

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**



TESIS:

**IMPLICANCIAS DE LOS INDICADORES FAMILIARES DE SALUD
BUCAL EN LA DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE
FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN PERUANA
ATENDIDA EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA DURANTE EL
AÑO 2007**

Presentada por:

JORGE LUIS MEZZICH GALVEZ

Para optar el grado de DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

Asesor: Dr. Víctor Pulido Capurro

LIMA- PERÚ

2009

ÍNDICE

	Pg.
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I	9
I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	9
1.2 Antecedentes Teóricos.....	10
1.3 Definición del problema.....	12
1.3.1 Problema General	13
1.3.2. Problemas Específicos.....	13
1.4 Objetivo de la Investigación	12
1.4.1 Objetivo General	13
1.4.2 Objetivos específicos.....	14
1.5 Justificación e Importancia de la Investigación	14
CAPITULO II.....	16
II MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Bases teóricas.....	16
2.1.1 Salud Pública evolución histórica.....	16
2.1.2 Salud Comunitaria.....	19
2.1.3 Odontología comunitaria.....	20
2.1.4 problemas de salud pública.....	21
2.1.5 El paciente en Odontología comunitaria.....	23
2.1.6 Odontología Comunitaria y Atención Primaria de Salud	25
2.1.7 Salud Bucal en el Perú.....	29
2.1.7.1 Ubicación y Práctica Profesional	35
2.1.8 Indicadores de salud	36
2.1.8.1 Clasificación de Indicadores.....	37
2.1.8.2 Indicadores de exposición.....	42
2.1.8.3 OMS y salud buco-dental.....	43
2.1.8.4 Salud Bucal y políticas públicas.....	44

2.2 Estudios Previos	46
2.3 Marco Conceptual.....	47
2.3.1 Salud.....	47
2.3.2 Salud oral y calidad de vida	47
2.3.3 Familia.....	48
2.3.4 Indicador.....	48
2.3.5 Sistema estomatognático	48
2.3.6 Oclusión	49
2.3.7 Maloclusión.....	49
2.3.8 Caries:.....	49
2.3.9 Riesgo de caries	50
2.3.10 Enfermedad periodontal	50
2.3.11 Desdentado	50
2.3.12 Prótesis	50
CAPITULO III	51
III HIPOTESIS Y VARIABLES	51
3.1 Hipótesis General	51
3.2 Hipótesis Específicas.....	51
3.3 Variables en Estudio	52
3.4 Definición Operacional de Variables	52
CAPITULO IV	54
IV METODOLOGÍA Y DISEÑO.....	54
4.1 Método.....	54
4.2 Diseño del Estudio.....	54
4.3 Materiales e Instrumentos	55
4.3.1 De escritorio.....	55
4.3.2 Servicios de procedimientos.....	55
4.3.3 Equipos	55
CAPITULO V	56
V UNIVERSO Y TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN	56
5.1 Universo y Muestra.....	54
5.2 Técnica de Recolección de Datos	57

5.3 Técnica de Análisis de datos	58
A Distribución de frecuencias.....	59
B Medidas de tendencia central	59
C Análisis no paramétrico	60
CAPITULO VI	61
6.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	61
CAPITULO VII	57
7.1 DISCUSIÓN	73
CAPITULO VIII	75
8 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
8.1 Conclusiones	76
8.2 Recomendaciones	77
BIBLIOGRAFIA.....	79
ANEXOS.....	84

RESUMEN

El Objetivo General de la tesis fue establecer las implicancias de los indicadores familiares de salud bucal en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

El universo de la investigación estuvo conformado por 60 familias asistentes a la Clínica del Adulto UIGV durante el año 2007. Teniendo un promedio familiar de 4 miembros.

Se eligió una muestra de tipo probabilística de modo que se pudiera reducir al mínimo el error estándar. La muestra elegida fue de 53 familias.

La presente investigación es de tipo experimental transversal y descriptiva. Se realizó sin manipular deliberadamente las variables, observando los fenómenos en su contexto natural, para después analizar y describir su incidencia y los valores en que se manifiesta la interrelación de una o más variables en un momento dado. Para la presente investigación se hizo el estudio de 53 familias concurrentes a la Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Estomatología UIGV, durante el año 2007

Para lo cual se desarrollo la historia clínica integral, determinando la presencia de las patologías más prevalentes en Salud Bucal: Caries, Enfermedad Periodontal, Alteraciones de la Oclusión.

Las Conclusiones son:

1.- Se ha demostrado que Los Indicadores familiares de Salud Bucal tienen implicancia en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la

población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Los resultados obtenidos demuestran que el 75.7% de la muestra tiene presencia de factores de riesgo de Salud Bucal y un 23.7% de la muestra no presenta presencia de factores de riesgo de Salud Bucal. Estas cifras evidencian que no hemos progresado pues en el último estudio nacional realizado por el Minsa en el año 1996 se reporta 95% de la población con caries, 85% con enfermedad periodontal y 80% con mal oclusiones.

2.- Se ha demostrado que La implicancia del número de miembros por familia es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007. Las cifras nos indican que la población tiene un 91.6 % de personas que pertenecen a familias numerosas de 4 a más miembros.

Sustentados en una media de más del 50% de la muestra es de 4 miembros. Teniendo una moda y mediana de 2.

3.- Se ha demostrado que La implicancia del predominio femenino es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Pues, los resultados demuestran la significancia en la prueba del T de Student con valores mayores a 0.050 en la correlación correspondiente al par 5 : Predominio femenino en la Familia y Presencia de factores de riesgo de Salud Bucal donde la significancia es de 0.056; en cuanto a la correlación del Predominio femenino en la Familia y Frecuencia de cepillado por día la significancia es de 0.060, así mismo en la correlación del Predominio femenino en la Familia y Conocimiento de Higiene Bucal la significancia es de 0.052 y en la correlación del Predominio femenino en la Familia y Consumo de alimentos azucarados la significancia es de 0.060.

.4.- Se ha demostrado que La implicancia de la ingesta frecuente de alimentos en familia es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007. Debido a que el 86% de los resultados de la muestra manifiestan un predominio de las personas con ingesta frecuente de alimentos en familia; habiendo un 14% de personas que su alimentación no es predominante en familia.

La costumbre de la alimentación en familia conlleva a determinadas características como cantidad, calidad, frecuencia, que se incorporan a las personas y que pueden influenciar en la Salud Bucal constituyendo factores de riesgo.

Palabras Claves: Indicadores familiares, salud bucal, factores de riesgo, higiene bucal.

ABSTRACT

The General Objective of the thesis was to establish the implications of the family oral health indicators in determining the presence of risk factors in the Peruvian population attended at the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University during 2007.

The universe of the research was made up of 60 families attending the UIGV Adult Clinic during 2007, having a family average of 4 members.

A probabilistic sample was chosen so that the standard error could be minimized. The chosen sample consisted of 53 families.

The present investigation is of a transversal and descriptive experimental type. It was carried out without deliberately manipulating the variables, observing the phenomena in their natural context, to later analyze and describe their incidence and the values in which the interrelation of one or more variables is manifested at a given moment. For the present investigation, the study of 53 families concurrent to the Comprehensive Adult Clinic of the UIGV Faculty of Stomatology was carried out, during 2007

For which the comprehensive clinical history was developed, determining the presence of the most prevalent pathologies in Oral Health: Caries, Periodontal Disease, Occlusion Alterations.

The conclusions are:

- 1.- It has been shown that Family Oral Health Indicators have an implication in determining the presence of risk factors in the Peruvian population treated at the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University during 2007.

The results obtained show that 75.7% of the sample has the presence of Oral Health risk factors and 23.7% of the sample does not present the presence of Oral Health risk factors. These figures show that we have not progressed, since the last national study carried out by the Minsa in 1996 reported 95% of the population with caries, 85% with periodontal disease and 80% with malocclusions.

2.- It has been shown that the implication of the number of members per family is directly proportional to the presence of risk factors in the Peruvian population attended at the Dental Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University during 2007. The figures show us indicate that the population has 91.6% of people who belong to large families of 4 or more members. Supported by an average of more than 50% of the sample is 4 members. Having a mode and median of 2.

3.- It has been shown that the implication of female predominance is directly proportional to the presence of risk factors in the Peruvian population attended at the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University during 2007.

Well, the results show the significance in the Student's T test with values greater than 0.050 in the correlation corresponding to pair 5: Female predominance in the Family and Presence of risk factors for Oral Health where the significance is 0.056; regarding the correlation of female predominance in the family and frequency of brushing per day the

Significance is 0.060, likewise in the correlation of female dominance in the family and knowledge of oral hygiene the significance is 0.052 and in the correlation of female dominance in the family and consumption of sugary foods the significance is 0.060.

.4.- It has been shown that the implication of frequent family food intake is directly proportional to the presence of risk factors in the Peruvian population attended in the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University during 2007. Because 86% of the sample results show a predominance of people with frequent family food intake; there being 14% of people that their diet is not predominantly in the family.

The habit of family feeding leads to certain characteristics such as quantity, quality, frequency, which are incorporated into people and which can influence Oral Health, constituting risk factors.

Key Words: Family indicators, oral health, risk factors, oral hygiene.

INTRODUCCIÓN

La condición de salud bucal en el Perú atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades odonto-estomatológicas tenemos así que la prevalencia de caries dental es de 95%, la enfermedad periodontal 85%, y la mal oclusión 80% constituyendo un problema de salud pública. Además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los doce años es aproximadamente seis, ubicándonos según la OPS en un país en estado de emergencia.

Según el Análisis de la Situación de Salud 2003 de la Oficina General de Epidemiología, en la población extremadamente pobre la tercera causa de consulta externa, en establecimientos de salud del MINSA, son las enfermedades de la cavidad bucal, mientras que en la población de estrato aceptable ocupa un segundo lugar.

El Ministerio de Salud a pesar de sus múltiples esfuerzos realizados durante los últimos años no ha podido revertir esta situación debido a múltiples factores como las limitaciones existentes en la disponibilidad de recursos humanos, financieros e información para la toma de decisiones. Así mismo la escasa asistencia técnica y supervisión de los diversos niveles para la implementación y cumplimiento de las normas.

Por otro lado existe un crecimiento desmedido en el número de Facultades de Odontología y en la oferta de servicios odontológicos, que en muchos casos no es acorde con lo que nuestra sociedad requiere.

Esto evidencia que la profesión Odontológica no aporta soluciones ni toma acciones concretas a gran escala, para solucionar - en el corto o el mediano plazo - el serio problema bucal de nuestra población. Pareciera que los odontólogos no enfocamos nuestra atención en este tema, que constituye en realidad nuestra verdadera razón de ser.

Dentro del Programa Salud para Todos de la OMS el MINSA firma un convenio con las facultades de Odontología por el cual el 30% de las investigaciones estarán dirigidas al campo de la Salud Pública. Sin embargo no parece cumplirse a cabalidad por lo cual en el país no dispone de información adecuada del perfil epidemiológico de Salud Bucal de la población. Es por ello que existe la necesidad de realizar estudios de Investigación que nos permitan conocer su actual situación con el fin de orientar las estrategias y fortalecer las intervenciones con las cuales se pretende mejorar la Salud Bucal de la población.

Por todo lo antes expuesto es que el problema general de la presente investigación es determinar ¿Cuáles son las implicancias de los indicadores familiares de salud bucal en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007? Se ha dividido la presente investigación de la siguiente manera:

En el Capítulo I veremos el planteamiento del problema.

En el Capítulo II veremos el marco teórico.

En el Capítulo III veremos las hipótesis y variables.

En el Capítulo IV veremos la metodología y diseño.

En el Capítulo V veremos el universo y técnica de investigación.

En el Capítulo VI veremos la presentación y análisis de resultados.

En el Capítulo VII veremos las conclusiones y recomendaciones.

Teniendo como objetivo general Establecer las implicancias de los indicadores familiares de salud bucal en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

CAPÍTULO I

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.

La salud bucal como un componente integrador de la salud general, debe ser abordada desde una óptica amplia y compleja. Lo que nos lleva a realizar un análisis de las condiciones de la salud bucal como una problemática de Salud Pública, en el marco de la Política Pública en el Perú , considerando que el sistema de atención de salud bucal, se ha caracterizado por ser individual, curativo, biologicista, organicista y con la ausencia de una práctica odontológica alternativa.

Analizando los principales problemas de salud de un país encontramos los relacionados con la salud bucal, que tienen una alta incidencia y prevalencia en la población, por lo que la labor del odontólogo en la atención primaria está dirigida a lograr el mantenimiento de un estado de salud bucal óptimo durante el mayor tiempo posible. Se hace indispensable identificar el comportamiento de los principales determinantes de salud y morbilidad bucales en el ámbito familiar para poder instrumentar acciones específicas que garanticen la salud bucal de la familia.

En la Clínica Estomatológica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega , se atiende un promedio diario de 240 pacientes adultos diariamente, teniendo como premisa el Diagnóstico oportuno y preciso así como el tratamiento Integral del paciente.

Razón por la cual los alumnos de IX y X ciclo de la Facultad haciendo uso de las 60 Unidades dentales y equipos para el estudio imagenológico con los que

cuenta la Clínica I, atienden a sus pacientes en especialidades tales como Diagnóstico, Imagenología, Cariología y Endodoncia, Periodoncia, Prótesis y Cirugía, pero no realizan tratamientos Ortodóncicos en adultos, pues el silabo no lo contempla.

Pero tenemos que decir que este tipo de indicadores no se utilizan en nuestro medio, por lo que se dificulta realizar un adecuado estudio de este problema. Se proponen un conjunto de indicadores familiares con el objetivo de medir la salud bucal y sus determinantes, para lo cual se identificaron las variables que posibilitan la medición de los aspectos estudiados, que posteriormente permitan diseñar un instrumento que registre la información requerida.

1.2 Antecedentes Teóricos

Michelini (1999), La prevalencia de caries dental es inversamente proporcional al nivel socioeconómico de la población. Se encontraron valores de 39%,46% y 74%.El mayor nivel de caries se ve en el estrato mas bajo.

La mal oclusión produce trastornos anatómicos, fisiológicos y funcionales. De acuerdo a lo observado en nuestro trabajo en preescolares, la incidencia de la misma era del 28%,28% y 24% en los tres niveles socioeconómicos de la población total con poca variaciones lo que establece que no existe una relación directa entre la mal oclusión y el nivel socioeconómico de la población.

Fermín y Biardeau (1999) dejan constancia que cómo resultado de la aplicación del Sistema de Atención Incremental a los escolares de la U.E. "Panamericana" se observa una variación positiva en los indicadores de salud utilizados en los alumnos de sexto grado, que en el período lectivo 1.993 - 1.994 presentaban un índice CPOD de 4,26, disminuye a 3,11 en los alumnos que en el período lectivo 1.997-1.998 cursaron este grado escolar. Así mismo se aprecia que el promedio de dientes cariados disminuye de 4,13 en el

período 1.993-1.994 a 0,94 en el período 1.997-1.998. Otro dato a resaltar es que el promedio de dientes obturados al iniciar el período 1.993-1.994 era cero, y al iniciar el período 1.997-1.998 es de 2,11, demostrando la efectividad de las actividades curativas que recibieron los escolares durante el primer ciclo de atención.

Por otra parte se aprecia una disminución importante en la tasa de dientes con presencia de caries dental, al bajar de 16,84%, en los escolares que cursaron sexto grado en el período 1.993 - 1.994, a 4,28% en el período 1997-1998. Simultáneamente aumenta la tasa de dientes sanos inicial, de 83,16% en el período 1.993 - 1.994 a 95,72% en el período 1.997-1.998.

Paralelo a estos cambios en los indicadores de caries, se observa un mejoramiento importante en la higiene bucal de los escolares de sexto grado, al disminuir el IHOS de 1,76 en el período 1.993-1.994 a 1,39 en el período 1.997-1.998.

González (1992) dice que existe gran diferencia en cuanto a la prevalencia de la caries en relación al medio socioeconómico de la población. La salud bucal es un indicador del nivel de salud de la población. Algunos trabajos realizados en Irlanda, Brasil, Chile, Israel y en otros países muestran que a mayor edad mayor incidencia de caries en los niveles más bajos. A nivel nacional se han hecho algunos relevamientos fundamentalmente en escolares, donde se observa la diferencia de índice de caries de acuerdo al nivel socioeconómico.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de México (2005) registra que los países de América que cuentan con un nivel de desarrollo humano alto son: Canadá, Estados Unidos de América, Barbados, Argentina, Saint Kitts y Nevis, Chile, Costa Rica, Uruguay, Bahamas, Cuba, México, Trinidad y Tobago y Antigua y Barbuda. Los países ubicados en el nivel medio de desarrollo humano son: Panamá, Surinam, Venezuela, Santa Lucía, Brasil, Colombia, Jamaica, Perú, Paraguay, San Vicente, Granada, Dominica, República Dominicana, Belice, Ecuador, El Salvador, Guyana, Bolivia, Honduras, Nicaragua y Guatemala. El único país de desarrollo humano bajo es Haití.

Briceño-León (2000) refiere que “es importante rescatar el sentido humanitario de las ciencias médicas como un asunto conceptual y ético” Entendiendo a la promoción de la salud como el eje fundamental que permita cambios en la sociedad y en los individuos que permitan el desarrollo de condiciones sostenibles para el logro de la salud y la libertad para ejercer sus capacidades.

Farah (2005) sostiene que el fomento de la salud es visto como el proceso social que se orienta hacia una mejoría de la calidad de vida y consecuentemente de la salud, que conlleva elevar el bienestar, la autosuficiencia de los individuos, familias, organizaciones y comunidades, a reducir los riesgos y tratar enfermedades.

En nuestra conceptualización el fomento de la salud ha estado dirigido hacia dos dimensiones importantes: una dirigida a controlar los factores determinantes y otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerles protección individual.

Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de su salud era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad, el incremento del nivel educacional las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantenerse sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyéndose en un reto de la Atención Primaria su extensión y logro.

Para ello se hace necesario que el Equipo de Salud, integrado por Médicos, Enfermeras, Estomatólogos y Técnicos de Atención Estomatológica, comprendan que lo más importante no es tratar los enfermos sino fomentar la salud de las personas, lo que aunque está dentro de los programas curriculares no es comprendido ni ejecutado a cabalidad; que los individuos se sientan responsables de su salud y por último que se creen en las comunidades ambientes saludables que promuevan la Salud.

1.3 Definición del Problema

Problema general

¿Cuáles son las implicancias de los indicadores familiares de salud bucal en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007?

Problemas Específicos

a. ¿Cuáles son las Implicancias del número de miembros en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007?

b. ¿Cuáles son las Implicancias del predominio femenino familiar en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007?

c. ¿Cuáles son las Implicancias de la ingesta frecuente de alimentos en familia en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Establecer las implicancias de los indicadores familiares de salud bucal en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana

atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

1.4.2 Objetivos Específicos

1.- Establecer las implicancias del número de miembros por familia en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

2.- Establecer las implicancias del predominio femenino en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

3.- Establecer las implicancias de la ingesta frecuente de alimentos en familia en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la Investigación

Desde el punto de vista científico y clínico se justifica la investigación, debido a la falta de información nacional sobre las características de salud bucal de la población, la prevalencia de enfermedades bucales así como la presencia de factores de riesgo familiares a partir de los que se pueda diseñar una

estrategia de intervención que permita modificar la situación de salud bucal de la población peruana.

Importancia de la Investigación

A pesar que en las Facultades de Odontología del Perú se desarrollan cada año cerca de 600 investigaciones, estas están dirigidas a problemas clínicos más no a las necesidades de la Salud Pública Bucal peruana.

Dentro del Programa Salud para Todos de la OMS el MINSA firma un convenio con las facultades de Odontología por el cual el 30% de las investigaciones estarán dirigidas al campo de la Salud Pública.

El país no dispone de información adecuada del perfil epidemiológico de Salud Bucal de la población .Es por ello que existe la necesidad de realizar estudios de Investigación que nos permitan conocer su actual situación con el fin de orientar las estrategias y fortalecer las intervenciones con las cuales se pretende mejorar la Salud Bucal de la población.

Por todo lo antes expuesto es que el problema general de la presente investigación es determinar ¿Cuáles son las implicancias de los indicadores familiares de salud bucal en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007?

CAPÍTULO II

II.- MARCO TEÓRICO

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1 Salud Pública: Evolución Histórica:

Aunque ha habido acciones colectivas encaminadas a la protección de la salud desde tiempos inmemorables, el concepto de salud pública como doctrina y como práctica organizada tiene sus inicios en siglo XIX. Dos figuras fueron determinantes para la consolidación de esta disciplina: Edwin Chadwick en Inglaterra y Lemuel Shanttuck en Estados Unidos. En 1847 el llamado informe Chadwick destacó la relación existente entre la pobreza y la enfermedad, en las grandes ciudades de Inglaterra y Gales.

Las recomendaciones sanitarias de Chadwick apuntaban a la necesidad de mejorar el medio ambiente y crear un cuerpo de médicos dedicados a la protección de la salud de la población.

Shanttuck (1948) nos informa que casi simultáneamente en 1850 se elaboró en los Estados Unidos un informe similar, el Informe de la comisión sanitaria de Massachusetts cuyo principal impulsor fue Shanttuck. Este informe está considerado uno de los elementos más determinantes en la aparición y consolidación de la salud pública en Norteamérica.

Como consecuencia de estos informes, la mayoría de los gobiernos de Europa y Norteamérica establecieron servicios de salud pública, denominados entonces de Sanidad e Higiene Pública. Su objetivo era la protección de la salud de la población mediante acciones gubernamentales dirigidas al medio ambiente y la colectividad. En esta primera etapa de la salud pública los principales problemas derivan de la industrialización de algunas sociedades más desarrolladas y del cambio de sociedades rurales a sociedades de carácter urbano, donde las condiciones de vida y de trabajo, la malnutrición y la falta de condiciones higiénicas favorecían la aparición y transmisión de las enfermedades infecciosas.

A mediados del siglo XIX los descubrimientos bacteriológicos empezados por Pasteur y Koch permitieron un gran avance de los conocimientos sobre las

epidemiologías de las enfermedades transmisibles, tan prevalentes en aquellos tiempos. Esa época se conoce tradicionalmente como la era bacteriológica de la salud pública, y el principal objetivo de los servicios de salud pública, era la protección de la salud de los ciudadanos.

Esta segunda etapa de la salud pública se caracteriza por los avances en las inmunizaciones y, por tanto, por la prevención individual.

Sin embargo las bases del concepto moderno de salud pública se deben a Winslow, quien en 1920 la definió como “la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”.

Posteriormente en las décadas de 1930 y 1940, los avances y la tecnificación de la medicina asistencial determinaron un aumento de su complejidad y también de su coste. Esta tercera etapa de la salud pública se caracteriza por el inicio en muchos países de una política de redistribución social y es en esa época cuando se crea el servicio nacional de salud en Inglaterra o se ponen en marcha los seguros sociales de asistencia sanitaria.

En consecuencia la restauración de la salud se incorpora a la salud pública y los poderes públicos asumen la obligación no solo de proteger la salud de la población, sino también de restaurarla cuando se ha perdido.

Terris M. (1980) refiere que en la actualidad la prevalencia de las enfermedades crónicas, su dificultad para controlarlas y la importancia de algunos determinantes de la salud como los estilos de vida, han caracterizado lo que se ha dado en llamar la “Nueva Salud Pública “. Así pues la salud pública en su concepción más moderna, comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas a la promoción y la restauración de la salud de la población.

Blanaid y Col. (2002) refiere que esta nueva doctrina se caracteriza por enfatizar los aspectos sociales, conductuales económicos y medio ambientales en relación con la salud, y en consecuencia concluye la mejora de los niveles de salud de la población depende de actividades que van mas allá de la asistencia clínica tradicional .

2.1.2 SALUD COMUNITARIA

Lalande (1974) refiere que la salud comunitaria supone un paso mas en la evolución de la salud pública, de hecho, la salud comunitaria ha surgido de la salud pública, con la adición de algunos elementos nuevos. Así, la salud comunitaria incorpora la responsabilidad de la comunidad, en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones sanitarias. La comunidad participante y activa, interviene en todo el proceso para proteger y aumentar su salud.

Pineault (1987) incluye dentro del concepto de salud comunitaria los siguientes elementos:

- Un conjunto de métodos e instrumentos para una planificación en la que el punto de partida es el estado de salud de una población y el objetivo es asegurar una adecuación entre las necesidades de salud de una población y los recursos puestos a su disposición.

- El concepto de salud desborda el de morbilidad objetiva e integra elementos de la morbilidad sentido, por los individuos. La medición de la salud no solo hace referencia a los indicadores epidemiológicos, sino también a los indicadores psicosociales. En otros términos, la participación de la población en la definición de la salud es indispensable.

- La salud comunitaria quiere levantar la barrera que separa lo preventivo de lo curativo en la perspectiva de la salud comunitaria, la distinción

entre lo preventivo y lo curativo es artificial. Además los métodos propuestos por la salud comunitaria se aplican a todos los problemas de salud.

La salud comunitaria no es más que una estrategia de la salud pública para alcanzar sus objetivos. Para ello la comunidad interviene en todo el proceso con el fin de proteger y aumentar su salud de forma activa y participativa.

Conill y O'Neill (1984) señalan que la salud comunitaria tiene dos polos principales. El polo tecnocrático atrae su bagaje de los conocimientos de la salud pública y el polo participativo es el que la diferencia de la salud pública. En su concepto actual la salud pública equivale a la salud comunitaria, si le añadimos este polo participativo.

Para que la salud comunitaria pueda actuar responsablemente, es imprescindible que la población alcance unos niveles adecuados de información y educación sanitaria. Solo así podrá contribuir a la promoción y restauración de su salud.

2.1.3 ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

La práctica de la odontología, como la de cualquier profesión sanitaria, está cambiando muy rápidamente. Algunos de los elementos identificados, como responsables de estos cambios tienen que ver con los siguientes elementos:

La epidemiología: los cambios en los patrones de aparición y distribución de las enfermedades orales han sido muy importantes en los últimos años. La disminución de la prevalencia de caries entre la población infantil y la menor velocidad en la progresión de las lesiones de caries está condicionando la práctica clínica de los odontólogos hacia un enfoque menos intervencionista y más dirigido al control médico de la enfermedad. Esto significa una práctica clínica más basada en el diagnóstico en la evaluación del riesgo del paciente.

Las innovaciones tecnológicas: los avances tecnológicos están transformando rápidamente la práctica de la odontológica; sin embargo la incorporación de nuevas tecnologías requiere la previa demostración de su efectividad y de su eficiencia.

La odontología basada en la evidencia: La incorporación de la odontología basada en la evidencia como instrumento para racionalizar la efectividad y la eficiencia de las decisiones clínicas, es uno de los elementos decisivos en el futuro de la odontología.

Los cambios demográficos: los cambios demográficos en los países desarrollados se caracterizan por un notable envejecimiento de la población y por un incremento de la población proveniente con menor nivel socioeconómico. Estos factores con una problemática específica, determinaran una adaptación de las pautas de atención odontológica afín de adecuar la respuesta que presentan.

Cuenca (2005) refiere que el estudio y la práctica de la odontología comunitaria son los instrumentos adecuados para comprender estos cambios a través de tres grandes áreas de su competencia: La epidemiología, la prevención y promoción de la salud y la planificación y gestión de servicios sanitarios. Así pues la odontología comunitaria sería “la odontología de la Salud comunitaria “y supone la prestación de actividades preventivas y servicios asistenciales de forma integrada a todas las personas –sanas y enfermas – de una comunidad. Influye así mismo la investigación de los factores ambientales, sociales y de consultas determinantes de la enfermedad, así como la promoción de su corrección.

Sin embargo la practica de la odontología comunitaria, presenta determinadas características muy diferenciadas que son consecuencia de los problemas que debe resolver y de los pacientes a quien debe atender

2.1.4 PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

Chaves (1976) refiere que para que un problema de salud se convierta en un problema de salud pública deben darse determinadas características. En primer lugar, que sea una causa común de morbilidad o mortalidad; en segundo lugar, que existan métodos eficaces de prevención y control y, en tercer lugar que estos métodos no estén siendo aplicados adecuadamente por la comunidad.

Knutson (1955) decía que algunas de estas características no son adecuadas y otras en cambio deben ser tenidas en cuenta. Por ejemplo, la percepción por parte del público puede determinar que un problema, debido a la alarma que causa deba ser considerado un problema de salud pública. Como ya se ha dicho, una de las características de la salud comunitaria es el papel que la propia comunidad desempeña, en la identificación de los problemas sanitarios; así pues se comprende que su percepción sea determinante para establecer los problemas de salud pública.

Además de la percepción por parte del público, la propia percepción de las autoridades es un factor así mismo determinante para escoger los problemas que exceden el ámbito individual y requieren una intervención gubernamental y, por tanto, pública.

Baca (2005) refiere que la inclusión del sida como un problemas de salud pública con niveles elevados de prioridad en la asignación de recursos es un ejemplo del papel que corresponde a la comunidad en la identificación de un problema de salud pública; las campañas de vacunación contra la meningitis podrían tomarse como un ejemplo de una acción gubernamental en las que las autoridades sanitarias toman una decisión en salud pública debido a condicionantes no sólo sanitarios , sino también políticos y sociales .

En la actualidad los criterios que definen un problema de salud pública son:

- Las condiciones o situaciones que constituyen una causa común de morbilidad o mortalidad. Este criterio se relaciona con la magnitud del problema en términos epidemiológicos y, por tanto, con su distribución y con su prevalencia e incidencia.

- Cuando existe la percepción por parte del público o de las autoridades sanitarias que una determinada enfermedad o situación constituye un problema de salud pública. Es decir, ¿Como afecta el problema a la calidad de vida de los individuos? , ¿Que consecuencias en términos económicos o de productividad tiene para la sociedad?

- Cuando el problema o enfermedad es prevenible de forma efectiva. Un ejemplo es el de la enfermedad de caries, que, aun existiendo métodos preventivos de efectividad probada, es todavía una de las enfermedades más prevalentes.

2.1.5 EL PACIENTE EN ODONTOLOGIA COMUNITARIA

El paciente en odontología comunitaria es la comunidad. Este simple hecho determina las diferencias entre la practica de odontología individual y la odontología comunitaria .las propias características del paciente comunitario condicionan las actuaciones, tareas y los métodos del profesional que trabaja en odontología comunitaria. Así, mientras que el profesional que trabaja en odontología en el ámbito privado trata de maximizar las oportunidades de conseguir los mejores resultados, a menudo sin limitaciones en los recursos, el trabajo en salud pública trata de minimizar las posibilidades de obtener los peores resultados.

Knutson (1955) estableció que a pesar de las diferencias entre la odontología individual y comunitaria existen similitudes en el trabajo de ambas.

En este sentido en una secuencia lógica el examen o exploración del paciente individual se corresponde con la realización de una encuesta epidemiológica

del grupo o población objeto. Si el examen del paciente y su historia clínica es el primer paso indispensable para un diagnóstico y un plan de tratamiento en odontología comunitaria, y puesto que el paciente es una población esa exploración previa se denomina encuesta y requiere la ayuda del método epidemiológico para su realización. La siguiente etapa es el diagnóstico en el paciente clínico, que en odontología comunitaria denominamos análisis de la población, fase en la cual es imprescindible la utilización de la bioestadística.

Una vez establecido el diagnóstico en el paciente individual o el análisis de la situación en odontología comunitaria, el odontólogo podrá establecer el plan de tratamiento, en el caso de la práctica individual, o el programa de actuaciones sanitarias en odontología comunitarias.

En el primer caso la aceptación por parte del paciente y los críticos del odontólogo respecto a las prioridades, las alternativas y la valoración del coste del tratamiento influirán en la puesta en marcha del tratamiento. En odontología comunitaria el interlocutor es la comunidad mediante sus representantes y la priorización de las actuaciones dependerá no solo de la importancia del problema odontológico, sino también de la de otros problemas sanitarios, entrarán en competencia con este.

Una vez aceptado el plan de tratamiento, es necesario coordinar una serie de pasos, de forma ordenada y sistemática, para poner en marcha las actuaciones previamente establecidas. La puesta en marcha de estas actuaciones en odontología comunitaria es más compleja, pues requiere coordinar y movilizar recursos a menudo muy distintos y en diferentes áreas. La puesta en marcha de un programa de colutorios fluorados en las escuelas requiere la información y el consentimiento de los padres de los escolares, la difusión sobre el alcance y los beneficios de la actuación, la colaboración de los servicios de educación y la puesta en funcionamiento de una logística específica para la implementación del programa, su seguimiento y posterior evaluación.

Finalmente, cuando el tratamiento o el programa se hayan completado, se procederá a su evaluación. La evaluación del tratamiento de un paciente, se basa en su satisfacción con el resultado obtenido (estética, función, confort).

La evaluación o nivel e éxito de la actuación sanitaria , en conseguir sus objetivos requiere un registro cuidadoso de las actuaciones efectuadas , puesto que en salud pública los recursos son públicos, la evaluación en este caso alcanza una dimensión distinta que en la practica privada; por tanto, y debido a que en salud publica la puesta en funcionamiento de una determinada actuación conlleva la renuncia a llevar a cabo otras actuaciones , la evaluación de la eficiencia es especialmente importante.

2.1.6 ODONTOLOGÍA COMUNITARIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La odontología comunitaria necesita para desarrollarse plenamente su integración en el sistema de atención primaria de salud. Su ejecución se realiza dentro del equipo de atención primaria, cuyos componentes realizan de forma integrada funciones de promoción de la salud, de asistencia sanitaria y de trabajo social, tanto en el centro de la salud como en toda la comunidad.

El concepto de atención primaria de salud fue formulado en la conferencia internacional sobre atención primaria de salud realizada en 1978 en Alma- ATA (Kazajstán). Esta conferencia apadrinada por la OMS y la UNICEF contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y decenas de organizaciones no gubernamentales y supuso un avance mundial en los derechos sobre salud.

En Alma- ATA se adoptó un decálogo de consenso idealista mediante el cual la atención primaria de salud se convertía en un concepto fundamental para poder alcanzar la meta social de la conferencia: Salud para todos.

OMS (1978) definió que el principio de este lema es “Todo el mundo necesita disfrutar del nivel más alto de salud y tiene derecho a ello”

OMS (2003) refiere que el cambio filosófico de la atención primaria de salud es muy ambicioso pero su definición sencilla no es nada fácil, tal y como admite la propia OMS en su documento “Estrategias de futuro”.

OMS (2004) Originalmente se reconocieron unos principios y valores básicos de la atención sanitaria: atención a la salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente probadas y socialmente aceptadas; cobertura y acceso universal a los servicios sanitarios basados en necesidades sanitarias ; compromiso, participación y autosuficiencia individual y comunitaria; acción sanitaria intersectorial; tecnología apropiada y coste-efectiva, de acuerdo a los recursos disponibles; provisión de servicios sanitarios y promoción de la salud. Estos principios junto al énfasis en la atención continuada – frente a visitas puntuales – y la cercanía a la población, hacia de la atención primaria la puerta de entrada al sistema sanitario.

Tejada de Rivero (2003) refiere que su desarrollo coincide con el inicio del fenómeno de la globalización, en el cual ya se apreciaban las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en cuanto a las condiciones de vida y el acceso a la asistencia sanitaria.

En un sentido estricto la atención primaria de salud es la que se ofrece en primera línea, cerca o junto al usuario. Aunque se utiliza también en este sentido, el concepto en si comporta un criterio que excede tal interpretación. Ese criterio se expresa en la declaración de Alma-Ata: “La atención primera de la Salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad por medios que le sean aceptables con su plena participación y aun coste que la comunidad y el país puedan soportar: la atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema

nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad”.

La conferencia de Alma-Ata fue más allá de la medicina preventiva y curativa contemporánea e intentó dirigirse hacia las causas subyacentes de la pobreza, el hambre y los problemas de salud de los más necesitados. De forma un tanto errónea se ha querido simplificar su mensaje hasta reducirlo a un cambio organizativo de la sanidad que intentaba estar más cerca de la población para llevar los servicios allí donde la población vivía. Tal simplificación puede facilitar la comprensión pero también puede desvirtuar el mensaje original. Pasar de un sistema sanitario planificado por médicos y basado en la prestación de servicios sanitarios de alta tecnología hacia otro sistema con cobertura universal de las necesidades básicas de la población ha sido una explicación simplista del significado de la atención primaria de salud. La propuesta del nuevo concepto está basada en las experiencias sobre formas diferentes de afrontar los problemas de salud en países con limitaciones en los recursos financieros, tecnológicos y humanos propios de las sociedades pobres y menos desarrolladas. Estas experiencias habían sido estudiadas en las décadas de 1960 y 1970 en países como China, India y algunos otros de África y América latina.

En la práctica este modelo se oponía a que las personas siguieran siendo consideradas como receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparadora orientada a enfermedades específicas.

La OMS (2003) ha detectado los principales problemas en la aplicación de la atención primaria de salud (APS): recursos inadecuados y énfasis insuficiente en la sostenibilidad; expectativas no realistas sobre la atención primaria de salud; falta de consejo práctico en su aplicación; falta de evidencia en la cual basar las políticas locales; falta de liderazgo e insuficiente compromiso político;

incapacidad de respuesta frente a las demandas y necesidades de la población.

Aunque entendida, interpretada y aplicada de modo diferente según los países, dado que no existe una solución estándar adaptable a la enorme heterogeneidad de circunstancias socioeconómicas y sanitarias particulares, la atención primaria de salud ha contribuido a mejorar el acceso mundial en servicios esenciales como los relacionados con la inmunización, la salud materno infantil, el abastecimiento de agua, o el saneamiento básico.

Así mismo, ha contribuido con una mayor participación social a la aparición de nuevos actores (como los agentes de salud comunitarios) a la integración de servicios suministrados por diferentes sectores y a una mayor implantación a escala comunitaria. En los países que ya disponen de unos niveles aceptables de servicios sanitarios, la atención primaria de salud se ha entendido como un punto de contacto con la comunidad en la puesta de entrada al sistema sanitario.

Sin embargo en otros países en los cuales existían sistemas sanitarios fraccionados, altamente especializados y con exclusión de servicios sociales básicos la atención primaria de salud se ha convertido en un sistema social de beneficencia, proveedor de servicios para personas con dificultad de acceso a los recursos socio-sanitarios. Esta última interpretación no sigue los principios de Alma-Ata y no deja de ser un camino equivocado.

El compromiso de lograr mejoras mundiales en el ámbito de la salud, en especial entre las poblaciones más favorecidas, fue renovado en 1998 por la asamblea mundial de la OMS (resolución WHA-51), en la que los estados miembros afirmaron su propósito de asegurar la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria de salud definidos en la declaración de Alma-Ata y desarrollados en la política de salud para todos Siglo XXI.

Tal vez la mejor forma de expresar la genuina atención primaria de salud de Alma-Ata sea la versión de Tejada de Rivero, sub-director general de la Organización Mundial de la Salud durante la celebración de Alma-Ata que la define como “El cuidado integral de la Salud para todos y por todos”.

2.1.7 LA SALUD BUCAL EN EL PERU

Durante muchos años, en el campo de la salud bucal se han desarrollado diferentes actividades relacionadas al componente de prevención, promoción, recuperación e investigación epidemiológica.

MINSA (2003) En el Componente Preventivo, desde la década de los 50, se desarrollaron actividades basadas en la aplicación de flúor, destinadas al fortalecimiento del tejido dentario con el fin de evitar que sea atacado por las caries.

Debido a que se recomienda que la administración del flúor se deba dar mediante vía sistémica y aplicación tópica, el Ministerio de Salud, estableció que con relación a la vía sistémica, el medio elegido fuera el agua de consumo.

Es así que esta actividad se inicia a finales de los años 50, en la Unidad Vecinal de Mirones en Lima y en el barrio de Chimbote. Posteriormente, a principio de 1970, se realizan las acciones para adicionar flúor en el centro de tratamiento del agua de la Atarjea, con la intención de cubrir a la población limeña. Este proceso sólo duró cinco meses debido a la imposibilidad técnica para continuar con él.

Posteriormente, a mediados de los años ochenta, el Ministerio de Salud optó por realizar la fluoración de la sal de consumo humano, en reemplazo de la fallida fluoración del agua, estableciéndose en 1984 la obligatoriedad para que las empresas productoras de sal le adicionen dicho elemento y un año después mediante Resolución Ministerial se normó dicho proceso. Sin embargo, hasta

la fecha, esta propuesta no se ha consolidado totalmente, debido a vacíos en la normatividad sobre el monitoreo y vigilancia sanitaria, lo que ocasiona que no se conozca el número exacto de las empresas productoras que adicionan flúor a la sal, ni se cuenta con reportes técnicos de calidad y cantidad de la producción, distribución y comercialización de la sal. Por dicho motivo, el Perú no ha podido lograr los efectos alcanzados por otros países como Jamaica y Costa Rica, que consolidaron dicha propuesta y llegaron a reducir hasta el 80% de caries dental.

En el Perú, para el caso de la aplicación tópica del flúor se vienen utilizando los enjuagatorios de flúor al 0.2%, desde los años setenta. Es importante señalar que esta metodología exige 32 enjuagatorios al año por individuo, a fin de garantizar la eficiencia del tratamiento en la prevención de caries. Sin embargo, esta alternativa ha presentado dificultades en su ejecución, debido a los escasos recursos profesionales y su poca motivación, el limitado apoyo de los centros educativos y las interrupciones de las labores escolares. Adicionalmente, no se cuenta con indicadores de eficiencia, sólo se informa sobre el número de niños que han recibido enjuagatorios más no se conoce el número de niños protegidos, es decir, el número de individuos que han cumplido con la totalidad de enjuagatorios exigidos.

En los noventa se sumó a las aplicaciones tópicas de flúor en enjuagatorios, el uso de geles y barnices, los cuales son más costosos y requieren recursos humanos de mayor calificación para su aplicación.

MINSA (2004) Las actividades en el Componente Promocional han estado históricamente ligadas a la enseñanza del auto cuidado a través del cepillado dental y el consumo de una dieta baja en carbohidratos. Para ello, se han utilizado las charlas educativas, en las escuelas, en la comunidad y en los propios establecimientos de salud. Sin embargo, las principales limitantes para el desarrollo y seguimiento de las actividades programadas, han sido a la falta de recursos necesarios y la escasez de profesionales odontólogos. Del mismo

modo, en este campo tampoco se cuenta con evidencias del impacto de las actividades realizadas.

En lo que respecta al Campo Asistencial, la atención odontológica se restringe fundamentalmente a las actividades restaurativas y a las exodoncias, que corresponde al 21% del total de actividades odontológicas. Además, el MINSA sólo cuenta con alrededor de 1600 odontólogos para una población de aproximadamente 16'800,000 peruanos que corresponden al 60% de la población total. Existen esfuerzos aislados para la actualización y fortalecimiento de competencias de esta profesión, siendo uno de los factores que tiene incidencia en la falta de motivación y la calidad de atención.

MINSA (2004) En lo relacionado a la infraestructura el MINSA tiene alrededor de 1093 consultorios odontológicos, lo cual significa que aproximadamente el 16% del total de establecimientos de salud cuentan con este servicio. Un gran número de estos consultorios tienen un equipamiento básico no acorde al nivel de complejidad del establecimiento al que pertenecen ni a las necesidades de la demanda que atienden.

Este panorama nos muestra una deficiente oferta de los servicios odontológicos, lo cual tiende a profundizar la brecha existente entre lo que se oferta y las necesidades de la demanda.

En el Componente Epidemiológico, hasta la fecha sólo se cuenta con un estudio de caries nacional, publicado en 1990, que presenta un índice de caries CPOD con valores muy variados, pues éstos fluctúan entre 5.29 en la actual DIRESA Arequipa y 0.0 como el caso de Ucayali, Amazonas y otras.

En el año de 1996 se realizó otro estudio donde se indica que el índice de caries a los 12 años es en promedio 4.95, es decir que se tienen cinco piezas cariadas, perdidas u obturadas. De igual manera, existen diferencias marcadas

entre Diresas, San Martín que presenta un índice de 1.84 y Apurímac tiene un índice de 8.23.

Vallejos (2005) En el año 2001 la Oficina General de Epidemiología realizó un último estudio sobre el índice de caries dental que aún no ha sido publicado. Por lo tanto, toda la información epidemiológica con la que actualmente se cuenta es referencial.

Almeida y Col (1999) manifiesta que la salud bucal en América Latina, según indicadores epidemiológicos, presentan alta prevalencia de patologías bucodentales: Carie dental (75%); Enfermedad Periodontal (60%); Mal oclusiones (50%); agravadas frente a la deficiencia de cobertura de los servicios públicos odontológicos.

A pesar de los múltiples esfuerzos que el Ministerio de Salud ha realizado por revertir la dramática situación de la salud bucal de los peruanos, todavía hay mucho por hacer. Existe una severa carga de enfermedades bucales y permanece notablemente alta en nuestros ciudadanos. Por ejemplo la prevalencia de las caries dental es de 95%, la enfermedad periodontal 85% y la mal oclusión 80%. De manera similar los dientes son afectados por las caries desde muy temprano en la vida; por ejemplo, a los 12 años de edad el índice de caries CPOD es de aproximadamente 6, lo que nos muestra que el Perú no solo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que luego van incrementándose paulatinamente, conforme aumenta la edad, de tal manera que cuando se es adulto, se esta parcial o totalmente desdentado La enfermedad periodontal, que se inicia con inflamación gingival y sangramiento, para luego destruir en menor o mayor grado el soporte óseo de los dientes, traduciéndose en movilidad y su pérdida, constituye otra de las enfermedades de alta prevalencia y de mucha significación para su población. La enfermedad periodontal, también produce alta mortalidad dentaria contribuyendo

significativamente, a que se sea parcial o totalmente desdentado en la edad avanzada.

Ello determina, por otra parte, que las necesidades de servicios odontológicos sean considerables en todos los grupos etarios, demandando en consecuencia, una inmensa cantidad de recursos humanos e insumos físicos por parte de las instituciones de salud y del propio estado, casi siempre superiores a las posibilidades reales. Una muestra de esto es que de los 6,821 establecimientos del Ministerio de Salud, sólo el 16% de estos establecimientos cuentan con servicios odontológicos (1093), además de que las restauraciones realizadas solo cubre aproximadamente el 4.77% de la población entre 10 a 14 años y a esto se sumado el hecho de que la principal actividad odontológica, la exodoncia, es de tipo mutiladora.

Analizando el desarrollo demográfico, y los indicadores demográficos del último censo, observaremos que la población peruana envejece en diversos espacios, y que epidemiológicamente coexisten enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas; lo que hace más importantes políticas de salud integral, en donde la odontología debe ser estrategia sanitaria nacional.

Otero (2004) manifiesta que: Vivimos en un país “enfermo de la boca”, en el cual los indicadores de salud bucal son cada año peores.

Crecimiento en desorden de los recursos humanos en odontología

La ubicación de odontólogos en el Perú, según las estadísticas del Colegio Odontológico del Perú, es la siguiente:

COSTA	SIERRA	SELVA
90%	7%	3%

Esta situación hace que exista una mala distribución de odontólogos. Para 28'000,000 de habitantes la relación es de 1:1555 odontólogo por habitante;

pero no es uniforme según región. Aproximadamente, por ejemplo, en Lima la relación es de 1:800, ICA de 1:600, mientras que en Ayacucho es de 1:19,500, Pasco 1:15,000. El déficit de cirujanos dentistas en la red pública nacional es de alrededor de 8,900 odontólogos.

Este problema se profundiza por la creación sin planificar de entidades universitarias e institutos que generan recursos humanos que se distribuyen en forma centralizada en las ciudades de la costa.

Universidades con Facultades de Odontología:

LIMA: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Nacional Federico Villarreal, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Universidad de San Martín de Porres, Universidad Alas Peruanas, Universidad Norbert Wiener, Universidad Científica del Sur.

ICA: Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica

AREQUIPA: Universidad Católica Santa María de Arequipa

TRUJILLO: Universidad Nacional de Trujillo

CERRO DE PASCO: Universidad Daniel Alcides Carrión

HUANCAYO: Universidad Peruana de los Andes

CUZCO: Universidad Andina del Cuzco, Universidad San Antonio Abad

LORETO: Universidad Nacional de la Amazonía

PUNO: Universidad Nacional del Altiplano

TACNA: Universidad Nacional Jorge Basadre, Universidad Privada de Tacna

No solo el 90% de odontólogos trabaja en la Costa (en grandes urbes: Lima, Arequipa, Ica, Trujillo) sino que en este ámbito regional se ubican la mayoría de universidades con Facultades de Odontología (75% de la generación de nuevos odontólogos), que turgurizan los mismos espacios, en sobre oferta de servicios, sobre todo en Lima Metropolitana. Grave en perspectiva, por la apertura de más facultades, y de Institutos de Prótesis Dental, que alientan el desorden y el empirismo en la atención de la salud bucal.

2.1.7.1 UBICACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL DE LOS ODONTÓLOGOS.

En el Perú del 2006, el 15% de odontólogos ejerce en los servicios públicos (MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP), y el 85% realiza práctica privada, sin mayor protección de seguridad social y fondo de jubilación, a pesar del FOPRODON, del colegio profesional. Para quienes laboran bajo contrato en la red pública, existe la misma situación, solo salario, sin protección en los llamados contratos por Servicios no personales y/o los contratos por locación de servicios.

Sin embargo, todos, o el 99% realiza práctica privada en diferentes formas, pero principalmente individual, en el esquema de profesión liberal, que en el actual mercado globalizado esta en cuestión.

Las horas de trabajo: 6 horas en la práctica pública y 10 horas de promedio en la práctica privada tienen como ocupación principal los siguientes tratamientos:

TRATAMIENTO	% DE OCUPACIÓN
Cirugía Bucal	90
Cosmética dental	70
Endodoncia	60
Prótesis	35
Ortodoncia	15
Otros	30

Tanto en los servicios públicos, como privados, existe un promedio de ocupación del 50% de la capacidad instalada, debido a la poca capacidad económica de la población.

Encuestas realizadas a los cirujanos dentistas indican enorme insatisfacción por los ingresos:

BUENO	REGULAR	MALO
10%	85%	5%

La inversión que en promedio se realiza para instalarse es en promedio de S/. 14,000 nuevos soles a S/. 300,000 nuevos soles. Esto no reporta retornos rápidos, lo que hace que la calidad de vida del odontólogo alcance lo “regular” luego de 10 años, ubicándolo mayoritariamente como clase media.

2.1.8 INDICADORES DE SALUD

OPS-OMS. (2001) En el Boletín Epidemiológico manifiesta: Los indicadores de uso común en un diagnóstico de salud pueden ser clasificados según distintos enfoques, complejidad, variables, relación del hombre con el entorno, según el análisis del sistema sanitario, etc.

Ejemplo: una clasificación sería los indicadores según el enfoque para medir la salud.

Algunas clasificaciones:

- Indicadores positivos y negativos; positivos miden la salud de una manera positiva Ej.: calidad de vida, capacidad funcional....negativos miden la salud de forma indirecta, es decir de forma negativa Ej.: morbilidad....
- Indicadores según su complejidad: simples: tasa mortalidad, natalidad.... compuestos: son aquellos indicadores contruidos sobre la base de varios

indicadores simples, se utilizan para construir formulas matemáticas muy complejas.

La OMS es una agencia especializada de la ONU (organización de las naciones unidas). Según su constitución es la autoridad directiva y

Coordinadora en materia de labor sanitaria mundial siendo responsable de ayudar a todos los pueblos a alcanzar el máximo nivel posible de salud. Los servicios que la agencia proporciona pueden ser de carácter orientativo – técnico.

La OMS mantiene organizaciones regionales en Europa, África, America, Suroeste Asiático y la zona occidental del pacifico y tiene su sede en Ginebra (suiza).

2.1.8.1 CLASIFICACION INDICADORES

OPS-OMS (2001) Desde 1957 la OMS realizo varias propuestas para analizar la salud de las poblaciones y los sistemas de salud y para ello se basa en importantes dimensiones como por ejemplo nivel de salud, equidad en la financiación.

OPS-OMS. (2001) En 1981 la OMS elaboro una lista de indicadores para que los países escogieran aquellos que le pudieran ser útiles para evaluar el progreso de su nación o país en la consecución de sus objetivos y dentro de un programa que llamo salud para todos en el año 2000.

Estos indicadores son:

-Indicadores de recursos para la salud y política financiera: ejemplo, el presupuesto nacional en actividades relacionado con servicios de salud.

La distribución de recursos entre la población es otro indicador que puede ser expresado como la relación entre el número de camas de un hospital, personal médico y sanitario, número de habitantes en diferentes regiones del país.

-Indicadores sociales y económicos (socioeconómicos y culturales):

Son los indicadores relacionados con la tasa de crecimiento de la población, el producto interior bruto (PIB), la renta per cápita (renta por persona), la tasa de alfabetización, las condiciones de vivienda, los índices de pobreza, disponibilidad de electrodomésticos en el domicilio, salarios, índice de desempleo, dieta, el consumo....

Los indicadores socioeconómicos miden el nivel de vida de una población en la que entran en juego aspectos económicos, sociales, políticos, intelectuales y morales y que condicionan el bienestar y la satisfacción del individuo y del grupo.

El nivel de vida se refleja en tres apartados esenciales:

- Consumo de bienes y servicios
- Prestaciones sociales
- Condiciones laborales

Indicadores de prestación de salud (de actividad): Aquí están incluidos los siguientes indicadores:

- Disponibilidad de servicio sanitario
- Accesibilidad a estos servicios sanitarios
- Indicadores de calidad de asistencia sanitaria
- Indicadores de cobertura de asistencia sanitaria, cobertura de vacunación.

En general estos indicadores estudian la dinámica y el funcionamiento de hospitales y centros, el uso de recursos, la utilización de técnicas y procedimientos.

Los indicadores del estado de salud: son los más usados y se pueden distinguir al menos cuatro tipos:

- Indicadores de mortalidad; son muy utilizados ya que la muerte es un fenómeno universal, ocurre una sola vez y se registra de forma sistemática (tasas de mortalidad).
- Indicadores de natalidad; hay que tener en cuenta que existe una relación entre alta tasas de natalidad y el nivel sanitario, socioeconómico y cultural, son importantes también los indicadores que reflejan el estado de salud materno–infantil (tasas),
- Indicadores de morbilidad; intentan estimar el riesgo de enfermedad y cuantificar su magnitud e impacto, pueden no ser fiables de definir (tasas)
- Indicadores de calidad de vida; para calcular el nivel de salud, la OMS propone utilizar los indicadores de esperanza de vida ajustada por discapacidad y los indicadores de salud percibida o sentida.

Para saber el estado de desarrollo sanitario de un país puede consultarse la mortalidad–materna, mortalidad–infantil y la mortalidad por enfermedades infecciosas: cuando estas tres tasas son bajas el estado de salud de un país suele ser bueno y su estado sanitario aceptable.

Para facilitar todo esto hay que tener en cuenta el gran desarrollo de las técnicas estadísticas y de la informática.

Con la clasificación de los indicadores sanitarios de la OMS se puede conocer el estado de salud de las comunidades y además hay que tener en cuenta que pueden ser generales y específicos: generales (Ej. .tasa mortalidad general) específicos (Ej. tasa mortalidad materno–infantil)

El ministerio de sanidad y consumo lleva realizando desde el año 1990 una serie de publicaciones sobre los indicadores de salud en España tomando como referencia la lista de indicadores que la de la OMS en Europa propone para evaluar la salud de todos en el año 2000.

El comité regional para Europa de la OMS adopto en septiembre de 1984, 38 objetivos agrupados en 5 bloques y se confeccionaron 116 indicadores adaptados a ellos.

2.1.8.2 INDICADORES DE EXPOSICIÓN, PROTECCIÓN, RESULTADO

OMS (2000) En el programa salud para todos se consideraron estos 3 tipos de indicadores están incluidos dentro de una clasificación que se llama:

- Indicadores según la relación del hombre con el entorno
- Indicadores de exposición: se encargan de medir el grado de exposición a os diferentes determinantes de la salud / enfermedad. Ejemplo: tabaco, alcohol, psicotrópicos, ingestas diarias de grasas, porcentaje de trabajadores expuestos a riesgos laborales.
- Indicadores de protección: son los indicadores que se ocupan de valorar y cuantificar el nivel de protección de la sociedad y de los individuos frente a las enfermedades. Ejemplo: índices de vacunación, indicadores de saneamiento, indicadores de actividad sanitaria (estudian el funcionamiento de los hospitales, de centro, utilización de técnicas usos de recursos... ejemplo; altas totales, total de urgencia...)
- Indicadores de resultado: estos indicadores se basan más en los resultados obtenidos que los objetivos propuestos, es decir cuantifica los bienes o las características positivas que la poseen. Son los indicadores que se utilizan para evaluar el desarrollo de un país, de un centro, de una actividad sanitaria. Ejemplo: los indicadores empleados en Europa para evaluar el cumplimiento de los indicadores de la OMS en temas de salud, indicadores de resultado hospitalario (tasas de cesaria, mortalidad de pacientes con IAM, mortalidad peri operatoria, reingresos de pacientes inesperados...)

Estos indicadores miden el resultado final del proceso asistencial por ejemplo: calidad asistencial, nivel de satisfacción del paciente, número de óbitos (muerte, deceso, fallecimiento, expiración, defunción...)

2.1.8.3 OMS Y LA SALUD BUCODENTAL:

OMS (2000) En el programa salud para todos se habla en el área de salud bucal de unos objetivos mínimos que sirven de orientación a la hora de analizar las acciones en salud emprendidas o por emprender por cada país y significa un avance en el compromiso de los ciudadanos, pero homogenizan las poblaciones de tal manera que los logros terminan por ocultar las profundas diferencias de salud buco-dental que permanecen en los diferentes grupos sociales. Estos objetivos mínimos son:

- El 50% de los niños de 5 a 6 años deben estar libres de caries
- El índice de CAO a la edad de 12 años no debería sobrepasar la cifra de 3
- El 85% de los jóvenes de 18 años conservaran todos sus dientes
- Intentar que el 75% de los adultos de 35 a 44 años conserven al menos 20 dientes
- Intentar que el 50% de los adultos de 65 años o más conserven al menos 20 dientes
- Establecer las bases de un seguimiento.

Mijares (1995) Sostiene que por muchos años se han considerado como indicadores de desarrollo de un país las cifras provenientes de los estudios económicos y sus indicadores, aún pudiendo ser utilizadas para señalar o inferir las cualidades de las condiciones de vida alcanzadas por la población; sin embargo, lo que realmente mide el nivel de desarrollo de un país, es el grado de bienestar y felicidad alcanzado por el hombre. Como el verdadero y el más justo elemento de juicio para medir las gestiones de salud. En este

sentido, la salud es considerada como un índice del bienestar integral del ser humano alcanzado por una población, así como también, una condición esencial para el desarrollo social.

Aún cuando los resultados de salud mostraron una mejoría durante la segunda mitad del siglo XX, esta mejoría decreció a finales del mismo siglo en la década de los noventa, pudiéndose predecir que la mayoría de las Naciones Mundiales no lograrán las metas pautadas para el año 2015 en términos de salud como lo reflejan el último informe del Banco Mundial (2003), a pesar de las inversiones en las políticas públicas y en la promoción del Estado de Bienestar.

2.1.8.4 SALUD BUCAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Mena y Rivera (1991), sostiene que el componente bucal del proceso salud enfermedad de los individuos, familias y colectivos de una comunidad, representa un proceso complejo. En caso concreto, la salud y enfermedad bucal es la resultante de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicos, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos, acceso y práctica a medidas de función, así como también, los aspectos psicológicos que representa para la población el componente bucal.

Breihl y Granda (1982). En este sentido manifiesta que el proceso salud enfermedad bucal, consiste en un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y producen la aparición de riesgos que se manifiestan en forma de perfiles epidemiológicos de salud bucal.

Chávez (1976), Geiringer, (1989). Consideran que pudiendo comprender a la salud bucal, como un componente del estado de salud general del individuo o grupos sociales, que estarán determinados históricamente y socialmente.

Aunque existe acuerdo que la salud bucal es un componente fundamental de la salud, se conoce que hay una brecha entre la concepción y la manera de abordar la misma. Si bien, en innumerables oportunidades se ha descrito que la boca es el espejo de la salud o enfermedad, o que actúa como un sistema de alarma de cualquier afección a nivel sistémica, se destaca de esta manera que la salud bucal no es sólo un problema dentario, sino más bien una problema de la salud integral del individuo y de la comunidad. Por ende, sin su conservación, recuperación y mejoramiento no es factible alcanzar niveles adecuados de salud general, ya que la patología bucal está asociada con otras patologías generales.

A pesar que las Políticas de Salud del Ministerio de Salud, tienen como prioridad la estrategia de Atención Primaria en Salud, a través de su sistema operativo como lo es el Modelo de Atención Integral ésta es ignorada por numerosas instituciones ya sean públicas o privadas, asumiendo como eje fundamental la curación, más que la prevención.

En las facultades de Odontología del Perú se desarrollan cada año cerca de 600 investigaciones dirigidas a problemas clínicos más no a necesidades de la Salud Pública Bucal.

Dentro del Programa Salud para Todos de la OMS el MINSA firma un convenio con las facultades de Odontología por el cual el 30% de las investigaciones estarán dirigidas al campo de la Salud Pública.

Malagón y Morera (2002). En tal sentido se deben accionar políticas públicas que hagan énfasis en la promoción y educación considerando la cultura y la idiosincrasia. Retomando además, las acciones estratégicas que se crearon en la carta de Ottawa, durante la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Canadá en 1986, en donde se determinó: diseñar políticas públicas

saludables, crear entornos favorables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales o estilos de vida, además de reorientar los servicios de salud comunitaria.

2.2 ESTUDIOS PREVIOS

Novales (2003) realizó un examen bucodental a 1,195 adolescentes entre 12 y 15 años de edad, que asistían de nueve escuelas secundarias. Con los datos obtenidos se estimaron los índices de: placa dentobacteriana (IPDB), dientes cariados, perdidos y obturados (ICPOD), y la significancia de la caries (SIC). El examen odontológico se hizo mediante instrumental general de exploración bucal y pastillas reveladoras de la placa dentobacteriana.

Se encontró que el IPDB fue de 0.182; el ICPOD fue de 0.126 y el índice SIC de 3.40. Los dientes más afectados por caries fueron el 46 y 36, para ambos sexos; los que presentaron una mayor frecuencia de pérdida fueron el 47 y 14, para ambos sexos, los más obturados fueron el 36 y 46 en el sexo femenino, y el 46, 36 en el masculino; los más sanos fueron el 32 y 42 en las mujeres y el 32 y 31 en los hombres. No hubo diferencias significativas entre géneros. El índice SIC de 3.40, indica que la salud dental de la muestra se puede calificar como “moderada”, considerando los criterios de la OMS (que fija como meta un índice de 3.0 para el año 2015). El IPDB fue de 0.182, lo que indica que la población revisada tiene un estado de buena higiene buco dental.

Alfonso (2004) nos dice que la mortalidad dental familiar es alta (93,6 %), lo que se confirma al analizar el índice familiar de dientes perdidos, donde el mayor número de familias caen en la categoría de alto con 6 o más. Como se ha venido planteando, el análisis de esta tabla refleja la poca labor preventiva y educativa en las diferentes enfermedades bucales y en todos los grupos de edades, para evitar llegar a la mortalidad.

Duque de Estrada (2004) en un estudio sobre los factores de riesgo de la maloclusión demostró que el 63,3% de los casos mostraban hábitos bucales deformantes; el 30% de los casos mostraron hipotonía muscular, el 46,7% de los casos muestran factores hereditarios; el 23,30% muestran malnutrición; el 51,70% caries dental y el 30% dientes perdidos.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 SALUD:

Es definida por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). "y en armonía con el medio ambiente",

La salud concebida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un estado de bienestar integral, que permita el desarrollo humano sostenido con equidad.

La equidad en salud, supone que todos idealmente tengan una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie deba estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse.

2.3.2 SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA (CVRSO)

De acuerdo a Inglehart y Bagramian (2002) la CVRSO se define como el juicio personal acerca de que manera los siguientes factores afectan al bienestar: factores funcionales (masticación, fonación etc.) factores psicológicos (que conciernen a la apariencia personal y autoestima), factores sociales (como la relación con los demás) y finalmente a factores como el dolor o la incomodidad.

2.3.3 FAMILIA:

Unidad básica de organización social en la mayor parte de las sociedades industrializadas modernas.

2.3.4 INDICADOR:

Un indicador es una proposición que relaciona un fenómeno observable con un hecho no observable y sirve, por lo tanto, para "indicar" o sugerir la existencia o ciertas características de este último.

2.3.5 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

El sistema estomatognático es la unidad Morfo-funcional integrada y coordinada, constituida por el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales, organizadas alrededor de las articulaciones occípito-atloidea, atlo-axoidea, vértebro-vertebrales cervicales, témporo-mandibulares, dento-dentales en oclusión y dento-alveolares, que se ligan orgánica y funcionalmente con los sistemas digestivo, respiratorio, fonológico y de expresión estético-facial y con los sentidos del gusto, del tacto, del equilibrio y de la orientación para desarrollar las funciones de succión, digestión oral (que comprende la masticación, la salivación, la degustación y la degradación inicial de los hidratos de carbono); deglución, comunicación verbal (que se integra, entre otras acciones, por la modulación fonológica, la articulación de los sonidos, el habla, el silbido y el deseo); sexualidad oral (que incluye la sonrisa, la risa, la gesticulación bucofacial, el beso, entre otras manifestaciones estético-afectivas); respiración alterna y defensa vital, integrada por la tos, la expectoración, el estornudo, el bostezo, el suspiro, la exhalación y el vómito, esenciales para la supervivencia del individuo. Está contenido en la parte superior del cuerpo humano, a partir de la cintura toraco- escapular, definida ésta como la conceptualizó Ives

Chatain (1983), la cual constituye su base y límite inferior; a su vez contiene otras estructuras anatómico-funcionales muy importantes como la faringe, la laringe, el encéfalo y los órganos de los sentidos, incluidos el del equilibrio y el de orientación, con todos los cuales establece relaciones muy precisas e importantes.

2.3.6 OCLUSIÓN

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto. El término Oclusión implica también el análisis de cualquier relación de contacto entre los dientes: relaciones en profusión, en literalidad o céntrica. Aceptando como posición fisiológica, la relación céntrica (en que los cóndilos están en posición no forzada mas retruida mas superior y más medial).

2.3.7 MALOCLUSIÓN

Cuando la Oclusión Habitual no coincide con la oclusión céntrica, dentro de ciertos límites, puede hablarse de mal oclusión funcional porque la función del sistema estomatognático esta alterada. Aun en el caso de que al llevar la mandíbula a posición retruida coincida la oclusión máxima y habitual con la Oclusión céntrica, pueden estar presentes relaciones interdentarias atípicas que se califican de anormales o mal oclusivas.

2.3.8 CARIES

Barton (2002) define a la Caries como una Enfermedad infecciosa, contagiosa, multifactorial que afecta al 95% de la población. Es causada esencialmente por los Streptococcus mutans, S. sobrinus, S rattus, S cricettus y S downei. Estas bacterias crecen en la superficie de los dientes como una masa gelatinosa

adherente conocida como placa bacteriana. La placa cariogénica puede contener más de 2×10^{10} bacterias por miligramo.

2.3.9 RIESGO DE CARIES

Anisavice (2003) define el riesgo de caries como la probabilidad de que se desarrolle una lesión o que progrese una lesión preexistente durante un periodo específico de tiempo.

2.3.10 ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Carranza (2004) define la enfermedad periodontal como “una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas.”

2.3.11 DESDENTADO

Paciente con ausencias de piezas dentarias parcial o total.

2.3.12 PRÓTESIS

Es la especialidad de la Estomatología que se encarga de la atención al desdentado parcial o total y adapta piezas artificiales que le reconstruyen las estructuras perdidas. La prótesis usa instrumentos que componen o reconstruyen la oclusión tallando las piezas dentarias.

CAPÍTULO III

III HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis General

Los Indicadores familiares de Salud Bucal tienen implicancias en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

3.2 Hipótesis Específicas

1.- Las implicancias del número de miembros por familia es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

2.- Las implicancias del predominio femenino es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

3.- Las implicancias de la ingesta frecuente de alimentos en familia es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

3.3 Variables en estudio

VI.- Indicadores Familiares de Salud Bucal.

VD.- Factores de Riesgo de Salud Bucal

3.4 Operacionalización de Variables

Variables	Indicador	Índice	resultados
VI Los Indicadores familiares de Salud Bucal	Número de miembros por familia V1	3 miembros 1	18 personas = 6 familias
		4 miembros 2	156 personas= 39 familias
		5 miembros a mas 3	40 personas = 8 familias
	Predominio femenino en la familia V2	SI 1	45 familias
		NO 2	8 familias
	Ingesta frecuente de alimentos en familia V3	SI 1	45 familias = 184 personas
		NO 2	8 familias = 30 personas
VD Factores de riesgo de Salud Bucal	Presencia de factores de riesgo de salud bucal V4	SI 1	40 familias = 162 personas
		NO 2	13 familias = 52 personas
	Frecuencia de cepillado por día V5	Inadecuado 1	20 familias = 80 personas
		adecuado 2	33 familias = 134 personas
	Conocimiento de higiene bucal V6	SI 1	43 familias= 170 personas
		NO 2	10 familias = 44 personas
	Consumo de alimentos azucarados V7	SI 1	38 familias = 154 personas
		NO 2	15 familias= 60 personas

CAPÍTULO IV

IV METODOLOGÍA Y DISEÑO

4.1 Método

La presente es una investigación de tipo no experimental transversal y descriptiva. Se realiza sin manipular deliberadamente las variables, observando los fenómenos en su contexto natural, para después analizar y describir su incidencia y los valores en que se manifiesta la interrelación de una o más variables en un momento dado.

4.2 Diseño del Estudio.

Para la presente investigación se hizo el estudio de 53 familias concurrentes a la Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Estomatología UIGV, durante el año 2007

Para lo cual se desarrollo la historia clínica integral, determinando la presencia de las patologías más prevalentes en Salud Bucal: Caries, Enfermedad Periodontal, Alteraciones de la Oclusión.

4.3 Materiales e Instrumentos

4.3.1 Materiales de Escritorio

- 1.- Fichas de recolección de datos
- 2.- Lapiceros
- 3.- Correctores
- 4.- Organizador
- 5.- Fotocopias

4.3.2 Servicio de procesamiento de datos

- 1 Software estadístico.

4.3.3 Equipos

- 1.- Mantenimiento de computadora
- 2.-Tinta de impresora
- 3.- Internet

CAPÍTULO V

V UNIVERSO Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

5.1 Universo y Muestra

La población está conformado por 60 familias asistentes a la Clínica del Adulto UIGV durante el año 2007. Teniendo un promedio familiar de 4 miembros.

Se eligió una muestra de tipo probabilística de modo que se pudiera reducir al mínimo el error estándar. La muestra elegida fue de 53 familias.

La formula utilizada fue la siguiente

$$1.- n^1 = \frac{S^2}{V^2} = \text{Tamaño provisional de la muestra} = \frac{\text{varianza de la muestra}}{\text{varianza de la población}}$$

$$2.- n = \frac{n^1}{1 + n^1 / N}$$

Donde:

N = tamaño de la población = 60 familias

V^2 = varianza de la población. Su definición (se) cuadrado del error Estándar.

S^2 = varianza de la muestra expresada como la probabilidad de ocurrencia De y

n^1 = tamaño de la muestra sin ajustar

n = tamaño de la muestra

Por tanto:

$$n^1 = \frac{0.9(1-0.9)}{(0.15)^2} = \frac{0.09}{0.000225} = 400$$

$$n = \frac{400}{1 + 400/60} = 53$$

5.2 Técnicas de Recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica general de la CIA de la Facultad de Estomatología, consignando en una ficha especialmente confeccionada para ello:

- 1.- Nombre
- 2.- Edad
- 3.- Sexo
- 4.- Numero de miembros de la familia
- 5.- Ocupación
- 6.- Grado de instrucción
- 7.- Profesión
- 8.- Hábitos alimenticios
- 9.- Hábitos de higiene bucal
- 10.- Conocimiento de higiene bucal
- 11.- Antecedentes de tratamiento Odontológico
- 12.- Antecedentes de tratamiento sistémicos
- 13.- Número de dientes cariados
- 14.- Numero de dientes obturados
- 15.- Alteraciones del esmalte
- 16.- Hendiduras labiales y/o palatinas
- 17.- Enfermedad periodontal
- 18.- Mal oclusiones
- 19.- Alteraciones del ATM
- 20.- lesiones de la mucosa oral
- 21.- Ausencias dentarias
- 22.- Promedio de edad familiar

5.3 Técnica de Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 12, realizándose el análisis de estadística descriptiva para cada una de las variables y luego la descripción de la relación entre ellas.

A.- Distribución de frecuencias:

Se realizó el análisis de las frecuencias relativas y acumuladas. Las primeras son los porcentajes de casos en cada categoría y las frecuencias acumuladas son lo que se va acumulando en cada categoría, desde la más baja hasta la más alta.

B.- Medidas de tendencia central:

Las medidas de tendencia central son los puntos en una distribución, los valores medios o centrales de esta y nos ayuda a ubicarla dentro de la escala de medición.

Moda: es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia.

Mediana: es el valor que divide a la distribución por la mitad. Refleja la posición intermedia de la distribución.

Media: es la medida más utilizada y puede definirse como el promedio aritmético de una distribución.

Rango: es la diferencia entre la puntuación mayor y la puntuación menor, indica el número de unidades en la escala de medición necesario para incluir los valores máximo y mínimo.

Desviación estándar: es el promedio de la desviación de las puntuaciones con respecto a la media.

Varianza: es la desviación estándar elevada al cuadrado

C.- Análisis no Paramétricos

Prueba “T” de Student

El objetivo de la prueba “T” es, establecer la posible existencia de diferencia estadística significativa mediante la comparación de dos promedios.

Se seleccionó esta prueba por tres razones:

- a.- Permite comparar los promedios de dos distribuciones.
- b.- Se aplica en caso de muestras pequeñas
- c.- indicada para comparar muestras independientes.

La formula es la siguiente:

$$T_{obs} = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{S^2_1}{N_1} + \frac{S^2_2}{N_2}}}$$

Donde:

Tobs = Resultado observado o tabulado

X = Promedio

N = Numero de muestras

S² = Desviación Standard

Luego de lo obtenido el valor estadístico “T” observado, este será confrontado con el “T” crítico de la tabla de distribución “T” de student.

Para ellos se necesitará definir los grados de libertad (gl), representados por el factor K, utilizados en la prueba de significancia.

$$gl = n_1 + n_2 - 2$$

N1 y N2 son el tamaño de los grupos que se comparan.

CAPÍTULO VI

6.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se deben a la comparación y contrastación de datos obtenidos de la historia clínica de 214 pacientes en 53 familias en base a las variables en estudio.

1.- Variable Independiente (VI): Indicadores Familiares de Salud Bucal

2.- Variable Dependiente (VD): Factores de Riesgo de Saud Bucal.

La variable Independiente Indicadores Familiares de Salud Bucal se clasificó en:

Número de miembros por familia:	3 miembros	8.4 %	de la muestra
	4 miembros	72.9%	de la muestra
	5 miembros	18.7%	de la muestra

Predominio Femenino en la familia	SI	84.9%	de la muestra
	NO	15.1 %	de la muestra

Ingesta frecuente de alimentos en familia	SI	86 %	de la muestra
	NO	14 %	de la muestra

La variable Dependiente: Riesgo de Salud Bucal se clasificó en:

Presencia de factores de riesgo de Salud Bucal.	SI	75.7%	de la muestra
	NO	24.3 %	de la muestra

Frecuencia de cepillado por día	INADECUADO	37.4	de la muestra
---------------------------------	------------	------	---------------

ADECUADO 62.6 de la muestra

Conocimiento de Higiene Bucal SI 79.4% de la muestra
NO 20.6 % de la muestra

Consumo de alimentos azucarados SI 72 % de la muestra
NO 28 % de la muestra

A continuación presentamos las tablas de frecuencia de las variables en estudio.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

		Nº de miembros por familia	Predominio femenino en la fam.	Ingesta frecuente de alimentos en fam.	Presencia de factores de riesgo de SB.	Frec. De cepillado X día	Conoc. de Higiene Bucal	Consumo de alimentos azucarados
N	Validos	214	53	214	214	214	214	214

Media	2,1028	1,1509	1,1402	1,2430	1,6262	1,2056	1,2804
Mediana	2,0000	1,0000	1,0000	1,0000	2,0000	1,00000	1,0000
Moda	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00
Desviación standard	.51155	.36142	.34799	.42990	.48495	.40509	.45024
Varianza	.262	.131	.121	.185	.235	.164	.203
Rango	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00

El Indicador de salud bucal: número de miembros por familia tiene como resultados del estudio que más del 50% de la muestra es de 4 miembros pues la mediana es de 2. Teniendo una moda y media de 2 y 2.1 respectivamente. Estos resultados influyen en la atención de servicios de salud por que a mayor número de personas en las familias más pobladores en las comunidades lo que hace difícil alcanzar una prestación de los servicios de salud bucal con mejoras en cantidad, calidad, orden, índole, relaciones de personas y recursos en la prestación de la atención de salud bucal, que están incluidos en la labor de la estomatología y sus diversas especialidades.

En cuanto al indicador de salud bucal: predominio femenino en la familia la moda determina una clara tendencia señalando 1. En la mediana más del 50% de la muestra se ubica en predominio femenino pues la mediana y la media es de 1,1.

La madre es la encargada generalmente de guiar al niño en su educación durante su crecimiento, dentro de esta educación está la incorporación de hábitos importantísimos como los de cantidad, calidad, frecuencia, de los alimentos, pero también los de higiene bucal por ello es de importancia

aprovechar el binomio madre hijo; ese lazo que puede ser una ayuda valiosa bien manejada o una formación inadecuada en cuestiones de salud bucal.

Los hábitos alimenticios son muy variados no sólo por ubicación geográfica, clima, acceso a los diferentes tipos de alimentos, sino que también están sujetos a las costumbres familiares en la predilección de los alimentos forma y numero de veces de su ingesta lo que genera grandes cambios en la posibilidad de contraer enfermedades de origen odontológicas

La familia juega un papel importantísimo en la educación de la salud bucal de las personas.

Los datos obtenidos en nuestro estudio sobre el indicador de salud bucal: La Ingesta frecuente de alimentos en familia, son los siguientes: la moda determina una clara tendencia señalando 1 y en promedio más del 50% de la muestra se ubica con mayor ingesta frecuente de alimentos en familia pues la media señala 1.1 y la mediana 1.

El factor de riesgo: Consumo de Alimentos Azucarados en familia tiene como resultados en promedio mas del 50% de los miembros de las familias consumen alimentos azucarados pues la media es 1.28 y teniendo una moda y mediana de 1.

Si tenemos en cuenta que la caries es una enfermedad multifactorial y uno de esos factores es el consumo de carbohidratos (azucars) tener valores tan altos de consumo de azucars en familia es una señal de alarma y una necesidad de guiar a las familias en la necesidad de disminuir el factor de riesgo del consumo de alimentos azucarados.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio sobre los factores de riesgo demuestran que más del 50% de la población tiene factores de riesgo de salud bucal evidenciado en la mediana, moda y media de 1.

Si tenemos en cuenta que los indicadores familiares de salud bucal como numero de miembros en familia, predominio femenino familiar y la ingesta frecuente de alimentos en familia nos permiten evaluar medir las implicancias en los factores de riesgo como frecuencia de cepillado, conocimiento de higiene bucal y consumo de alimentos azucarados.

Estas cifras confirman la hipótesis general que refiere Los Indicadores familiares de Salud Bucal tienen implicancias en la determinación de la presencia de factores de riesgo.

TABLA DE FRECUENCIAS

Tabla Nº 1 Frecuencias

Nº de Miembros por familia

		Frecuencias	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulativo
Validos	3 miembros	18	8.2	8.4	8.4
	4 miembros	156	71.2	72.9	81.3
	5 o + miembros	40	18.3	18.7	100.0
	Total	214	97.7	100.0	
Total		214	100.0		

Los resultados obtenidos demuestran que el 72.9 % de personas pertenece a familias de 4 miembros seguidos en un 18.7% por familias de 5 miembros a más y con un 8.4% de familias de 3 miembros.

Las cifras nos indican que la población tiene un 91.6 % de personas que pertenecen a familias numerosas de 4 a más miembros.

Todo lo antes explicado corrobora la hipótesis que postula: La implicancias del número de miembros por familia es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Tabla N°2 Frecuencias
Predominio femenino en la Familia

	Frecuencias	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulativo
Validos SI	45	20.5	84.9	84.9
NO	8	3.7	15.1	100.0
Total	53	24.2	100.0	
Total	214	100.0		

En relación con el sexo se decidió utilizar en su lugar el predominio femenino familiar

Los resultados demuestran que de 53 familias el 84.9% tienen un predominio femenino, habiendo un escaso 15.1% con predominio masculino.

La mayoría femenina en la población es significativa lo que corrobora la hipótesis específica que postula: La implicancias del predominio femenino es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Tabla Nº 3 Frecuencias

Ingesta frecuente de alimentos en familia

	Frecuencias	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulativo
Validos SI	184	84.0	86.0	86.0
NO	30	13.7	14.0	100.0
Total	214	97.7	100.0	
Total	214	100.0		

El 86% de los resultados de la muestra manifiestan un predominio de las personas con ingesta frecuente de alimentos en familia; habiendo un 14% de personas que su alimentación no es predominante en familia.

La costumbre de la alimentación en familia conlleva a determinadas características como cantidad, calidad, frecuencia, que se incorporan a las personas y que pueden influenciar en la Salud Bucal constituyendo factores de riesgo.

Todo lo antes explicado corrobora la hipótesis que postula: La implicancias de la ingesta frecuente de alimentos en familia es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Tabla N° 4 Frecuencias

Presencia de factores de riesgo de Salud Bucal

	Frecuencias	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulativo
Validos SI	162	74.0	75.7	75.7
NO	52	23.7	24.3	100.0
Total	214	97.7	100.0	
Total	214	100.0		

Los resultados obtenidos demuestran que el 75.7% de la muestra tiene presencia de factores de riesgo de Salud Bucal y un 23.7% de la muestra no presenta presencia de factores de riesgo de Salud Bucal. Estas cifras evidencian que no hemos progresado pues en el último estudio nacional realizado por el Minsa en el año 1996 se reporta 95% de la población con caries, 85% con enfermedad periodontal y 80% con mal oclusiones.

Todo lo antes explicado corrobora la hipótesis general: Los Indicadores familiares de Salud Bucal tienen implicancias en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Tabla Nº 5 Frecuencias

Consumo de alimentos azucarados

	Frecuencias	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulativo
Validos SI	154	70.3	72.0	72.0
NO	60	27.4	28.0	100.0
Total	214	97.7	100.0	
Total	214	100.0		

Los resultados obtenidos demuestran que el 72% de la muestra consume alimentos azucarados y el 28% de la muestra no consume alimentos azucarados.

El consumo de Alimentos Azucarados es uno de los factores de riesgo de Salud Bucal que se ve afectado significativamente por los Indicadores Familiares de Salud Bucal.

Todo lo antes explicado corrobora la hipótesis general: Los Indicadores familiares de Salud Bucal tienen implicancias en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

PRUEBA T STUDENT

Pares de comparación estadística

		Media	N	Desviación Std.	Error Std. Media
1	Nº de miembros por familia vs	2,1028	214	.51155	.03497
	Presencia de factores de riesgo de SB	1,2430	214	.42990	.02939
2	Nº de miembros por familia vs	2,1028	214	.51155	.03497
	Frecuencia de cepillado por día	1,6262	214	.48495	.03315
3	Nº de miembros por familia vs	2,1028	214	.51155	.03497
	Conocimiento de Higiene bucal	1,2056	214	.40509	.02769
4	Nº de miembros por familia vs	2,1028	214	.51155	.03497
	Consumo de alimentos azucarados	1,2804	214	.45024	.03078
5	Predominio femenino en la familia vs	1,1509	53	.36142	.04964
	Presencia de Fact. Riesgo de SB	1,0000	53	.00000	.00000
6	Predominio femenino en la familia vs	1,1509	53	.36142	.04964
	Frecuencia de cepillado por día	1,0000	53	.00000	.00000
7	Predominio femenino en la familia vs	1,1509	53	.36142	.04964
	Conocimiento de Higiene bucal	1,0000	53	.00000	.00000
8	Predominio femenino en la familia vs	1,1509	53	.36142	.04964
	Consumo de alimentos azucarados	1,0000	53	.00000	.00000
9	Ingesta frec. de alimentos en familia vs	1,1402	214	.34799	.02379
	Presencia de Fact. Riesgo de SB	1,2430	214	.42990	.02939
10	Ingesta frec. de alimentos en familia vs	1,1402	214	.34799	.02379
	Frecuencia de cepillado por día	1,6262	214	.48495	.03315
11	Ingesta frec. de alimentos en familia vs	1,1402	214	.34799	.02379
	Conocimiento de Higiene bucal	1,2056	214	.40509	.02769
12	Ingesta frec. de alimentos en familia vs	1,1402	214	.34799	.02379
	Consumo de alimentos azucarados	1,2804	214	.45024	.03078

T- Student
Pares de correlaciones

	N		Sig.
Pair 1	214		0.021
Pair 2	214		0
Pair 3	214		0.020
Pair 4	214		0.020
Pair 5	53		0.056
Pair 6	53		0.060
Pair 7	53		0.052
Pair 8	53		0.060
Pair 9	214		0.017
Pair 10	214		0
Pair 11	214		0.014
Pair 12	214		0

Considerando:

El intervalo de confiabilidad del 95%

P: 0.05

Concluimos que:

1.- Siendo:

Ho: Los Indicadores familiares de Salud Bucal no tienen implicancias en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

HA: Los Indicadores familiares de Salud Bucal tienen implicancias en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana

atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Los resultados demuestran que:

Se niega la hipótesis nula y se acepta la Hipótesis específica pues dada la comparación de los pares:

Cinco (Predominio femenino en la Familia y Presencia de factores de riesgo de Salud Bucal) la significancia es de 0.056 mayor a 0.05

Seis (Predominio femenino en la Familia y Frecuencia de cepillado por día) la significancia es de 0.060 mayor a 0.05

Siete (Predominio femenino en la Familia y Conocimiento de Higiene Bucal) la significancia es de 0.052 mayor a 0.05

Ocho (Predominio femenino en la Familia y Consumo de alimentos azucarados) la significancia es de 0.060 mayor a 0.05

2.- Siendo

Ho: La implicancias del predominio femenino es inversamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

HA: La implicancias del predominio femenino es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Los resultados demuestran que:

Se niega la hipótesis nula y se acepta la Hipótesis específica pues dada la comparación de los pares:

Cinco (Predominio femenino en la Familia y Presencia de factores de riesgo de Salud Bucal) la significancia es de 0.056 mayor a 0.05

Seis (Predominio femenino en la Familia y Frecuencia de cepillado por día) la significancia es de 0.060 mayor a 0.05

Siete (Predominio femenino en la Familia y Conocimiento de Higiene Bucal) la significancia es de 0.052 mayor a 0.05

Ocho (Predominio femenino en la Familia y Consumo de alimentos azucarados) la significancia es de 0.060 mayor a 0.05

CAPÍTULO VII

7.1 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el estudio realizado sobre la presencia de Riesgo de Salud Bucal en un 75.7% tienen una relación directa con los datos del Ministerio de Salud de prevalencia de las caries dental es de 95%, la enfermedad periodontal 85% y la mal oclusión 80%.

Los resultados de la presente investigación respecto al Predominio Femenino es de 84.9 % contrastan con los resultados obtenidos por Natividad M y Col (2005) en su estudio de los Indicadores de Salud Bucal en la Habana aunque su clasificación del predominio femenino fue de Bajo 26.6%; Medio 47.9% y Alto 25.3%; si sumamos el predominio femenino medio y alto obtenemos un 73.2%.

La Ingesta frecuente en familia según los datos obtenidos es de 86% y de un 14% de personas que no frecuentan la ingesta en familia. Resultados que son muy diferentes a los obtenidos por Natividad M y Col (2005) en su estudio de los Indicadores de Salud Bucal en la Habana donde solo se tiene el 26.6% de Patrón de Ingesta Familiar .

Respecto a la Ingesta de Alimentos Azucarados tenemos una preferencia del 72% y un 28% contrario. Estos datos están por debajo de la preferencia del estudio de Natividad M y Col (2005) que obtuvo el 89.4% de preferencia y un 10.6% contrario.

Respecto al cepillado dental encontramos un 62.6% de personas que tienen un adecuado cepillado dental y un 37.4% de personas que no tienen un adecuado cepillado dental. Datos muy similares a los encontrados en Natividad M y Col (2005) quien encontró un 63,8% de personas en la familia que tienen adecuado cepillado dental y un 36.2% de personas que no tienen adecuado cepillado dental.

El Conocimiento de Higiene Bucal en nuestro estudio es de 79.4% y la falta de conocimiento de Higiene Bucal es de 20.6% Valores distantes a los encontrados en los estudios de Natividad M y Col (2005) aunque dividió el nivel de educación para Salud Bucal en Bueno 34.1%, Regular 48.9% y Malo 17%, si hacemos la suma de los valores Buenos y Regulares obtenemos 83% es allí donde encontramos 3,6% de diferencia.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 Conclusiones

8.1.1.- Se ha demostrado que Los Indicadores familiares de Salud Bucal tienen implicancias en la determinación de la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Los resultados obtenidos demuestran que el 75.7% de la muestra tiene presencia de factores de riesgo de Salud Bucal y un 23.7% de la muestra no presenta presencia de factores de riesgo de Salud Bucal. Estas cifras evidencian que no hemos progresado pues en el último estudio nacional realizado por el Minsa en el año 1996 se reporta 95% de la población con caries, 85% con enfermedad periodontal y 80% con mal oclusiones.

8.1.2.- Se ha demostrado que La implicancias del número de miembros por familia es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007. Las cifras nos indican que la población tiene un 91.6 % de personas que pertenecen a familias numerosas de 4 a más miembros.

Sustentados en una media de más del 50% de la muestra es de 4 miembros. Teniendo una moda y mediana de 2.

8.1.3.- Se ha demostrado que La implicancias del predominio femenino es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007.

Pues, los resultados demuestran la significancia en la prueba del T de Student con valores mayores a 0.050 en la correlación correspondiente al par 5 : Predominio femenino en la Familia y Presencia de factores de riesgo de Salud Bucal donde la significancia es de 0.056; en cuanto a la correlación del Predominio femenino en la Familia y Frecuencia de cepillado por día la significancia es de 0.060, así mismo en la correlación del Predominio femenino en la Familia y Conocimiento de Higiene Bucal la significancia es de 0.052 y en la correlación del Predominio femenino en la Familia y Consumo de alimentos azucarados la significancia es de 0.060.

8.1.4.- Se ha demostrado que la implicancias de la ingesta frecuente de alimentos en familia es directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo en la población peruana atendida en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2007. Debido a que el 86% de los resultados de la muestra manifiestan un predominio de las personas con ingesta frecuente de alimentos en familia; habiendo un 14% de personas que su alimentación no es predominante en familia.

La costumbre de la alimentación en familia conlleva a determinadas características como cantidad, calidad, frecuencia, que se incorporan a las personas y que pueden influenciar en la salud bucal constituyendo factores de riesgo.

8.2 Recomendaciones

8.2.1.- Consideramos que es oportuna la sugerencia de la realización de estudios epidemiológicos nacionales para determinar los avances al cabo de más de 10 años de Instalación del Programa Nacional de Salud Bucal , que comprende acción preventiva promocional y rehabilitadora en el área de operatoria dental. De modo tal que podamos tener un punto de referencia actualizado para futuras investigaciones.

8.2.2.- Consideramos importante realizar estudios que profundicen en la correlación existente entre el número de miembros por familia y la existencia de factores de riesgo de salud no solo oral sino general. Estos resultados fortalecerían la realización de programas de concientización de la población en la necesidad de planificar las familias de acuerdo a los alcances económicos , sociales y culturales de las mismas, de modo tal que el riesgo de salud sea menor y por tanto la inversión del estado disminuya en los programas nacionales implementados en la actualidad.

8.2.3.- Sería importante estudiar las costumbres alimenticias de grupos familiares que tengan alto y bajo porcentaje de factores de riesgo de salud oral de modo que podamos identificar cuales de los alimentos ingeridos frecuentemente en familia son los causantes de la existencia de factores de riesgo . Estos resultados relacionados a la determinación de sus hábitos de higiene oral y el conocimiento de las técnicas correspondientes nos permitirían establecer programas de prevención más efectivos y focalizados hacia la solución de los problemas de los prototipos de familia diagnosticados.

8.2.4.- No existe un estudio actualizado que determine cuales son los Indicadores Nacionales de Salud Bucal , de modo tal que podamos estandarizar criterios , que permitan analizar de manera real los resultados de estudios que como el nuestro intentan aportar conocimiento sobre los elementos determinantes del estado de Salud Bucal de la población peruana; es por eso que recomendamos la realización de estudios que propongan mas y diferentes Indicadores de Salud Bucal de modo que podamos descartar algunos y verificar que las mejoras de los programas que el Minsa ha procurado en los últimos años, han surtido efecto y si no es así, y seguimos con los mismos estándares, podamos planificar los cambios necesarios para el éxito de nuestra labor en el tratamiento de la Salud Oral Nacional

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anisavice K. The maze of treatment decisions. Oxford: Blackwell Munksgaard;2003. p 251-65.

- 2.-Almeida F; Naomar B Silva P. La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Centro de estudios sanitarios y sociales. Cuadernos Médicos. Nº 75. Venezuela. 1999 p:5-30.

- 3.-Baca P. **y col** Caries dental: Etiopatogénia, clínica, diagnóstico, control y tratamiento. Madrid. Smith-Kline Beecham; 2005 p.219-231.

- 4.-Banco Mundial Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004. Servicios para los pobres. Alfaomega, Colombiana S. A. Colombia. 2003.

- 5.-Barton M. Radiología Oral Principios e Interpretación. Ediciones Harcourt. Mosby. Cap 15. 2002

- 6.-Blanaid D. **y col** Introduction to the principles of public Health. Essential Dental Public Health. Oxford: Oxford university 2002 pg 1-45.

- 7.-Breihl, J. ; Granda E. Investigación de la salud en la sociedad. Ediciones CEAS, Quito, Ecuador 1982.

- 8.-Briceño-León R Bienestar, Salud Pública y cambio Social. En: Salud y Equidad: una mirada desde las Ciencias Sociales. Editora Fiocruz, Río de Janeiro. 2000.

- 9.-Carranza Fy **Col** Periodontología Clínica. IX Edición . Ed. Mosby. 2004.

Cap. 47-49,57-59. pgs 668-714,789-807.

- 10.-Chaves M. Odontología Sanitaria. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, EUA. 1962.
- 11.-Chaves M. Odontología social. Rio de Janeiro: Labor do Brasil; 1976.
- 12.-Conill E. La Notion de santé communautaire: éléments de
O'Neill compraison internationale. Can J public Health.
1984; 75: 166-75.
- 13.-Cuenca E. Caries: Fundamentos actuales de su prevención y control. Barcelona. Masson 2005 p. 15-24.
- 14.-Duque de Estrada; Factores de riesgo asociados con la maloclusión.
y col. Rev. Cubana Estomatol. V.41 n.1.
Ciudad de la Habana 2004.
- 15.-Farah M.; Análisis de la Situación de Salud Cubana
Merceròn K. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de Cuba 2005
- 16.-Fermín A.; Atención a Salud Bucal a través de un sistema incremental
Biardeau B. Rev. De la Facultad de Odontología de Universidad de Carabobo.
Caracas, Venezuela 1999.
- 17.-Geirenger, A. La Práctica Odontológica en Venezuela. 1º Edición.
La Impresores. Venezuela. 14. Gómez, O. 2001.

- 18.-Inglehart M; Bagramian R Oral Health-Related Quality of life : An Introduction. Chicago; Quintessence; 2002
- 19.- Knutson J. What is 'public Health?. Dentistry in Public Health. Philadelphia : Saunders; 1955. pg. 55-58.
- 20.-Lalande M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: National Ministry of health and Welfare; 1974.
- 21.-Malagón M. ; Morera G. . La Salud Pública. Situación actual, propuestas y recomendaciones. Edit. Panamericana Bogotá, Colombia. 2002.
- 22.-Mena S; Rivera L. Epidemiología Bucal. Conceptos básicos. Editorial Ofedo/Usual. Venezuela, pp: 27-31. 1991.
- 23.-Michellini M; Rodríguez S. Programa de detección precoz de alteraciones. Evaluación interdisciplinaria. Archv Pediatr Urug 1999; pag.65
- 24.-Mijares A. Condiciones de Vida de la Población Venezolana. Aspectos Odontológicos. FUNDACREDESA. Caracas, Venezuela. 1995.
- 25.-MINSAs Resolución Ministerial N 052332-05 Ministerio de Salud Dirección General de Salud Bucal.2005
- 26.-Natividad M; Facultad de Estomatología. Ave. Salvador Allende y calle G, Betancourt A. Municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. .2004

- 27.-Novales X. Revista Mexicana de Pediatría Indicadores de salud bucal en alumnos de secundaria de un área metropolitana de la ciudad de México Vol. 70, Núm. 5 • Sep.-Oct. pp 237-242. 2003
- 28.-OPS. Fortaleciendo la Salud Pública en las Américas. Documento en discusión. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 2000.
- 29.-OPS-OMS. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 4, Diciembre. 2001.
- 30.-OMS Conferencia Internacional sobre atención primaria de Salud. Alma- Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos. N° 1. Ginebra ; OMS;1978.
- 31.-OMS Primary Health care: A Framework for future strategic Directions. Ginebra: OMS; 2003. Documento WHO/MNC/OSD/03.01.
- 32.-OMS Primary health care and the Millenium development goals: issues for discussion 2004.
http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/mdgs_final.pdf.
- 33.-Otero, M. La paradoja de la Odontología en el Perú. Odontología Ejercicio Profesional. Marketing dental y Gerencia en Odontología. 2004.
- 34.-Pineault E La planificación sanitaria . Conceptos, metodos,

estrategías. Barcelona : Mason; 1987.

35.-Shanttuck L. Report of the sanitary commission of Massachusetts.
Cambridge, mass: Harvard university Press; 1948.

36.-Terris M. La revolución epidemiológica y la Medicina social.
Mexico Siglo XXI. 1980.

37.-Tejada de Rivero D. Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspetivas de
.Salud. Kazajstán. 2003; 8:2-7.

González M, Ward y col. Semiología del medio socioeconómico educacional y
cultural. En Semiología Pediátrica Tomo I. Irma Gentile y col. Ed Oficina del
Ubro. Mvdeo. 1992.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Ficha de recolección de datos

CUESTIONARIO FAMILIAR # _____

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____
OCUPACION _____ GRADO DE INSTRUCCIÓN _____
PROFESION _____

1.- ¿CUANTAS VECES COME EN CASA DURANTE EL DIA? _____

A parte de las principales comidas cuantas veces come, en el día? _____
Horas? _____

2.- ¿ CONSUME ALIMENTOS AZUCARADOS? SI _____ NO _____
CUALES _____

3.- ¿ CUANTAS VECES SE CEPILLA AL DIA? _____

PRESENCIA DE PLACA: SI _____ NO _____

4.- ALGUNA VEZ HA RECIBIDO INSTRUCCION SOBRE HIGIENE BUCAL? SI, NO

UTILIZA USTED OTROS ELEMENTOS PARA LA HIGIENE BUCAL

Hilo dental _____ cepillo interdental _____ colutorios _____
Ninguno _____ otros _____

5.-RECIBIÓ TRATAMIENTO ODONTOLOGICO PREVIO SI ___ NO ___

Curaciones _____ Ortodoncia _____ Tto. Periodontal _____
Exodoncias _____ Prótesis _____ Otros _____

6.- SE SIENTE USTED SATISFECHO POR LA ATENCION ODONTOLOGICA
RECIBIDA? SI _____ NO _____

7.- ENFERMEDADES SISTEMICAS

Diabetes	SI _____ NO _____	Hipertensión	SI _____ NO _____
Gastritis	SI _____ NO _____	Epilepsia	SI _____ NO _____
Alergias	SI _____ NO _____	Enf. Autoinmunes	SI _____ NO _____
Cardiovasculares	SI _____ NO _____	Alt. Psico-neurológicas	SI _____ NO _____

Otros _____

8.- NUMERO DE PIEZAS CON CARIES _____
NUMERO DE PIEZAS CURADAS _____

9.- ALTERACIONES DEL ESMALTE SI _____ NO _____

10.- LABIO , PALADAR HENDIDO SI _____ NO _____

11.- ENFERMEDAD PERIODONTAL SI _____ NO _____

GINGIVITIS _____ PERIODONTITIS _____

12.- MALOCLUSIONES :

RELACION MOLAR DERECHA I _____ II _____ III _____
RELACION MOLARA IZQ. I _____ II _____ III _____

RELACION CANINA DERECHA I _____ II _____ III _____
RELACION CANINA IZQ I _____ II _____ III _____

APIÑAMIENTO SI _____ NO _____

MORDIDA ABIERTA SI _____ NO _____

MORDIDA INVERTIDA SI _____ NO _____

PROGNATISMO SI _____ NO _____

MICROGNATISMO SI _____ NO _____

OTROS _____

13.- ALTERACIONES DEL ATM SI _____ NO _____

14.- LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL SI _____ NO _____

15.- AUSENCIAS DENTARIAS SI _____ NO _____ NUMERO _____

ANEXO 2

Gráfico 1
N° de Miembros por familia

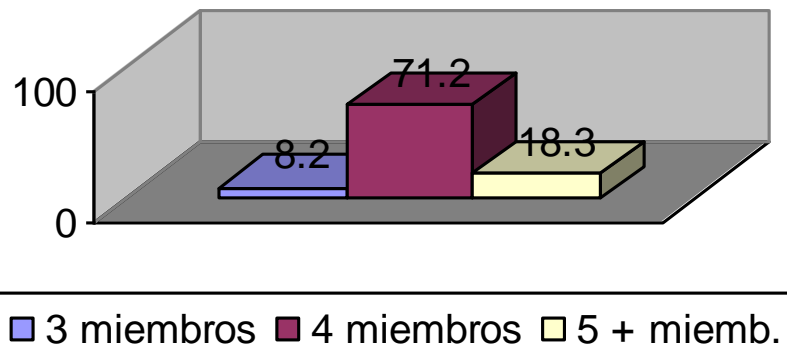


Gráfico N° 2
Predominio Femenino en la Familia



Gráfico N° 3
Ingesta Frecuente de alimentos en Familia

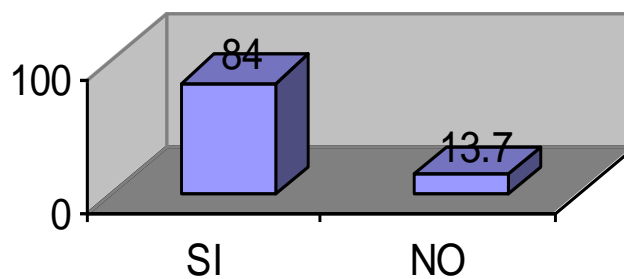


Gráfico N° 4
Presencia de Factores de riesgo de
Salud bucal



Gráfico N° 5
Frecuencia de cepillado por Día

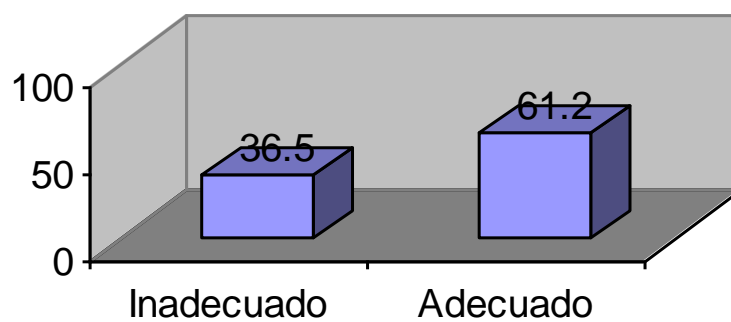


Gráfico N° 6
Conocimiento de Higiene Bucal

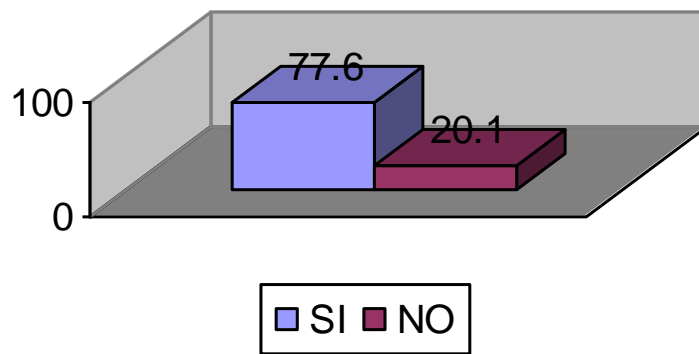


Gráfico N° 7
Consumo de alimentos azucarados

