



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

**“VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL DE LA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA BRINDADA POR LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGÍA EN EL BARRIO MOTUPE EN EL PERÍODO MARZO-
JULIO 2015”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA:

ANDREA CECIBEL ROLDÁN IÑIGUEZ

DIRECTOR:

PSIC. NELSON RAMIRO GUTIERREZ CELI, Mg. Sc

LOJA – ECUADOR

2015

Loja, Agosto 2015

Psic. Nelson Gutiérrez Celi, Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICO:

Que el trabajo de investigación titulado "VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA BRINDADA POR LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA EN EL BARRIO MOTUPE EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2015", de autoría de la señorita egresada de la Carrera de Odontología **ANDREA CECIBEL ROLDÁN IÑIGUEZ**, ha sido dirigida, revisada en su integridad por lo que autorizo su presentación y publicación.

Atentamente,



Psic. Nelson Gutiérrez Celi, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo, **ANDREA CECIBEL ROLDÁN IÑIGUEZ**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximen expresamente a la Universidad nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos o acciones legales, por el contrario de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.



Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

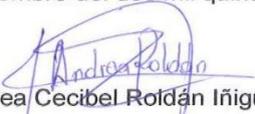
CI. 1104893654

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICIDAD ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, **ANDREA CECIBEL ROLDÁN IÑIGUEZ**, declaro ser autora de la tesis titulada es "Valoración del Impacto Social de la Atención Odontológica brindada por los estudiantes de la carrera de Odontología en el Barrio Motupe en el Período Marzo-Julio 2015", como requisito para optar al grado de: Odontóloga, autorizamos al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio de la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja 06 del mes de Noviembre del dos mil quince, firma la autora.


Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

Cédula de Id: 1104893654

Correo electrónico: andreitar@outlook.com

Dirección: Loja, Cdl. Los Faiques. Calle: Av. Marañón y Río Paute

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director De Tesis: Psic. Nelson Ramiro Gutiérrez Celi, Mg. Sc

Presidente De Tribunal: Dr. Richard Orlando Jiménez

Primer Vocal: Dra. Espec. Claudia Alexandra Gómez Córdova

Segundo Vocal: Dr. Cristian Fabián Palacio Mendieta

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes en el transcurso de esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi familia por su apoyo incondicional.

A la Universidad Nacional De Loja por darme la oportunidad de formar parte de su plantel, de estudiar y ser un profesional.

Agradezco a mis profesores porque durante toda mi carrera profesional todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

1. TÍTULO

**“VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL DE LA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA BRINDADA POR LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGÍA EN EL BARRIO MOTUPE EN EL PERÍODO MARZO-
JULIO 2015”**

2. RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito valorar el impacto social de la atención odontológica brindada por los estudiantes de la Carrera De Odontología en el Barrio Motupe en el Período Marzo-Julio 2015”; se evaluó el impacto a través de las diferencias porcentuales de indicadores de salud bucal antes y después de la acción odontológica, donde la población estuvo representada por 7593 individuos del Barrio Motupe y la muestra constituyó 365 individuos. Las técnicas de recolección fue la observación directa y los instrumentos: preguntas generadoras, cuestionario y fichas de observación; se evaluó el impacto mediante los niveles de motivación, satisfacción y participación reflejados por la comunidad al finalizar la acción odontológica, para ello, se utilizó la encuesta como técnica de recolección y el cuestionario de preguntas cerradas como instrumento. Los resultados arrojaron que el 73.70% recibe los beneficios de la clínica de Odontopediatría del Hospital Universitario De Motupe, esto revela que si bien la comunidad tiende a participar de manera pasiva, se siente conforme con el servicio brindado por los estudiantes.

PALABRAS CLAVE: Impacto social; atención odontológica; satisfacción post-tratamiento odontológico.

3. SUMMARY

The purpose of this research was to assess the social impact of the odontology attention given by the students of Odontology in Motupe neighborhood during the period march-july 2015; the impact was evaluated by the percentage differences of oral health indicators before and after the odontology action, in which the population was represented by 7593 individuals of Motupe neighborhood and the established sample was 365 individuals. The recollecting technique was the direct observation and the instruments: generating questions, questionnaire, and observation sheets. The impact was evaluated by means of motivation, satisfaction, and participation, reflected on the community when the odontology action finished; in order to carry out the evaluation, techniques were as the recollecting technique and as instrument the questionnaire of closed questions. The results evidenced that 73,70 % received the benefits from the Pediatric Dentistry Clinic of the University Hospital of Motupe, this shows that although the community tends to participate passively, it feels satisfied with the service provided by the students.

Key words: social impact, odontology attention, post dental surgical treatment satisfaction

4. INTRODUCCIÓN

En todo servicio de salud, el comparar los resultados obtenidos con metas establecidas y resultados esperados, constituye un paso de suma importancia. Esto es imperante en el proceso de evaluación, control y monitoreo de las actividades realizadas en dichos servicios, en función de la eficacia y eficiencia de las mismas hacia el logro de los objetivos planteados. Es por ello que en la actualidad, surge la necesidad de evaluar programas de atención en salud odontológica comunitaria, no sólo en cuanto a la efectividad en la oferta de buenos tratamientos, sino a la capacidad de impactar en la calidad de vida, asumiendo una concepción salubrista y autónoma, a fin de lograr criterios reales de integralidad en salud y transformar el papel de “observador” o “receptor” asumido por las comunidades, por una posición activa que tome parte en la formulación de soluciones, así como, en la planificación y toma de decisiones sobre los problemas de salud que las aquejan. Hoy en día, la falta de integración de la comunidad a los procesos de salud bucal y la falta de participación activa a través de los procesos de autogestión y autocontrol, representa el principal obstáculo para exigir de forma significativa la posibilidad de que la comunidad sea garante de su propia salud bucal, asumiendo roles protagónicos en los esfuerzos por generar y preservar bienestar, enfatizando en salud y no en enfermedad.

En este sentido, la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja (UNL), a través de la asignatura de Odontopediatría, ha incorporado los planteamientos del modelo docente-asistencial, propuesta que tiene su fundamento en los conceptos del estudio-trabajo, lo que implica una interacción dinámica entre Comunidad-Universidad-Servicios (docentes, estudiantes, instituciones prestadoras de servicios de salud y comunidades), para transformar las condiciones de salud; espacio de acción que permite un acercamiento a la realidad concreta donde se generan los problemas, y hace consciente la necesidad de la interacción para un cambio en la práctica en salud. El propósito fundamental del programa de la asignatura es ofrecer al estudiante una formación en salud odontológica comunitaria, permitiéndole la

aplicación de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, que le sirvan de base para evaluar, prevenir, diagnosticar, pronosticar y tratar enfermedades de la cavidad bucal, en la búsqueda de una educación odontológica preventiva.

Estas prácticas se las realiza en la Clínica de Odontopediatría que se encuentra ubicada en el Hospital Universitario de Motupe, donde los estudiantes llevan a cabo una labor integral con actividades en el área clínica y en el área de práctica profesional de salud pública, realizando acciones integrales de clínica y en comunidades, con la aplicación de técnicas preventivas, de primer y segundo nivel. En el programa comunitario subyace la idea que el estudiante no debe esperar al paciente en la clínica, sino que debe involucrarse en los aspectos familiares, laborales, ambientales, y del contexto en general de los habitantes de cada sector, que serán objeto de atención odontológica integral. Para efectos de esta investigación, una buena acción odontológica comunitaria comprende el logro del cambio significativo en la salud bucal de la comunidad, dada por la motivación, satisfacción y participación en actividades educativas, preventivas y curativas de los estudiantes.

Para medir los resultados de ésta, se hace uso de la epidemiología, entendida como una herramienta aplicada en salud pública, tanto en la planificación, evaluación de programas y calidad asistencial. Para que exista real participación, el profesional de la salud debe conocer a la comunidad donde trabaja, aprender las costumbres, tradiciones y especialmente, la manera de comunicarse, facilitar la aceptación y confianza de parte de la comunidad y de los líderes. Trabajar con la comunidad manteniendo el liderazgo, a fin de mejorar su salud y calidad de vida.

El papel de la comunidad no ha de limitarse a responder sólo a servicios planificados y diseñados desde el establecimiento de salud. La comunidad debe participar activamente en todo el proceso, desde definir los problemas, necesidades de salud, elaborar soluciones y evaluar los programas.

Esta investigación nos servirá para determinar el impacto social de la atención odontológica brindada por los estudiantes de la carrera de odontología de UNL, los cambios que ha generado la presencia de este servicio a la comunidad

tanto a padres de familia como a niños, la calidad de vida creencias y costumbres, observar cuales son las deficiencias, y en que podrían aportar luego de expuesta esta investigación para la mejora de la clínica.

5. REVISIÓN LITERARIA

CAPÍTULO I

1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS REALIZADOS

“Impacto De La Atención Odontológica En Las Ferias Clínicas De Salud Oral Ulacit Durante El I Cuatrimestre Del 2006.”

Las ferias clínicas de salud organizadas por La Facultad Odontológica ULACIT son programas diseñados con el fin de brindar servicio odontológico tanto a personas de escasos recursos como a personas con otro estrato social. Estas ferias se llevan a cabo en los diversos sectores del país y tratan de satisfacer las necesidades de la población en general.

Estos programas favorecen el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Enseñan a las familias temas de manejo de la salud y maximizan los recursos de la misma en la comunidad.

En algunas ferias participan otros profesionales del área de salud para así poder brindar más tratamientos como pruebas de osteoporosis, citologías, ginecología, medicina general, audiometrías, optometrías, etc. (V. Eyleen, 2004)

Para la realización de estas jornadas de trabajo la ULACIT cuenta con unidades dentales móviles que son transportadas a los lugares en donde se realizan las ferias en diferentes comunidades, iglesias (salones parroquiales), empresas (oficinas), salones de baile, club de leones y escuelas (aulas).

Sin embargo, debe tomarse en cuenta que ninguno de estos establecimientos ha sido diseñado exclusivamente para la realización de jornadas de salud por lo que en algunas ocasiones es incómoda su utilización. Existen dos modalidades de ferias: las gratuitas, que se efectúan en conjunto con otras entidades que patrocinan los materiales utilizados con los pacientes, como lo son el Club de Leones, la C.C.S.S, el Ministerio de Salud, las iglesias, el I.N.A y la misma ULACIT. La otra modalidad son las remuneradas, donde participan

empresas privadas y asociaciones que solicitan una feria de salud de varios días para sus empleados. (V. Eyleen, 2004)

Los trabajos dentales son realizados por estudiantes de la ULACIT que aportan horas de trabajo social supervisado por uno o más odontólogos. La ULACIT en un esfuerzo por atender las necesidades dentales de las personas, brinda diferentes servicios como son operatoria, exodoncia, raspados, profilaxis y prevención. (V. Eyleen, 2004)

El Ministerio de Salud de Costa Rica cuenta con un reglamento publicado en La Gaceta que consiste en un subsistema de acreditación de establecimientos utilizados para ferias, busca evaluar la estructura y el proceso de atención de los servicios de salud.

En 1990, La Organización Mundial de La Salud informó que sólo una de cada 10 personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados.

La caries dental constituye una enfermedad de carácter universal, manifiesto su ataque desde el primer año de vida, afecta más o menos el 91% de la población mayor de cinco años de edad y es más frecuente entre las personas de 5 a 14 años de edad.

Las enfermedades periodontales ocurren con mayor frecuencia en personas de mayor edad; sin embargo, junto con la caries constituyen problemas graves de salud, no sólo por su carácter mutilador, sino por las complicaciones sistémicas generadas. (Higashida, 2001).

Es imposible resolver esos problemas con la mera atención odontológica curativa, ya sea a través de instituciones de salud pública o de las privadas. La situación es más grave si se analiza la baja cantidad de recursos humanos enfocada a brindar atención. (Higashida, 2001).

“Impacto social de los programas de salud oral en mujeres gestantes del Centro de Salud Carmen de la Legua Reynoso – Callao 2001”

El estudio buscó establecer si los Programas de Salud Bucal del MINSA han producido impacto social, en los conocimientos, percepciones y prácticas de las mujeres gestantes atendidas en el Servicio Dental del Centro de Salud Carmen de la Legua-Reynoso – Callao.

El estudio fue transversal, cuantitativo-cualitativo, realizado con 44 gestantes y de manera complementaria se entrevistó a los miembros del Equipo de Salud (Odontólogo, Obstetriz y Trabajadora Social) y los Promotores de Salud del Centro de Salud de Carmen de la Legua-Reynoso, de la DISA I-Callao. Se efectuaron entrevistas, aplicación de cuestionarios y grupos de discusión.

El 40% de las gestantes señaló no saber que es la salud bucal u oral, el 31% tiene temor a la atención odontológica, el 86.3% percibe el trabajo del odontólogo sólo como recuperativo-asistencial y aunque discursivamente el 59% señale que es importante acudir al dentista periódicamente no constituye una práctica en las gestantes; lo que evidencia el bajo impacto de las políticas preventivo promocionales de salud bucal en éste segmento poblacional y principal agente de socialización de prácticas de salud.

El excesivo tiempo de espera para la atención en el Servicio dental es referido por el 100% de las gestantes y los promotores de salud como la limitación más relevante para acceder al Servicio Dental.

Se encontró que existe una relación poco significativa entre grado de instrucción y atención de las gestantes en el Servicio Odontológico y una relación significativa entre grado de instrucción y prácticas de salud bucal.

Las mujeres gestantes y sobre todo las que se encuentran en situación de pobreza son consideradas como un grupo particularmente vulnerable, que requiere atención integral de salud; sin embargo sólo se tienen supuestos respecto a las razones que limitan su acceso a los servicios de salud y en especial al Servicio Dental.

Las actividades en el ámbito de la Salud Oral programadas por el Ministerio de Salud y que se realizan a través de los Centros de Salud comprenden acciones: preventivo-promocionales, de capacitación y recuperación entre otras, que se vienen realizando desde hace muchos años atrás en la población; sin embargo al parecer su impacto social es mínimo ya que las percepciones de la población sobre la labor del odontólogo continúan focalizadas en el campo de lo recuperativo-rehabilitador, en desmedro de las otras actividades.

Las investigaciones de los profesionales de la odontología están generalmente orientadas al campo clínico, lo cual es importante; sin embargo se hace necesario tener una concepción integral de la salud, que incluya aspectos socio-culturales de los propios pacientes respecto a los servicios que reciben y como se incorporan a su práctica en la vida cotidiana, como es el caso de las mujeres gestantes, quienes tienen conocimientos y percepciones sobre la atención odontológica, que será socializada a sus hijos (as), extendiéndose la cadena de desinformación y/o distorsión de los servicios profesionales.

El objetivo de la investigación fue establecer si los Programas de Salud Bucal del MINSA han producido impacto en los conocimientos, prácticas y percepciones de las mujeres gestantes atendidas en el Servicio Dental del Centro de Salud Carmen de la Legua - Reynoso; ya que el contenido de las políticas de salud bucal ha tenido una concepción y actividades similares a través de los últimos años; sin embargo no se aprecian avances y logros significativos respecto a su impacto social.

El presente trabajo se realizó en el Centro de Salud Carmen de la Legua - Reynoso, integrante de la IV Red BEPECA-Callao, en el que participaron 44 mujeres gestantes controladas en el referido Centro y de manera complementaria los integrantes del equipo de salud (odontólogos, obstetras y trabajadora social) así como promotores de salud.

“Impacto Del Tratamiento Con Enfoque De Riesgo En Indicadores De Salud Oral Asociados Al Autocuidado De Pacientes De La Clínica De

Pregrado De Odontopediatría De La Universidad De Chile, Entre 2009 Y 2012.”

Se ha demostrado que las patologías bucales de mayor prevalencia, se pueden prevenir con medidas de autocuidado aplicadas desde la gestación o los primeros años de vida del individuo. En este sentido, la atención de Odontopediatría en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, posee un fuerte componente preventivo y está basada en un enfoque de riesgo para enfrentar el tratamiento integral de los pacientes que en ella se atienden y la motivación del autocuidado en sus familias y en la comunidad. El objetivo de este estudio, es evaluar el impacto del tratamiento con enfoque de riesgo en indicadores asociados al autocuidado de pacientes de la Clínica de Odontopediatría de la Universidad de Chile, entre los años 2009 y 2012.

CAPITULO II

2.1 DEFINICIÓN DE IMPACTO

“El impacto social se refiere al cambio efectuado en la sociedad debido al producto de las investigaciones”. Los resultados finales (impactos) son resultados al nivel de propósito o fin del programa. Implican un mejoramiento significativo y, en algunos casos, perdurable o sustentable en el tiempo, en alguna de las condiciones o características de la población objetivo y que se plantearon como esenciales en la definición del problema que dio origen al programa.

Un resultado final suele expresarse como un beneficio a mediano y largo plazo obtenido por la población atendida. (Bonilla, 2007).

Se refiere a los resultados o efectos inmediatos de un proyecto o programa, sino a los cambios duraderos y sostenidos que produce. Esto exige una comprensión de las perspectivas de las partes interesadas en una intervención de desarrollo, así como del contexto socioeconómico y político en que tuvo lugar. (Roche. 2004)

2.2 VALORACIÓN SOCIAL EN ODONTOLOGÍA

La Odontología, como disciplina de la salud, ha tenido una evolución histórica importante en las últimas décadas. Su práctica puede considerarse de carácter social y adquiere un compromiso ético con el bienestar de las personas. En primer lugar, porque reconoce la influencia de factores sociales, políticos y económicos en los ámbitos locales y nacionales como determinantes de la situación de salud y, por ende, de la salud bucal. De otra parte, ofrece enfoques y estrategias para los diferentes individuos y las comunidades, a través de programas de educación, estrategias de información y comunicación, y acciones de atención primaria en salud.

En todo el mundo, el crecimiento y envejecimiento poblacional han provocado una creciente necesidad de atención bucodental. Por añadidura, el incremento gradual de la conciencia, así como de la exposición del público a la “sonrisa perfecta” a través de los medios de comunicación masiva han conducido a un aumento de la demanda de atención odontológica de alta calidad. En la actualidad, no están cubiertas ni las necesidades ni la demanda a escala mundial, pese al hecho de que la salud bucodental es un derecho básico y su contribución a una buena calidad de vida y a la salud general es fundamental.

Si bien muchas de las enfermedades orales son prevenibles, representan una de las causas de morbilidad más comunes en todo el mundo. La mala salud bucodental tiene un profundo impacto en la calidad de vida y el bienestar, así como en el plano económico.

Las causas primarias de las patologías orales son variadas, pero encuentran su raíz predominantemente en las marcadas desigualdades que persisten en el acceso a la atención odontológica. A pesar de que hay más de un millón de odontólogos en ejercicio en todo el planeta, la disparidad de su distribución geográfica redundante en un exceso de oferta en algunas áreas urbanas ricas, que contrasta brutalmente con la escasez crítica que predomina en muchas de las regiones más pobres y apartadas del mundo.

Los servicios de atención bucodental representan una industria importante que genera una facturación considerable. Según la OMS, es la cuarta enfermedad más cara de tratar en el mundo. Por ejemplo, se estima que el gasto total en atención odontológica en Estados Unidos en 2009 ascendió a más de 100.000 millones de USD, y el mercado de suministros dentales en China alcanzará los 3.100.000 millones de dólares en 2012, con una tasa de crecimiento anual del 11%. Además de estos costos directos, también se deben considerar los costos indirectos, incluyendo entre ellos la pérdida de productividad de aquellas personas que sufren de enfermedades bucodentales. Estas últimas son causa de una cantidad incalculable de días de clase y de trabajo perdidos en todo el mundo. En términos de beneficios, la odontología y el resto de la industria de atención bucodental generan una contribución significativa al mercado laboral y

a economía de un país en su conjunto, por lo menos en los países desarrollados.

No obstante, las fluctuaciones de la coyuntura socioeconómica tienen un fuerte impacto en los recursos y políticas de salud bucodental. En tiempos de adversidad económica, se tiende a restringir los recursos destinados a la salud bucodental para redirigirlos hacia áreas y enfermedades en las que la falta de tratamiento genera rápidamente consecuencias más visibles, especialmente en términos de mortalidad.

Las situaciones de inequidad que plantean un mayor compromiso de los diferentes sectores justifican aún más el llamado a la conciencia colectiva desde políticas sociales acordes con la realidad.

Asimismo, las iniciativas de monitoreo y el seguimiento de las actividades encaminadas a mejorar las condiciones de salud bucal no deben desligarse de los conocimientos, actitudes y prácticas de las comunidades y, por tanto, pensar en salud bucal colectiva es hacer un llamado a los profesionales para asumir una posición más crítica con la odontología, como subsector de desarrollo de la salud, que los comprometa con el cambio social. (Suárez; Herrera 2009).

2.3 EVALUACIÓN DE UN IMPACTO SOCIAL

Salamanca define la evaluación de impacto como aquella que se detiene en indagar en los efectos secundarios o colaterales de una intervención social cualquiera, englobando sus externalidades positivas y negativas, efectos directos y secundarios de tipo diferido en el tiempo y que se realiza en dos momentos específicos del ciclo de vida de la intervención social.

Salamanca, asume que el impacto de una determinada intervención social en el caso de este autor, un proyecto social está en relación directa con aquellas externalidades o efectos previstos o no previstos, susceptibles de ser a lo menos observados, sin embargo confunde algunos términos importantes, puesto que afirma que evaluación de impacto es igual a la evaluación ex - post:

“Todo proyecto social busca modificar exitosamente la situación problema que motivó la intervención. En la evaluación ex -post, se hace una distinción típica entre resultado e impacto. El primer término apunta a las modificaciones tangibles, medibles o registrables, usualmente con un instrumento de medición empírica: el segundo; o sea el impacto, agrega los efectos secundarios o colaterales de la intervención, englobando externalidades positivas del proyecto y efectos de tipo diferido en el tiempo.

Aceptando la validez de esta distinción, diferentes factores (la presión del tiempo, el ciclo de inversión pública, el juego político, las restricciones metodológicas) han validado, en los hechos, evaluaciones que son de resultados más que de impactos. En la práctica, la medición de resultados resulta equivalente a la de eficacia o de impacto. Las evaluaciones de impacto ambiental, en la medida en que registran externalidades, constituyen el concepto más cercano al de evaluación de impacto.” (Salamanca, 1995).

“Cohen define evaluación de impacto como la diferencia existente entre un conjunto de características iniciales y las características finales observadas en la ejecución de un programa o proyecto. Este aspecto es nuevo, en la medida que junto a Franco sostenía que la eficacia, entendida como el logro de los objetivos de la intervención social era la medida del impacto.” Por otro lado, Briones parece homologar la evaluación de impacto con la evaluación de resultados, en la medida que afirma que los “resultados de un programa son los cambios o modificaciones que produce en una población”.

La evaluación de resultados más que la evaluación de impacto, pero dado que los objetivos de la evaluación de impacto son precisamente constatar resultados, su definición aparece como demasiado general.

Es aquí en donde comienzan a vislumbrarse los primeros indicios de confusión o anarquía epistemológica respecto de la conceptualización de la evaluación de impacto. En general, las definiciones no son coincidentes y apuntan a horizontes metodológicos distintos.

2.4 LOS INDICADORES EN EL CONTEXTO SOCIAL

Desde mediados del siglo pasado, la ONU (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS), se dio a la tarea de fomentar la generación de estadísticas e indicadores de utilidad para medir el nivel de vida de la población y la situación económica de los países. Poco a poco, en cada nación, se ha ido conformando una infraestructura estadística que ha permitido la descripción, comparación y evaluación de su situación con respecto al resto del mundo. Indicadores de diferente índole han permitido caracterizar y ubicar a los países en una determinada escala según su grado de desarrollo. Los diversos organismos internacionales, entre ellos la ONU, el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y el Instituto de Recursos Mundiales (IRM) se han enfocado a obtener indicadores comunes que permitan evaluar su situación demográfica, social, económica y del medio ambiente con respecto a determinados objetivos y metas de carácter internacional.

Con la celebración, en el siglo pasado, de diversas cumbres mundiales que pretendían reorientar el desarrollo económico hacia la mejora de las condiciones sociales de la población, se ha derivado una serie de compromisos internacionales que han quedado asentados en documentos como el Programa de Acción para el Desarrollo Sustentable o Agenda , así como en plataformas, declaraciones y programas de acción que engloban una serie de objetivos y metas de las naciones, a la cual se debe dar seguimiento y que forma parte de la Agenda Social de las Naciones Unidas. Las áreas en las que se han logrado importantes avances en la identificación de indicadores son demografía, economía y pobreza, educación, salud y nutrición, trabajo y empleo; algunos temas están aún en proceso (como los de medio ambiente) y otros han presentado problemas (por ejemplo, los derechos humanos y el buen gobierno). Actualmente, la Comisión de Estadística cuenta con un conjunto mínimo de 15 indicadores de cada país para el seguimiento de las cumbres mundiales; por su parte, el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE, en cooperación con la ONU, el BM y el FMI, tiene trabajados 21

indicadores de las metas de desarrollo internacional; la Comisión de Desarrollo Sustentable de las Naciones Unidas maneja 57 indicadores, y finalmente la ONU posee un conjunto básico de indicadores sociales que dan cuenta del acceso de la población a los servicios. La OCDE desarrolla y fomenta, entre sus países miembros, una segunda generación de indicadores que muestran no sólo los resultados de la implantación de políticas, sino también los costos, insumos y procesos que participan en la efectividad de las políticas públicas. (Sandoval De Escurdia 2010).

2.5 DATO, MEDIDA Y ESTADÍSTICA

- a) **Dato.**-Un dato hace referencia tanto a los antecedentes necesarios para el conocimiento de algo como a cada una de las cantidades que constituyen la base de un problema matemático y/o estadístico, esto es, constituye un insumo para un proceso de construcción de conocimiento y/o de estadísticas.
- b) **Medida.**- Una medida remite a imponer parámetros de cantidad, peso, volumen. Permite evaluar, en términos cuantitativos, la importancia de un objeto o fenómeno comparándolo con otro de la misma especie. La precisión y valoración son las principales cualidades que una medida permite efectuar entre los diversos objetos, sin embargo, no todas las medidas nos indican algo, en el sentido utilitario y semántico del término, por lo cual, si bien todos los indicadores son medidas, no ocurre igual de manera inversa.
- c) **Estadística.**- Como ciencia pura, la estadística se preocupa por definir, implantar y monitorear las metodologías y requisitos técnicos mínimos que las estadísticas deben cumplir para considerarse válidas, consistentes, confiables y representativas del fenómeno que se está midiendo. Ella define los estándares técnicos y operativos necesarios para la obtención de datos necesarios con validez y utilidad. Las estadísticas son vastas y sirven para diferentes propósitos, entre los que

se encuentran el conteo y registro de los recursos humanos, económicos y materiales de un país o de una empresa con fines de administración; el conocimiento del estado que guardan y la evolución de los asuntos de interés público para su difusión; el registro de los asuntos de la administración pública, y el análisis y estudio de las variables medidas con fines de investigación y orientación sobre nuevas necesidades de generación de estadística y política. Entre las características de una estadística están: el conteo; medida y descripción de los fenómenos; ser exhaustivas, permanentes, técnicas y orientadoras de los procesos para su obtención, y ser suficientemente amplias para que cubran cualquier necesidad de exploración de los fenómenos. Sólo una pequeña proporción de las estadísticas pueden ser consideradas como indicadores; para ello se necesita, además de cumplir con todos los requisitos técnicos de una estadística, que responda a ciertos requerimientos de información representativos del desarrollo económico, social o humano. (Sandoval De Escurdia 2010).

2.6 INDICADORES DE UN IMPACTO SOCIAL

2.6.1 Definición De Indicador

“Se ha establecido un conjunto de indicadores para cada una de las dimensiones, con el fin de determinar la posición de las personas beneficiarias en cada uno de los ejes que intervienen en el proceso de inclusión.”

Una definición posible de indicadores sociales es la de compendio de datos básicos que dan una medida concisa de la situación y cambios relativos a aspectos de las condiciones de vida de la población que son objeto de preocupación social, a partir de la información estadística disponible.

La construcción de indicadores debe responder a varios criterios. Por una parte, la disponibilidad de las fuentes estadísticas básicas: si se trata de

indicadores obtenidos a partir de fuentes no periódicas (como censos de población y vivienda), no será posible seguir en el tiempo si evolución.

Es muy difícil limitar el ámbito de los indicadores sociales, dado que cada uno de ellos sirve para medir una determinada manifestación de la sociedad.

INDICADOR	INSTRUMENTO	CATEGORÍAS	CRITÉRIOS
Aceptación de las actividades del proyecto	Cuestionario de estado de satisfacción	-Máxima satisfacción. -Más satisfecho que insatisfecho -No definido y contradictorio -Más insatisfecho que satisfecho -Máxima insatisfacción	Según puntuación de Cuadro Lógico de ladov y según Índice General de Satisfacción Grupal (IGSG)
Satisfacción en las relaciones interpersonales	Cuestionario de estado de satisfacción	-Máxima satisfacción. -Más satisfecho que insatisfecho -No definido y contradictorio -Más insatisfecho que satisfecho -Máxima insatisfacción	
Participación	Observación Registro de participación en competencias	-Índice Alto -Índice Medio -Índice Bajo	90% o más. Entre 65 y 89% Menos del 65%

Apoyo Organizacional	- Observación - Encuesta a miembros del consejo popular y profesores involucrados.	-Apoyan -Apoyan regularmente -No apoyan	Todos coinciden en que apoyan. Hay diferencia en los criterios Todos coinciden en que no apoyan
Socialización o Integración Social	Integración de la evaluación de los indicadores: 1, 2, 3 y 4.	-Aceptación de las actividades del proyecto -Satisfacción en las relaciones interpersonales -Participación activa en las actividades del Proyecto. -Apoyo Organizacional	Impacto Alto. Cuatro categorías evaluadas favorablemente Buen Impacto Tres categorías evaluadas favorablemente Impacto Bajo. Dos categorías evaluadas favorablemente Impacto Nulo. Una o ninguna categoría es evaluada favorablemente

CUADRO N° 1 Índice General de Satisfacción Grupal (IGSG)

2.7 IMPORTANCIA DENTRO DEL ÁMBITO DE LA SALUD

El término evaluación es controversial por tener muchas acepciones, usualmente asociadas al control. “Evaluar es comprar en un instante determinado lo que se alcanzó mediante una acción, con lo que debería haber alcanzado con una programación previa.” También es entendida como “un proceso de análisis crítico de todas las actividades y resultados con el objeto de determinar la pertinencia de los métodos utilizados y la validez de los

objetivos, la eficiencia en el uso de los recursos y el impacto en relación con los beneficiarios.

2.8 EVALUACIÓN E IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

“El término de evaluación de impacto en este contexto se refiere a la investigación que pretende medir los efectos cualitativos y cuantitativos de la intervención en grupos poblacionales específicos, que indaga en las consecuencias para la salud del paciente, en el proceso clínico, en el proceso docente educativo, en la formación del educando, en la accesibilidad a los servicios de atención, en la aceptabilidad del mismo y su repercusión en el plano económico, así como en la calidad de la atención brindada, en fin, en todos los efectos directos o indirectos que haya tenido el programa durante o después de la intervención en cada uno de los componentes antes mencionados.

Cada uno de ellos incluye numerosas categorías y modos de ser evaluados, de manera que el campo de trabajo de las evaluaciones en la salud llega a ser muy extenso, tanto como tipos de intervenciones y problemas están relacionados con los sistemas de salud.

Cualquiera de estos componentes puede tener que ver con prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación lo que otorga una particularidad al modo como habría que evaluarlo. La tendencia actual es una evaluación más integradora y globalizadora, de manera que refleje en los momentos del proceso, el nivel de desarrollo alcanzado y las manifestaciones después de la intervención en las diferentes unidades y servicios de salud que aspiran a ser centros de excelencia.” (Rev Hum Med 2012)

CAPITULO III

POLITICAS DE SALUD

3.1 SALUD Y SALUD ORAL

“El MAIS-FCI (Modelo De Atención Integral En Salud- Familiar, Comunitario E Intercultural) asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. La salud entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo.

La salud se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.

En palabras de Del Bosque S. (1998) *“La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud”*.

“La salud como productor de desarrollo implica un esfuerzo consciente de los individuos y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, de la generación de oportunidades, adquiere un papel de cohesión social y puede constituirse en una de las fuerzas que juega un papel constructivo en el proceso de desarrollo social.

El cuidado de la salud es un eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir. Como señala

Betancourt Z. (2011) *“la salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida”* (Betancourt Z., 2011)

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general, definida como “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”.

La salud de la cavidad bucal es esencial en funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad, además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera, entre las principales enfermedades de la cavidad bucal, la caries dental y las enfermedades periodontales como las más prevalentes. Otras patologías como las anomalías craneofaciales y maloclusiones tienen una frecuencia media, mientras que el cáncer bucal, las alteraciones de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental son de frecuencia variable. Asimismo, la OMS identifica la caries dental como la tercera patología mundial que afecta en los países desarrollados a más del 95% de la población.

En México, la caries dental perjudica a más del 90% de la población. Entre los registros para valorar la experiencia presente y pasada de caries dental se encuentra el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD). (Cariados, Perdidos, Obturados)

En 1991, la OMS definió la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, los cuales están relacionados entre sí, de forma compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. Ante tal situación, existe una creciente preocupación por conceptualizar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de esta y para la salud. En este sentido, se considera importante conocer la calidad de vida de cada individuo, así como los factores que contribuyen a modificarla de forma positiva o negativa, tanto en el estado de salud general como en el estado de salud bucal.

Al respecto, el reconocimiento de la OMS, en cuanto a la estrecha relación entre la salud bucal y la calidad de vida, la ha llevado a definirla como:

La percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural. (Univ Odontol. 2010)

3.2 DETERMINANTES DE LA SALUD

“Se denomina al Conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son condiciones que determinan la salud. Son un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.

Los determinantes de salud que el MAIS-FCI lo asume es el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son:

3.2.1 Contexto socioeconómico y político.

Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos: a) gobierno en su aspecto amplio, b) políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.), y e) valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad. Aún se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población, aunque ya hay algunos que

demuestran la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido de que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, y logran mejores resultados en algunos indicadores de salud (sobre todo, se ha estudiado la mortalidad infantil) y menores desigualdades de salud.

3.2.2 Posición socioeconómica.

En este apartado también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la pertenencia étnica. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, o grupos que detentan el poder en las relaciones sociales. La desigualdad que se produce se define relacionalmente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas.

Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de «las relaciones de clase, género o etnia injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias», que se denominan clasismo, sexismo o racismo.

3.2.3 Determinantes medio ambientales.

La mayor parte del consumo de agua en el Ecuador es para el riego (80% del total de agua captada). Su uso doméstico es relativamente bajo. Del agua

utilizada para el uso doméstico únicamente el 5% recibe tratamiento; el resto regresa a los afluentes en forma de aguas negras con un alto contenido orgánico y contaminante. El porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por red pública dentro de la vivienda ha crecido progresivamente. Según los datos de las encuestas de condiciones de vida del INEC, en 1995 el promedio nacional era del 37%, en 1999 del 40%, y en el 2006 del 48%.

La proporción de viviendas con servicio de eliminación de excretas ha pasado del 84% en 1995 al 90% en el 2006. La diferencia urbana – rural llega a 11 puntos, y la diferencia por pobreza de consumo es de 1995 pasando del 44% al 49% en el 2006. Las diferencias regionales actuales de falta de alcantarillado son evidentes; mientras que la región Sierra del país tiene el 69% de las viviendas cubiertas, en la Costa y Amazonía la cobertura no llega al 40%. Así mismo se ve una diferencia entre las zonas rurales y urbanas, con una cobertura del 29% y del 95% respectivamente. La cobertura de la recolección de basura llega al 43% en el segmento más pobre (quintil I), y al 94% de las viviendas del quintil V.” (MANUAL DEL MSP 2014).

3.3 Concepto De Odontología

La palabra odontología proviene de los términos odontos (diente) y logos (tratado o estudio), por lo cual etimológicamente significa tratado o estudio de los dientes.

Sin embargo, la odontología es ciencia y arte a la vez: por una parte, requiere de fundamentos teóricos y concepciones científicas acertadas y comprobadas; por otra, exige habilidad y manejo de técnicas y procedimientos para ejecutar ideas relacionadas no sólo con los dientes, sino con todas las estructuras de la boca.

“La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías),

caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.” (OMS, 2014)

La odontología preventiva es actitudes, aspecto que comprende el cambio en la escala de valores, cuyo valor más alto es el mantenimiento de la salud bucal. Se puede definir como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaurar la salud del individuo mediante la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal. Por lo general, las personas acuden a consulta odontológica cuando padecen caries avanzada o sus complicaciones, y muchas veces lo hacen cuando ya es imposible conservar los dientes. Por ello, la tendencia actual de la odontología es la prevención. (HIGASHIDA, 2009)

3.4 PLAN NACIONAL DE SALUD ORAL

“El Plan de Salud Bucal, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria, tiene un enfoque en la Promoción y Prevención , estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica, además busca articularse con los programas de atención a las personas, a fin de mejorar la calidad de salud y vida, eliminando las disparidades sanitarias y facilitando la colaboración entre las personas, profesionales de salud, comunidades y de todos los niveles de la sociedad.

La salud bucal está dirigida a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables, además está basada en el principio de atención de calidad y de ser accesible a todos. Las intervenciones tienen énfasis en la educación de la salud bucal, la prevención y el control de la morbilidad de las principales patologías en especial de la caries dental.

Además el énfasis en la investigación en salud debe ser continuo y los sistemas de vigilancia epidemiológica y de información gerencial coordinada deben partir de realidad de la comunidad.

Para que este Plan alcance sus objetivos, es fundamental promover que la comunidad se comprometa con este, entendiendo su importancia como parte

integrante y activa del proceso social, económico y cultural enfocando a la salud bucal dentro del concepto de mejorar la salud general. La salud bucal está relacionada directamente a los problemas sociales de las comunidades.

La participación e integración de las comunidades es fundamental. Los principios básicos de la atención primaria son tomados en cuenta en los programas de salud bucal colectivos, para que se obtengan soluciones durables con la participación de la comunidad y la cooperación e integración multisectorial. Tomar estas medidas evitará que los esfuerzos se transformen en simples paliativos, reafirmando servicios de salud equitativos y de calidad.

La cobertura del Plan será creciente y apoya la intersectorialidad y a la red de servicios de salud bucal. La gestión del Plan es descentralizada y de responsabilidad compartida, la gerencia debe ser participativa como garantía de adecuación del Modelo de Atención a las necesidades del entorno.

Para el control de la calidad de los servicios odontológicos y la práctica profesional se realizará de manera periódica una medición de desempeño para tener un diagnóstico operativo de las áreas y fortalecer la infraestructura, capacidades humanas y equipamiento necesario para su buen desempeño, de esta manera se podrá conseguir un mejoramiento continuo de la calidad en salud bucal.

Los recursos humanos cuentan con un alto nivel académico, continuamente fortalecido mediante programas de capacitación para profesionales en salud bucal logrando crear un enfoque de salud integral e inmersa en la práctica de salud multidisciplinaria.

- **PRINCIPIOS**

El Plan se basa en los siguientes principios:

- Integralidad de Atención
- Intersectorialidad
- Accesibilidad

- Equidad
- Derecho a la salud bucal
- Continuidad en la atención
- Calidad
- Simplificación de técnicas
- Calidez

3.4.1 Misión

Ejercer la rectoría de la salud bucal dentro del Sistema Nacional de Salud para lograr que la población obtenga una atención odontológica integral, transversal, equitativa, con visión intercultural y de género, con calidad y calidez.

3.4.2 Visión

Ser una unidad técnica; con políticas; lineamientos; estrategias claras; eficientes; que garanticen un desarrollo sostenible y sustentable de la salud bucal dentro del Sistema Nacional de Salud.

3.5 Componente De Las Prestaciones De Los Servicios Odontológicos

3.5.1 Enfoque De Calidad

En la prestación de los servicios odontológicos parte de la responsabilidad de involucrar a todos los integrantes de la odontología de este Portafolio y a todas las instancias que componen su sistema organizacional. El mejoramiento continuo se basa en el análisis de las situaciones, sus causas e implementación de procesos para mejorarlos, recurriendo en dichos procesos a un conjunto de técnicas y herramientas y a la participación y compromiso del

recurso humano odontológico, así como a la participación decidida y constante de los directivos del Ministerio de Salud.

La adecuación de la oferta a la demanda se constituye en reto, para ofrecer servicios odontológicos de calidad que contribuyan a satisfacer las necesidades de salud bucal de la población ecuatoriana.

La atención a las necesidades de Salud Bucal de la población ecuatoriana está orientada en el marco de las acciones de promoción, educación y recuperación que serán ofertadas a la población por ciclos de vida con lineamientos establecidos en la Norma de Atención Odontológica de acuerdo al nivel de atención.

3.5.2 Promoción

La Promoción de la salud bucal es el proceso que favorece el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud.

- Promoción para motivar la participación de la comunidad, instituciones y gobierno
- Coordinación entre instituciones del sector salud para determinar compromisos y responsabilidades así como el apoyo en recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de las acciones en salud bucal.
- Participación de la comunidad en acciones de beneficio a la salud bucal.
- El personal odontológico junto con los equipos de salud, promoverá la capacitación para el manejo de medidas preventivas que se realizan en el espacio escolar por los maestros, padres de familia.
- Promoción de la salud bucal por ciclos de vida.
- Monitoreo y evaluación de las actividades de promoción.

3.5.3 Educación

Estas actividades se implementan para impulsar una cultura de salud bucal, modificando actitudes y hábitos y de cambios de comportamiento individual, grupal y familiar.

- Comunicación interpersonal e intermedia que se realiza en la consulta, charlas, demostraciones, videos, socio dramas y prácticas para el autocuidado de la salud bucal.
- Comunicación colectiva, a través de medios masivos como radio, prensa y televisión para desarrollar y formar hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal.
- Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral de individuo.
- Informar sobre las patologías más frecuentes de la cavidad bucal, sus riesgos, su prevención y control.
- Promover el cuidado de los tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal mediante la orientación para realizar el auto examen bucal.
- Lineamientos básicos de cuidados preventivos por grupos de edad.
- Información sobre la enfermedad periodontal
- Motivación para realizar el control personal de la placa bacteriana
- Eliminación de la placa dento bacteriana supra y subgingival
- Promoción de programas de cepillado dental con el sector privado
- Coordinar con Escuelas Promotoras de Salud para incluir el Programa Escuelas libres de caries
- Coordinar para la implementación del programa de limitación de ingesta de alimentos azucarados en el entorno escolar.
- Monitoreo y evaluación de las actividades de educación.

3.5.4 Prevención

Según la Organización Panamericana de la Salud (2009), “La prevención de las enfermedades bucales es la piedra angular de la política de Salud Bucodental de la OPS para la región de las Américas en este marco la prevención de la salud bucal en el Ecuador debe orientarse a:

La prevención está dirigida a enfermedades bucales a nivel masivo, grupal e individual; al mejoramiento de hábitos higiénicos, alimentarios, eliminación de hábitos nocivos, y a la conservación de la dentición temporal y dentición definitiva sanas.

A orientar la vigilancia en el consumo y uso adecuado de fluoruros sistémicos y tópicos, al empleo de medidas de protección específica, al diagnóstico temprano, al tratamiento y control de las patologías más prevalentes. Disminuir el índice de caries dental en la población ecuatoriana a través de programas masivos como el Programa Nacional de Fluorización de la Sal de Consumo Humano:

- Monitoreos periódicos para evaluar el contenido de flúor en la sal, según la dosificación señalada por las normas y especificaciones sanitarias.
- Monitoreos periódicos para evaluar la excreción de flúor en orina humana.
- Estudios epidemiológicos para medir la prevalencia e incidencia de caries cada cinco años (especialmente en el grupo escolar).
- Monitoreo de la comercialización de la sal, para evitar la venta de sal yodada y fluorada en las zonas identificadas como de riesgo.
- Estudios de concentración de flúor en agua de consumo humano, en las zonas de riesgo (dos veces al año es necesario) Implementación a nivel nacional del Programa Nacional de Prevención de la Caries, mediante:
 - 1.- Aplicación de sellantes de fosas y fisuras en los primeros molares permanentes.

2.-Implementación a nivel nacional en los entornos rurales y aislados de la Técnica Restauración Atraumática ART Protección específica contra la caries en población de riesgo biológico, mediante la Implementación del uso apropiado de fluoruros tópicos (pasta dental fluorada, barniz o gel fluorado).” (Plan Nacional de Salud Bucal. Proceso De Normatización Del SNS Área De Salud Bucal Junio 2009)

3.6 Atención Odontológica

La Salud Bucal es un eslabón importante en el ámbito del bienestar bio-psico social de los individuos, ya que las evidencias muestran una estrecha relación entre el estado de salud bucal con la salud integral, que repercute en la calidad de vida de la población.

Las patologías bucales de mayor prevalencia en nuestro país son la caries dental y la enfermedad periodontal de acuerdo al último estudio epidemiológico (1996), el que reveló además que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries dental; el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis, se evidenció también que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión, lo que continua siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente a la población infantil.

Estas patologías se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud públicos del país, siendo importante señalar que estas pueden ser controladas a través de la ejecución de acciones de protección integral de salud, promoción, educación, prevención y recuperación, así como a la vigilancia y al control de estas enfermedades y sus riesgos.

En este sentido, la gestión de la Salud Bucal se desarrolla a través dos ejes de trabajo, uno dirigido a la Programación, Normatización y Evaluación de las acciones y otro, dirigido al desarrollo del componente de los servicios odontológicos en base a niveles de atención. En base a este enfoque integral es necesario contar con el Programa Nacional de Salud Bucal que señala los

caminos posibles para abordar la problemática relacionada con la Salud Bucal.
(PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL: plan de Normatización SNS)

3.6.1 NIVELES DE ATENCIÓN:

La salud bucal es responsabilidad directa del Programa Nacional de Salud Bucal en el cual se planifica, norma y gerencia. La prestación de servicios de salud bucal se realiza en establecimientos organizados de acuerdo al grado de complejidad en tres niveles de atención.

A. Primer Nivel.

Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria. Este nivel de atención está conformado por: equipos básicos de salud (EBAS), unidades móviles de salud, subcentros de salud urbanos y rurales y centros de salud.

B. Segundo Nivel.

Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria. Este nivel de atención está conformado por los hospitales básicos y hospitales generales.

C. Tercer Nivel.

Corresponde a la consulta ambulatoria de especialidad; internación hospitalaria de especialidades. Está conformado por los hospitales generales, hospitales especializados y hospitales de especialidades.

3.7 Programas De Atención Odontológica

Promover, prevenir y proteger la salud bucal de la población para disminuir la carga de morbilidad bucal, coadyuvando a mejorar la calidad de vida.

Analizando la obra del Dr. Fernández (2008) podemos conocer que:

“Son campañas que desde 1996 brindan programas de salud oral, dando una total cobertura en las diversas ramas de la odontología, de fácil acceso, y brindando el equipo, la tecnología y los materiales más modernos y de la mejor calidad para la completa satisfacción de los pacientes. Su tiempo es valioso, las clínicas deben brindar un ambiente apacible con el objeto de que su visita sea más agradable. Todos nuestros trabajos están garantizados, ya que cumplen con un estricto control de calidad. El paciente es lo más valioso ya que sabemos lo importante que es su sonrisa.

Dentro de la amplia gama de servicios, se debe ofrecer: Cuidar la salud bucodental que también es cuidar nuestro aspecto”. (Fernández, O. (2008).

3.8 Calidad De Atención

“La Organización Mundial de la Salud define, la calidad como el alto nivel excelencia profesional y de recursos y un mínimo de riesgos e impacto final para el paciente y un alto grado de satisfacción por parte del paciente.

La calidad en materia de atención de salud tiene dos dimensiones fundamentales:

a) Primera Dimensión Técnica.- que hace que el diagnóstico sea certero, que el tratamiento sea el correcto, es decir el tratamiento propiamente dicho. La calidad de la atención técnica consiste en la ampliación de la ciencia y la

tecnología odontológica de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos.

El grado de calidad es por tanto, la medida en la que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio entre riesgo y beneficio.

b) Segunda Dimensión Impersonal.- es la calidez y los tratos a los pacientes. El manejo de la relación impersonal debe llevar valores y normas socialmente definidos que gobiernen la interacción de los individuos en general, y en situaciones particulares.

Estas normas están reforzadas en parte, por los dictados de ética profesional sobretodo de aquellas que están relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales, ya que el paciente percibe y diferencia cuando existe énfasis marcado en la búsqueda de satisfacción.

El paciente puede estar satisfecho con la atención recibida, aun cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad del tratamiento, e incluso la ética del tratamiento al cual fue sometido.

De tal forma puede concluirse que la calidad no es un concepto absoluto, sino relativo, cabe resaltar que los pacientes son extremadamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente este elemento al juzgar la calidad de la atención. (CHÁVEZ, Jenny, "Percepción de los usuarios sobre la calidez de la atención odontológica determinada por el grado de satisfacción en el centro de salud No. 1 del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Loja durante el periodo Febrero-Julio de 2006").

a) EFICACIA

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y de las de orientación clínica. "la eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central, donde se definen las normas y especificaciones." Cuando determinan que normas deben aplicarse

en una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento clínico. Consiste en el beneficio real para el usuario, es la expresión de los efectos que desea obtener un servicio para mejorar una situación deficiente.

b) EFICIENCIA

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. “Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta.”

La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla.

c) CALIDEZ

La calidez se refiere a la cordialidad, al afecto humano. Tener calidez implica pensar en el bien propio, el bien ajeno y el bien común. No como objetivo final para buscar siempre ser el siervo y esclavo de la gente, sino para efectivamente contribuir de la mejor manera al mundo, y recibir naturalmente retribución por ello.

CAPITULO VI

EPIDEMIOLOGÍA

4.1 DEFINICIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología clínica es una ciencia de desarrollo, relativamente joven, cuyo fin es la medición e investigación de fenómenos en salud, fundamental para el ejercicio de la medicina clínica y práctica de la salud pública. Los métodos epidemiológicos aportan las herramientas necesarias para realizar investigación de la etiología de las enfermedades, desenlaces clínicos, prevención, métodos de diagnóstico, tratamiento, y perfiles de riesgo de los individuos y las poblaciones

Las características personales que interesan a la epidemiología y al epidemiólogo son:

- a) Características demográficas: edad, sexo y grupo étnico
- b) Características biológicas
- c) Factores sociales y económicos
- d) Hábitos personales
- e) Características genéticas

4.2 OBJETIVOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología tiene tres objetivos principales:

- a) Estudiar la aparición, distribución y desarrollo de las enfermedades y describir el estado de salud de las poblaciones como base para el planeamiento, evaluación y administración de los sistemas de proporción y recuperación de la salud.

b) Proporcionar los datos necesarios para la comprensión de la etiología de la salud y la enfermedad.

c) Promover la utilización de los conceptos epidemiológicos en la administración de los servicios.

4.3 EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD.

Es una concepción metodológica y una herramienta para el análisis de la realidad y la transformación de la misma, con la participación activa de la comunidad, constituyéndose en un elemento clave para la implementación del Modelo de Atención.

La Epidemiología Comunitaria se caracteriza por:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

- Los datos epidemiológicos que se generan no tienen un camino unidireccional (desde la periferia hacia el centro) si no que transitan en un camino de ida y vuelta, donde se validan, se enriquecen y finalmente se convierten en elementos fundamentales para el diálogo en y con las comunidades.
- No excluye el uso de la tecnología informática y de las telecomunicaciones, pero se fundamenta en el uso de la palabra, de la escucha, del pensamiento, de la reflexión; habilidades humanas que, hasta donde se conoce, no han sido todavía superadas por ningún software, Smartphone o red neural.
- Es una herramienta de uso popular, sirve para: “conocer mejor la realidad en la que vivimos para poder transformarla”.

- Concibe a la comunidad como un conjunto de personas que comparten un interés o un problema común y no solamente como un lugar delimitado geográfica y demográficamente, por lo general aislado, deprimido y exótico. (Tognoni, 1998)
- Da mucha importancia al papel de la comunidad en el campo de la investigación, que a través de un proceso sistemático y participativo evalúa permanentemente en qué medida el(los) derecho(s) que ha(n) sido reconocido(s) está(n) siendo garantizado(s).

Para su implementación se ha desarrollado una serie de herramientas didácticas, sencillas pero que encierran una gran profundidad de conceptos; tendrán que ser incorporadas en el trabajo de los equipos de salud y de los actores comunitarios.

4.4 CONDICIONES SOCIO- CULTURALES Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Los estratos tienen características diferenciadas, los más pobres enfrentan importantes barreras económicas, geográficas y étnico-culturales para acceder a los servicios de salud. Ello se explica en la política de “autofinanciamiento” de los servicios por los usuarios, ya que el pago de las tarifas –aún de las más bajas- hacen inaccesibles los servicios de salud para las familias que viven en zonas rurales o en situación de desempleo o subempleo.

Sin embargo no sólo existen barreras económicas, también hay barreras culturales como las que se reflejan en las diferentes percepciones del proceso salud-enfermedad, de lo que es “normal”, de los riesgos, de los servicios profesionales que brinda el personal capacitado de salud, entre otros.

4.5 CONOCIMIENTOS DE ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD

La profesión odontológica ha implementado modelos que involucran aspectos cruciales como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; los cuales empezaron a desarrollarse desde hace algunas décadas y hoy continúan vigentes. Éstos tienen estrategias que involucran tanto un componente de bienestar en los colectivos, como el objetivo de atenuar y disminuir los factores de riesgo que ocasionan numerosas patologías bucales. Cualquiera que sea el modelo o estrategia que se posicione en la persona o en su grupo social, el propósito es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, el desarrollo físico y mental de las personas.

Por ello se hace importante considerar el papel del individuo en su propia transformación, en la adopción de hábitos y comportamientos saludables, desde una dimensión integral. Para que realmente haya cambio en el comportamiento, es necesario que el individuo socialmente se promueva hacia un cambio de percepción frente a ciertas cosas; es decir, que el individuo encuentre respaldo social.

Algunos cambios se han logrado paulatinamente con la ayuda de profesionales comprometidos con la sociedad y con su función social, y de los medios de comunicación que recalcan la importancia de mantener una buena salud bucal. Este proceso de modelación de conductas a escala colectiva tiene unos componentes que aunque similares en algunos aspectos, presentan diferencias sustanciales. Nos referimos a la información, la educación y la comunicación.

Una de las comunidades más vulnerables y susceptibles de padecer enfermedades es la infantil. De acuerdo con los datos arrojados en el III Estudio Nacional de Salud Bucal el índice de placa a la edad de siete años es de 1,6 y a los doce años es de 1,2 (niveles clínicos de remoción de placa regulares). En cuanto a la historia de caries dental, la proporción es del 73,8% a los siete años, con prevalencia del 63,8% (presencia de lesiones cavitarias no tratadas); esto en relación con la dentición primaria. A la edad de doce años la historia de caries es del 71,9%, con prevalencia del 57%.

Esta situación hace necesario el prestar especial atención a los niños y empezar a educarlos tempranamente, para que adopten conductas y prácticas que los lleven a lograr y conservar un buen estado de salud. Es el grupo de edad comprendido entre los siete y doce años en quienes el nivel de pensamiento lógico, su capacidad de abstracción y su nivel de entendimiento permiten acciones efectivas para el fomento de la salud teniendo en cuenta el desarrollo del niño desde la psicología evolutiva. No obstante, si se quiere educar a los niños en salud bucal se debe determinar inicialmente qué conocen ellos de este tema, qué acciones realizan para mantener una buena higiene y qué relación existe entre lo que saben, lo que dicen y practican; además de observar cuáles son las expectativas que tienen en cuanto a salud bucal.

Esta investigación se basó principalmente en las siguientes categorías de análisis: “Conocimientos” como todos aquellos contenidos y conceptos que manejan los niños y que corresponden a un saber validado en el ambiente social del mercadeo social en salud; “actitudes” como las motivaciones o estados que generan en ellos una posición de agrado o desagrado ante una situación, como también aquellos hechos en las cuales se les obliga a emitir un juicio de valor sobre determinada característica; “prácticas” como las acciones que involucran al niño y su entorno; “expectativas” como el deseo que se manifiesta frente a cierta situación y “medios de comunicación” como las herramientas cotidianas utilizadas en determinados espacios para promover información y captación de mensajes en promoción y prevención.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo De Estudio

El presente estudio fue una investigación de tipo descriptivo (Estos tipos de estudios también pueden ser denominados como estudios transversales, de corte, de prevalencia, Independientemente de la denominación utilizada, todos ellos son estudios observacionales, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad. A su vez sabemos que pueden ser clasificados en transversales y longitudinales).

Se recolectó información de manera independiente y retrospectiva porque se tomará la información de hechos pasados, respecto a la valoración del impacto social de la atención odontológica brindada por los estudiantes de La Carrera De Odontología en los conocimientos, prácticas y percepciones sobre la salud bucal en los moradores del barrio Motupe.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Universo

El universo fue conformado por los 7593 moradores del barrio Motupe.

Muestra

Estuvo conformada por 365 habitantes del barrio Motupe la misma que se la obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

$$n = \frac{7593*0.5^2*1.96^2}{(7593-1)*0.05^2 + 0.5^2*1.96^2}$$

= 365

FÓRMULA DESGLOSADA

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Criterios de inclusión

- Padres de familia
- Representantes legales de los menores de edad
- Jefes de familia
- Dueños de la vivienda donde habitan los menores de edad
- Docentes especialistas encargados de la clínica de Odontopediatría del hospital universitario de Motupe.

Criterios de exclusión

- Niños menores de 10 años
- Maestros de la escuela donde asisten los niños
- Docentes tutores de clínica

MÉTODOS

- **OBSERVACIÓN INDIRECTA.**
- **ENCUESTA.**
- **ENTREVISTA.**

INSTRUMENTOS

- **FICHAS DE OBSERVACIÓN.**
- **CUESTIONARIO.**
 - **PREGUNTAS GENERADORAS.**

PROCEDIMIENTO

- ✓ El proyecto de investigación se llevó a cabo en el periodo Septiembre-Febrero realizando la obtención del Tema Investigativo, Objetivos, Justificación, Esquema De Marco Teórico Metodología, Materiales, Métodos, Bibliografía, Cronograma y Recursos.
- ✓ Selección de muestra mediante la utilización de fórmulas estadísticas.
- ✓ Después de haber sido aprobado el proyecto investigativo su ejecución será en el periodo Marzo-Julio 2015 en la cual se recolectará la información:
 - Se realizó la preparación de instrumentos para la recolección de información como son: cuestionarios, fichas de observación y guías de entrevistas.
 - Se define a que población se aplicará los diferentes métodos.
 - Entrevista.- personas clave: directores de escuelas, Docentes De La Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe, Directores De Escuela Del Barrio, Dirigentes Barriales Y Párroco Del Barrio.
 - Encuesta.- padres de familia del Barrio Motupe.

- Fichas de observación.- comentarios y notas clave durante la aplicación de encuestas.
- ✓ La recolección de datos se lo realizó a los moradores del Barrio Motupe
- ✓ Tabulación.- se la realizó mediante el programa de Excel en el cual se ingresaron todos los datos adquiridos y este arrojaron las cifras exactas de dicho proceso.
- ✓ Análisis de datos.- cada cuadro se analizó e interpretó de acuerdo a sus datos, y de esta manera se pudo sistematizar la información requerida dando respuestas a los objetivos planteados.
- ✓ Síntesis y conclusiones

PROCESAMIENTO DE DATOS

En la siguiente investigación para asegurarnos la validez de contenido hemos realizado las siguientes acciones:

Una vez fijado el dominio más amplio de contenido en el que vamos a efectuar la selección del conjunto de problemas, el concepto ampliamente documentado en la literatura científica sobre el tema escogido, se determinó también los objetivos, justificación selección de la muestra y el problema, tomando en cuenta que el estudio está basado en dos tipos de información, cuantitativa y cualitativa, se eligió la encuesta mediante cuestionario escrito que se aplicará a un gran grupo de personas, y la entrevista individual para la recolección de información esta nos servirá para obtener información más profunda y concreta para su posterior análisis.

Para el respectivo análisis de datos se realizaron cuadros de tipo estadístico con gráficas que muestren de manera más clara la interpretación de cada uno de estos.

Se realizaron un análisis de cada uno de los cuadros estadísticos con la finalidad de establecer conclusiones de tal manera que sirvan de apoyo posterior.

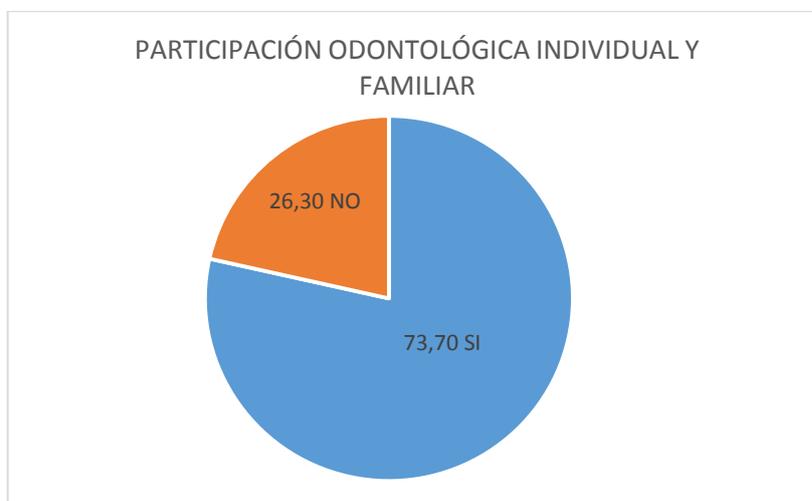
6. RESULTADOS

TABLA N. 1

PARTICIPACIÓN ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL Y FAMILIAR

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Si	269	73.70%
No	96	26.30%
TOTAL	356	100%%

GRÁFICO N. 1



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe
AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

En la tabla se evidencia de acuerdo a la atención odontológica que el 73,7% fueron atendidos por los Estudiantes De La Carrera De Odontología y el 26,3% fue atendido en clínicas privadas, lo cual queda evidenciado que existe una gran afluencia de pacientes en la clínica de Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe del Barrio Motupe.

TABLA N. 2

CALIDAD DE ATENCIÓN

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Bueno	136	37.26%
Regular	71	19.45%
Malo	72	19.73%
No contesta	86	23.56%
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N.2



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe
AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

La evaluación de la calidad, es uno de los factores que conducen a la Garantía de Calidad, mide no solo el impacto sino el desenvolvimiento de la prestación de servicios odontológicos. Como percibe el usuario la calidad de la atención recibida depende fundamentalmente de la diferencia entre lo que espera (expectativas) y lo que percibe (percepción de resultados reales), en esta investigación los usuarios se encuentra satisfechos con la calidad del

tratamiento que recibieron pues el 51% la calificaron como excelente, es decir nuestros pacientes sienten que sus expectativas fueron cumplidas.

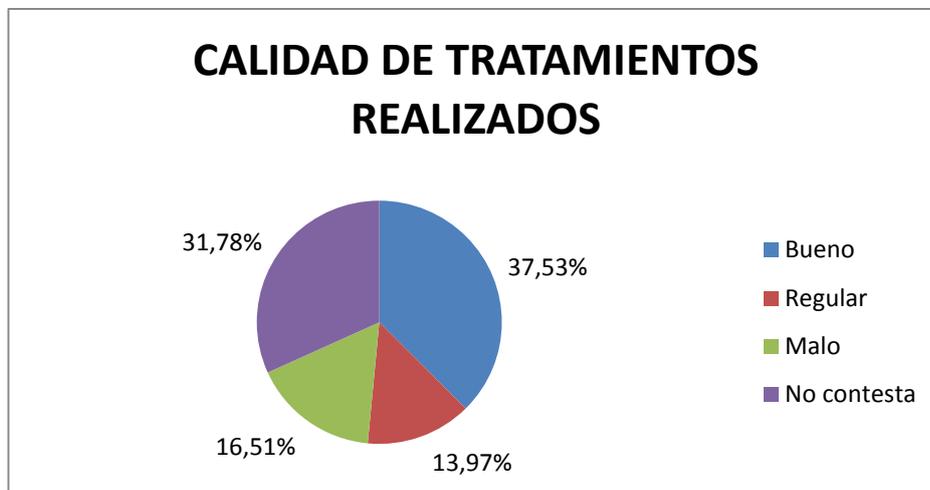
El trato que fueron brindado por parte de los estudiantes de la carrera de odontología hacia los niños pacientes de los mismos se observa que lo calificaron como buena con un porcentaje del 37,2% regular el 19,4 %, malo el 19,7% y el 23,5% no contestan mismos que son los encuestados que no se ha hecho atender en la Clínica Odontopediatría del Hospital de Motupe.

TABLA N.3

CALIDAD DE TRATAMIENTOS REALIZADOS

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Bueno	137	37.53
Regular	51	13.97
Malo	61	16.71
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100

GRÁFICO N. 3



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

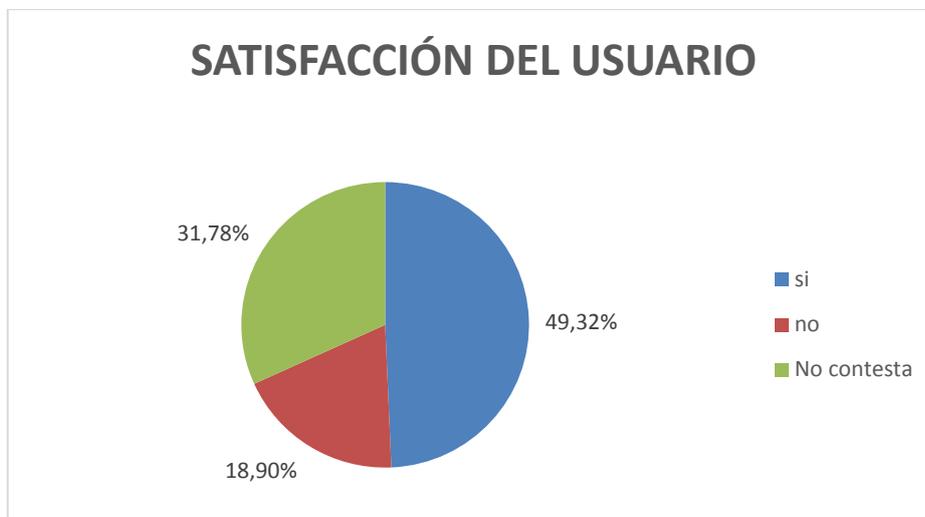
La gráfica muestra que el 37,5% de los habitantes del barrio Motupe consideran que los tratamientos que se realizan en la clínica de Odontopediatría del hospital universitario de Motupe son buenos, mientras que el 13,9% regular, el 16,7% malo y no contestan el 31,7%.

TABLA N. 4

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Si	180	49.32%
No	69	18.90%
No Contesta	116	31.78%
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 4



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

El paciente que recibe un trato cálido y amable se siente satisfecho con la atención recibida, aun cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad del tratamiento, la evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud implican un proceso de identificación y satisfacción de las expectativas de los usuarios. Es por ello que la satisfacción dependerá sobre todo, de la información o expectativas que tenga el usuario acerca de la prestación del servicio.

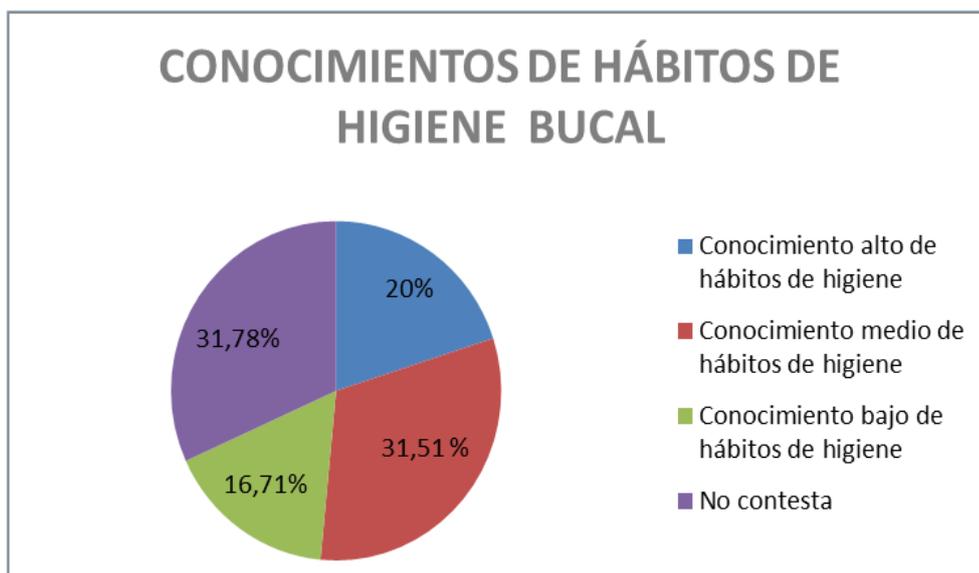
La satisfacción de los padres de los pacientes nos demuestra los resultados que el 49,3% si se siente satisfechos con el servicio y el 18,9% no y el 31,7% no contestan.

TABLA N. 5

CONOCIMIENTOS DE HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Conocimiento alto de hábitos de higiene	73	20.00
Conocimiento medio de hábitos de higiene	115	31.51
Conocimiento bajo de hábitos de higiene	61	16.71
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 5



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

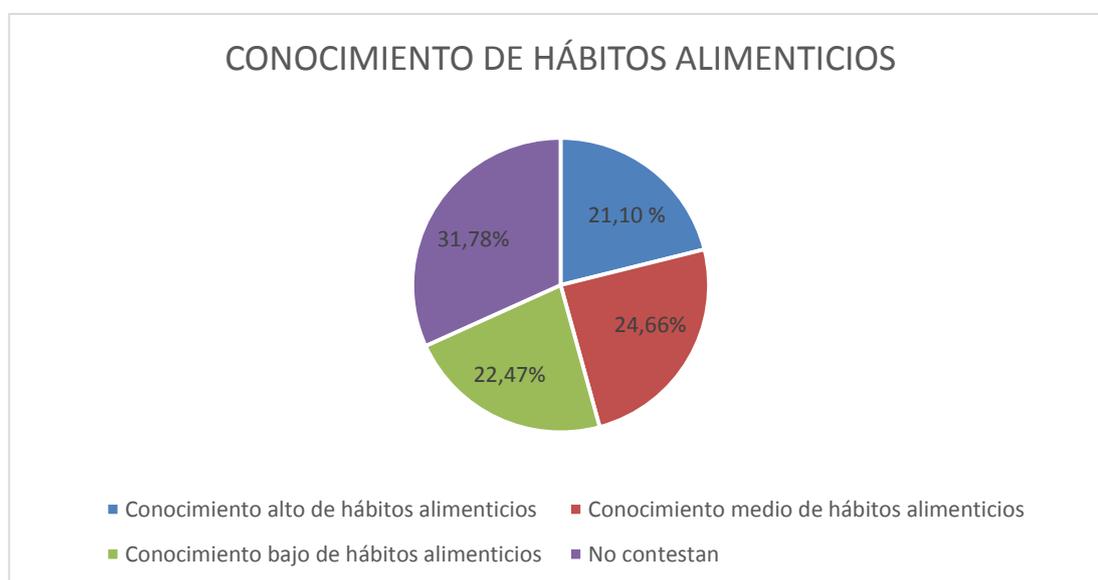
Nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene que manifiestan los padres de los niños que fueron pacientes, el mayor porcentaje que se observa es el 31,5% que es medio, el que sigue es el 20% que es alto, el 16,7% que es bueno y no contestan el 31,7% que pertenecen a los encuestados que no se hacen atender en la clínica de Odontopediatría del hospital universitario de Motupe

TABLA N.6

CONOCIMIENTOS DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Conocimiento Alto De Hábitos Alimenticios	77	21.10
Conocimiento Medio De Hábitos Alimenticios	90	24.66
Conocimiento Bajo De Hábitos Alimenticios	82	22.47
No Contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 6



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

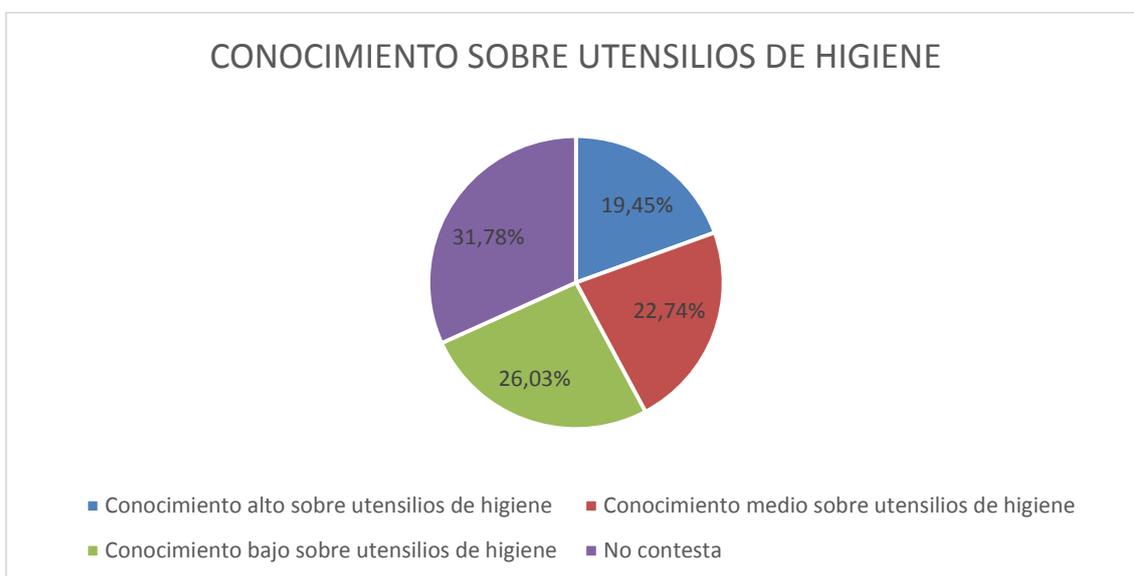
Nivel de Conocimientos con lo que respecta a hábitos alimenticios se observa en la gráfica, el mayor porcentaje el 24,66% que es medio, continuando con el 22,4% que es bajo, el 21,1% que es alto y no contestan el 31,78%.

TABLA N. 7

CONOCIMEINTOS SOBRE UTENSILIOS DE HIGIENE

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Conocimiento alto sobre utensilios de higiene	71	19.45
Conocimiento medio sobre utensilios de higiene	83	22.74
Conocimiento bajo sobre utensilios de higiene	95	26.03
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 7



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

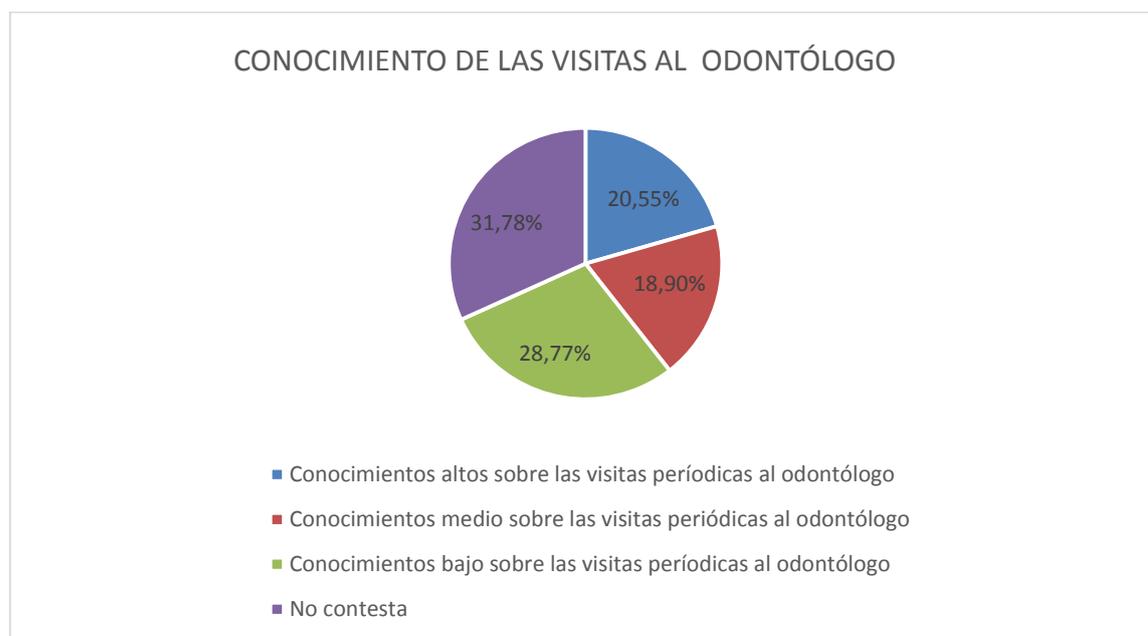
Nivel de Conocimiento sobre el uso de los utensilios de higiene, el mayor porcentaje que se observa es el 26,03% que es baja, continuando con el 22,7% que es media, el 19,4% que es alto, y no contestan el 31,7%.

TABLA N. 8

CONOCIMIENTOS DE LAS VISITAS AL ODONTÓLOGO

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Conocimientos altos sobre las visitas periódicas al odontólogo	75	20.55
Conocimientos medio sobre las visitas periódicas al odontólogo	69	18.90
Conocimientos bajo sobre las visitas periódicas al odontólogo	105	28.77
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 8



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

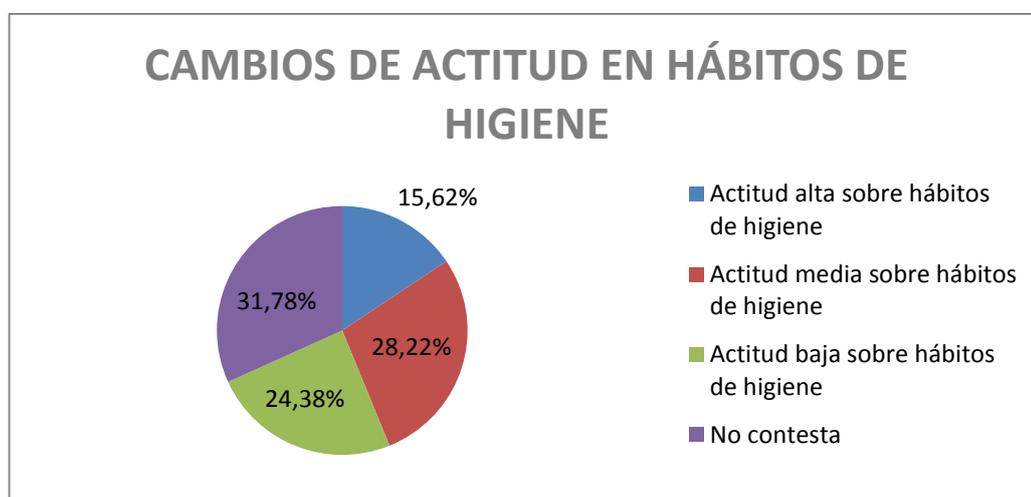
Nivel de Conocimiento de las visitas periódicas al odontólogo, el mayor porcentaje que se observa es el 28,70% que es baja, continuando con el 20,5% que es alta, el 19,9% que es media y no contestan el 31,7%.

TABLA N. 9

CAMBIOS DE ACTITUD EN HÁBITOS DE HIGIENE

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Actitud alta sobre hábitos de higiene	57	15.62
Actitud media sobre hábitos de higiene	103	28.22
Actitud baja sobre hábitos de higiene	89	24.38
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 9



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

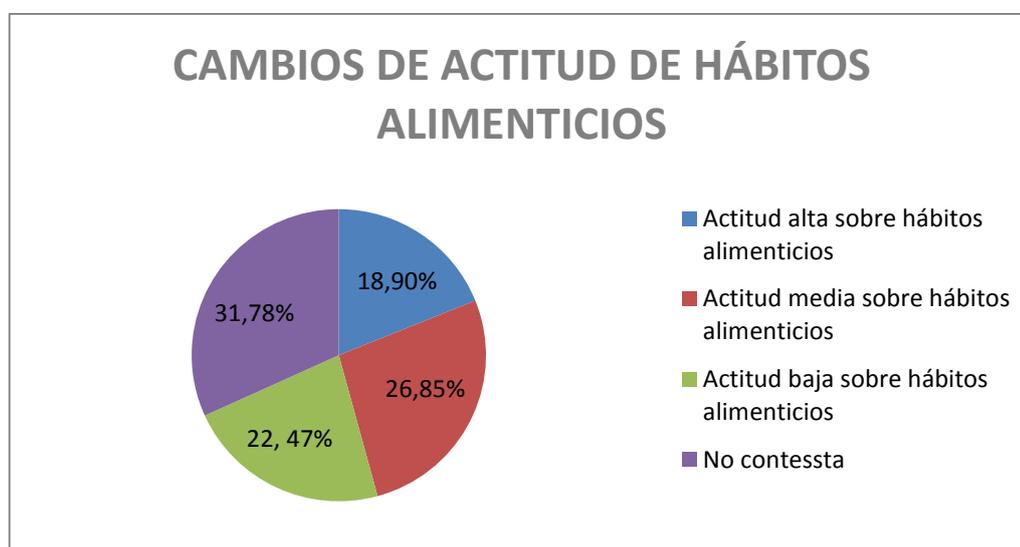
El cambio en la actitud sobre los hábitos de higiene que manifiestan los padres de los niños que fueron pacientes, el mayor porcentaje que se observa es el 28,2%, continuando el 24,3% que es bajo, el 15,62% que es alto y no contestan el 31,7%.

TABLA N. 10

CAMBIOS DE ACTITUD DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Actitud alta sobre hábitos alimenticios	69	18.90
Actitud media sobre hábitos alimenticios	98	26.85
Actitud baja sobre hábitos alimenticios	82	22.47
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 10



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

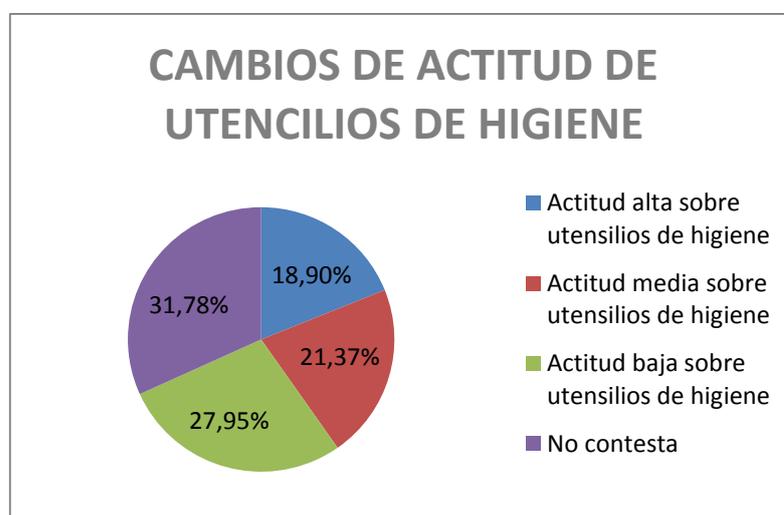
Actitud de hábitos alimenticios se observa, el mayor porcentaje el 26,8% que es medio, continuando con el 22,4% que es bajo, el 18,90% que es alto y no contestan el 31,78%.

TABLA N. 11

CAMBIOS DE ACTITUD DE UTENCILIOS DE HIGIENE

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Actitud alta sobre utensilios de higiene	69	18.90
Actitud media sobre utensilios de higiene	78	21.37
Actitud baja sobre utensilios de higiene	102	27.95
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 11



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

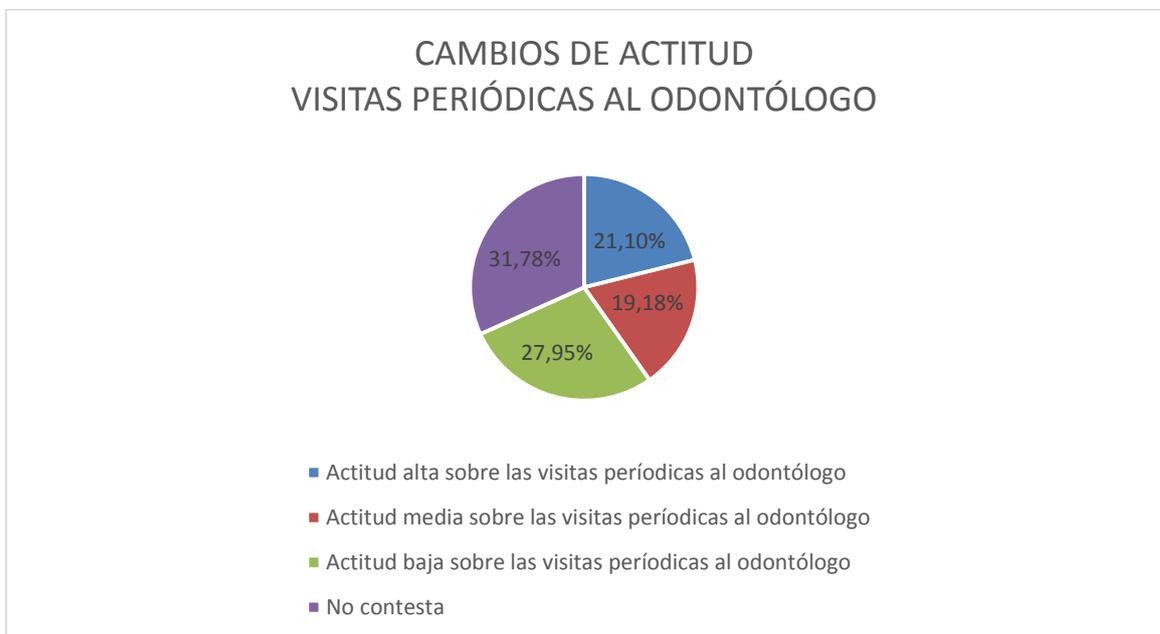
Actitud sobre los utensilios de higiene, el mayor porcentaje que se observa es el 27,9% que es baja, continuando con el 21,3% que es media, el 18,9% que es alto y no contestan el 31,7%.

TABLA N. 12

CAMBIOS DE ACTITUD SOBRE VISITAS PERIÓDICAS AL ODONTÓLOGO

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Actitud alta sobre las visitas periódicas al odontólogo	77	21.10
Actitud media sobre las visitas periódicas al odontólogo	70	19.18
Actitud baja sobre las visitas periódicas al odontólogo	102	27.95
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 12



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

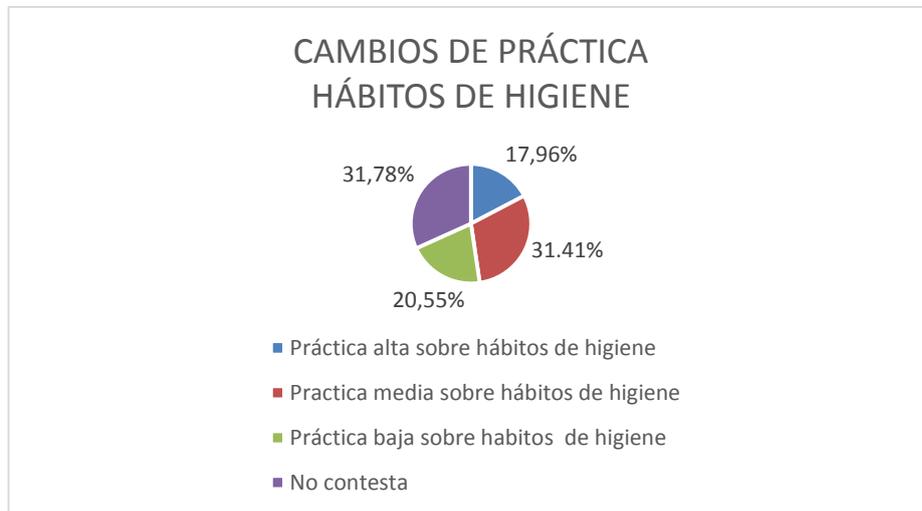
Sobre la actitud de las visitas periódicas al odontólogo, el mayor porcentaje que se observa es el 27,9% que es baja, continuando con el 21,1% que es alta, el 19,1% que es media y no contestan el 31,7%.

TABLA N. 13

CAMBIOS DE PRÁCTICA SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Práctica alta sobre hábitos de higiene	63	17.26%
Practica media sobre hábitos de higiene	111	30.41%
Práctica baja sobre hábitos de higiene	75	20.55%
No contesta	116	31.78%
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 13



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

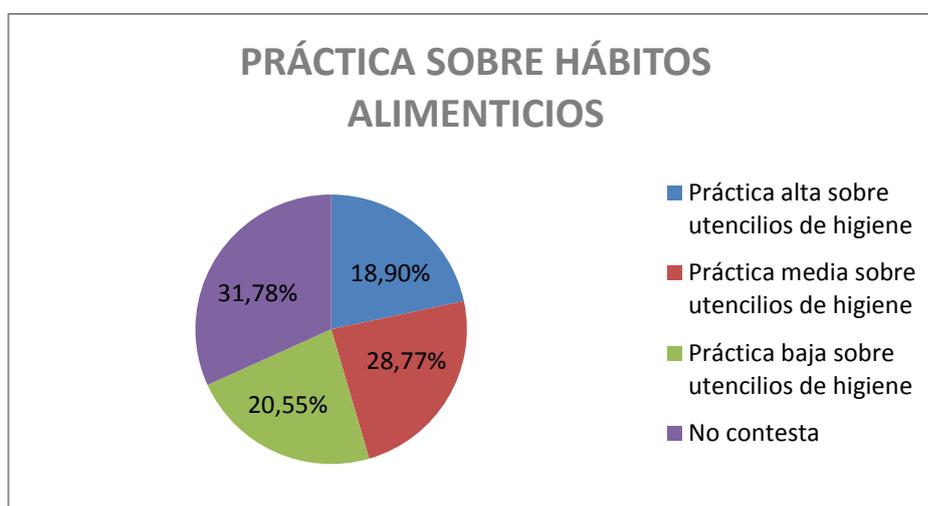
El cambio en el aspecto de la práctica sobre los hábitos de higiene que manifiestan los padres de los niños que fueron pacientes, el mayor porcentaje que se observa es el 30,4% que es medio, continuando con el 20,5% que es bajo, el 17,2% que es alto, y no contestan el 31,7% de los que pertenecen a los encuestados que no se hacen atender en la clínica de Odontopediatría del Hospital Universitario De Motupe.

TABLA N. 14

PRÁCTICA SOBRE HÁBITOS ALIMENTICIOS

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Práctica alta sobre hábitos de higiene	63	17.26
Práctica media sobre hábitos de higiene	111	30.41
Práctica baja sobre hábitos de higiene	75	20.55
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 14



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

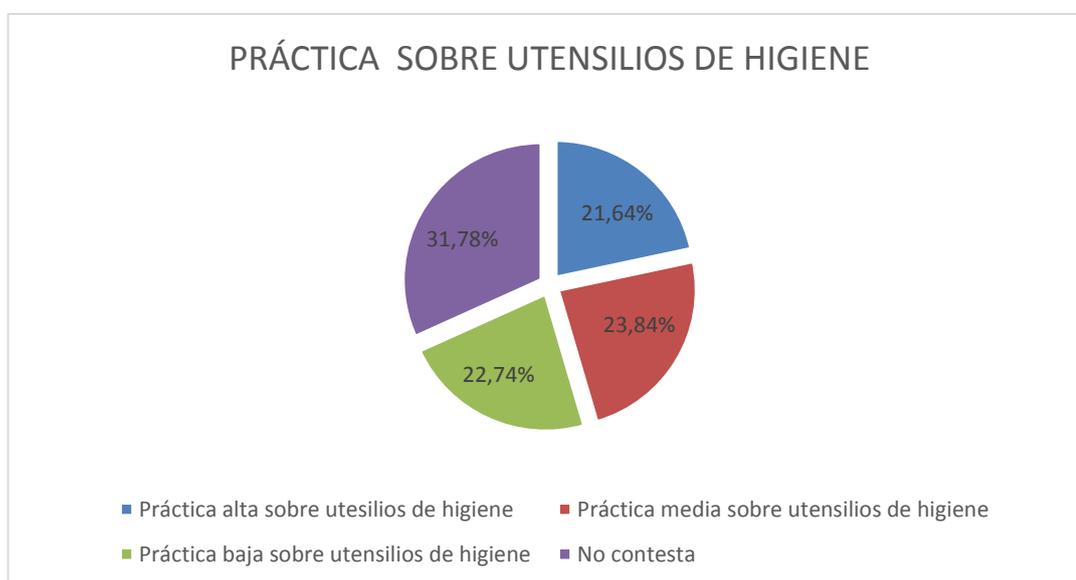
Práctica de hábitos alimenticios se observa, el mayor porcentaje el 20,7% que es medio, continuando con el 20,5% que es bajo, el 18,90% que es alto y no contestan el 31,7%.

TABLA N. 15

PRÁCTICA SOBRE UTENSILIOS DE HIGIENE

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Práctica alta sobre utensilios de higiene	79	21.64
Práctica media sobre utensilios de higiene	87	23.84
Práctica baja sobre utensilios de higiene	83	22.74
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 15



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

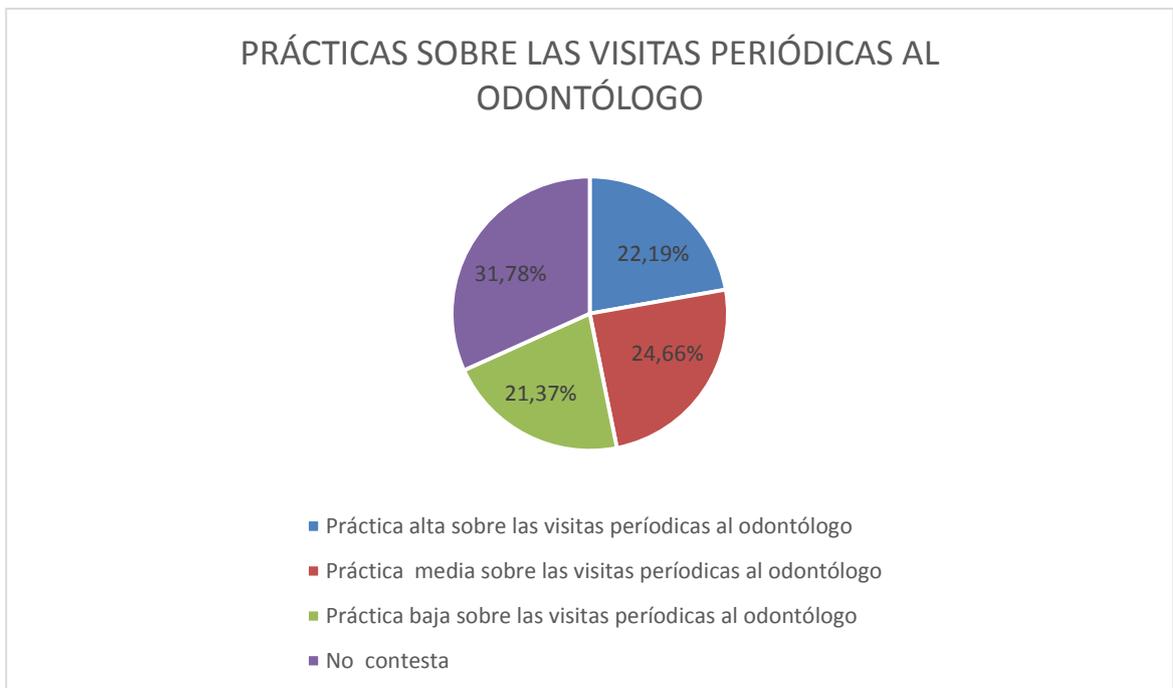
Práctica sobre los utensilios de higiene, el mayor porcentaje que se observa es el 23,8% que es media, continuando con el 22,7% que es baja el 21,6% que es alto y no contestan el 31,7%.

TABLA N. 16

PRÁCTICAS SOBRE LAS VISITAS PERIÓDICAS AL ODONTÓLOGO

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Práctica alta sobre las visitas periódicas al odontólogo	81	22.19
Práctica media sobre las visitas periódicas al odontólogo	90	24.66
Práctica baja sobre las visitas periódicas al odontólogo	78	21.37
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 16



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

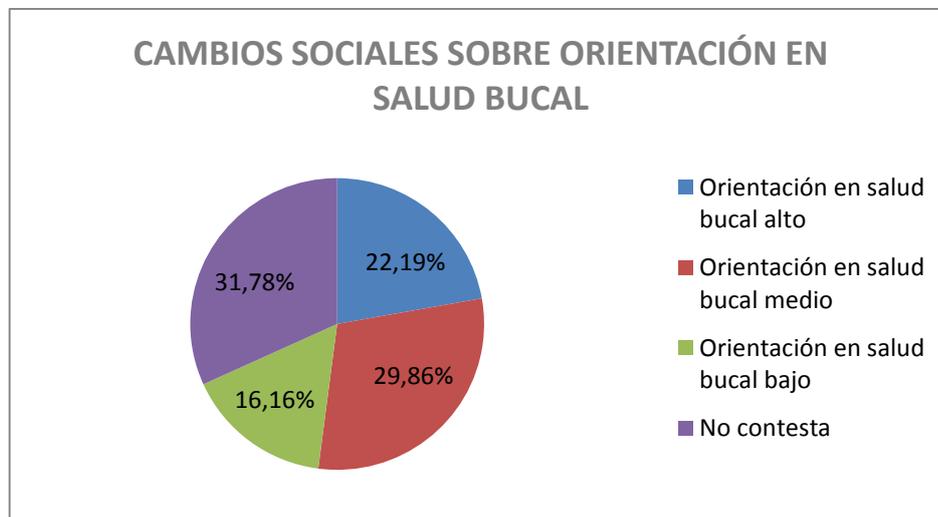
Sobre la práctica de las visitas periódicas al odontólogo, el mayor porcentaje que se observa es de 24,6% que es medio, continuando con el 22,1% que es alta, el 21,3% que es baja y no contestan el 31,7%.

TABLA N. 17

CAMBIOS SOCIALES SOBRE ORIENTACIÓN EN SALUD BUCAL

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Orientación en salud bucal alto	81	22.19
Orientación en salud bucal medio	109	29.86
Orientación en salud bucal bajo	59	16.16
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N.17



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

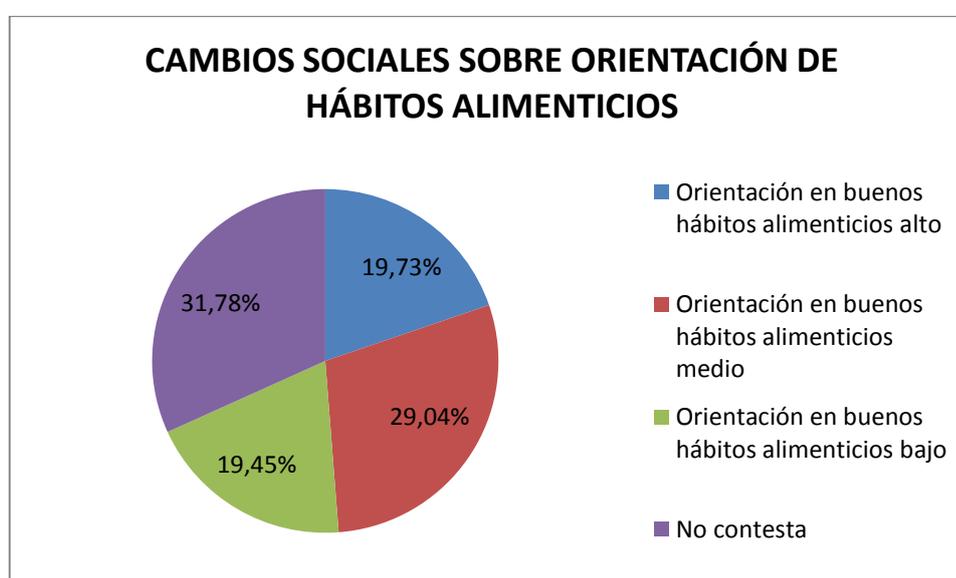
La tabla nos demuestra en lo referente a la disposición brindada por los estudiantes de la Carrera de Odontopediatría de la Universidad Nacional de Loja a los pacientes sobre la orientación en salud bucal el más alto índice corresponde al 29,8% que es media, el 22,1% orientación en salud bucal alta y el 16,1% orientación en salud bucal baja y no contestan con el 31,7%.

TABLA N. 18

CAMBIOS SOCIALES SOBRE ORIENTACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Orientación en buenos hábitos alimenticios alto	72	19.73
Orientación en buenos hábitos alimenticios medio	106	29.04
Orientación en buenos hábitos alimenticios bajo	71	19.45
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 18



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

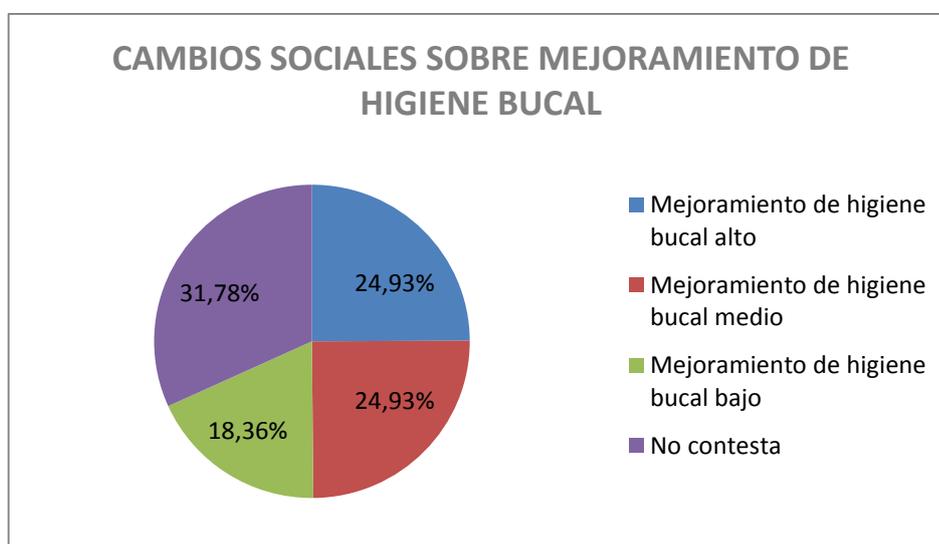
La orientación sobre buenos hábitos alimenticios de la población de acuerdo a las encuestas realizadas podemos observar que el 29% es medio, el 19,7% orientación alta, el 19,4 % bajo y no contesta el 31,7%.

TABLA N. 19

CAMBIOS SOCIALES SOBRE MEJORAMIENTO DE HIGIENE BUCAL

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Mejoramamiento de higiene bucal alto	91	24.93
Mejoramamiento de higiene bucal medio	91	24.93
Mejoramamiento de higiene bucal bajo	67	18.36
No contesta	116	31.78
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N.19



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

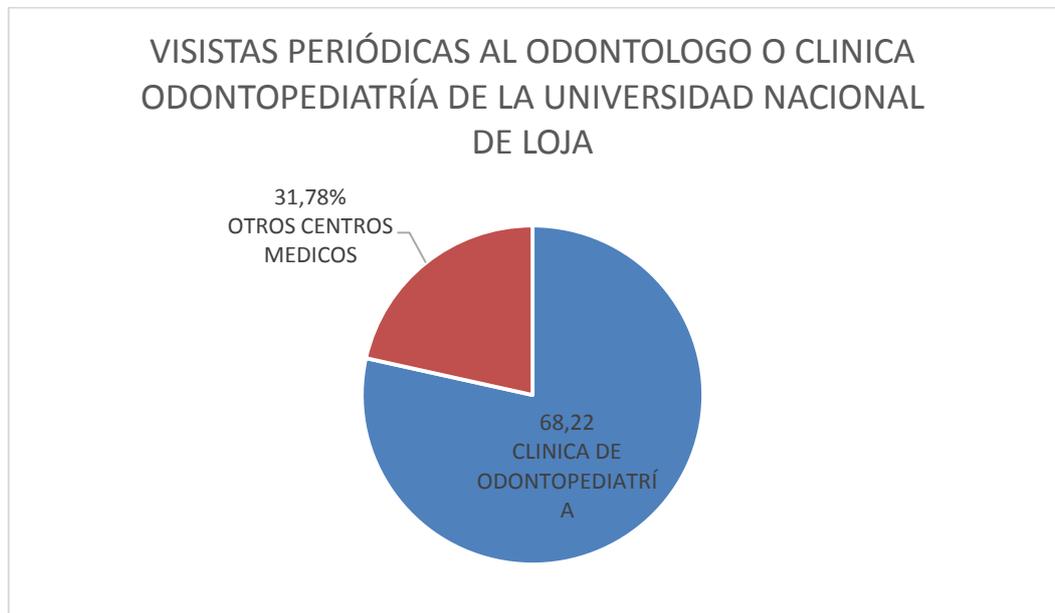
La orientación en el mejoramiento de higiene bucal resalta que el 24,9% es alta, el 24,9 % baja y el 18,3% es baja y el 31,7% no contestan.

TABLA N. 20

**VISITAS PERIÓDICAS AL ODONTÓLOGO O CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

OPCIONES	FRECUENCIA	%
OTROS CENTROS MÉDICOS	116	31.78
CLÍNICA ODONTOPEDIATRÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE	249	68.22
TOTAL	365	100%

GRÁFICO N. 20



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

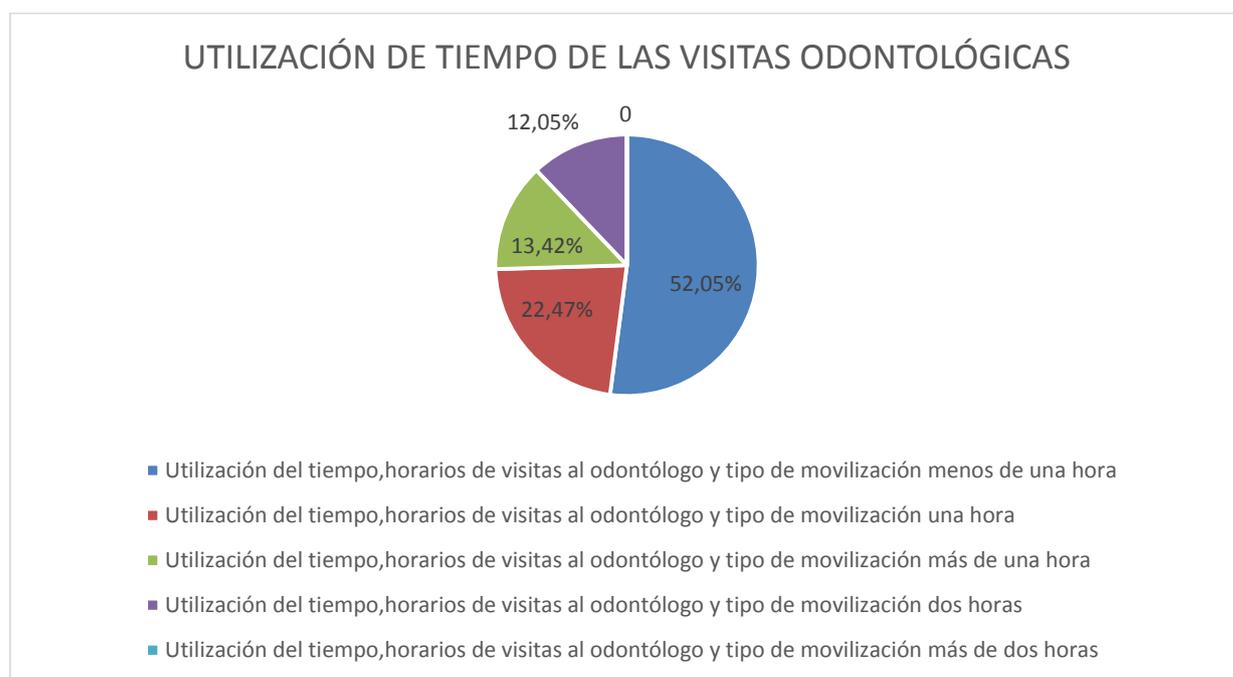
El 68,2% acuden a la Clínica Odontopediatría de la Universidad Nacional de Loja y el 31,7% acuden Clínicas particulares, Seguro Social o en los niveles correspondientes al MSP.

TABLA N. 21

UTILIZACIÓN DE TIEMPO DE LAS VISITAS ODONTOLÓGICAS

OPCIONES	FRECUENCIA	%
MENOS DE UNA HORA	190	52.05
UNA HORA	82	22.47
MÁS DE UNA HORA	49	13.42
DOS HORAS	44	12.05
MÁS DE DOS HORAS	0	0.00
TOTAL	365	100%

GRÁFICA N. 21



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe

AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

El Hospital Universitario de Motupe abarca 28 barrios: Chirimoyos, Esmeraldas Norte, Ciudadela del Chofer, Lavanda, Colinas del Norte, Lavanda Alto, Lavanda Bajo, Masaca, Motupe Alto, Milagro, Motupe Bajo, Pucacocha, Pucala, Zalapa Alto, Zalapa Bajo, San Francisco, San Jacinto, San Juan, San

Vicente, Sauces Norte, Solamar Alto, Solamar Bajo, Sevilla de Oro. El Castillo, Florencia, San Agustín, Turupamba, Zhucos.

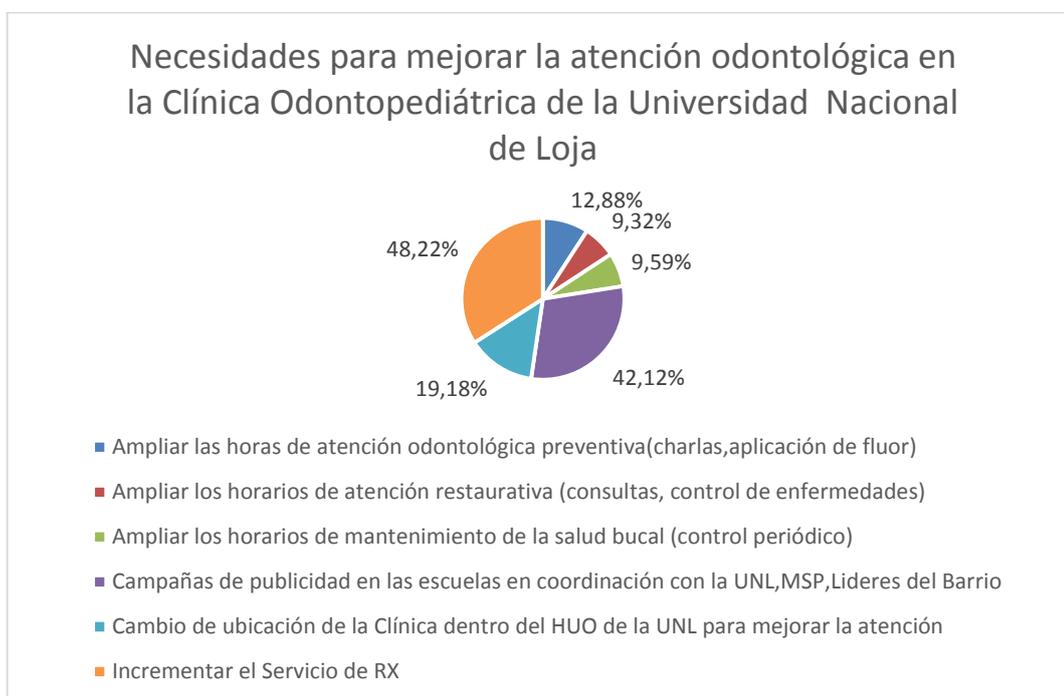
Los mismos que cuentan con acceso vial y de acuerdo a lo que manifiestan los encuestados se observa que el 52 % manifiestan que el tiempo de traslado desde sus domicilios hasta el Hospital de Motupe es menos de una hora, ahorrando el tiempo para realizar sus actividades cotidianas en el hogar, el 22,4% tardan aproximadamente una hora, y el 13,4 % más de una hora y el 12 % dos horas debido a que son pobladores que habitan en los extremos de los barrios como Masaca.

TABLA N. 22

NECESIDADES PARA EL MEJORAR LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Ampliar las horas de atención odontológica preventiva (charlas, aplicación de flúor)	47	12.88
Ampliar los horarios de atención restaurativa (consultas, control de enfermedades)	34	9.32
Ampliar los horarios de mantenimiento de la salud bucal (control periódico)	35	9.59
Campañas de publicidad en las escuelas en coordinación con la UNL, MSP, Líderes del Barrio	154	42.19
Cambio de ubicación de la Clínica dentro del HUO de la UNL para mejorar la atención	70	19.18
Incrementar el Servicio de RX	176	48.22
TOTAL	516	141.38%

GRÁFICO N. 22



FUENTE: Habitantes del Barrio Motupe
 AUTORA: Andrea Cecibel Roldán Iñiguez

INTERPRETACIÓN DE DATOS

En las necesidades que manifiestan más apremiantes es la incrementación del servicio de Rayos X con un 48,2%, las campañas de publicidad en las escuelas en coordinación con las respectivas entidades como es la UNL, MSP, líderes del barrio, líderes de la iglesia etc. Un porcentaje alto del 42,1%.

El 19,1 % sugieren el cambio de ubicación de la clínica dentro del Hospital Motupe, el 12,8% manifiestan que se debería ampliar la atención preventiva, el 9,59% ampliar las horas de mantenimiento de la salud bucal y el 9,3% que amplíen el horario de restauración.

7. DISCUSIÓN

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo valorar el impacto social de la atención brindada por los estudiantes de la Carrera De Odontología En El Barrio Motupe.

El Hospital Universitario de Motupe cuya construcción está totalmente concluida, tiene una área de influencia de extensión territorial de aproximadamente 10 kilómetros cuadrados. Etimológicamente la mayoría de su población pertenecen a la raza indígena y está constituida por familias que guardan entre sí relaciones de parentesco, su cultura popular tiene sus propios sistemas para investigación, reflexionar, comprobar y elaborar conocimientos especialmente en lo relacionado a la medicina tradicional o popular, es decir hay un repertorio propio de conocimientos.

La asistencia a la clínica de Odontopediatría del HUM, muestra que un 73.70% de la población acude a la consulta, esto nos demuestra que la apertura de la comunidad con este tipo de servicio del Hospital es aceptada en su mayoría, el 26,30% no asisten por distintas razones, por falta de conocimiento y porque acuden a otros centros de salud.

Hemos abordado este trabajo, desde una concepción, donde la pérdida de la salud, es decir la enfermedad, en este caso la enfermedad bucal, existe, pero no sola y aislada, sino en el marco de una sociedad, que tiene necesidades, demandas, creencias y valores que pueden llevar al éxito o al fracaso de nuestro trabajo.

SIRVENT (1997) define a la investigación participativa como un estilo o enfoque de la investigación social, que procura la participación real de la población involucrada en el proceso de objetivación, de la realidad en estudio, con el doble fin de generar conocimiento colectivo y de promover la modificación de las condiciones que afectan a la vida cotidiana de los sectores populares.

SCHULTER (1992) dice que la investigación en ocasiones (como por ejemplo la investigación acción) puede plantearse no solo en el conocimiento, sino también en la transformación de la realidad, y a veces esa transformación suele presentarse como una manera alternativa a un conocimiento. Sin embargo el conocimiento es un presupuesto indispensable para la transformación de la realidad. Incluso el conocimiento ya contiene la posibilidad de transformación.

En tal sentido coincidimos que la investigación – acción, implica una práctica social, en la cual la comunidad juega un rol decisivo, para que se genere conocimiento científico, a la vez que se producen instrumentos que le sirven al grupo social para el análisis y conocimiento de su realidad, con la finalidad de tomar medidas tendientes a su transformación.

Las transformaciones que se generan en el seno de una comunidad a través de nuestra intervención (reconversión de patologías prevalentes) y su participación (formación de agentes multiplicadores) son indicadores que nos sirven para medir el impacto social que hemos logrado.

GOMEZ ARIEL OSVALDO (1991) dice “la necesidad de enfrentar al paciente como un ente bio-psico-social, planteó para la odontología un doble desafío, construir nuevos modelos, no solo de práctica profesional, sino también de formación de recursos humanos.

Un estudio realizado en el año 2006 en la Facultad de Odontología ULACIT (UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CIENCIA Y TEGNOLOGÍA), en la calificación otorgada al espacio disponible en las ferias, se encuentra en un rango de muy bueno a bueno, que concentra el 60% de los participantes, siendo la mejor calificada en este aspecto la de Platanares.

El 66% de los pacientes reportan tener que espera más de 30 minutos para ser atendidos, a excepción de la feria del Mercado de Valores que el 89% reportan que el tiempo de espera es de menos de 15 minutos.

El trato recibido de parte de los estudiantes por los pacientes es calificado de excelente por el 65% en el total de las ferias, solamente un 2% calificó de malo esta característica en la feria de Pérez Zeledón.

Un estudio realizado en la Universidad Nacional De Mar De Plata En Argentina demuestra que un 68,90% asiste de manera espontánea a la consulta odontológica y que el proyecto educativo utilizado produce impacto en la población cubierta por generación de agentes multiplicadores surgidos de la misma y reconversión de índices epidemiológicos.

Es donde comienza la preocupación por formar odontólogos con “sensibilidad social”, a través de una confrontación con la realidad, de la vida cotidiana de las poblaciones mayoritarias, en situación de pobreza y de pobreza extrema. Se busca una odontología alternativa, teniendo como base la atención primaria de la salud. No podemos dejar de coincidir con dichas expresiones, ya que fue propósito de este trabajo, demostrar a través del impacto social como se pueden generar recursos humanos eficaces a través de experiencias comunitarias donde docentes, alumnos y la población se convierten en actores que son sujeto de estudio, y en su conjunto van generando acciones que llevan a la crítica y reflexión produciendo conocimientos acerca de ella misma.

Este conocimiento se construye a diario a través de la confrontación entre el saber cotidiano y el saber científico que en este momento histórico relacionan la teoría y la práctica. Se construye un instrumento, que nos sirve y le sirve a la población que es nuestro eje de partida y de llegada, para poder reflexionar sobre la realidad, a fin de superar situaciones y problemas que se presentan a diario, identificando sus causas y realizando acciones que lleven a su resolución.

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación y relacionando con otros estudios nos indica que existe un impacto social de nivel alto debido a que presentamos resultados de ahorro de tiempo el mismo que los padres de familia lo pueden utilizar en otra actividades, los niños en actividades de

recreación y estudio, ahorros económicos los que pueden ser destinados para otro tipo de necesidades que presenten en el hogar.

8. CONCLUSIONES

- El 73,70% de la población del barrio Motupe asiste a la Clínica de Odontopediatría del Hospital Universitario esto significa que el estudiante como ente promotor y productor de salud es capaz de asumir su rol en el seno de la comunidad, permitiendo un cierto nivel de participación de la misma como clave multidimensional para alcanzar un determinado impacto en las condiciones de salud de la población, donde la comunidad en cierta forma se involucra en el proceso de salud, aún en el nivel más bajo de participación.
- Al evaluar el impacto de la acción odontológica comunitaria de los estudiantes, en función del nivel de satisfacción, motivación y participación de la comunidad, partiendo del criterio de inclusión seleccionado para esta fase, se puede decir que el impacto fue significativo con un 49,32% de satisfacción por parte del usuario
- Se observa un impacto económico significativo en las familias de este Barrio ya que con el servicio de la clínica cerca de sus viviendas ellos pueden movilizarse fácilmente, de esta manera también existe un ahorro de tiempo en el cual los padres de familia pueden emplear ese tiempo en otro tipo de actividades en su hogares y los niños en actividades de recreación o académicas.
- La presencia de la Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe con sus servicios ayuda de manera significativa a un sector medio bajo de la provincia de Loja.
- Al término del presente trabajo investigativo se observa que los habitantes del Barrio Motupe tienen un gran impacto social con la intervención de los estudiantes de la carrera de odontología debido a que las personas encuestadas manifestaron diferentes tipos de cambios de conocimientos, actitudes y prácticas frente a la salud bucal determinando un impacto social medio alto sobre orientación en salud bucal, hábitos alimenticios y mantenimiento de la salud bucal.

9. RECOMENDACIONES

- Cabe señalar que no basta con crear más y mejores servicios de salud, sino que es importante el inculcar la cultura de la salud dirigida a informar, educar y atender desde edades tempranas conductas preventivas en el mantenimiento de la salud y diagnóstico oportuno de enfermedad, que no sólo permita aumentar años de vida, sino que estos sean de calidad.
- Superar las deficiencias en cuanto a materiales, equipo y condiciones de higiene que identificó el estudio durante la recolección de información, mejorando su planeamiento y supervisión, dado que son bien recibidas por la población y tiene una repercusión de carácter social, que pone en alto el nombre de la Universidad.
- Establecer los mecanismos pertinentes para que los espacios físicos donde se realizan las prácticas cumplan con las condiciones de higiene requeridas para llevar a cabo una actividad relacionada con la salud que así lo exige.
- Se recomienda a los estudiantes y docentes tener una participación más activa con la comunidad mediante campañas de promoción y prevención para así poder llegar a cada uno de los moradores del Barrio Motupe y hacer conciencia acerca de su buena higiene bucal.
- Realizar un modelo de diagnóstico con el que se pueda evaluar los diferentes Impactos sociales.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) De la Fuente-Hernández Javier, Sumano-Moreno Óscar, Sifuentes-Valenzuela María Cristina, Zelocuatecatl-Aguilar Alberto. núm. 63, julio-diciembre, 2010. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Universitas Odontológica. vol. 29, pp. 83-92 ,Pontificia Universidad Javeriana Colombia

- 2) Universidad Nacional de La Plata. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. CURSO ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SOCIAL IV. Período de cursado: Marzo-Diciembre. PLAN 1994. Curso: 4º AÑO. Carga Horaria: 180 horas;

- 3) Lockett, María Olimpia - Marín, R. - Vallejos, N. - Duluc, Silvia - Perez Lindo, Augusto Facultad de Odontología - UNNE. Av.Libertad 5450 - C.P. 3400 - Corrientes – Argentina Tel.: +54 (03783) 460690 / 458006 - E-mail: molockett@arenet.com.ar

- 4) World Vision. January 2, 2010. Living on a Dollar a Day.

- 5) Coscareli Nélide; Medina María Mercedes; Silvia Irigoyen; Mosconi Etel; Tomas Leandro; Saporitti Fernando; Seara Sergio. Prácticas Solidarias y Salud Bucal de la Comunidad en la formación del Odontólogo. FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNLP - coscarelli@folp.unlp.edu.ar

- 6) Articulación Docencia Investigación y Extensión en la formación de Odontólogos Autores: Papel,G.; Seara,S.; Tomas,L; Cantarini, M.; Tissone,S.; Rueda L.; Albarracín S. Facultad de Odontología- Universidad Nacional de La Plata Eje Temático: Educación, Comunicación y Extensión

- 7) De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocatecatl-Aguilar A. Univ Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92. ISSN 0120-431
- 8) Uriza Catalina Latorre, Bermúdez de Caicedo Clemencia, Botía López Mónica Andrea. Las prácticas sociales desde la Carrera de Odontología. Odontóloga, Pontificia Universidad Javeriana (PUJ), Bogotá, Colombia. Especialista en Periodoncia, PUJ. Directora del Departamento del Sistema Periodontal, PUJ. Correo electrónico: clatorre@javeriana.edu.co.
- 9) Hernández Sampieri, Roberto. Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar (2003). Metodología de la Investigación. México Editorial Mc Graw Hill.
- 10) Lockett María Olimpia. Enero - Abril de 2006. Aportes para la formación de odontólogos en el contexto actual. 4 de Noviembre de 2005. Presentado en contexto del Foro de Odontología Social, organizado por la Facultad de Odontología de Rosario, el día; Vol. XLV / Núm. 1.
- 11) De la Fuente Álvarez Gonzalo. Santiago - Chile 2012. "IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON ENFOQUE DE RIESGO EN INDICADORES DE SALUD ORAL ASOCIADOS AL AUTOCUIDADO DE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, ENTRE 2009 Y 2012"; UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y O.D.M. ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA;
- 12) Albarracín, S.; Medina, M.; Irigoyen, S.; Mosconi, E.; Rueda, L.; Papel, G.; Tomas, L.; Lezcano, D. FORMACIÓN PROFESIONAL CON IMPACTO COMUNITARIO. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata. pesae@fopl.unlp.edu.ar
- 13) IRIGOYEN S, CANTARINI, L.; COSCARELLI; N., MOSCONI, E.; ALBARRACIN, S., SEARA. Impacto de la prevención en la salud bucal

de una comunidad Toba. Facultad de Odontología. UNLP.
irigoyen@folp.unlp.edu.ar.

- 14) Payares G. Dr. Carlos. Jul.-dic. 1997. Revista Cubana de Estomatología; ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado?. Artículo Extranjero; Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Revista Cubana Estomatología. v.34 n.2 de La Habana ; http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071997000200009

- 15) Raymundo de Andrade Lucia Helena, Buczynski Ana Karla, Ronir Raggio Luiz., Castro Gloria Fernanda, Pomarico Ribeiro de Souza Ivete. 12/01/2011. ACTA ODONTOLÓGICA VENEZOLANA; IMPACTO DE LA SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS PRE-ESCOLARES: PERCEPCIÓN DE LOS RESPONSABLES. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art7.asp>.

- 16) Norman O. Harris, Garcia Godoy, Franklin (2001). Odontología Preventiva. México: Editorial El Manual Moderno, 5ta Ed.

- 17) Laserna, Marcelo (2001). Recuperado el 07 de diciembre de 2005, Atención Primaria de la Salud en los Sistemas de Atención Odontológica. <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/HOME/articulos/monografia.htm>.

- 18) ULACIT, 2005. Fundamentos del Modelo Educativo de ULACIT. Recuperado el 21 de mayo de 2006, de <http://www.ulacit.ac.cr/doc/modeleduc.pdf>

- 19) Hernández, 2003 “Metodología de la investigación”, Edición, editorial McGraw

- 20) Hill, Mexico // http://www.academia.edu/6399195/Metodologia_de_la_investigacion_5ta_Edicion_Sampieri
- 21) Romero Méndez Y Belisse . Odontólogo. Especialista en Gerencia Educativa. Doctoranda en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad. U. C. Docente Asociado del Dpto. Salud Odontológica Comunitaria. Julio - Diciembre 2006. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DEL PREESCOLAR "MONSEÑOR LUIS EDUARDO HENRÍQUEZ". MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO. 2005. Vol. VII. No 2.
- 22) Brenes William *, Sosa Doris. EPIDEMIOLOGÍA BUCAL Y ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v7n4/art5.pdf>.
- 23) Uribe Sergio Dr. Published on 21 de enero de 2009. Introducción a la Epidemiología para Odontología.; <http://es.slideshare.net/suribe/introduccion-a-la-epidemiologa-para-odontologa-presentation>
- 24) Valdés Marcos Sociólogo La evaluación de impacto de proyectos sociales: Definiciones y conceptos;; http://www.mapunet.org/documentos/mapuches/Evaluacion_impacto_de_proyectos_sociales.pdf
- 25) Metodología para la Medición del Impacto Cualitativo de los Programas de Inclusión Social; Diciembre, 2011; FUNDACIÓN LUIS VIVES; http://www.luisvivesces.org/upload/92/96/Metodologia_impacto_cualitativo.pdf
- 26) PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL; Proceso de Normatización del SNS, Área de Salud Bucal; Junio del 2009; Dra. Caroline Chang Campos MINISTRA DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR 2009; <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos/Direcciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCA%20L.pdf>

27) MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA, DIRECCIÓN NACIONAL DE ARTICULACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y RED DE SALUD PÚBLICA Y COMPLEMENTARIA; MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD; MINISTERIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR 2012; http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

11. ANEXOS

Anexo 1. Encuesta Aplicada A Los Habitantes Del Barrio Motupe

Universidad Nacional De Loja



Encuesta Para Determinar “Valoración Del Impacto Social De La Atención Odontológica Brindada Por Los Estudiantes De La Carrera De Odontología En El Barrio Motupe En El Periodo Marzo- Julio 2015.

Le solicito comedidamente, me brinde un minuto de su tiempo para contestar las siguientes preguntas, encaminadas a evaluar la calidez de nuestros servicios odontológicos

1. Ha sido partícipe alguno de sus miembros familiares de la atención odontológica brindada por los estudiantes de La Carrera De Odontología En El Hospital Universitario De Motupe?

- Si
- No

2. ¿Durante la atención odontológica, cómo califica usted el trato recibido?

- Bueno
- Regular
- Malo

3. Cómo califica usted el tratamiento que le fue realizado?

- Bueno
- Regular
- Malo

4. Se siente usted satisfecho con la atención odontológica brindada por los estudiantes de la carrera de odontología de la universidad nacional de Loja?

- Si
- No

5. De acuerdo a los siguientes ítems conteste de acuerdo a su experiencia, en la consulta odontológica que se realizó al niño.

Variables Calificación	Conocimiento				Actitud				Practica			
	MB	B	R	M	MB	B	R	M	MB	B	R	M
Hábitos De Higiene												
Hábitos Alimenticios												
Utensilios De Higiene												
Visitas Periódicas Al Odontólogo												

6. Según usted, cómo es el cambio social que se ha dado en las familias del Barrio Motupe al obtener el servicio de la atención brindada por los estudiantes de la Carrera De Odontología De La Universidad Nacional De Loja.

SALUD	MB	B	R	M
En cuanto a la orientación en salud bucal				
En cuanto a la orientación en los buenos hábitos alimenticios				
En cuanto al mejoramiento de higiene bucal				

SOCIECONÓMICO

7. Usted visita al odontólogo privado o a la Clínica de Odontopediatría del Hospital Universitario de Motupe, marque con una X

- Clínica Privada: _____
- Clínica Odontopediátrica Hospital UNL: _____

AHORROS DEL TIEMPO EN EL TRASLADO AL ODONTÓLOGO	Clínica Odontopediátrica Hospital Universitario de Motupe	Clínica Privada Centro de la Ciudad de Loja	Horario Visita Al Odontólogo			Tipo De Movilización		
			Mañana	Tarde	Noche	Transporte Particular	Autobús	Caminado

Menos de una hora								
Una hora								
Más de una hora								
Dos horas								
Más de dos horas								

8. De acuerdo a la siguiente tabla, cuál de los tratamientos odontológicos le realizaron al niño y cuanto fue el costo, marque con una X

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	SI	NO	\$ 0	>	>	>	>
				\$ 10	\$30	\$50	\$100
COSTO \$							
Profilaxis dental (limpieza)							
Restauración dentaria (calzas)							
Extracción dental							
Pulpotomía (tratamiento de conducto, sin extracción del nervio)							
Pulpectomía(tratamiento de conducto, extracción del nervio)							

9. De acuerdo al siguiente cuadro cuáles serían las necesidades para mejorar la atención odontológica en la Clínica de Odontopediátrica de la Universidad Nacional de Loja, marque con una X

NECESIDADES	RESPUESTA
Ampliar las horas de atención odontológica preventiva (charlas, aplicación de flúor,)	
Ampliar los horarios de Atención Restaurativa (consultas, control de enfermedades)	
Ampliar los horarios del Mantenimiento de la salud bucal (control periódicos)	
Campañas de Publicidad en las escuelas en coordinación con la Universidad Nacional de Loja, Ministerio de Educación, Líderes del sector Barrial	
Cambio de ubicación de la Clínica dentro del Hospital Universitario Odontológico de la UNL para mejorar la atención	
Incrementar el Servicio de RX	

Anexo 2. Ficha De Observación

FICHA DE OBSERVACIÓN		
Observador:		N° De Observación
Fecha:		
Tipo De Observación:		
Lugar De Observación:		
Notas:		
Comentario:		

**Anexo 3. Entrevista Dirigida A Los Docentes Tutores De La Clínica De
Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe**

Universidad Nacional De Loja



***ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS DOCENTES TUTORES DE LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE***

Entrevista Para Determinar “Valoración Del Impacto Social De La Atención Odontológica Brindada Por Los Estudiantes De La Carrera De Odontología En El Barrio Motupe En El Periodo Marzo- Julio 2015.

Le solicito comedidamente, me brinde un minuto de su tiempo para contestar las siguientes preguntas, encaminadas a evaluar la calidez de nuestros servicios odontológicos.

1. Usted como considera el aporte de los estudiantes de la carrera de odontología en el Barrio Motupe?
2. Considera que los pacientes quedan satisfechos con la atención recibida en La Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe?
3. Como califica usted el trabajo que realizan los estudiantes de La Carrera De Odontología en los pacientes que acuden a la Clínica de Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe?
4. ¿Qué acciones o actividades han realizado los estudiantes de la carrera de odontología en el barrio Motupe para ayudar a la Salud Oral?
5. Qué tan importante cree que es la participación de los estudiantes de la carrera de odontología en el Barrio Motupe?

6. Qué recomienda a los estudiantes de la Carrera De Odontología para mejorar la atención odontológica en la Clínica de Odontopediatría del Hospital Universitario De Motupe?
7. ¿Cuántos pacientes diarios son atendidos por los estudiantes de la Carrera de Odontología?
8. Cuántos días a la semana atiende la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe?

**Anexo 4. Entrevista Dirigida A Los Directores De Las Escuelas Del Barrio
Motupe**

Universidad Nacional De Loja



***ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS DIRECTORES DE LAS ESCUELAS DEL
BARRIO MOTUPE***

Entrevista Para Determinar “Valoración Del Impacto Social De La Atención Odontológica Brindada Por Los Estudiantes De La Carrera De Odontología En El Barrio Motupe En El Periodo Marzo- Julio 2015.

Le solicito comedidamente, me brinde un minuto de su tiempo para contestar las siguientes preguntas, encaminadas a evaluar la calidez de nuestros servicios odontológicos.

1. Usted como considera el aporte de los estudiantes de la carrera de odontología en el Barrio Motupe?
2. ¿Considera que los pacientes quedan satisfechos con la atención recibida en La Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe?
3. ¿Cómo califica usted el trabajo que realizan los estudiantes de La Carrera De Odontología en los pacientes que acuden a la Clínica de Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe?
4. ¿Qué acciones o actividades han realizado los estudiantes de la carrera de odontología en el barrio Motupe para ayudar a la Salud Oral?

5. Qué tan importante cree que es la participación de los estudiantes de la carrera de odontología en el Barrio Motupe?

6. Qué recomienda a los estudiantes de la Carrera De Odontología para mejorar la atención odontológica en la Clínica de Odontopediatría del Hospital Universitario De Motupe?

7. ¿Qué conocimientos han adquirieron los niños después de la atención recibida por parte de los estudiantes de odontología de la Universidad Nacional de Loja en lo referente a salud bucal?

Anexo 5. Entrevista Dirigida A Representantes Barriales

Universidad Nacional De Loja



ENTREVISTA DIRIGIDA A REPRESENTANTES BARRIALES

Entrevista Para Determinar “Valoración Del Impacto Social De La Atención Odontológica Brindada Por Los Estudiantes De La Carrera De Odontología En El Barrio Motupe En El Periodo Marzo- Julio 2015.

Le solicito comedidamente, me brinde un minuto de su tiempo para contestar las siguientes preguntas, encaminadas a evaluar la calidez de nuestros servicios odontológicos.

1. Usted como considera el aporte de los estudiantes de la carrera de odontología en el Barrio Motupe?
2. Considera que los pacientes quedan satisfechos con la atención recibida en La Clínica De Odontopediatria Del Hospital Universitario De Motupe?
3. Como califica usted el trabajo que realizan los estudiantes de La Carrera De Odontología en los pacientes que acuden a la Clínica de Odontopediatria Del Hospital Universitario De Motupe?
4. Que acciones o actividades han realizado los estudiantes de la carrera de odontología en el barrio Motupe para ayudar a la Salud Oral?
5. Que tan importante cree que es la participación de los estudiantes de la carrera de odontología en el Barrio Motupe?

6. Que recomienda a los estudiantes de la Carrera De Odontología para mejorar la atención odontológica en la Clínica de Odontopediatria del Hospital Universitario De Motupe?
7. Cuáles han sido los cambios en la salud bucal de los niños después de la atención recibida por parte de los estudiantes de odontología de la Universidad Nacional de Loja?
8. Con la atención en salud bucal brindada a los niños por parte de los estudiantes de odontología de la Universidad Nacional de Loja, existe algún aporte en la economía monetaria y ahorro del tiempo en las familias beneficiadas del Barrio Motupe?

Anexo 6. Fotografías

CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE



FOTOGRAFÍA N.1 Entrada a la Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe



FOTOGRAFÍA N.2 Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe



FOTOGRAFÍA N. 3 Instalaciones de la Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe

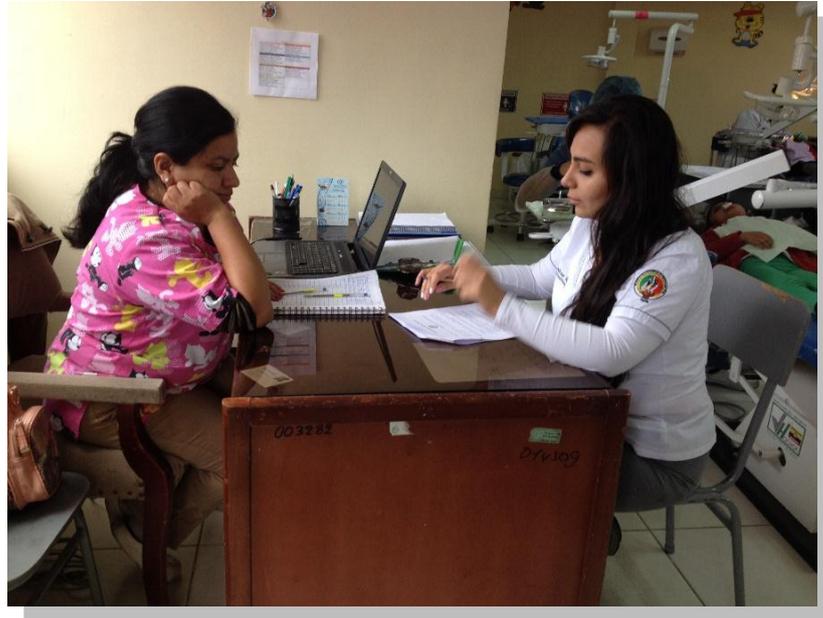


FOTOGRAFÍA N.4 Instalaciones de la Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe



FOTOGRAFÍA N.5 Instalaciones de la Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe

ENTREVISTAS A PERSONAS CLAVE DE LA COMUNIDAD



FOTOGRAFÍA N.7 Entrevista A La Doctora Tannya Valarezo Docente tutora de la Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe



FOTOGRAFÍA N.8 Entrevista a La Vicerrectora de la Unidad Educativa Marieta De Veintimilla del barrio Motupe



FOTOGRAFÍA N.8 Entrevista al Director de la Unidad Educativa 24 de Mayo del barrio Motupe Lic. José Morales



FOTOGRAFÍA N.9 Entrevista al Director de la escuela De Educación Básica Del Barrio Salapa Lic. Marco Antonio Vargas Castro



FOTOGRAFÍA N.10 Entrevista Al Párroco Del Barrio Motupe Padre Bolívar Castillo



FOTOGRAFÍA N.11 Entrevista Al Representante Barrial Sr. Hugo Feijoó

ENCUESTAS A LA COMUNIDAD DEL BARRIO MOTUPE



FOTOGRAFÍA N.12



FOTOGRAFÍA N.13

Anexo 7. ANÁLISIS DE ENTREVISTAS

En el proceso de aplicación de entrevistas utilizadas en el periodo de investigación de dicho proyecto, se utilizó un solo formato de preguntas generadoras, que busca evaluar de manera específica el nivel de impacto social acerca de la Atención Brindada Por Los Estudiantes De La Carrera De Odontología En El Barrio Motupe, se lo realizó a personas clave como, representantes barriales, párroco de la comunidad, directores de escuelas y docentes tutoras de la Clínica De Odontopediatría Del Hospital Universitario De Motupe.

Luego de ser abordado este trabajo, desde una concepción, donde la pérdida de la salud, es decir la enfermedad, en este caso la enfermedad bucal, existe, pero no sola y aislada, sino en el marco de una sociedad, que tiene necesidades, demandas, creencias y valores que pueden llevar al éxito o al fracaso de nuestro trabajo.

Las personas entrevistadas supieron expresar lo siguiente en lo cual concuerdan con sus opiniones.

- a) Formar Odontólogos con conciencia social, humanística y sanitaria, orientados hacia el trabajo en equipos interdisciplinarios,
- b) Desarrollar programas preventivos y de atención integral con participación comunitaria que garanticen impacto en la salud de las poblaciones, ampliando horarios y equipando de mejor manera la clínica para brindar una alta atención.
- c) Articulación e integración entre los sectores intervinientes (institución formadora, servicios de salud y la comunidad).

Supo expresar de manera específica el líder barrial su colaboración con la prestación de las instalaciones pertenecientes a la comunidad como es la casa comunal para la organización de campañas y charlas de promoción y capacitaciones en lo que concierne de la salud bucal, en conjunto con la carrera de odontología, ministerio de salud pública con la finalidad de que haya

formalidad en la coordinación de la atención con los niños ya que los padres desconfían de este servicio debido al desconocimiento de este.

Además también manifestó que existe un ahorro de tiempo significativo al tener cerca este servicio odontológico, en el cual los padres de familia puede hacer uso de ese tiempo en actividades del hogar o económicas y los niños en actividades escolares o de recreación.

El párroco de la comunidad no tenía conocimiento acerca de la existencia de la clínica de Odontopediatría ya que indica que el no conocía sobre este servicio en el hospital universitario de Motupe. Pero se mostró presto a colaborar con la comunidad al hacer promoción de este beneficio siempre y cuando haya una mayor coordinación con los representantes de la universidad nacional de Loja.

Otros autores aclaran que la presencia de la clínica y sus servicios representa un ahorro económico en los hogares de estas personas y sería invertido en otros aspectos fundamentales de la familia.

En tal sentido las personas entrevistadas concuerdan que la investigación – acción, implica una práctica social, en la cual la comunidad juega un rol decisorio, para que se genere conocimiento científico, a la vez que se producen instrumentos que le sirven al grupo social para el análisis y conocimiento de su realidad, con la finalidad de tomar medidas tendientes a su transformación.

La participación social es un componente necesario en programas dirigidos a revertir patologías prevalentes; esa reconversión requiere un importante compromiso por parte de los involucrados y la participación real de la población en el proceso de objetivación de la realidad en estudio, con el doble objeto de generar conocimiento colectivo y de promover modificaciones en las condiciones que afectan la vida cotidiana de los sectores populares, sobre todo aquéllos con mayores necesidades.

Anexo 8. OBJETIVOS

Objetivo General

- Valorar el impacto social de la atención odontológica brindada por los estudiantes de la Carrera De Odontología En el Barrio Motupe Periodo Marzo-Julio 2015

Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de aceptación por parte de los moradores del barrio Motupe a los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.
- Establecer si los programas de atención odontológica en el barrio Motupe han producido un impacto social en los conocimientos, actitudes y prácticas en los moradores del barrio.
- Determinar las necesidades que presentan los habitantes del barrio Motupe en cuanto a salud bucal.

ÍNDICE

CONTENIDO

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iv
CARTA DE AUTORIZACIÓN	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
3. ABSTRACT	3
4. INTRODUCCIÓN	4
5. REVISIÓN DE LITERATURA	1
CAPITULO I	
1.1 Antecedentes De Estudios Realizados	7
CAPITULO II	
2. 1 Definición De Impacto	12
2.2 Valoración Social En Odontología	12
2.3 Evaluación de un impacto social	14
2.4 Los indicadores en el contexto social	16
2.5 Dato, medida y estadística	17
2.6 Indicadores de un impacto social	18
2.6.1 Definición De Indicador	18

2.7	Importancia dentro del ámbito de la salud	20
2.8	Evaluación e impacto de los programas de salud	21

CAPITULO III

Políticas De Salud

3.1	Salud Y Salud Oral	22
3.2	Determinantes De La Salud	24
3.2.1	Contexto Socioeconómico Y Político.	24
3.2.2	Posición Socioeconómica.	25
3.2.3	Determinantes Medio Ambientales.	25
3.3	Concepto De Odontología	26
3.4	Plan Nacional De Salud Oral	27
3.4.1	Misión	29
3.4.2	Visión	29
3.5	Componente De Las Prestaciones De Los Servicios Odontológicos	29
3.5.1	Enfoque De Calidad	29
3.5.2	Promoción	30
3.5.3	Educación	31
3.5.4	Prevención	32
3.6	Atención Odontológica	33
3.6.1	Niveles De Atención	34
3.7	Programas De Atención Odontológica	35
3.8	Calidad De Atención	35

CAPÍTULO VI

Epidemiología

5.1 Definición De Epidemiología	38
5.2 Objetivos De La Epidemiología	38
4.3 Epidemiología Comunitaria En El Modelo De Atención Integral De Salud Y En La Red Pública Integral De Salud.	39
4.4 Condiciones Socio- Culturales Y Acceso A Servicios De Salud	40
4.5 Conocimientos De Actitudes Y Prácticas Relacionadas Con La Salud	41
6. MATERIALES Y MÉTODOS	43
7. RESULTADOS	48
8. DISCUSIÓN	73
9. CONCLUSIONES	77
10. RECOMENDACIONES	78
11. BIBLIOGRAFÍA	79
12. ANEXOS	84