen para su presencia, ya que existen condiciones en la vida de una población que pueden predisponer a su padecimiento. Esto provoca que las estrategias planteadas para atacarla a nivel mundial sean insuficientes para erradicar esta enfermedad. (OPS/OM. ,1997)

La Organización Mundial de la Salud ha indicado que los estilos de vida de las personas y las condiciones en las que viven y trabajan, es decir, los determinantes sociales, influyen fuertemente en la salud y longevidad de una población. Los determinantes sociales, por tanto, muy probablemente estén asociados con la prevalencia de caries dental. (OPS/OM. ,1997)

Equidad, Acceso y Políticas de Salud

Acceso y equidad son conceptos que en el marco de análisis y acción de las políticas sociales van de la mano, dos conceptos que configuran un proceso de interacción y conformación de los actores y roles en la sociedad, así el acceso a los servicios públicos, educación, salud, a la información a la libertad de expresión, al empleo, a las decisiones políticas, etc. configuran una forma de desarrollo de la sociedad, y por tanto una forma de medir cuan justa es la sociedad con respecto a sus miembros que la constituyen implicará la medición del acceso a estas oportunidades,

evidentemente no se trata de un tipo de acceso lineal sino que dadas las características de la sociedad van configurando grupos sociales con distintas formas de expresión y actuación, ahí es cuando ingresa el otro concepto que es la equidad, pues puede existir una sociedad más desarrollada o menos desarrollada en función a la equidad que existe no sólo en el acceso a goce y disfrute de lo alcanzado por los individuos en términos sociales, culturales, económicos, políticos, etc., sino también en otros aspectos relativos a la asignación de recursos y oportunidades de desarrollo. (*Vito, 1998*)

La equidad se ha convertido en un término que desde distintos ángulos se ha planteado como principio y objetivo de las políticas económicas y políticas sociales, y que es muchas veces confundida con el término de igualdad; tiene más bien que ver con lo justo, en el sentido de justicia como referida a una creación humana, una norma, una estructura social, por tanto constituye un "valor social". (*Vito, 1998*)

"En este aspecto, es decir la justicia en cuanto valor social, ha estado siempre vinculada por el principio básico, cual es dar a cada uno lo suyo. Pero este principio, que parece tan simple de enunciar, supone el cumplimiento de al menos tres requisitos, cuales son la proporcionalidad, la igualdad y la alterabilidad. Conjuntamente con lo anterior se presenta el problema de dilucidar la relación entre justicia y equidad. Para Aristóteles lo equitativo no es por esencia algo distinto de lo justo sino una misma cosa con ella. La equidad es, en palabras simples, la justicia del caso concreto". (*Caviedes, 1994*)

La equidad adquiere entonces una concepción más amplia, "la equidad es un concepto multidimensional que abarca igualdad de oportunidades y de acceso así

como la distribución del consumo, la riqueza y el capital humano. (...) Las formas en que se manifiesta la falta de equidad y las reacciones que esta suscita varían enormemente de un país a otro, y las diferencias dependen no sólo de la etapa de desarrollo del país sino también del entorno político, la distribución inicial de la riqueza y del ingreso, las normas sociales y una serie de otros factores". (Vito ,1998)

En salud la equidad es uno de los criterios rectores de actuación de las políticas de salud y procesos de reforma en el mundo, lo cual implica distintos niveles de acercamiento a este problema según el país y según la especificidad de los objetivos que se tracen. Para la Organización Panamericana de la Salud la equidad es uno de los principios rectores de su actuación, ello implica dos pautas básicas del entendimiento, respecto a las condiciones de salud y respecto de los servicios de salud; en cuanto al primero, lo que se busca es disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible en las condiciones de salud de la población, y en cuanto a los servicios de salud, la población debe recibir atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera). (Abrantes, 1999)

El acceso: una forma de evaluar la Equidad

Así entonces, se puede manifestar que en salud existen distintas formas de evaluar la equidad, equidad en cobertura, equidad en distribución de los recursos, equidad en el estado de salud, equidad financiera, equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en el uso de recursos; el presente trabajo estudiará los dos últimos términos porque ambos llegan a explicar la demanda de servicios de salud y también cómo la política de salud en nuestro país ha logrado dar una respuesta organizada

(sistema de salud vista desde la oferta disponible: programas de salud y oferta de servicios) a los problemas de salud de la población. Todo ello planteado desde los determinantes del acceso a los servicios de salud.

El acceso debe ser entendido como entrada o ingreso o utilización de un servicio de salud, y debe ser entendido en el sentido más amplio analizando las características de la población (factores determinantes) y de los recursos disponibles (oferta de servicios: uso de servicios), "...el acceso mismo se mide mejor mediante observaciones del comportamiento de las personas, es decir del uso que realmente hacen de los servicios de salud" (Anderse, 1994), (agregaríamos) a partir de sus condiciones socioeconómicas y demográficas, término que se ajusta a lo que pretendemos estudiar; y que difiere del término accesibilidad que está más vinculado al concepto de demanda por servicios de salud ligado a una función del precio, tiempo de transporte y tiempo de espera, así la accesibilidad "es el grado de ajuste entre características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención".(Frenk, 1985)

Es evidente por lo mencionado que el acceso a los servicios de salud viene determinados por varios factores. "En primer lugar, influyen la distribución espacial de la población, las comunicaciones y el grado de heterogeneidad u homogeneidad cultural y étnica. También inciden factores asociados al desarrollo social y a la dinámica económica, tales como el nivel de analfabetismo, la concentración del ingreso y el porcentaje de asalariados. Finalmente, las reivindicaciones de organizaciones con poder político tiene importantes efectos, en la medida en que la

asignación de recursos responde a la capacidad de presión de distintos actores sociales". (OPS-CEPAL, 1997 p. 21)

Así muchos factores determinantes para unos se constituyen en barreras que limitan este acceso y para otros no, ello por la existencia de disparidades en la dotación de activos en la población y por la distribución de recursos entre ellos como por ejemplo el ingreso, así en poblaciones como la del Perú, donde coexisten grandes sectores poblacionales en condiciones de pobreza y pobreza extrema, el acceso a los servicios de salud se ve muy limitado y entonces grandes sectores poblacionales no acceden a estos servicios, encontrando por tanto barreras que impiden el acceso, configurando así un sentido de inequidad en salud. (OMS, 2008)

La equidad en lo que respecta al acceso no implica que necesariamente toda la población reciba los mismos servicios, dicho de otra manera, el hecho que exista acceso a los servicios de salud no necesariamente significa que exista equidad, pues en la provisión de la oferta se definen características que definen la calidad, oportunidad y eficiencia del servicio recibido, y que ello es a su vez dependiente de otras variables como la asignación presupuestal, los recursos humanos con los que cuenta, el desarrollo tecnológico alcanzado y en general las características y el comportamiento de esta oferta sanitaria.

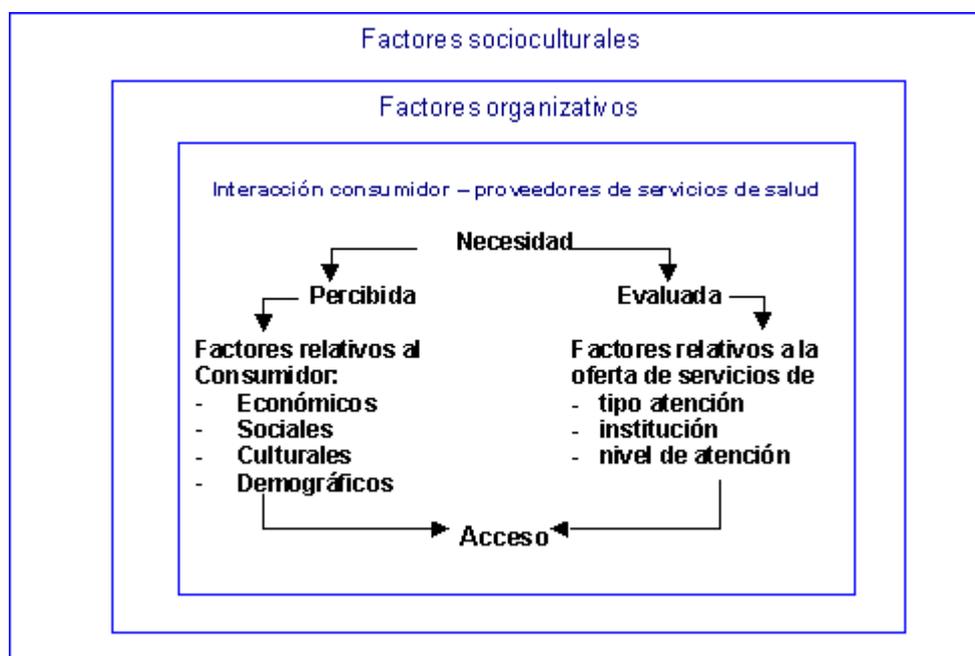
Resulta por tanto necesario entender que un solo aspecto de la equidad como es el acceso no explicará el conjunto de problemas que se tiene para resolverla, es evidente la necesidad acciones más amplias en el ámbito económico social y de las acciones de salud del Gobierno en un plazo más amplio y de alcances que superan el

sólo campo de la salud. Resultando sí indispensable y como un requisito básico para el logro de la equidad, un diagnóstico apropiado de las necesidades de la población y un planteamiento de políticas que resuelvan dichas necesidades y acciones que enfrenten los problemas distintos de poblaciones concretas. Por ello se indica que en el marco de una política integral de salud, debe haber una respuesta organizada con políticas distintas para poblaciones distintas. (Piersanti, 1988)

Factores determinantes del acceso a los servicios de salud

Por lo mencionado el marco que puede expresar la interacción que significa el acceso a los servicios de salud y los actores en un entorno de capacidades y características se puede mostrar en la figura N° 1 (Dever, 1991), el no acceso se da cuando se rompe el flujo circular desde los consumidores o desde los productores de servicios de salud (ausencia de prestación de servicios).

Figura N° 1: Factores determinantes del acceso a los servicios de salud



Los factores que llamamos socioculturales que determinan el acceso a los servicios de salud incluyen tecnología y valores, entendiéndose por el primero como factor socio cultural por el bajo control que se tiene tanto la población como los proveedores, pero que ejerce influencia sobre el uso de los servicios, tomado en el sentido económico se configura como una externalidad que afecta a tanto a quienes demanda y a quienes ofertan servicios de salud. Los valores sociales implican que el acceso y no acceso está también influido por aspectos culturales, étnico o grupo de referencia. (Soberón, 2001).

Los factores de organización son aquellas estructuras y procesos de cómo está organizada la respuesta que ha dado la sociedad al bien salud, estos comprenden la disponibilidad de recursos (volumen y tipo de recursos existentes), la accesibilidad geográfica, accesibilidad temporal, la accesibilidad social (aceptabilidad y capacidad de pagar el servicio), las características de la estructura del sistema de salud y el proceso de prestación de servicios. (Soberón, 2001).

Asimismo hemos configurado factores propios de los individuos como de los prestadores que al final significan una interacción que permite destacar que el acceso viene influenciado por una serie de factores de varios órdenes y que la ruptura de dicha relación significa que uno o varios factores están influenciando negativamente el acceso, pero también por ello debemos entender que están en correspondencia a factores que son superiores como los organizativos y socioculturales.

Por ello, el presente estudio sobre el acceso de la población a los servicios de salud expresado en términos de utilización de los servicios, significará un aporte al

conocimiento sobre los estudios que se realizan en el campo de la salud en el Perú, aporte que permitirá entender la interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios), interacción que viene determinada por una serie de factores ligados con las características del consumidor como con las del proveedor, llegando a un concepto de demanda por servicios de salud, que implica una función dinámica en la que el consumo viene determinado por el proveedor, debido a la asimetría de la información existente.

La situación de salud de la población depende de los acontecimientos en el mundo del trabajo, en los procesos de consumo o reproducción social, en el medio ambiente y en la atención de salud. Estos cuatro ámbitos se deterioraron en las últimas décadas, determinando un cambio en los estilos de vida y en los niveles de ingreso; asimismo los problemas financieros, el incremento demográfico, las variaciones epidemiológicas, la falta de acceso a los servicios de salud y la violencia política influyó directamente sobre la situación de la salud. (Paz, 2008)

La salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social: se ha alcanzado una importante mejora en algunos indicadores de salud del país, sin embargo, existe las inequidades en la salud. La mayor o menor probabilidad de muerte y enfermedad está en función de factores como el estrato socioeconómico, la condición de ruralismo, el aspecto cultural, el género y el nivel educativo en que se encuentren las personas y las comunidades.

Prevalcen, en toda la región, inequidades en el acceso a los servicios básicos de salud pero en las últimas décadas se ha producido una mejoría en la salud de la

población peruana, debido al proceso de urbanización, al aumento del nivel de instrucción y acceso a servicios de saneamiento básico, los cambios en los estilos de vida de la población, los cambios demográficos y el desarrollo de servicios en el primer nivel de atención. Permitiendo incrementar el acceso de grupos marginados a ciertos servicios de salud y mejorar algunos indicadores de salud, en especial la mortalidad infantil de las zonas urbanas, mediante el control de las enfermedades diarreicas e inmuno-prevenibles; sin embargo, en las zonas rurales persisten altas tasas de mortalidad infantil, perinatal y materna (que no se ha modificado sustancialmente en las últimas dos décadas.)

Sin embargo, considerando el contexto latinoamericano, la situación de salud en el Perú es bastante insatisfactoria e inícuca, comparada con países de similar o inclusive menor desarrollo económico. Adicionalmente, la situación de la salud del Perú es muy heterogénea, existiendo grandes diferencias relacionadas con el nivel de pobreza. Las desigualdades sociales, las malas condiciones de vida y el escaso acceso a servicios explican las enormes brechas que existen entre la población urbana y la rural.

Aunque se han logrado notables ganancias en mejorar la salud general de la población en la región en los últimos decenios, las inequidades entre grupos de población permanecen. La importancia de mejorar la equidad en salud y el acceso a la atención de salud se ha convertido en prioridad de la agenda de reforma de salud prácticamente en todos los países latinoamericanos.(OMS,20089

La política de salud en el Perú y el acceso a los servicios de salud

La mayoría de países del mundo tiene en la actualidad procesos denominados de reforma en salud, y es que en muchos de ellos se ha introducido conceptos nuevos para desarrollar capacidades en los agentes, consumidores, proveedores y gobiernos, para hacer un mejor uso de recursos y que se logren mayores beneficios en la salud de las personas. "En la Región de las Américas, la reforma sectorial en salud (RS) se ha planteado como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan.

Los criterios rectores que son comunes a los procesos de reforma en salud son los siguientes: equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. Lo cual nos permite observar la dirección que deberían ir teniendo estos procesos.

En el marco de reforma del sector salud en nuestro país, se ha venido desarrollando una serie de acciones que tienen por objetivo el establecimiento de una nueva organización en la prestación de servicios de salud. Así, se han creado dos formas de organizar los sistemas de salud, uno llamado salud colectiva, vista la salud como bien público y por tanto prioritaria en la atención del Estado en provisión y financiamiento, esta salud colectiva es la salud preventivo promocional y otra es la salud individual, donde existe corresponsabilidad entre el Estado y el individuo sobre la salud de las personas, ello ligado sobre todo a cubrir el financiamiento de los gastos

que involucra las enfermedades en las personas, y que en términos del presente estudio significará para ciertos sectores poblacionales una barrera al acceso de los servicios de salud.

Asimismo, en el marco de la reforma, se han cambiado las normas y el marco regulador - la Ley General de Salud (1997), la Ley de modernización social en salud (1997) y la Ley de creación del Seguro Social de Salud (1998) - generando incentivos para promover los sistemas de previsión públicos y privados, con la intención de aprovechar los recursos en un marco de competencia que mejore la eficiencia en el uso de los recursos.

Producto de ello, ha sido la creación de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), que competirán en la prestación de servicios de la capa simple con Essalud, y competirán en la captación de nuevos afiliados para el seguro independiente. Asimismo, son productos de esta concepción, el seguro escolar y la próxima puesta en marcha del seguro materno, ambos con financiamiento estatal; el seguro universitario (brindado ahora por Essalud) con financiamiento compartido entre los universitarios y el Estado, el seguro del pescador artesanal y el seguro independiente, ambos desarrollados con Essalud y que implican un autoseguro, es decir con financiamiento privado (de los hogares).

Esto estaría llevando a establecer que la población objetivo de estos seguros son los micro y medianos, trabajadores informales y formales (que emiten recibo por honorarios profesionales) y que tengan medianos y altos ingresos.

La reforma en salud en nuestro país, también despliega otras acciones que logren cubrir el enunciado y objetivo de acción de la equidad, así asigna recursos para hacer frente a la enfermedad en poblaciones de mayor riesgo y con menores ingresos o condiciones de vida precarias, para ello plantea dentro de la estrategia de salud colectiva el desarrollo de actividades de prevención, promoción, vigilancia y control de enfermedades más comunes que generalmente ocurren en las poblaciones de mayor riesgo. Todo ello con un concepto que implica subsidios a la demanda, es decir destino de fondos hacia establecimientos de salud que atienden estos caso y en general destinan financiamiento focalizándolos hacia los sectores más desprotegidos que rompa la barrera por ingresos y de modo que se logre un mayor acceso a los servicios de salud.

Así podemos manifestar que en términos de acceso y equidad podemos encontrar barreras también producto de la reforma, pues los incentivos a las reformas organizacionales, como la corresponsabilidad en el financiamiento, Programas de recuperación de costos, medidas de autoaseguramiento, vienen enfocadas hacia la población con mayores recursos, descuidando a grandes sectores poblacionales, dificultando aún más el proceso de lograr la equidad. (OPS/OMS, 1997)

III: METODO

3.1. Tipo de investigación

Descriptiva

Observacional

Prospectivo

Corte transversal.

✓ Diseño de investigación

Investigación de diseño no experimental.

3.2. Población y Muestra

La población objeto de estudio son los pacientes que acuden al consultorio de odontología del centro de salud de san Borja, entre julio y agosto del 2015.

3.2.1. Población

- Pacientes con consentimiento informado
- Pacientes que hayan acudido a atenderse en por lo menos dos ocasiones en el periodo de la investigación.
- Pacientes mayores de 18 y menores de 65 años
- Pacientes que aceptan su participación en la investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes que tienen algún grado de relación o parentesco con el personal que labora en el centro de salud.
- Pacientes que laboran en el centro de salud.

- Pacientes que no se encuentren incorporados en los criterios de inclusión.

3.2.2. Muestra

Se trabajará con la totalidad de pacientes que cumplan los criterios de inclusión durante el periodo de investigación.

El tamaño de la muestra será por conveniencia, se trabajara con pacientes que cumplan los criterios de inclusión

3.3. Operacionalización de variable

Variable Identificada	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
<p>VARIABLE DEPENDIENTE: Numero de caries</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE Determinantes de la atención odontológica</p>	<p>Caries.- La caries es una enfermedad progresiva de las estructuras dentales que se caracteriza por la destrucción de las partes duras del diente.</p> <p>Determinantes.- Son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal.</p>	<p>Son las circunstancias condicionantes que contribuyen a llevar una serie de hábitos y comportamientos de gran influencia sobre la salud</p>	<p>Determinantes sociales</p> <p>Determinantes Culturales</p> <p>Determinantes Económicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sexo • edad • Estado civil • Número de hijos • Religión • Grado de instrucción • Ocupación • Credo • Ingreso económico fam.

3.4. Instrumentos

Para la investigación se utilizará un cuestionario (valido y confiable).

Cuestionario utilizado por Leslie Uceda Aguilar en la investigación: Situación de la Salud Bucal en el Municipio de Orocuina, Choluteca, Honduras -2004 (ver anexo).

El instrumento consta de 4 partes (23 preguntas/datos/información a completar): Datos generales del paciente, Odontograma, Resultados de la evaluación clínica y datos complementarios. El instrumento permite recoger información necesaria para el logro de los objetivos de la presente investigación.

3.5. Procedimientos

La recolección de datos se llevará a cabo a través de una entrevista utilizando como instrumento el cuestionario de investigación.

3.6. Análisis de datos

Por ser variables de tipo cualitativo, se usa una prueba no paramétrica como el chi² Estadístico no probabilístico, trabajando con un nivel de confianza del 95% utilizando el programa SPSS v 20. Se realizara análisis descriptivo y se hará uso de pruebas estadísticas para determinar la asociación entre la variables independiente y dependientes, Los instrumentos serán codificados en forma sistemática.

IV. RESULTADOS

4.1. Contrastación de hipótesis

4.2. Análisis e interpretación

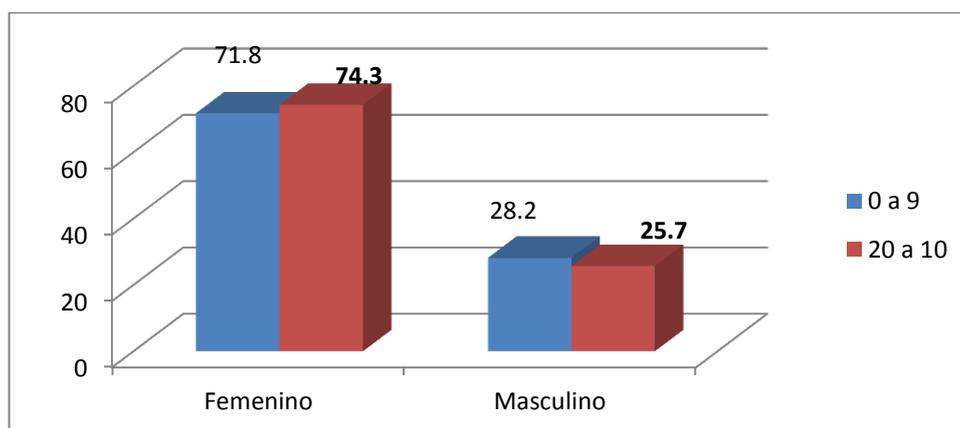
Después de dos meses empleados en la recolección de datos, se obtuvo una muestra de 106 pacientes entre 18 y 65 años, los cuales acudían en por lo menos dos veces a la atención en el consultorio de Odontología en el Centro de Salud San Borja.

TABLA N°1:

Relación entre el número de caries y el género de los pacientes que acuden al Centro de Salud San Borja 2015.

Numero caries	Genero				Total	
	Femenino		Masculino			
0-9	51	71,8%	20	28,2%	71	100,0%
10-20	26	74,3%	9	25,7%	35	100,0%
TOTAL	77	72,6%	29	27,4%	106	100,0%

En los 106 pacientes que acudieron al centro de salud san Borja, se evaluó el número de caries con el género, teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, de los cuales un 71,8%(51) fueron pacientes del género femenino y solo un 28,2% (20) fueron del género masculino; de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries un 74,3% (26) fue del género femenino y sólo un 25,7% (9) fue del género masculino. El número de caries no tiene relación estadística significativa con el género del paciente.

GRAFICO N°1:**TABLA N°2:**

Relación entre el número de caries y el grupo etario de los pacientes que acuden al Centro de Salud San Borja 2015

Numero de caries	Intervalo Edad				Total	
	18-48		49-69			
0-9	43	60,6%	28	39,4%	71	100,0%
10-20	34	97,1%	1	2,9%	35	100,0%
Total	77	72,6%	29	27,4%	106	100,0%

En los 106 pacientes que acudieron al centro de salud san Borja, se evaluó el número de caries con la edad, teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, de los cuales un 60,6% (43) tuvieron de 18-48 años; sin embargo de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries un 97,1% (34) tuvo de 10-20 caries. El número de caries tiene una relación estadística altamente significativa con la edad del paciente.

GRAFICO N°2

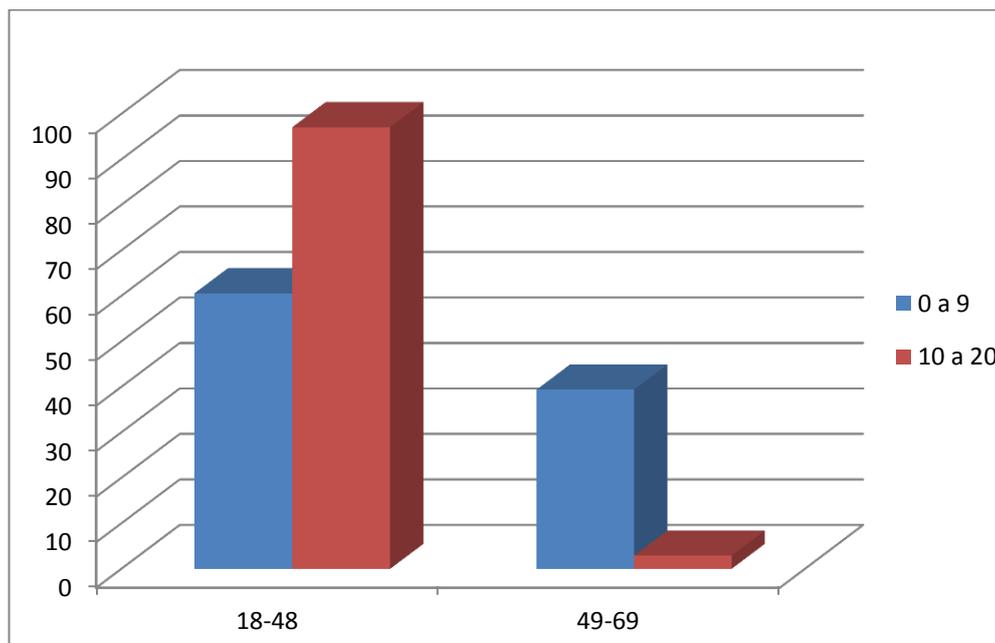


TABLA N°3:

Relación entre el número de caries y el estado civil de los pacientes que acuden al Centro de Salud San Borja 2015

Numero de caries	Estado Civil										Total	
	Soltero		Casado		Viudo		Conviviente		Divorciado			
0-9	33	46,5%	18	25,4%	1	1,4%	14	19,7%	5	7,0%	71	100,0%
10-20	21	60,0%	3	8,6%	0	0,0%	10	28,6%	1	2,9%	35	100,0%
Total	54	50,9%	21	19,8%	1	0,9%	24	22,6%	6	5,7%	106	100,0%

En los 106 pacientes que acudieron al centro de salud san Borja, se evaluó el número de caries con el estado civil, teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, en los cuales un 46,5% (33) fueron solteros y sólo un 1,4% (1) fue viudo; sin embargo de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries, un 60% (21) fueron solteros y solo un 2,9% (1) fueron divorciados. El número de caries no tiene relación estadística significativa con el estado civil del paciente.

GRAFICO N°3

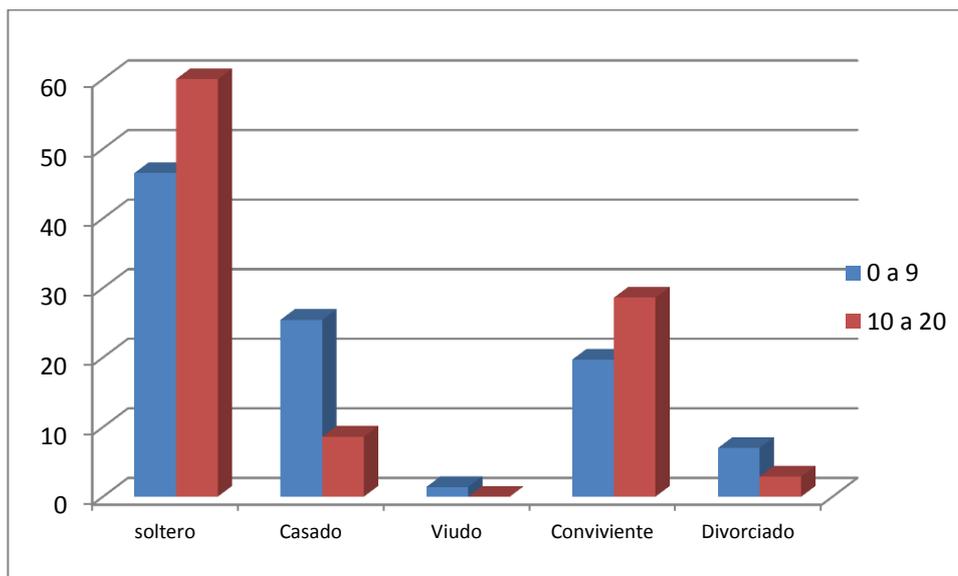


TABLA N°4:

Relación entre el número de caries y el número de hijos de los pacientes que acuden al Centro de Salud San Borja 2015.

Número de Caries	Número de Hijos										Total	
	0	1	2	3	4							
0-9	19	26,8%	26	36,6%	14	19,7%	10	14,1%	2	2,8%	71	100,0%
10-20	19	54,3%	11	31,4%	4	11,4%	0	0,0%	1	2,9%	35	100,0%
Total	38	35,8%	37	34,9%	18	17,0%	10	9,4%	3	2,8%	106	100,0%

En los 106 pacientes que acudieron al centro de salud san Borja, se evaluó el número de caries con el número de hijos, teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, un 36,6% (26) tuvieron 1 hijo y sólo un 2,8% (2) tuvieron 4 hijos; sin embargo de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries, un 54,3% (19) no tuvieron hijo alguno y solo un 2,9% (1) tuvieron 4 hijos. El número de caries tiene relación estadística significativa con el número de hijos del paciente.

GRAFICO N°4

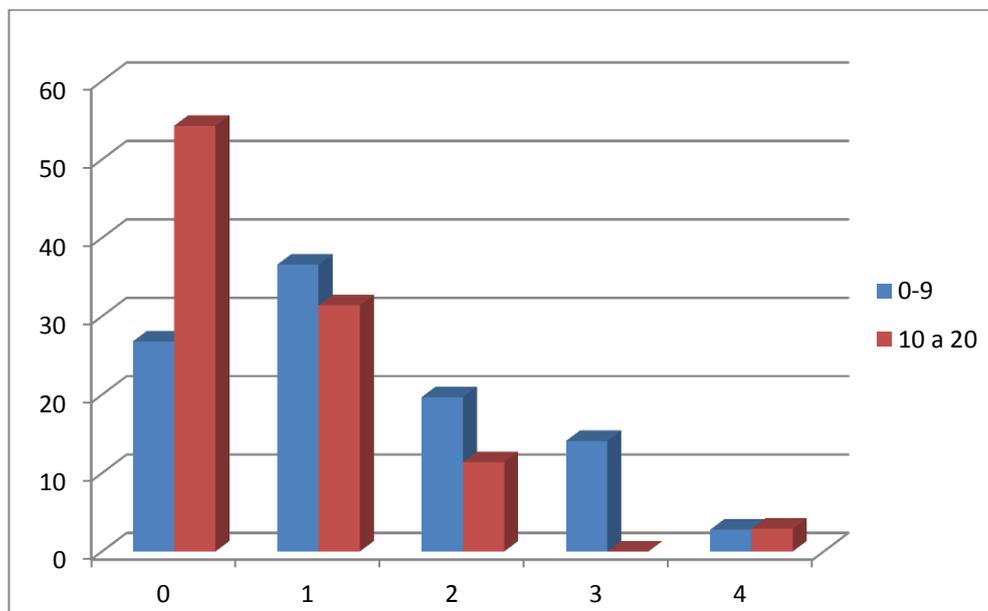


TABLA N°5:

Relación entre el número de caries y la religión de los pacientes que acuden al Centro de Salud San Borja 2015

Número de caries	Religión						Total	
	Ninguna		Evangélico		Católico			
0-9	2	2,8%	13	18,3%	56	78,9%	71	100,0%
10-20	0	0,0%	4	11,4%	31	88,6%	35	100,0%
Total	2	1,9%	17	16,0%	87	82,1%	106	100,0%

En los 106 pacientes que acudieron al centro de salud san Borja, se evaluó el número de caries con el tipo de religión, teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, un 78,9% (56) era católico y sólo un 2,8%(2) no tenía ninguna religión; y de las 35 personas que tenían de 10-20 caries un 88,6%(31) eran católicos y sólo un 11,4% (4) eran evangélicos. El número de caries con el tipo de religión que practican las personas no tienen relación estadística alguna.

GRAFICO N°5

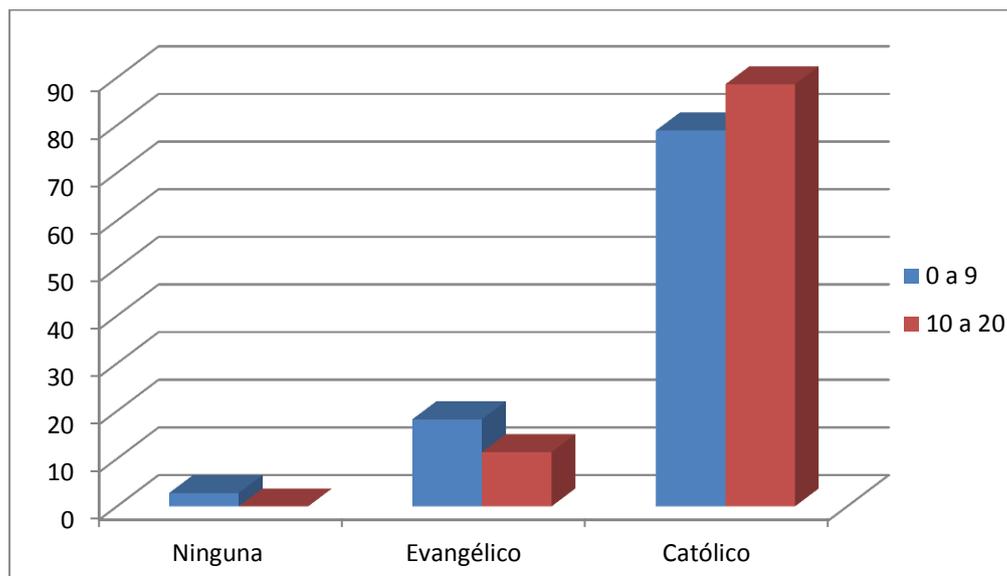


TABLA N°6:

Relación entre el número de caries y el grado de instrucción de los pacientes que acuden al Centro de Salud San Borja 2015.

Número de caries	Grado de Instrucción								Total	
	Primaria		Secundaria		Técnico		Superior			
0-9	5	7,0%	32	45,1%	4	5,6%	30	42,3%	71	100,0%
10-20	5	14,3%	19	54,3%	5	14,3%	6	17,1%	35	100,0%
Total	10	9,4%	51	48,1%	9	8,5%	36	34,0%	106	100,0%

En los 106 pacientes que acudieron al centro de salud san Borja, se evaluó el número de caries con el grado de instrucción, teniendo que: de las 71 personas que tuvieron de 0 a 9 caries, un 45,1% (32) fueron con grado de instrucción secundaria y un 5,6%(4) tuvieron grado de instrucción técnico; y de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries un 54,3% (19) tuvo grado de instrucción secundaria y un 14,3% (5) es de grado de instrucción primaria y técnico

respectivamente. El número de caries con el grado de instrucción de los pacientes si tienen relación estadística.

GRAFICO N°6

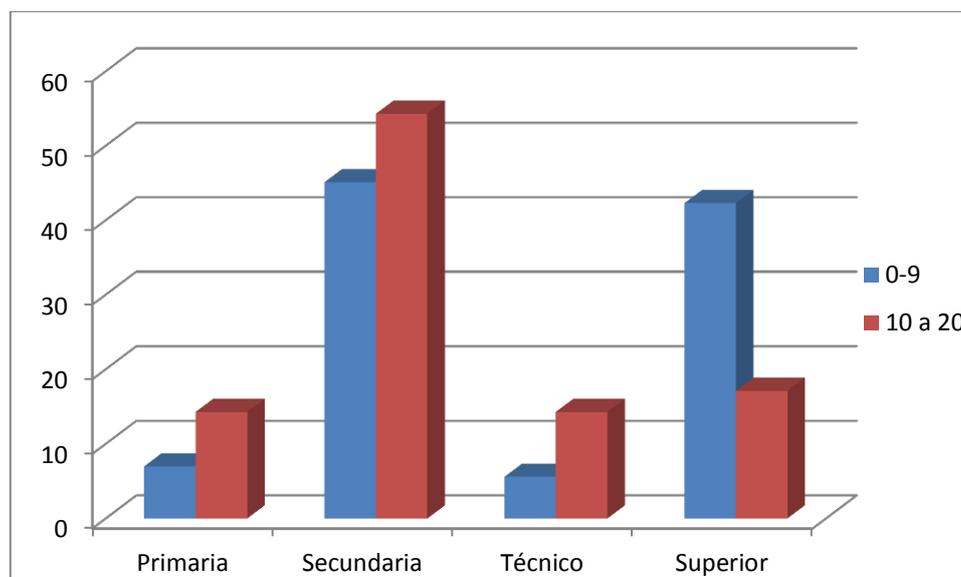


TABLA N°7

Relación entre el número de caries y la ocupación de los pacientes que acuden al Centro de Salud San Borja 2015

Número de caries	Ocupación								Total	
	Estudiante		Su casa		Independiente		Empleado			
0-9	6	8,5%	24	33,8%	17	23,9%	24	33,8%	71	100,0%
10-20	6	17,1%	8	22,9%	7	20,0%	14	40,0%	35	100,0%
Total	12	11,3%	32	30,2%	24	22,6%	38	35,8%	106	100,0%

En los 106 pacientes que acudieron al centro de salud san Borja, se evaluó el número de caries con el tipo de ocupación, teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, de los cuales un 33,8% (24) tuvieron como ocupación su casa o empleados; y de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries un 40% (14) fueron empleados y solo un 17,1%(6) fueron estudiantes. El

número de caries con la ocupación que tengan los pacientes no tienen relación estadística alguna.

GRAFICO N°7

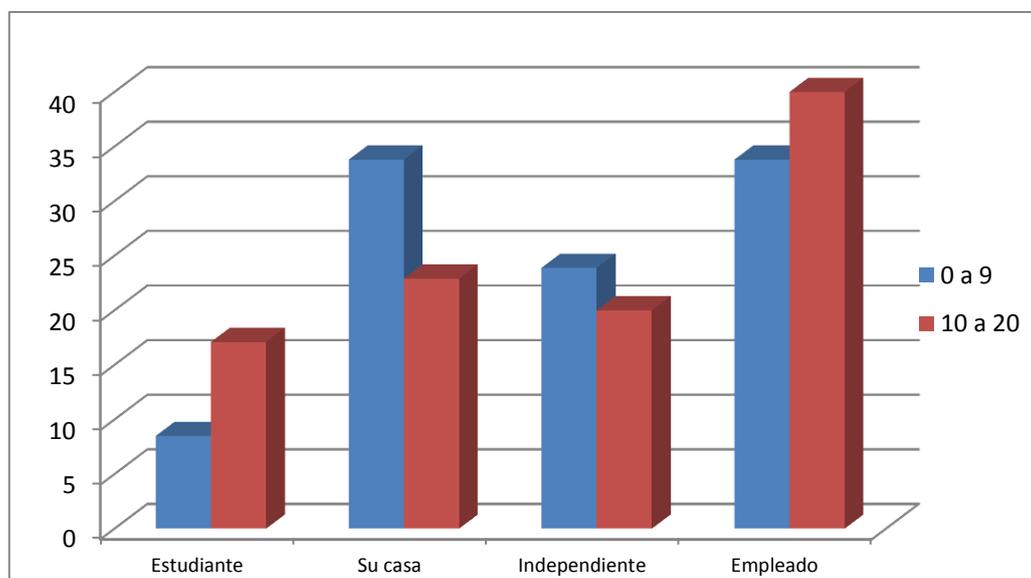


TABLA N°8

Relación entre el número de caries y el credo de practican los pacientes que acuden al Centro de Salud San Borja 2015.

Numero de caries	Creyente				Total	
	Si		No			
0-9	69	97,2%	2	2,8%	71	100,0%
10-20	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%
Total	104	98,1%	2	1,9%	106	100,0%

En los 106 pacientes que acudieron al centro de salud san Borja, se evaluó el número de caries con el credo que practican, teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, en los cuales un 97,2% (69) si fueron creyentes; de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries un 100%

(35) fueron creyentes. El número de caries con el credo que practican las personas no tienen relación estadística alguna.

GRAFICO N°8

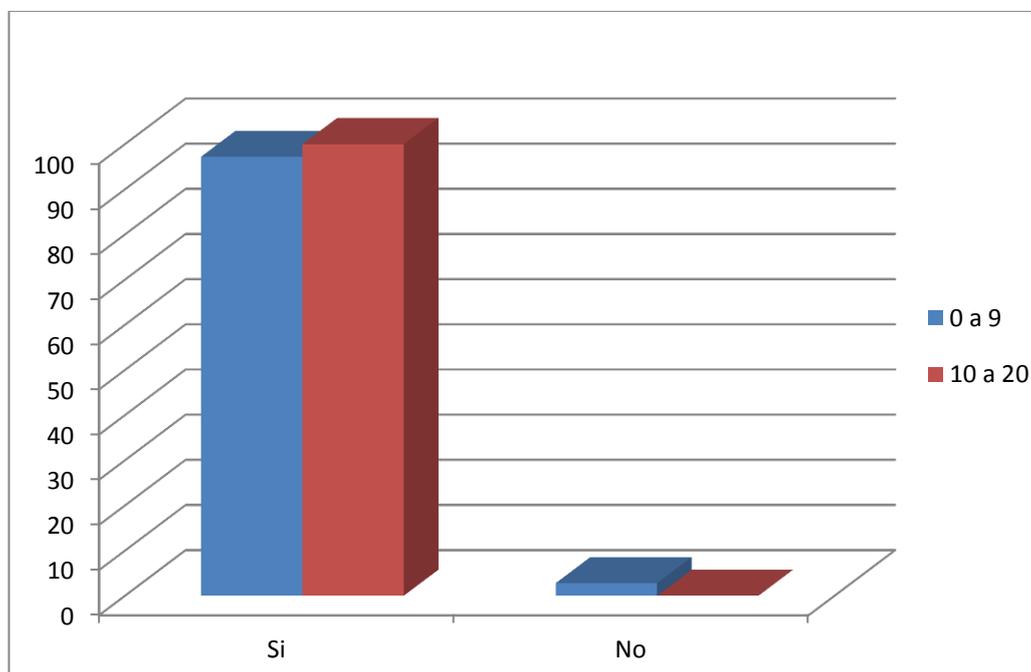


TABLA N°9

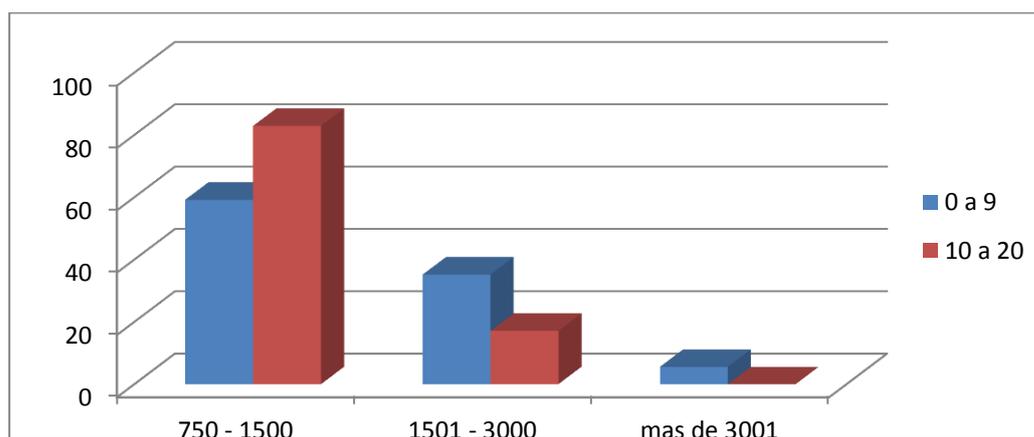
Relación entre el número de caries y el ingreso familiar de los pacientes que acuden al Centro de Salud San Borja 2015

Numero de caries	Ingreso Familiar					Total		
	750 - 1500	1501 - 3000	más de 3001					
0-9	42	59,2%	25	35,2%	4	5,6%	71	100,0%
10-20	29	82,9%	6	17,1%	0	0,0%	35	100,0%
Total	71	67,0%	31	29,2%	4	3,8%	106	100,0%

En los 106 pacientes que acudieron al centro de salud san Borja, se evaluó el número de caries con los ingresos familiares, teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, de los cuales,

se relacionó con los ingresos familiares de 750- 1500 soles en un 59.2% (42) de los pacientes; y sólo un 5,6% (4) tuvo ingresos familiares más de 3000 con ese número de caries; 35 personas tuvieron de 10 - 20 caries de los cuales, en los cuales se relacionó con los ingresos familiares de 750 – 1500 en un 82,9% (29) de los pacientes; y un 0% (0) de personas tuvieron ese ingreso familiar con ese número de caries. El número de caries tiene relación estadística altamente significativa con los ingresos familiares del paciente.

GRAFICO N°9



V. DISCUSION DE RESULTADO

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal el de evaluar el número de caries según los determinantes de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja año 2015. Se consideraron aquellos indicadores relacionados con el modelo de cuestionario de Leslie Uceda (2004) que nos permite la medición del número de caries según los determinantes de la atención odontológica, es decir, las áreas o dimensiones denominadas sociales, culturales y económicas. Se encontró principalmente que en el análisis del total de las preguntas respondidas y la evaluación clínica, se concluye lo siguiente: **Dentro de los determinantes sociales se encontró relación entre el número de caries con la edad** teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, de los cuales un 60,6% (43) tuvieron de 18-48 años; sin embargo de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries un 97,1% (34) tuvo de 10-20 caries.

El número de caries tiene una relación estadística altamente significativa con la edad del paciente, de igual forma se encontró relación con el número de hijos teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, un 36,6% (26) tuvieron 1 hijo y sólo un 2,8% (2) tuvieron 4 hijos; sin embargo de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries, un 54,3% (19) no tuvieron hijo alguno y solo un 2,9% (1) tuvieron 4 hijos.

El número de caries tiene relación estadística significativa con el número de hijos del paciente. mas no se encontró relación alguna con el género y el estado civil, **ahora dentro de los determinantes culturales se encontró relación solamente con el grado de instrucción**, teniendo que: de las 71 personas que tuvieron de 0 a 9 caries, un 45,1% (32) fueron con grado de instrucción secundaria y un 5,6%(4) tuvieron grado de instrucción técnico; y de las 35 personas que tuvieron de 10-20 caries un 54,3% (19) tuvo grado de

instrucción secundaria y un 14,3% (5) es de grado de instrucción primaria y técnico respectivamente.

El número de caries con el grado de instrucción de los pacientes si tienen relación estadística. Más no con la religión, la ocupación y el credo. **Finalmente dentro de los determinantes económicos se encontró relación con el ingreso económico familiar,** teniendo que: 71 personas tuvieron de 0 a 9 caries, de los cuales, se relacionó con los ingresos familiares de 750- 1500 soles en un 59.2% (42) de los pacientes; y sólo un 5,6% (4) tuvo ingresos familiares más de 3000 con ese número de caries; 35 personas tuvieron de 10 - 20 caries de los cuales, en los cuales se relacionó con los ingresos familiares de 750 – 1500 en un 82,9% (29) de los pacientes; y un 0% (0) de personas tuvieron ese ingreso familiar con ese número de caries. **El número de caries tiene relación estadística altamente significativa con los ingresos económicos familiares del paciente.**

En investigaciones realizadas tenemos; el estudio de Medina, C. (2009) que evaluó la asociación entre diversos indicadores socioeconómicos y la utilización de servicios de salud bucal. **Los resultados** sugieren la existencia de desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal en niños mexicanos, Hadad N. (2011) **Que dio a** conocer la asociación existente entre los determinantes sociales de salud y la experiencia de caries dental, **León, R. (2011) Determinó el** grado de asociación entre capital social y experiencia de caries dental, **Medina, C.(2006) Determinó** la asociación entre el estado socioeconómico y la higiene bucal en la dentición primaria de niños preescolares. De lo anterior se demuestra el grado de asociación entre los indicadores socio económico con la salud bucal, entre los determinantes sociales y la caries dental, entre el capital social y la caries dental y finalmente entre el estado socio económico con la higiene bucal.

VI. CONCLUSIONES

- 1. En los determinantes sociales;** se encontró relación entre el número de caries con la edad y el número de hijos ambas con una relación estadística altamente significativa, mas no se encontró relación alguna con el género y el estado civil.
- 2. En los determinantes culturales;** se encontró relación solamente con el grado de instrucción, mas no con la religión, la ocupación y el credo.
- 3. En los determinantes económicos;** se encontró relación con el ingreso económico familiar, con una relación estadística altamente significativa.

VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones similares con muestras equivalentes a los pacientes que acuden durante todo un año calendario.
2. Realizar conversatorios con odontólogos de la Red de Salud Lima Ciudad, a fin de socializar los alcances del presente estudio de investigación.
3. Realizar estudios similares periódicamente a fin de ir mejorando cada las prestaciones odontológicas en el consultorio de Odontología del Centro de Salud de San Borja.
4. Que la estrategia sanitaria de Salud Bucal del MINSA, encamine una reingeniería de las políticas públicas en materia de prevención de caries dental, tomando en cuenta las experiencias exitosas de otros países.

VIII. REFERENCIAS

- Abrantes, R. (1999). Participación social en Salud: Un Estudio de Caso en Brasil; Edic. Salud Pública; Ciudad de México – México.
- Aday L., Andersen, A. (1974). Framework for Study of Access to Medical care. Health Serv. Research; Usa.
- Arredondo, A. (2010). Associated Factors to the Search and use of health services: from the psychosocial to the socio-economic model. Salud Mental; Septiembre; Ciudad de Mexico - Mexico.
- Bursztyn, I. (2010). Notes for studying primary care within the context of segmented health systems. Rev Salud Pública; 12(supl.1): Bogotá - Colombia.
- Caviedes, R. (1994). Subsidios a la demanda en salud. Una alternativa viable. Edic. Libro La salud en Chile; Santiago de Chile.
- De Roux G. (1993). Participación y cogestión de la salud. Educ. Med. Salud;
- Díaz P. y Otros. (2013). Utilización de los servicios médicos en un área de salud. Revista Cuba Hig. epidemiol; N° 51(1); Cuba.
- Donabedian A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública México.
- Donabedian A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad; .Edic Salud Pública México; Ciudad de México - México.
- Frenk J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. En Salud Pública de México; Ciudad de México.
- García J. (2008). Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Rev. Salud Pública; Bogotá Colombia.
- Hadad A. y Otros. (2011). Determinantes sociales de salud y caries dental. Revista Odontol. pediátr. 10 (1); Lima- Perú.
- <http://www.americas.health-sector-reform.org/tesauro/spanish/00000056.htm>
- Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación.; Edic. Cad Saude Pública. Brasil.

- Labra ME. (2002). Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? Edic. Cad Saude Pública. Año; Sao Paulo Brasil.
- Landau M. (2008). Cuestión de ciudadanía, autoridad estatal y participación ciudadana. Edic. Rev. Mex. Sociol. Años; México.
- León Manco y Otros. (2011). Social capital and dental caries experience; Rev. estomatol. Hered; 21(1).
- Medina-S. (2006). Association between socioeconomic status and oral hygiene among preschoolers enrolled in the IMSS preventive dental program in Campeche; Gaceta Médica Mexicana; Ciudad de México.
- Medina-S. y Otros; (2009). Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad; Ed. Cad Saude Publica; Mexico.
- MINSA: (2002) Prevalencia de caries dental, fluorosis de esmalte y urgencia de tratamiento en escolares. Perú/DGE/MINSA Lima
- Mogollón-P. Amparo S. (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia; Cad Saude Publica; Bogotá Colombia.
- OPS – CEPAL. (1997). Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. En Cuaderno Técnico N° 46, (p.21).
- OPS/OM. (1997). "La Cooperación de la OPS ante los procesos de Reforma del Sector Salud", Año; Washington DC – USA
- Organización Mundial de la Salud. (1978) Declaración de Alma-Ata: atención primaria de salud; Ginebra - Suiza
- Organización Mundial de la Salud. (2008) Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca; Ginebra - Suiza
- Organización Mundial de la Salud. (2010) Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal Ginebra - Suiza
- Paz M. (2008) Participación en la gestión y evaluaciones sociales. Tensiones de la gobernanza en el México rural. Edic. Polit Cult; Año; México.

- Piersanti F. (1988) La autogestión en salud. En: Basaglia F et al. La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud. Edic. Nueva Imagen; México D. F.
- Rengifo R. y Otros; (2009) Inequidades en la atención odontológica en una red de salud en Cali; Ed. Rev. Salud Pública; Julio; Bogotá-Colombia.
- Rubio M. (2008) Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. Rev. Salud Pública); Bogotá Colombia.
- Ruiz R, y Otros; (2006) Utilización de servicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga; Revista Salud Pública (Bogotá); Colombia.
- Saliba G. y Otros, (2009) La salud bucal en la percepción del adolescente. Rev. Salud Pública (Bogotá); 11(2): 268-277, Mar.-Abr.
- Santos F, Sousa I. y Otros; (2011) Política de prácticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores; Rev Saude Pública; Año.; Brasil.
- Soberón A. (2001). La reforma de la salud en México. Gac Med Mex.; Ciudad de México.
- Sojo A. (2011). Conditions for universal access to health in Latin America: social rights, social protection and financial and political constraints. Clinic. saude coletiva; 16 (6).
- Suárez B. (2000) Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú; Edic. Med. fam.; Caracas Venezuela.
- Valencia- S., L; y Otros; (2007) Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, Rev. Salud Pública; Bogotá Colombia.
- Vargas-L., y Otros; (2010) Access to health care in Colombia; Rev. Salud Pública 12(5): Oct. 2010; Bogotá Colombia.
- Vito T. (1998) Conferencia sobre la política económica y equidad; Revista Finanzas y Desarrollo. Publicación del FMI; Volumen 35. Número 3.

IX. ANEXOS

Anexo 01: numero de caries según los determinantes de la atención odontologica en el centro de salud san borja año 2015.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES
<p>¿Cuál será el número de caries según los determinantes de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja - 2015 ?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el número de caries según los Determinantes de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja. <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el número de caries según los determinantes sociales (edad, genero, estado civil, numero hijos,) de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja. • Evaluar el número de caries según los determinantes culturales (grado de instrucción, ocupación, credo, religión) de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja. • Evaluar el número de caries según los determinantes económicos (ingreso familiar) de la atención odontológica en el Centro de Salud San Borja. 	<p>No aplica. Investigación descriptiva</p>	<p>Variable dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero de caries • Atención odontológica <p>Variable independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinantes de atención odontológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil, • Número de hijos • Grado de instrucción, • Lugar de procedencia • Ocupación • Sueldo/ingreso • Religión • Lengua materna • Ocupación • Pobreza

ANEXO 02 : definición de términos

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en un establecimiento de salud. Establece el grado de dificultad del paciente para relacionarse con el servicio que ofrece un determinado centro asistencial.
- **Actividades.** Son las acciones dirigidas a eliminar o modificar factores que producen o condicionan un daño o agresión a la salud, en el establecimiento de salud dan lugar a una serie de productos como son las atenciones de consulta externa.
- **Determinantes.-** Son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal.
- **Caries.-**La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.

ANEXO 03:Instrumento de recolección de datos

Numero de caries según los determinantes de la atención odontologica en el centro de salud san borja – año **2015**

Encuesta N° _____

Nombre del Entrevistador _____

Fecha: _____

I. Datos personales

Edad _____ Sexo _____

Estado civil: _____

Número de hijos: _____

Distrito de Residencia _____

Grado de instrucción: _____ Ocupación: _____

II. Ficha del programa de salud oral.

Presencia de enfermedades bucales Si _____ No _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="radio"/>															

<input type="radio"/>									
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

<input type="radio"/>									
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

<input type="radio"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Diente sano /
 Dientes cariado
 Dientes obturados
 Extracción indicada X
 Diente perdido _____

III. Ex:

5 Diente Sano _____

6 Presencia de caries Si _____ No _____

7 Número de dientes cariados _____

- 8 Antecedente de pérdida de dientes Si_____ No_____
- 9 Número de dientes perdidos _____
- 10 Tiempo de haber perdido piezas dentales _____
- 11 Antecedentes de obturación Si_____ No_____
- 12 Número de dientes obturados _____
- 13 Número de extracciones indicadas _____
- 14 Diagnóstico de evaluación _____

IV. Datos complementarios

¿Es usted creyente?: Si No Religión: _____

¿Cuál es su lengua materna?: _____

Los ingresos familiares mensuales oscilan entre:

- a) 750-1500 nuevos soles
- b) 1501-3000 nuevos soles
- c) mayor a 3001 nuevos soles

Gracias por su colaboración

Anexo 04: consentimiento informado

Yo.....identificada con D.N.I....., manifiesto;
que he sido informado (a) sobre la encuesta que me van a realizar, la encuesta
forma parte del trabajo de Investigación NUMERO DE CARIES SEGUN LOS
DETERMINANTES DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL CENTRO DE
SALUD SAN BORJA AÑO 2015, por lo que, comprometo mi participación.

.....
Firma