UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE POST GRADO

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

TESIS para optar el Grado Académico de: MAGÍSTER EN ESTOMATOLOGÍA

AUTOR
GERARDO RUBEN AYALA DE LA VEGA
ASESOR: Dr. DULIO BINDA ARANDA

LIMA – PERÚ 2004

. . 1

AGRADECIMIENTOS . 3

RESUMEN . 5

SUMMARY . . 7

INTRODUCCIÓN . 9

I. MARCO TEÓRICO . 11

1.1. ANTECEDENTES . 11

1.2. BASES TEÓRICAS . . 13

1.2.1. SALUD Y SALUD ORAL . 13

1.2.2. CONDICIONES SOCIO-CULTURALES Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD . 18

1.2.3 EVALUACIÓN E IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD . . 22

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS . 29

II. PROBLEMA DE ESTUDIO . 31

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . 31

2.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN . . 33

2.3. OBJETIVOS . . 33

2.3.1 Objetivo General . . 33

2.3.2. Específicos: . 33

2.4. HIPÓTESIS . 34

2.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES . . 34

III. MATERIALES Y MÉTODO . . 35

3.1. TIPO DE ESTUDIO . 35

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA . 35

3.3. METODOLOGÍA . 36

3.4. MATERIALES . 36

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS . 36

IV. RESULTADOS . 39

V. DISCUSIÓN: CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES . . 55

CONCLUSIONES . . 61

RECOMENDACIONES . 63

BIBLIOGRAFÍA: . 65

ANEXOS . 69

ANEXO 01 . . 69

ANEXO 02 . . 70

ANEXO 03 . . 71

DEDICATORIA *A mi querida esposa Graciela; a mis hijos Jessica, Gerardo y Blanca cuya paciencia, comprensión y apoyo han hecho posible la elaboración de esta Tesis. A mis Padres Julia y Gerardo, quienes con amor y ejemplo trazaron el camino de mi vida. A mis hermanos: Iris, Lidia, Mario y Ernesto por su constante estimulo y apoyo incondicional.*

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

AGRADECIMIENTOS

- Unidad de Post Grado de la Facultad de Odontología
- Un sincero reconocimiento por la enseñanza recibida de su excelente plantel docente
- A la DISA I – Callao, por las facilidades brindadas para la realización de esta investigación.
- Al Equipo Profesional del Centro de Salud Carmen de la Legua – Reynoso, Callao.
- A las madres gestantes que colaboraron en el desarrollo del presente trabajo brindando su tiempo.
- Al Dr. Dulio Binda Aranda, por sus conocimientos, aportes y permanente asesoría en el desarrollo de la investigación.
- Al Dr. Carlos Valdivieso Montoya, por sus reflexiones, comentarios y sugerencias al análisis de las políticas y programas de salud oral.
- A la Lic. Lidia Ayala de la Vega, por su contribución en el aporte metodológico de la investigación.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

RESUMEN

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

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

El 40% de las gestantes señaló no saber que es la salud bucal u oral, el 31% tiene temor a la atención odontológica, el 86.3% percibe el trabajo del odontólogo sólo como recuperativo-asistencial y aunque discursivamente el 59% señale que es importante acudir al dentista periódicamente no constituye una práctica en las gestantes; lo que evidencia el bajo impacto de las políticas preventivo promocionales de salud bucal en éste segmento poblacional y principal agente de socialización de prácticas de salud. El excesivo tiempo de espera para la atención en el Servicio dental es referido por el 100% de las gestantes y los promotores de salud como la limitación más relevante para acceder al Servicio Dental.

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

Palabras Claves: gestantes – programas de salud bucal – impacto social

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

SUMMARY

The objective of the investigation was to establish if the MINSA´s Buccal health Programs of had social impacts between know ledges, perceptions and practices of pregnant women attended at the Dental Service of the Carmen de la Legua – Reynoso – Callao Health Center.

It was a quantitative-qualitative traverse study, carried out with 44 pregnant mothers, the members of the Health Team (Dentist, Obstetrician and Social Worker) and the Health Promoters of "Carmen de la Legua" Health Centers of Reynoso (DISA I-Callao). Interviews, application of questionnaires and discussion groups were made as a methodology.

40% of pregnant mothers pointed out not to know what is buccal or oral health, 31% of them has fear of the dental attention, 86.3% perceives the dentist work only as a recuperative-assistance chore, and although discursively 59% states that it is important to go to dentist periodically, it does not constitute a true practice among them; this evidences the low impact of buccal health promotional preventive politicians in this population segment and main agent of health practice socialization. The excessive waiting time for the attention in the Dental Service is referred by 100% of pregnant and health promoters as a big and relevant limitation for access the Dental Service.

It was found a low significant relationship between instruction degree and attention of pregnant in the Dental Service; but a high significant relationship between instruction degree and buccal health practices.

Key words: Pregnant, Buccal Health Programs, Impact.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

INTRODUCCIÓN

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

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

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

El objetivo de la investigación fue establecer si los Programas de Salud Bucal del MINSA han producido impacto en los conocimientos, prácticas y percepciones de las mujeres gestantes atendidas en el Servicio Dental del Centro de Salud Carmen de la

Legua - Reynoso; ya que el contenido de las políticas de salud bucal ha tenido una concepción y actividades similares a través de los últimos años; sin embargo no se aprecian avances y logros significativos respecto a su impacto social.

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

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

I. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

La orientación de la mayoría de los trabajos de investigación respecto a gestantes, particularmente en Odontología se han concentrado en aspectos de tipo clínico, siendo escasos los estudios que abordan particularmente la salud oral de las gestantes. Una de las primeras investigaciones en esta perspectiva es la de Davenport, E. (10) quien en 1963, pretendió establecer relaciones entre la enfermedad periodontal y el bajo peso al nacer de los recién nacidos; encontrando que el riesgo de ocurrencia de bajo peso al nacer disminuía con el aumento de la profundidad de la bolsa periodontal y luego de cruzar estos hallazgos con otras variables relacionadas (edad materna, raza, educación de la madre, hábito de fumar, consumo de alcohol, infecciones e hipertensión durante el embarazo), halló una relación aún menor. En base a estos resultados, no se encontró evidencia para establecer una asociación entre bajo peso al nacer y enfermedad periodontal de la madre.

Es conveniente incidir que no sólo existe poca información respecto a mujeres gestantes y la atención odontológica que reciben o demandan, sino también en las propias gestantes, ya que según las pocas investigaciones que se han realizado, entre ellas la de Edward y Eowtree citados por Tsamtsouris(47), se encuentra la insuficiencia

de conocimientos especialmente en las mujeres que por primera vez van a ser madres: “en los grupos de mujeres primigrávidas la mayoría ignoraba los mecanismos de la enfermedad dental y su prevención”.

Desde una óptica de investigación cualitativa en 1992 en Valao (Brasil) Bernd, B., Souza, C. y otros (2) buscó determinar el valor atribuido a la salud bucal en sus aspectos culturales y sociales y la práctica odontológica como respuesta a la problemática de la salud bucal, hallando relación directa entre cultura popular, gestación y salud bucal.

En 1993 (48) el trabajo de Valenzuela, R. y otros estableció la incidencia de enfermedad periodontal empleando la Técnica del Indice Periodontal de la Comunidad en las Necesidades de Tratamiento (CPITN) en pacientes gestantes del Hospital E. Rebagliatti de ESSALUD; determinando la alta incidencia de la enfermedad periodontal en gestantes y en relación inversamente proporcional al nivel socio-económico, grado de instrucción y frecuencia del cepillado.

Velásquez, Z. en 1995 (49) confirma con su investigación en pacientes gestantes del IPSS el inadecuado conocimiento de las madres gestantes sobre medidas preventivas de las enfermedades bucales.

La investigación realizada sobre “Evaluación del Impacto en la atención médica por parte de los Programas Peventivos Promocionales” en 1995 por Pastor, A. y otros (36) estableció que dichos programas -entre los que se encontraba el de Salud Bucal – tienen un impacto positivo tanto en la calidad de servicios que perciben los usuarios como en la mayor racionalidad en el uso de los recursos institucionales.

El trabajo de Menino, R. y otros (22) en Bauru (Brasil) en 1995, tuvo la orientación de la investigación de Bernd ya citada y buscó evaluar las necesidades de salud bucal con la práctica y conocimientos de salud de las gestantes desde su propia cultura y valoración de la salud bucal.

En 1996, Bianchi, H. (3) relaciona la promoción de la salud bucal en la embarazada con la predicción del riesgo del neonato, como años atrás lo hiciera Davenport; encontrando que hay una relación directa entre la salud en general y la salud bucal y el medio; debiendo actuarse en forma integral preventiva desde la gestante.

A partir de 1997 se encuentra un conjunto de investigaciones que analizan la problemática de la salud oral desde diversas perspectivas, entre ellas se encuentra la de Menoli, A. y otros en 1997, (24) que establece el perfil de los ginecólogos-obstetras en relación con la salud oral de las gestantes, identificando que no existe un concepto integrado de promoción de la salud oral de la gestante con el de salud integral en los gineco-obstetras influyendo esto en la limitada atención en los servicios dentales. El trabajo de Diaz, R. y otros en 1998 tiene la misma orientación, al buscar conocer la opinión de los médicos y otros profesionales de la salud acerca de la atención odontológica en la gestante en México, cuyos resultados evidencian la poca importancia que le asignan los profesionales de la salud a la salud bucal, y a los servicios que brinda el odontólogo (15).

La investigación de Costa, I. en el año 2000 -Tesis Doctoral de la Universidad Estatal de Sao Paulo- precisa la importancia de las representaciones sociales presentes durante

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

la gravidez en el médico, odontólogo, y gestante; encontrando la necesidad de una mayor coordinación entre médico y odontólogo y de un trabajo educativo con la gestante para desmitificar la atención odontológica (7).

En el 2001 la investigación “Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación “(13), de Diaz, R. y otros, en México, determinó que por la existencia de ciertas creencias y prácticas las madres gestantes relegan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario”

1.2. BASES TEÓRICAS

1.2.1. SALUD Y SALUD ORAL

La Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (6) como el estado de equilibrio físico, mental y social, no consiste sólo en la ausencia de enfermedad, representa o resume la condición integral del hombre frente a su ambiente, es decir en su condición biológica, física, psicosocial, cultural y económica.

El Modelo Biologista de interpretación de la salud, que durante décadas sirvió de base para la formulación de políticas y definición de estrategias de intervención diseñadas desde el sector público, implicó reducir la salud a la ausencia de enfermedad, en torno a lo cual giró la participación de los diferentes actores: usuarios, profesionales y técnicos de la salud; fue por ello muy cuestionado, ya que cada vez es más evidente que las condiciones socio-económicas tienen influencia en el estado de salud.

El Desarrollo Humano es uno de los principales enfoques que aborda la salud desde una perspectiva integral, basada en una nueva concepción de las necesidades humanas, ubicándose la salud como una necesidad de subsistencia.

Amartya Sen (1985), definió las necesidades humanas fundamentales como el conjunto de carencias claramente identificadas y de validez universal, inherentes a la naturaleza del hombre y para cuya resolución se tiene potencialidades. Considera como necesidades humanas fundamentales: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, recreación, identidad y libertad.(45).

Sin embargo cada cultura tiene un modo particular de satisfacer sus necesidades que son los denominados **satisfactores**, que de acuerdo a Neef, M. y otros (1986) pueden ser clasificados en cuatro categorías: ser, tener, hacer y estar. En el caso de la salud (física y mental), que pertenece a las necesidades de subsistencia ésta debe ser experimentada o sentida por el ser humano, ser saludable física y mentalmente, debe tener trabajo, alimento, abrigo y descanso; para ello debe aplicar una acción para alimentarse, para descansar, trabajar, o sea debe hacer cosas que lo lleven a la salud y finalmente debe estar en un ambiente saludable.

De los diferentes tipos de satisfactores–singulares, inhibidores, seudo-satisfactores, sinérgicos, destructores-, son los de tipo sinérgico, los que contribuyen a la prevención y promoción de la salud, ya que estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades (30).

Desde este enfoque, como propone San Martín, H. (1986) la salud es "un proceso social dinámico y variable de bienestar físico, psíquico y social, que puede conllevar una cierta proporción de "mala salud" no objetivada ni percibida; este proceso es multicausal y se genera en las estructuras económico-sociales y se distribuye socialmente en la población; el mecanismo individual es biológico-ecológico" (44).

La propuesta teórica de necesidades y satisfactores, respecto a la salud posibilita una interpretación dinámica de las necesidades y los satisfactores, que permite en el campo de la salud:

- Explicar el origen de los problemas que se atienden cotidianamente (carencias y satisfactores en el origen de los problemas de salud)
- Implicancias de los problemas de salud en el Desarrollo Humano.
- Planificar acciones orientándolas a las áreas carenciales, tanto individual como en grupos sociales específicos.
- Evaluar programas y proyectos que se dirigen a la atención integral de individuos y grupos en cuanto a sus resultados e impacto.

Las nuevas formas de comprender y abordar la salud, la colocaron en la Agenda Internacional considerándola en Cumbres Mundiales, Internacionales y Regionales; como un indicador obligado del desarrollo y las condiciones de bienestar de un país.

Históricamente desde la Asamblea Mundial de la Salud (1977) los gobiernos y la Organización Mundial de la Salud comprometieron sus esfuerzos para que todos los ciudadanos tengan un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva en los próximos decenios, meta que denominaron "Salud para Todos en el año 2000" (35), en ésta misma perspectiva se encuentran la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (1978), las Declaraciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1979 y 1980 (32) y las posteriores Resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud para los países de la Región, entre los que se encuentra el nuestro. Como sintetiza acertadamente Ruiz, A. (1991) los organismos internacionales en el ámbito de la salud: OPS/OMS, han coincidido desde décadas atrás en el énfasis de la atención primaria en salud, la extensión de la cobertura de atención para disminuir la morbimortalidad y la participación de la comunidad, directrices adoptadas por todos los países (43).

Específicamente la Salud Oral, fue considerada desde la Reunión del Grupo de Trabajo OPS/OMS San José, Costa Rica (1984) como componente de la Atención Primaria de Salud, comprobándose que se requería implementar una serie de estrategias para el desarrollo de la salud oral, ya que no existía una caracterización precisa del concepto de salud oral, así como de sus componentes metodológicos y su alcance -en los Programas de Salud-; por lo que se enumeraron las actividades que permitirían

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

sustentar y planificar la atención primaria de salud oral y los aspectos fundamentales que abarcarían la educación, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación. (33)

Es importante anotar que para los países de América Latina la Atención Primaria de Salud es imprescindible para que exista equidad, dada las desigualdades existentes; por lo que se constituye en la estrategia fundamental para alcanzar la meta de Salud para Todos, que incluye entre sus componentes programáticos la Salud Maternoinfantil y la Salud Oral.

Es evidente que en nuestro país, continúa siendo escasa la información e importancia que se asigna a la Salud Oral de las gestantes, pese a que en las políticas de salud de los diferentes gobiernos se señala como objetivo " elevar el nivel de Salud Bucal de la población priorizando al pre escolar, **gestante** y lactante por ser los grupos más vulnerables". La Directiva Nº 003-2000 del Programa Nacional de Salud Bucal (25) refiere, por ejemplo, que en nuestro país "la alta prevalencia e incidencia de caries dental, enfermedades gingivales y periodontales son producto principalmente de la falta de educación odontosanitaria, que hacen necesario el fortalecimiento de actividades preventivas y promocionales...es importante intervenir en los factores de riesgo y predisposición"

En el Perú, al igual que en otros lugares de América Latina, la salud bucal y en particular la de gestantes, continúa siendo un ámbito escasamente abordado en las investigaciones, como afirma Velásquez, Z. (1995): "el adecuado conocimiento de las madres gestantes sobre las medidas preventivas de las enfermedades bucales es un tema que ha sido poco estudiado en nuestro país y en otros lugares" (49). Tampoco se ha estudiado aspectos relevantes como los períodos más apropiados para atender a la mujer gestante, encontrándose hallazgos que es el II trimestre de la gestación el más apropiado para la atención odontológica programada de las gestantes. (46)

La Atención Primaria en Salud, se encuentra sustentada en el Enfoque de Riesgo, como lo señalan Rodríguez, A. (42), Bordoni, N y otros (4) quien describe los distintos conceptos y términos relacionados con los riesgos, los parámetros utilizados en la medición de riesgos (riesgo absoluto, riesgo relativo, riesgo atribuible, etcétera) y plantea la necesidad de su aplicación para la atención a la población, su identificación y grado de intervención-acción en la salud bucal.

En relación a la práctica, es decir en el campo de las prestaciones asistenciales y preventivo-promocionales observamos como afirma De Paola (11 que "La mayoría de los programas médicos pre natales privados y comunitarios simplemente mencionan la necesidad de hacerse controlar periódicamente por el odontólogo, por lo tanto el consejo médico pre natal suele consistir sólo en una recomendación a la madre para que vea al odontólogo durante el embarazo. Lamentablemente hay poca instrucción y preparación orientada odontológicamente".

En éste sentido es necesario precisar que de acuerdo a las normas del Programa Salud Básica para Todos, la Atención Primaria (27) implica trabajar en equipo: los profesionales y técnicos, asistenciales y administrativos; donde el profesional de la Odontología tiene un rol importante que cumplir tanto en las atenciones curativas o del motivo de la consulta, como en las atenciones preventivo-promocionales.

Para operativizar este Modelo de Atención en los Centros o Puestos de Salud, de acuerdo a la política del Sector Salud de nuestro país se requiere:

- Una atención que considere a la persona en todas sus esferas de desarrollo: físico, mental y social. La atención que se preste no es sólo a los daños actuales sino también a los riesgos potenciales.
- Una atención que aprovecha todas las oportunidades de contacto para brindar los beneficios de un Paquete de Servicios Básicos.
- Una atención que ofrece mayor y mejor calidad de servicios, sobre todo a las poblaciones de mayor riesgo.
- Una atención de calidad ofrecida dentro y fuera del establecimiento, logrando la participación activa de las organizaciones presentes en la comunidad.

Estas consideraciones formuladas en el contexto del Programa de Salud Bucal, tienen sus antecedentes en las Directivas y Normas que se aplicaron desde 1987 y que en 1996, se formalizaron en el Manual de Normas Técnico Administrativas del Sub Programa de Salud Bucal (26) cuyos cuatro componentes centrales fueron:

COMPONENTE PROMOCIÓN-PREVENCIÓN

Promoción: Tiene por finalidad motivar la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud bucal y su relación con la salud general, con énfasis en su higiene bucodental. Las líneas básicas de acción son: promoción educativa y atención educativa.

Prevención: Tiene como finalidad disminuir la prevalencia de las enfermedades bucodentales. Las líneas básicas de acción preventiva son: administración de fluor y control de la placa bacteriana.

COMPONENTE RECUPERACIÓN

Las acciones de tipo recuperativo se prestarán a través de actividades por grupos priorizados.

Grupo Bajo Programa: Son las gestantes, los niños en edad pre-escolar y escolar. Por el ámbito de nuestra investigación, explícitamos los que conciernen a la atención a la gestante:

"Se dará atención odontológica a las gestantes programadas que concurran a su control pre-natal:

- Examen y fichaje (consignado en la Ficha Familiar y/o Historia Clínica)
- Eliminación de focos sépticos (exodoncia) y cirugía oral
- Tratamiento de los tejidos blandos
- Profilaxis
- Consultas
- Otras atenciones".

Atención a la Demanda (Fuera de Programa)

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Comprende a los adolescentes y Adultos y a toda la población en casos de emergencia estomatológica.

COMPONENTE CAPACITACIÓN

Tiene como finalidad la transmisión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes que garanticen el desempeño de las acciones de salud del personal de los sectores involucrados y de los miembros de la comunidad.

Los grupos a ser capacitados son:

En la Comunidad: Agentes de Salud, Líderes de Organizaciones Populares y Comunicadores Sociales

Sector Educación: Directores, profesores de aula y especialistas de OBE

Sector Salud: todos los profesionales de la salud, personal técnico y auxiliar de enfermería y estudiantes de odontología.

COMPONENTE INVESTIGACIÓN

Tiene como finalidad la identificación de problemas y el desarrollo de trabajos de investigación que correspondan a las necesidades del Programa.

En la propuesta de Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012 del Ministerio de Salud (28), se establece que el nuevo Modelo de Atención Integral de la Salud, prioriza y consolida las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cautelando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas, en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.

La existencia aún de brechas en la situación de salud, en el acceso a servicios de salud y el modelo de atención fragmentado como parte del proceso de modernización, determinó que el Ministerio de Salud impulse un Modelo de Atención centrado en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas (percibidas o no por la población), las familias y la comunidad, basado en los principios de universalidad en el acceso, la equidad, la integralidad de la atención, la continuidad de los servicios, la calidad de la atención, la eficiencia, el respeto a los derechos de las personas, la promoción de la ciudadanía y la satisfacción de los usuarios.

En este contexto, el nuevo Modelo Integral de Salud pone especial énfasis en las acciones de promoción, que apuntan al crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo (físico, emocional y socio-económico). El nuevo modelo de promoción de la salud tendrá como objetivo central la revaloración de la salud integral, que implica una consideración especial a los aspectos sociales y preventivos de la salud. Es necesario reconocer las concepciones de salud de la población (procesos salud/enfermedad, culturas sanitarias) y la interacción entre el sistema de salud y la comunidad.

Ello supone la existencia de condiciones favorables íntimamente ligadas a los aspectos de calidad de vida, equidad y respeto a los derechos humanos. En ésta perspectiva se plantea que para lograr una salud integral se requiere también luchar contra la pobreza, ya que ésta constituye un freno para el desarrollo y el acceso a los servicios de calidad necesarios.

La estrategia planteada es el mayor apoyo a los programas sociales y servicios de

mayor calidad, especialmente para la infancia y otros grupos de riesgo como la tercera edad; y promoviendo propuestas de desarrollo integral en las diferentes regiones y localidades del país, incluyendo la promoción de la salud mental.

El grupo etáreo que se prioriza para el trabajo de promoción, trabajando a un mediano plazo, es el grupo de los primeros años de edad, orientando pautas de estilos de vida saludables. Promover la atención adecuada desde antes del nacimiento y durante los primeros años de vida, incorporando las orientaciones más modernas de las diversas escuelas psicológicas y a la vez respetando e incorporando los aportes pluriculturales del pueblo peruano (28).

1.2.2. CONDICIONES SOCIO-CULTURALES Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

La situación de pobreza y extrema pobreza que vive el país, se ha incrementado en los últimos años como consecuencia del modelo económico excluyente e individualista que predominó y que excluyó al 25% del total de la población a acceder a algún servicio de salud (ENAHO, 2000) (16).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática tomando en cuenta el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) dividió en 1993 a la población en base a sus características en cinco estratos, correspondiendo el I estrato a la población con características de mayor riqueza y el estrato V al de mayor pobreza.

Los estratos tienen características diferenciadas, los más pobres enfrentan importantes barreras económicas, geográficas y étnico-culturales para acceder a los servicios de salud. A pesar de la ampliación de la oferta de servicios en el primer nivel de atención, en 1999 el 49% de las personas que no pudieron acceder a un servicio de salud explicaron que la causa fue económica (INEI, 2000). Ello se explica en la política de "autofinanciamiento" de los servicios por los usuarios, ya que el pago de las tarifas –aún de las más bajas- hacen inaccesibles los servicios de salud para las familias que viven en zonas rurales o en situación de desempleo o sub-empleo.

Analizando ésta situación desde la óptica del gasto público en salud, se observa que entre 1990-1998 hubo un incremento: US$ 152 millones en 1990, US$ 203 millones en 1992, US$ 421 millones en 1995 y US$ 502 millones en 1998, contracción en 1999-2000, donde se redujo a US$ 427 millones. El gasto total en salud representó el 4.4% del P.B.I. y el gasto per cápita fue de US$ 100 dólares; por lo que de acuerdo al Informe de la OPS, el Perú es uno de los países de la Región Panamericana que menos invierte en salud (OPS, 2001) (34).

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

Existe una tendencia -que alcanza un consenso mayoritario entre los investigadores- respecto a considerar como variables significativas los aspectos económicos y sociales

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

en contextos específicos respecto al acceso a los servicios de salud, las políticas y programas, para obtener resultados confiables en las investigaciones. Jara, G. (1995) (20) refiriéndose a la población estudiada afirma: “El no considerar las condiciones socioeconómicas y las características de los programas de prevención en madres gestantes, puede explicar la diferencia de resultados en las investigaciones”, ésta afirmación la hace porque encontró en estudios anteriores que las mujeres gestantes tenían menos caries que las no gestantes, hallazgo que podría ser válido si se incluían las mencionadas variables. Es por ello, que en los trabajos de investigación de las diferentes profesiones relacionadas con la salud (Medicina, Obstetricia, Enfermería, Nutrición y obviamente la Odontología) y con el tema en estudio, se consideran las denominadas Variables pre concepcionales (edad, grado de instrucción, estado civil, situación económica) y concepcionales (control pre natal y patología materna) entre otras (37), (1).

Los diagnósticos generales que se hacen sobre la situación de salud del país, no consideran como un indicador significativo la salud bucal, lo más directamente relacionado al tema de investigación lo encontraríamos con relación a las gestantes en la ENDES 2000 (19) que señala la presencia de anemia en el 32% de mujeres examinadas y mejoras en la deficiencia del yodo. Estas deficiencias en la información, empiezan a ser afrontadas con trabajos de investigación como la Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Materna 1998 (39), realizada a nivel nacional; que respecto a las gestantes precisa:

- El 90.4% de entrevistados había oído hablar del control pre natal
- El segundo signo de alarma durante el embarazo (22.90%) es la hinchazón de las piernas o la cara.
- El 70.86% efectuó su control pre natal en un establecimiento de salud
- Las tres razones principales por las que las mujeres no acuden al establecimiento de salud son: Costo de la atención (40.58%), temor (29.27%) y por el trato que reciben (20.41%).
- Las principales fuentes de información sobre salud materna se obtienen de charlas (32.89), del personal de salud (28.8%), la madre o suegra (20.7%) y de la vecina (19.5 %).
- En el área urbana la razón por la que las mujeres no acuden al centro de salud es por el tiempo que demora la atención y el costo, mientras que en el área rural, la razón alude a la distancia existente entre el domicilio de la paciente y el centro de salud.

Cuando se analiza la problemática de la salud, un aspecto importante a considerar en particular en la salud oral de las gestantes es el efecto de la situación económica para acceder a los servicios de salud y en particular a los odontológicos, existiendo estudios concluyentes al respecto realizados por la OPS (37): “una crisis severa y prolongada como la del Perú, origina un deterioro en el estado de la salud (anemia gestacional, enfermedades recurrentes en el embarazo) lo cual ocasiona la paradoja de una menor demanda de los servicios materno-infantiles. Esto se debería a un ajuste de las necesidades familiares hacia las necesidades primarias como la alimentación o el vestido

lo que se agudiza en los estratos más pobres siendo las mujeres el grupo que recibe con mayor crudeza sus impactos".

Es pertinente señalar que las personas, a través de los procesos de socialización y de sus propias experiencias de vida, tienen determinadas condiciones socio culturales, que son definidas por Brocano, L., y otros (1998) como: "todas aquellas características propias de las gestantes las cuales inciden en su estilo de vida" (edad, lugar de procedencia, estado civil, ocupación, lugar de residencia, ingreso familiar, número de personas que aportan al ingreso familiar, número de personas que dependen del ingreso familiar, grado de instrucción) y es éste estilo de vida basado en un conocimiento válido o distorsionado el que va a expresarse en sus actitudes y prácticas" (5).

Sin embargo aún en los niveles de información se refleja la heterogeneidad de nuestro país y de sus características centralistas: la población de las zonas urbano marginales de Lima, tiene mayores opciones para obtener información en salud. Estas se dan mediante las visitas domiciliarias que algunos establecimientos brindan a la comunidad, charlas informativas a colegios y grupos de mujeres organizadas, o mediante los medios masivos de comunicación especialmente la radio y los programas matinales de televisión.

A pesar de la concentración de recursos y servicios en las zonas urbanas, como refiere Magallanes, M (2002) (21) "Son pocos los estudios específicos realizados en zonas urbano marginales que nos hablen de la asistencia, continuidad o abandono a un establecimiento de salud durante la etapa de gestación en relación con las características de las madres gestantes y desde sus propias percepciones."; y más aún, las representaciones que tienen del profesional de la odontología.

En la actual situación de crisis que afronta el país, el sector salud calcula que 13 millones de peruanos carecen de recursos económicos, de los cuales cuatro millones se encuentran en condiciones de extrema pobreza y, por lo tanto, no podrían pagar una atención médica, por lo que la creación del Seguro Integral de Salud constituye una posibilidad de mayor acceso a los servicios de salud de la población en general y de las gestantes en particular.

El Seguro Integral de Salud (SIS) se instaló el 31 de octubre del 2001 en el Instituto Materno Perinatal de Lima, en su etapa inicial el Programa atendió gratuitamente a todas las madres gestantes y a la población infantil menor de 17 años de edad; en los Centros y Postas de Salud del país durante los 365 días del año y las 24 horas del día. Comprende cuidados médicos en las siguientes áreas: control clínico, inmunizaciones, **control de salud bucal**, suplementos vitamínicos, detección precoz de enfermedades no transmisibles, consultas ambulatorias, emergencias, hospitalización, cirugía y cuidados intensivos. En casos de mayor complejidad, el SIS cubrirá el traslado y el tratamiento del paciente en los diferentes hospitales del sector. Además el SIS otorga una cobertura de sepelio a los usuarios que tengan entre 0 y 18 años y cuyo tope será establecido por las normas legales respectivas.

En el año 2002, el SIS brindó atención gratuita a por lo menos 200 mil mujeres y niños de los comedores populares, Comités del Vaso de Leche, Wawasis y Clubes de Madres, incorporando a segmentos de la población excluídos de acceder a los servicios

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

de salud por su precariedad económica. El presupuesto asignado aproximadamente fue de 230 millones de soles (equivalente a 67 millones de dólares), que se estima permitió atender a un 65 por ciento de la población en extrema pobreza, con un per cápita de 28 dólares. A partir de éste año se crea el Fondo Intangible Solidario de Salud, cuya finalidad es asegurar el respaldo económico para el SIS. En el año 2003 se ha previsto otorgar cobertura a 15 millones de personas y en el 2004 se ampliará a 18 millones de peruanos.

Con el Decreto Supremo N° 009-2002-SA, (12) el MINSA establece los objetivos y planes de beneficios del SIS:

OBJETIVOS FUNCIONALES GENERALES DEL SIS (en el ámbito sectorial):

a) Construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbimortalidad.

B) Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza.

c) Implementar políticas que generan una cultura de aseguramiento a su población.

PLAN DE BENEFICIOS

Es un conjunto de intervenciones costo-efectivas orientadas a cubrir las principales necesidades de la población objetivo, en las que se incluye atenciones preventivas y recuperativas. El SIS financia actividades preventivas de carácter individual (Control clínico, control de salud bucal, suplementación, detección precoz de enfermedades no transmisibles en el componente madre-niño).

Cubre atenciones recuperativas en los servicios de consulta ambulatoria, emergencia, hospitalización y cirugía, incluyendo los medicamentos e insumos, pruebas de laboratorio, diagnóstico por imágenes y procedimientos especiales que el afiliado requiera y el prestador oferte.

Preventivas 1	**Recuperativas**
- Control clínico	- Consulta ambulatoria
- Inmunizaciones, crecimiento y desarrollo	- Emergencia
- Control de salud bucal	- Hospitalización y Cirugía.
- Suplementación	En todos los casos se cubre medicamentos, insumos, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos
- Detección precoz de enfermedades no transmisibles en el componente materno infantil.	.

COMPONENTE MATERNO INFANTIL

Comprende la atención del embarazo, parto y puerperio, atención del recién nacido, controles de crecimiento y desarrollo, controles clínicos, suplementos nutricionales,

atención de enfermedades prevalentes de la infancia y la adolescencia, y patologías de mayor complejidad, pero de menos frecuencia; el plan incluye la atención de enfermedades congénitas frecuentes y de alto impacto social en los menores de 5 años.

Tiene 2 tipos de planes:

- Plan A (del niño de 0 a 4 años) y
- **Plan C (de Gestantes).** Cubre las atenciones preventivas y recuperativas de la gestación, parto y puerperio (42 días);
- Control pre natal (incluye consejería en salud, nutrición infantil y suplemento de hierro)
- Consulta externa
- Internamiento en establecimiento de salud (no parto)
- Internamiento con intervención quirúrgica menor
- Internamiento con intervención quirúrgica mayor (no cesárea)
- Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)
- Intervención quirúrgica ambulatoria
- Atención de parto normal
- Cesárea
- Control de puerperio
- Consulta por emergencia
- Consulta por emergencia con 0bservación
- Exámenes de laboratorio completo del embarazo sin HIV
- Exámenes de laboratorio completo del embarazo con HIV
- Obturación y curación dental simple
- Obturación y curación dental compuesta
- Transfusión sanguínea (1 o más unidades)
- Extracción dental
- Ecografía

1.2.3 EVALUACIÓN E IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

El término evaluación es controversial por tener muchas acepciones, usualmente asociadas al control. Espinoza, M., citado por Vergara, M. (1986) (50) precisa que ”evaluar es comparar en un instante determinado lo que se alcanzó mediante una acción, con lo que se debería haber alcanzado con una programación previa”. También es entendida como “un proceso de análisis crítico de todas las actividades y resultados con el objeto de determinar la pertinencia de los métodos utilizados y la validez de los objetivos, la eficiencia en el uso de los recursos y el impacto en relación con los beneficiarios” (Quintero, V. 1995) (40).

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

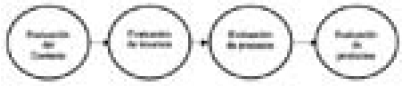
En la bibliografía consultada se encontró muy poco explicitado el tema de los modelos de evaluación de los programas sociales, entre los que se encuentran los de salud. Mokate Karen (1993) señala que “La evaluación de proyectos sociales (y programas sociales) es particularmente difícil por la falta de métodos (modelos) que permitan valorar sus beneficios mediante la consolidación sistemática de la experiencia en proyectos sociales, se podrá acumular una experiencia y una base de información que podrá facilitar la proyección de beneficios de futuras inversiones (y de futuras evaluaciones)”.

Consideramos que no existe un único modelo válido para la evaluación de los programas sociales, algunos de los que se vienen utilizando sólo toman en cuenta, el logro de productos sin considerar los efectos y el impacto que tienen las acciones de los programas y proyectos sociales.

Entre los más utilizados encontramos:

- **El modelo CIPP: Contexto – Insumos – Proceso – Producto**: Define a la evaluación como un proceso destinado a delinear, obtener y proporcionar información útil para el juzgamiento o ponderación de decisiones alternativas: Define la evaluación no desde una perspectiva estrictamente metodológica, sino desde una posición pragmática”. En tal sentido este modelo busca que se adopten decisiones que procuren el adecuado desarrollo y ejecución del programa, teniendo en cuenta para ello los cuatro tipos de evaluación dentro de los cuales se encuentran los cuatro tipos de decisiones existentes en todo proceso de intervención como son: Evaluación del contexto, Evaluación de insumos, Evaluación de procesos y Evaluación del producto.

ESQUEMA MODELO CIPP



- **Modelo de Referentes Específicos:** “(...) proporciona diversas orientaciones para la evaluación de componentes específicos de un programa determinado, (...)“. Este modelo analiza el contexto, los objetivos, los recursos y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información, la cual es útil puesto que permite tomar decisiones.

Las necesidades de información para la toma de decisiones pueden estar en relación con determinados propósitos como el de mejorar la efectividad cuantitativa del programa, mejorar la calidad de los resultados, redefinir la población – objetivo, someter a verificación la teoría e hipótesis.

- **Modelo de utilización focalizada:** Propuesto por Michael Quimm Patton, representa un intento de superar la oposición abierta entre los paradigmas que destacan la explicación basada en sistemas hipotéticos-deductivos y los paradigmas holísticos que privilegian la descripción de tipo etnográfico, la interpretación comprensiva y el uso de datos cualitativos.

- **Modelo Global: la evaluación iluminativa:** Sustentada por M. R. Parlett y D. E. Hamilton, se apoya preferentemente en un paradigma "subjetivista" que hace uso de información cualitativa y que busca no la explicación de los procesos en términos de relaciones teóricas o de factores "causales", sino su interpretación mediante los significados que tales procesos tienen para los actores que participen en un programa. Se tiene como aspectos para considerar en la evaluación, los que el evaluador considera significativos a partir de lo que es significativo para los participantes mismos así como para los intereses de una o más audiencias críticas para el estudio.

1.2.3.1. Evaluación de Impacto:

Es el proceso de identificación, análisis, explicitación de los cambios o modificaciones que se han producido en las condiciones sociales de la población como consecuencia de la aplicación de un proyecto, para este tipo de evaluación se requiere utilizar indicadores de efecto (Corporación Futuro para la niñez).

Este tipo de evaluación de impacto, al involucrar a la población beneficiaria, consideramos es más integral puesto que permite recoger no sólo información cuantitativa sino también desde las propias percepciones de la población.

En este sentido, las evaluaciones gubernamentales de proyectos y programas diseñadas e impulsadas por organismos como el ILPES – ONU, CIDES - OEA y GTZ consideran que los resultados entendidos como productos, efectos e impactos, son sumamente importantes para determinar los logros alcanzados.

MOMENTOS DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO

I. Evaluación Ex –ante: Su finalidad es determinar las posibilidades reales de que las decisiones que desean poner en práctica genere el mayor impacto social, en función de los propósitos planteados en la imagen objetivos buscada.

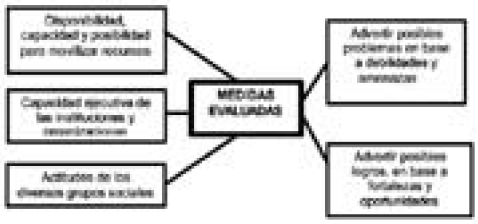
a) Parámetros

- Viabilidad. Es la posibilidad real y efectiva de que las políticas, programas y proyectos evaluados, puedan ser evaluados de acuerdo con los requerimientos y características inicialmente consideradas.

- **Trascendencia social.** De las políticas, programas y proyectos para producir cambios o variaciones en los destinatarios, en cuanto a satisfacción de necesidades básicas o no básicas, promoción de condiciones para el mejoramiento de condiciones de vida y trabajo, propiciar el cambio de aptitudes, actitudes, comportamientos y mentalidades. Es decir la trascendencia social a nivel de idoneidad, eficiencia y pertinencia para lograr impacto social en: destinatarios reales o potenciales, instituciones u organizaciones ejecutoras, y medio social en el cual se inscribe.

El procedimiento de la evaluación está basado en los elementos operativos mencionados anteriormente para advertir o predecir los posibles problemas y logros que se obtendrían con el programa o proyecto y que se aprecian en el siguiente esquema:

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"



II. Evaluación concurrente. Es la que se realiza durante la ejecución de un programa o proyecto, para determinar la organización de los medios disponibles para el cumplimiento de los objetivos buscados. En este momento de la evaluación se utiliza el análisis de ejecución para establecer la incidencia de las condiciones de viabilidad inicial para promover, retardar o determinar indicios concretos del impacto buscado.

a. Parámetros:

- Rendimiento: Entendido como la cantidad y calidad de acciones realizadas y la idoneidad y eficacia de estas para generar el impacto.

- Trascendencia social: de políticas, programas y proyectos en su capacidad de eficiencia para inducir o generar cambios en los destinatarios con respecto a: satisfacción de necesidades básicas o no básicas, promoción de condiciones para el mejoramiento de condiciones de vida y trabajo, propiciar el cambio de aptitudes, actitudes, comportamientos y mentalidades. El análisis de la trascendencia social en la evaluación concurrente busca determinar la eficiencia de políticas, programas y proyectos evaluados para generar impactos en tres niveles: destinatarios reales o potenciales, instituciones u organizaciones ejecutoras, y medio social en el cual se inscribe.

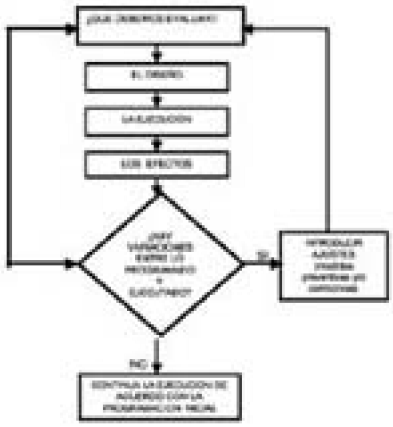
Los elementos fundamentales de la evaluación concurrente son:

Eficacia: Probabilidad de que las políticas, programas y proyectos alcancen sus objetivos, de acuerdo con el ritmo de desarrollo observado.

Eficiencia: involucra la racionalidad en el uso de los recursos esperados.

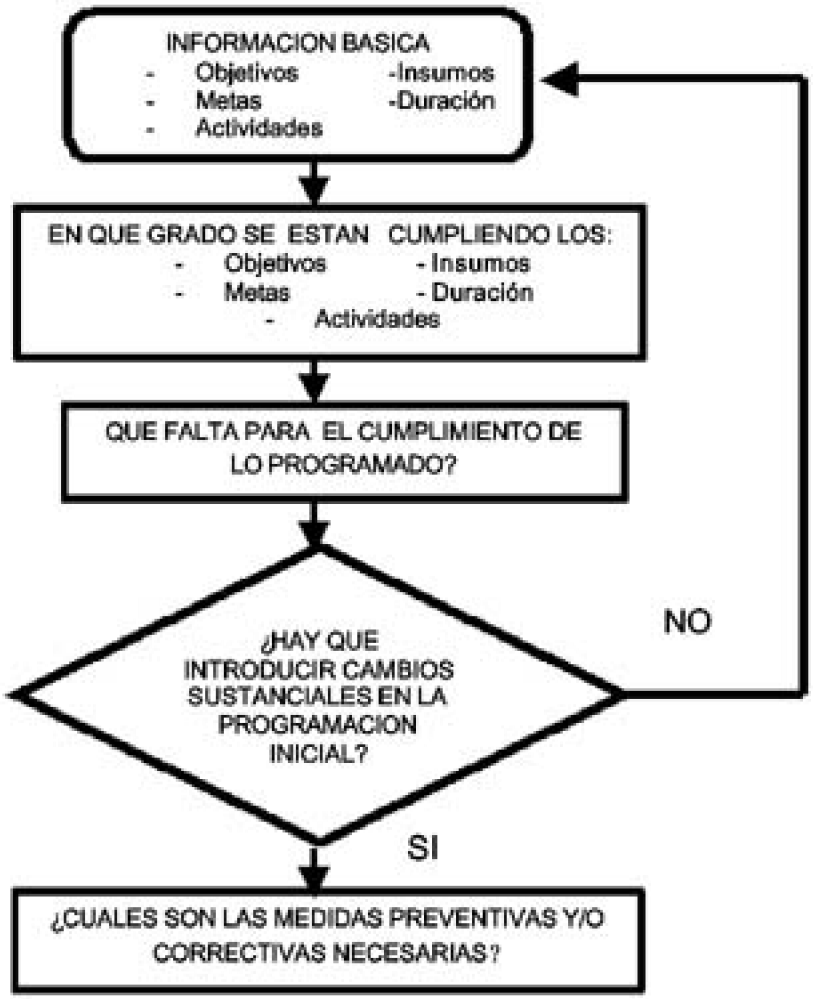
Productividad: es la relación entre los resultados obtenidos y los recursos utilizados.

Los procedimientos de la evaluación concurrente buscan hacer un balance para determinar en que medida la situación lograda permite superar la situación inicial y acercarse a la situación deseada, por lo tanto el procedimiento evaluativo contrasta los resultados como algo concreto, con lo inicialmente programado, teniendo en consideración el análisis de progreso y la trascendencia social, que gráficamente se consigna a continuación:



La evaluación de la ejecución de políticas, programas y proyectos, debe centrarse en los resultados obtenidos, como productos de las actividades requeridas, para el logro de los objetivos propuestos.

El procedimiento para la ejecución de la evaluación se presenta en el siguiente gráfico:



"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

La evaluación de las políticas, programas y proyectos en la etapa de ejecución dependerán de la naturaleza de los procesos sin embargo, debe establecerse un balance entre los problemas que se presentan en la ejecución y los logros que se van alcanzando.

III. Evaluación Ex –post: Es la que se realiza al finalizar la ejecución de una política, programa o proyecto, son aplicables los conceptos, criterios y procedimientos de la evaluación ex-ante y concurrente en este tipo de evaluación, enfatiza el análisis de permanencia de la viabilidad inicial así como de la viabilidad resultante y de las vías por medio de las cuales esta se fue conformando y como ello incidió en que aparezca o no el impacto social buscado. Utiliza también los criterios de eficiencia, eficacia y productividad centrado en la realización de los procesos

a. Parámetros: El principal parámetro es el propio impacto social, es decir en síntesis la evaluación ex post examina:

- cambios o variaciones en los destinatarios que se expresen en: mejoras cualitativas en la situación, condición y calidad de vida; mejoras en las condiciones de vida y de trabajo, nuevas actitudes, comportamientos y mentalidades.
- Cambios o variaciones en las instituciones u organizaciones responsables de la ejecución de las medidas a evaluar, expresadas en: consolidación de estructuras organizativas y funcionales flexibles, fortalecimiento de liderazgo grupal, valorización de los impactos alcanzados en los destinatarios y la incorporación del impacto social como perspectiva de trabajo.
- Cambios o variaciones en el medio social o contexto, que se concrete en la eficacia procesal y direccional para generar soluciones a los problemas diagnosticados en la situación inicial, que dieron origen a la intervención y que se reflejan en los cambios observados.

La evaluación ex post del impacto social puede realizarse en dos momentos, siempre después de la ejecución:

Inmediatamente después que ésta ha concluído y después de un tiempo de finalizada la ejecución, en ambos casos busca evaluar el impacto social a nivel de productos, efectos e impacto propiamente dichos; a partir de lo anterior extrae conclusiones sobre la validez de los objetivos buscados y las estrategias de acción utilizadas para alcanzar el impacto sociallograd**o.**

b. Procedimiento: Con este tipo de evaluación se determina cuánto se ha alcanzado a nivel de:

- Productos: supone el análisis de resultados concretos, como bienes producidos y servicios prestados (idoneidad, calidad, cantidad).
- Efectos: Son los resultados de la utilización de los productos, tienen una menor permanencia y su presencia por si misma, no garantiza cambios significativos: desarrollo organizativo, proceso de toma de decisiones, etc. Los principales tipos de efectos ocasionados con la ejecución son demostrativos, procesales, multiplicadores y concretos. La evaluación ex post identifica la presencia o no de efectos, los clasifica

para determinar los que corresponden a los impactos buscados y determina en que medida los efectos se pueden traducir en impactos o en condicionantes para ello.

- Impacto: Se refiere a resultados obtenidos al utilizar los efectos, tienen mayor permanencia y significan la realización de cambios; se analizan en función de 4 elementos básicos: estructura y funcionamiento institucional organizativo, forma en como los destinatarios de políticas, programas y proyectos evaluados, perciben los cumplimientos de los mismos y las variaciones experimentados en estos, las estrategias de intervención utilizadas, (direccionalidad del proceso) y los cambios observados en los proyectos y acción de los actores.

Sistema de indicadores: Los indicadores se construyen en base a 4 elementos centrales, eficacia, eficiencia, productividad e impacto, los tres primeros fueron explicados en la evaluación concurrente y el análisis del impacto, propiamente dicho se orienta a determinar los saldos netos de los cambios o variaciones observados en: los destinatarios, el contexto institucional, y del medio social en que estos se inscriben.

Existe la necesidad de conocer como son percibidos los programas por la población, específicamente en la presente investigación, como las madres gestantes perciben los servicios odontológicos que reciben como parte de la atención primaria de salud; ello implica una evaluación no como un fin en si misma sino un medio para optimizar resultados, con objetivos y finalidades específicas. El impacto social, conceptualizado como los cambios o variaciones deseados en los destinatarios de las políticas, implica considerar: las percepciones de los destinatarios de las acciones evaluadas, el medio institucional y el contexto en el que se inscriben las acciones evaluadas y los actores sociales. (38)

En nuestro país uno de los primeros trabajos en la evaluación de impacto en el área de la salud lo encontramos en “Evaluación del impacto en la atención médica por parte de los programas preventivos promocionales (31) realizado en la Clínica IPSS "Luis Negreiros Vega" (LNV), con el objetivo de evaluar el impacto en la atención médica de los Programas Preventivos Promocionales de Salud; encontrando que los programas que originaron un gran impacto positivo en la Atención Médica fueron: Control de Enfermedades Diarreicas Agudas, Hipertensión Arterial, Medicina Alternativa, Salud Ocupacional y **Salud Oral**, externa. Concluye que los Programas Preventivos-Promocionales de Salud adecuadamente gerenciados originan un impacto positivo en la atención médica, disminuyendo considerablemente los costos institucionales, utilizando adecuadamente los recursos profesionales especializados, mejorando la calidad de atención y obviamente se refuerza la imagen institucional con un trabajo importante en la comunidad.

Otras experiencias en materia de evaluación de impacto las encontramos en Brasil: Avaliacao do impacto do componente de saúde bucal do modelo de saúde do Projeto "Atencion Integral Materno Infantil para el Desarrollo Comunitario" - AIMIDEC - 1990-1994 (36) de 1995; en Colombia: “Evaluación del Programa del paciente sano 1981- 1990”(18) el que permitió comprobar que con dedicación y aplicación de medidas de Prevención un odontólogo puede conservar sanos a sus pacientes, libres de caries y periodontopatías, durante su ejercicio profesional, en consultorio particular o institucional. También en

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Argentina, se realizó la: “ Evaluación de la práctica social en la atención de salud bucal” (2001)(4) y en Chile se efectuó el estudio “ Evaluación: Plan Nacional de Salud Buco Dental 1990-1999” (29);estos antecedentes nos indicarían la tendencia de las dos últimas décadas de realizar evaluaciones de experiencias locales en instituciones de salud así como evaluaciones de cobertura nacional.

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Programa de Salud. Conjunto de actividades de salud que producen resultados homogéneos, susceptibles de cuantificación significativas y que tienen un objetivo común dirigido a satisfacer necesidades de salud de la población.

Atención Odontológica. Es la atención integral que se otorga al paciente que acude al Consultorio de Odontología para un diagnóstico, tratamiento, profilaxis y control de las enfermedades de la cavidad oral.

Impacto Social. Son los cambios o variaciones deseados en los destinatarios de las políticas y programas sociales, implica considerar: las percepciones de los destinatarios de las acciones evaluadas, el medio institucional y el contexto en el se inscriben las acciones evaluadas y los actores sociales.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

II. PROBLEMA DE ESTUDIO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación de la salud y del sector salud en el país es preocupante, uno de los indicadores más significativos se encuentra en la asignación que tiene en el Presupuesto Nacional. De acuerdo al Informe de la OPS “el Perú es uno de los países de la Región Panamericana que menos invierte en salud. El Perú invierte 4.8% de su PBI, cifra que se encuentra más cerca de los países con menos gasto como Ecuador que destina 4.5% de su PBI, que de países como Venezuela que gasta 9.5% de su PBI”. A ello se añade, la marcada diferenciación en el acceso a los servicios de salud debido a razones económicas, geográficas y étnico-culturales.

En los diagnósticos generales que se hacen sobre la situación de salud del país, no se considera como un indicador significativo la salud bucal, lo más directamente relacionado lo encontraríamos en cuanto a las gestantes, en la ENDES 2000, que señala la presencia de anemia en el 32% de mujeres examinadas y mejoras en la deficiencia del yodo. Ello sería indicador de la escasa información e importancia que se le asigna a la salud bucal de las gestantes, pese a que el Ministerio de Salud en sus diferentes políticas sectoriales ha señalado la necesidad e importancia de elevar el nivel de Salud Bucal de la población priorizando a los segmentos más vulnerables: niños y gestantes; formulando

para ello alternativas como el Seguro Integral de Salud (SIS).

En la Provincia Constitucional del Callao, en el Análisis Situacional de Salud que realizó la DISA I en el año 2003, encontró que la morbilidad en el ciclo de vida que corresponde al Adulto (20-64 años), tiene entre las primeras causas a las enfermedades de la cavidad bucal, seguidas de las enfermedades de las vías respiratorias altas. De otro ladolas mujeres en edad fértil representan el 28.8% del total de la población del Callao (450,950 habitantes) y un 7.5 % aproximadamente tiene la condición de gestante, lo que reafirma la importancia de éste segmento poblacional.

Existen algunas creencias que asocian el embarazo en la mujer con patología bucodental, aunque no con prácticas destinadas a prevenir o combatirla. Si bien es verdad que durante el embarazo, como señala M.A. García Pereiro se producen cambios fisiológicos en los tejidos orales y hay factores que pueden acelerar la rapidez de progresión de enfermedades bucodentales iniciales o ya establecidas. Es por ello que durante el embarazo se debe prestar una especial atención a la salud de la cavidad oral, lo que al parecer no viene ocurriendo en los diferentes establecimientos de salud de nuestro país.

Por otro lado, pueden existir creencias de la población en general y hasta en los propios profesionales de la salud, respecto a los riesgos que implica para la mujer gestante las radiaciones ionizantes o la administración de fármacos, contribuyendo al menor acceso al Servicio Dental.

A nivel de casuística internacional, existen hallazgos que indican que la enfermedad periodontal constituye un factor de riesgo para nacimientos antes del término y bajo peso al nacer, lo que demandaría respuestas institucionales a nivel general y de los propios profesionales de la salud bucal, cuyo impacto no se visualiza.

En el MINSA, la Salud Bucal ha tenido diferentes status organizacional: como un Programa Nacional, Sub-Programa Nacional y actualmente como COMPONENTE de la Dirección General de Salud de las Personas. Sin embargo las actividades realizadas han sido similares: Prevención-Promoción, Recuperación, Capacitación e Investigación; lo que permitiría dar cuenta del impacto de las acciones realizadas, sin embargo las estadísticas de atención a gestantes, no revelan un mayor conocimiento sobre la salud bucal, sus prácticas y la consulta al odontólogo.

En tal sentido, se suponen diversos motivos para ésta situación: desinformación de las gestantes de los riesgos y ventajas de la atención odontológica, falsas creencias, falta de capacitación en ésta materia de los promotores de salud y deficiencias en el sistema de monitoreo de los propios centros asistenciales; que es conveniente establecer para mejorar el impacto del servicio profesional de los odontólogos, particularmente en las poblaciones de menores recursos económicos.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud a nivel de los diferentes Centros de Salud, tiene un Componente de Salud Bucal dirigido entre otros grupos vulnerables a las gestantes y con actividades de: recuperación, promoción educativa y capacitación, se formula la siguiente interrogante:

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

¿Los conocimientos, prácticas y percepciones de las mujeres gestantes respecto a la Salud Oral han recibido el impacto de los Programas de Salud Oral del MINSA ?

2.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Las investigaciones respecto a los servicios de salud de las gestantes han estado referidas especialmente a problemas de tipo clínico, particularmente obstétrico y nutricional; prestándose poca atención al impacto de los Programas de Salud Bucal.

El poco acceso de las gestantes a los servicios dentales en zonas urbano marginales tiene muchos supuestos de tipo interno y externo; razones de índole económico, desinformación de las propias gestantes, estilos de trabajo del equipo de salud y la labor de los promotores de salud, que enfatizan en su trabajo otros aspectos en desmedro de la salud oral.

Actualmente existe consenso en abordar la salud con eficiencia y eficacia, con mayores coberturas y preocupación por los grupos vulnerables como las gestantes, que requiere atención multidisciplinaria.

Los resultados de la investigación aportarán a establecer el impacto social del Componente de Salud Bucal del MINSA, en la Cuarta Red Bepeca Callao (DISA I – Callao) en un Centro de Salud tipo de sectores urbano: Carmen de la Legua-Reynoso; desde los propios involucrados y en relación a las actividades que se realizan para prevenir y recuperar la Salud Oral constituyendo un referente para los profesionales responsables de la gestión de Centros de Salud del MINSA y de sus equipos de trabajo respecto al énfasis de la atención multidisciplinaria que debe recibir la gestante.

2.3. OBJETIVOS

2.3.1 Objetivo General

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

2.3.2. Específicos:

a) Precisar los conocimientos, prácticas y actitudes de las gestantes hacia la salud bucal y atención brindada en el Servicio Dental del Centro de Salud Carmen de la Legua-Reynoso.

b) Relacionar la educación formal de las gestantes con sus conocimientos, prácticas y actitudes respecto a la atención odontológica en el Centro de Salud.

c) Identificar las percepciones de las gestantes respecto a las acciones preventivo-promocionales, de capacitación y recuperativas de los Programas de Salud Bucal.

2.4. HIPÓTESIS

- A menor impacto de los Programas de Salud Bucal del MINSA menores cambios en los conocimientos, prácticas y percepciones de las gestantes, respecto a la Salud Bucal.
- A menor grado de instrucción de las gestantes menores conocimientos y prácticas inadecuadas para la salud oral.

2.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

III. MATERIALES Y MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es una investigación no experimental, de tipo correlacional, respecto al impacto de los Programas de Salud Bucal en los conocimientos, prácticas y percepciones sobre salud bucal de mujeres gestantes.

Es un estudio transeccional-correlacional, cuantitativo-cualitativo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está constituida por todas las gestantes que entre enero y abril del 2003 recibieron atención pre-natal en el Centro de Salud Carmen de la Legua-Reynoso de la Cuarta Red Bepeca – Callao.

En el año 2002 se atendieron 121 gestantes en el Servicio Dental del Centro de Salud estudiado. Para la presente investigación se seleccionó mediante muestreo no probabilístico a 44 mujeres gestantes, que al momento de aplicar el cuestionario cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- Gestantes que recibieron como mínimo 3 atenciones en el Centro de Salud.
- Gestantes que residen en la jurisdicción del Centro de Salud
- Gestantes con Ficha de Control con datos completos

3.3. METODOLOGÍA

El Centro de Salud Carmen de la Legua-Reynoso de la IV Red Bepeca-Callao fue autorizado por la Dirección de Salud I – Callao, para constituirse en sede de la investigación, por ser centro tipo de ésta jurisdicción. Se consideró como unidad de análisis en el estudio a:

mujeres gestantes, a quienes se les solicitó su Consentimiento Informado para participar en la investigación (anexo 01). Se aplicó un cuestionario (anexo 02) a cada una de las 44 gestantes seleccionadas, previamente se utilizó un cuestionario piloto.

Complementariamente se entrevistó a los miembros del Equipo de Salud del Centro seleccionado y se realizó un grupo de discusión con los Promotores de Salud, para obtener elementos contextuales. (anexos 03 y 04).

3.4. MATERIALES

- Los cuestionarios fueron impresos, empleándose preguntas abiertas y cerradas de alternativas múltiples.
- Las entrevistas, se efectuaron en base a una guía de entrevista estructurada, con equipo de grabación.
- El grupo de discusión, tuvo ejes temáticos, y se utilizó un equipo de grabación.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

En la recolección de datos se utilizó el cuestionario y la guía de entrevista como instrumentos, y la grabadora como equipo de apoyo.

Para el procesamiento de datos cuantitativo se empleó una computadora Pentium IV y como soporte el sofwart SPSS. En los datos cualitativos se utilizó al análisis de los discursos.

En el análisis estadístico de algunos resultados se aplicó, la prueba estadística de Chi Cuadrado, que permite establecer significancia entre la asociación de las variables.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

IV. RESULTADOS

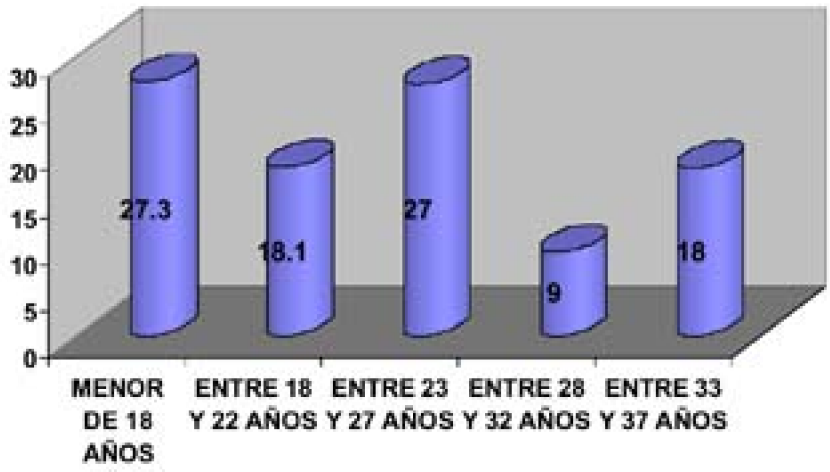
I. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICO DEMOGRAFICAS

TABLA N°1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS GESTANTES C.S. CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO

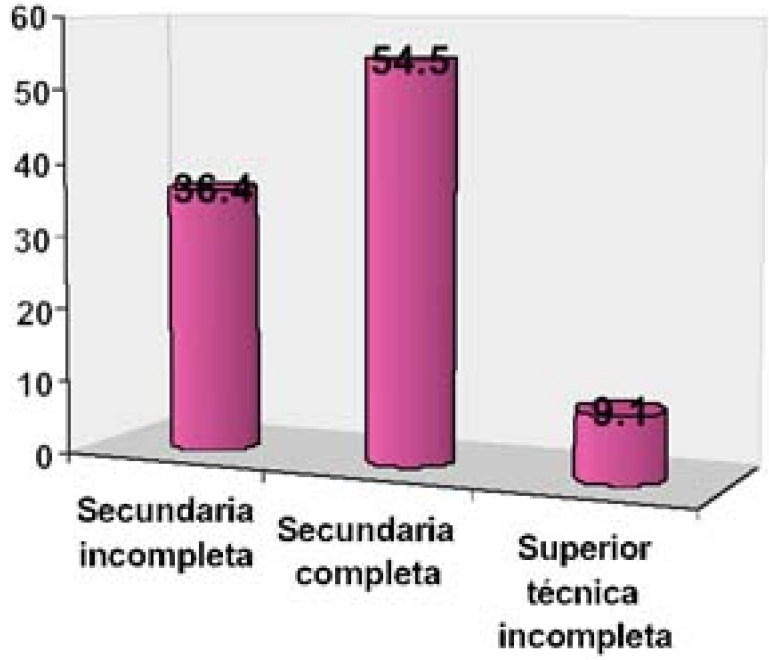
VARIABLES	MEDIA	DESVIACION TIPICA
Edad de la entrevistada	18 a 27 años	1.45
Tiempo de residencia en el Callao	más de 15 años	1.18
Grado de instrucción de la entrevistada	secundaria completa	0.6
Número de hijos de la entrevistada	ningún hijo	1.44

Las gestantes entrevistadas son mujeres jóvenes, con una media de edad de 18 a 27 años, siendo mayor la distribución de edades en Carmen de la Legua (Cuadro N° 1). La mayoría de ellas ha vivido desde su nacimiento en el Callao, o la casi totalidad de sus años de vida (Cuadro N° 2), lo que implica que sus prácticas y actitudes – por ejemplo en salud- corresponden a éste contexto.

El grado de instrucción alcanzado es el de secundaria completa y secundaria incompleta (Cuadro N° 3), del que se infiere que poseen información y conocimientos básicos respecto al embarazo y la salud. En su mayoría son primográvidas, y madres de un (a) hija (Cuadro N° 4), por lo que la experiencia directa del control pre-natal corresponde a menos de la mitad de las mujeres entrevistadas.

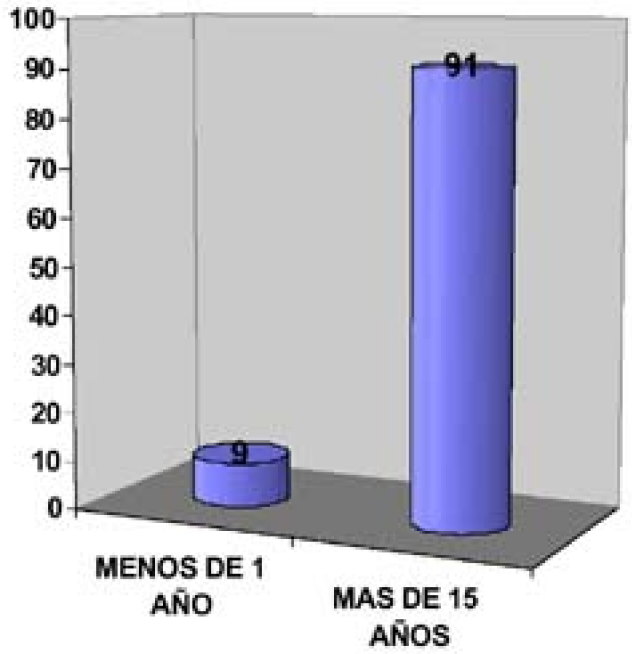


CUADRO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE EDADES DE GESTANTES

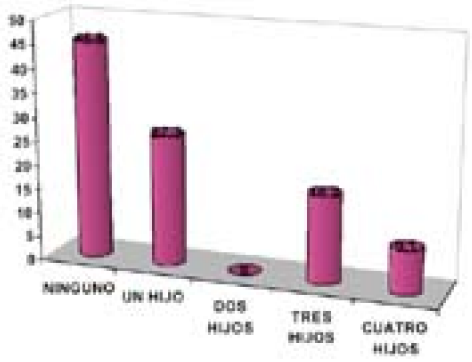


CUADRO N° 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"



CUADRO N° 3: TIEMPO DE RESIDENCIA



CUADRO N° 4: NUMERO DE HIJOS DE LA GESTANTE

II CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL GESTANTES

TABLA N° 2

CONCEPTO DE SALUD BUCAL	GRADO DE INSTRUCCIÓN								Total	
	Sec. Incomp.		Sec. Completa		Sup. Técnica Incompleta		Superior Universitaria			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
cepillar-cuidado-higiene			10	30	2	100	2	50	14	32
control dental			4	13			2	50	6	14
dientes sanos			2	7					2	5
charlas			2	7					2	5
No sabe	8	100	12	40					20	45
Total	8	100	30	100	2	100	4	100	44	100

$X^2 = 0.50$

Se observa que 20 de las gestantes entrevistadas (45%) señalan no saber que es la salud bucal, lo cual es significativo por tratarse de una población joven y que generalmente es el principal agente socializador en conocimientos y prácticas de salud.

Algunos referentes del concepto de salud oral lo encontramos en respuestas que la relacionan al cepillado, cuidado e higiene de las piezas dentales (32%).

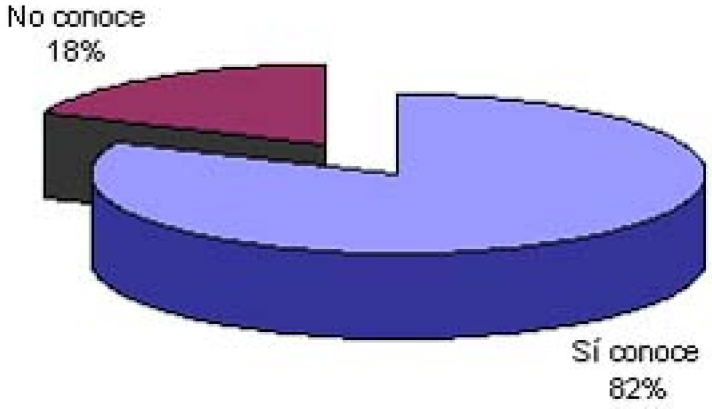
El grado de asociación entre ambas variables, es mínimo, con un nivel de significancia de 0.50.

TABLA N° 3. CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES GESTANTES SOBRE SU MAYOR VULNERABILIDAD EN EL EMBARAZO

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Sí conoce	36	81.8%
No conoce	8	18.2%
Total	44	100.0%

Las mujeres entrevistadas consideran en un 81.8% que tienen mayor vulnerabilidad por encontrarse en proceso de gestación y por ello es muy importante tener control pre-natal. El 18.2% de gestantes, consideraron el embarazo como normal y que la gestación no las hacia más vulnerables a las enfermedades, efectuando el control pre-natal con la finalidad de ser derivadas en el momento del parto a los Hospitales de la zona sin mayores gastos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"



CUADRO N° 5 CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES GESTANTES SOBRE SU MAYOR VULNERABILIDAD EN EL EMBARAZO

TABLA N° 4 GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES GESTANTES Y PERIODICIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria		Secundaria		Sup/tec		Sup./uni			
PERIODICIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLOGICA	Incompleta		Completa		Incompleta		Incompleta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
cuando hay dolor o problemas			14	47			2	50	16	36
una vez por año	8	100	6	20					14	32
siempre por control			6	20			2	50	8	18
Cada…meses			2	7	2	100			4	9
cuando hay sangrado de encias			2	7					2	5
Total	8	100	30	100	2	100	4	100	44	100

$X^2 = 23.105$

El 41.9% de las gestantes considera que se debe acudir al dentista cuando se presentan problemas, dolor o sangrado de encías, es decir cuando son evidentes los efectos de la falta de salud bucal.

Aunque un 59% señala que se debe ir al dentista periódicamente, no figura como práctica para la salud Bucal (Tabla N° 7).

Entre el grado de instrucción y la periodicidad de atención odontológica existe una asociación de gran significancia de 23.105.

TABLA N° 5. SERVICIOS QUE REALIZA EL DENTISTA DESDE LA PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES

Servicios	Frecuencia	Porcentaje
Cura y extrae los dientes	38	86.50%
Endereza, endodoncia, fluoriza, dentaduras postizas	2	4.50%
Prevee problemas en la boca	4	9.00%
Total	44	100%

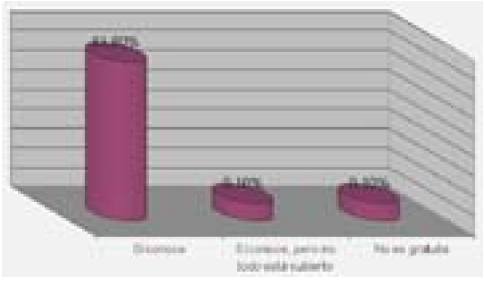
La percepción de las gestantes de las actividades profesionales que realiza el odontólogo se concentran en el ámbito recuperativo-asistencial (86.5%): curación y extracción de dientes; lo preventivo promocional sólo alcanza el 9%, lo que implica que el esquema salud bucal-enfermedad es el que prevalece en la población estudiada.

TABLA N° 6. CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES GESTANTES SOBRE GRATUIDAD DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DENTAL DURANTE EL EMBARAZO

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Sí conoce	36	81.8%
Sí conoce, pero no todo está cubierto	4	9.1%
No es gratuita	4	9.1%
Total	44	100.0%

Es importante observar que el 81% de gestantes, conoce de la gratuidad de la atención odontológica durante el embarazo, a través del Seguro Integral de Salud.

Sin embargo un 19.2 % considera que no es totalmente gratuito.



CUADRO N° 6: CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES GESTANTES SOBRE GRATUIDAD DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DENTAL DURANTE EL EMBARAZO.

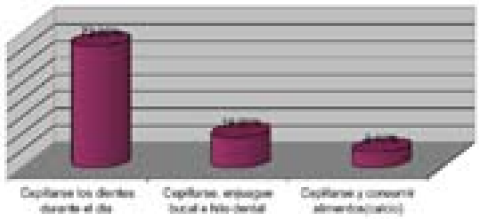
III. PRÁCTICAS PARA LA SALUD BUCAL

TABLA N° 7: PRACTICAS DE SALUD ORAL DE LAS GESTANTES

Prácticas	Frecuencia	Porcentaje
Cepillarse los dientes durante el día	32	72.7%
Cepillarse, enjuague bucal e hilo dental	8	18.2%
Cepillarse y consumir, huevos, leche	4	9.1%
Total	44	100.0%

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

La principal práctica de salud bucal en las gestantes en un 100% es el uso del cepillo dental, manifestando un 72.7% hacer sólo uso del cepillo de dientes, un 18.2% además de cepillarse utiliza enjuague bucal e hilo dental. En un 9.1% se considera como prácticas el cepillarse los dientes y consumir alimentos nutritivos ricos en calcio.



CUADRO N° 7: PRACTICAS DE SALUD ORAL DE LAS GESTANTES

TABLA N° 8 PRÁCTICAS PARA MANTENER LA SALUD BUCAL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria		Secundaria		Supr/Tec		Sup./Uni			
	Incompleta		Completa		Incompleta		Incompleta		Total	
PRACTICA PARA MANTENER LA SALUD ORAL	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
cepillarse los dientes durante el dia	8	100	24	80			2	50	34	77
cepillo-enjuague bucal-hilo dental			4	13	2	100	2	50	8	18
cepillarse y consumir leche y huevos			2	6.7					2	4.5
Total	8	100	30	100	2	100	4	100	44	100

Se observa que las prácticas de las gestantes para la salud bucal se concentran en el cepillado de los dientes indistintamente del grado de instrucción.

No existe asociación entre las variables.

TABLA N° 9: CONCEPTO Y PRACTICAS PARA MANTENER LA SALUD BUCAL DE LAS MUJERES GESTANTES

CONCEPTO Y PRACTICAS PARA MANTENER LA SALUD B.	cepillar-cuidado-h de las piezas dentales		control dental		Dientes sanos		charlas		no sabe		total	
MANTENER LA SALUD BUCAL	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
cepillarse los dientes durante el dia	8	57	6	2					18	90	**34**	**77**
cepillo-enjuague bucal-hilo dental	4	29			2		2	100	2	10	**8**	**18**
cepillarse y consumir leche y huevos	2	14									**2**	**5**
Total	**14**	**100**	**100**	**100**	**100**		**2**	**100**	**20**	**100**	**44**	**100**

$X^2 = 2.398$

Las prácticas de las gestantes para mantener la salud bucal se concentran en el cepillado de los dientes: 77%; 18.1% lo complementan con el enjuague bucal y uso del hilo dental, y 5% con el consumo de alimentos con calcio (leche y huevos).

Es evidente que las gestantes aún sin tener un concepto de salud bucal adecuado, señalan realizar prácticas para mantener su salud oral, presentándose una asociación con un grado de significancia de 2.398.

TABLA N° 10: GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FRECUENCIA DEL CEPILLADO

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria		Secundaria		SupTtec		Sup./Uni			
FRECUENCIA DEL CEPILLADO	Incompleta		Completa		Incompleta		Incompleta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
un cepillado al dia	2	25	4	13					6	14
dos cepillados al dia	4	50	14	47	2	100	4	55	24	55
tres cepillados al dia	2	25	12	40					14	31
Total	8	100	30	100	2	100	4	100	44	100

La frecuencia del cepillado en las gestantes indistintamente del grado de instrucción se concentra en 2 veces al día 55 %, seguido de 3 cepillados diarios (32 %).

Es significativo señalar que las mujeres con menores niveles de instrucción son las que tienen la mayor frecuencia del cepillado 25 % y 40 % para secundaria incompleta y secundaria completa respectivamente. No existe asociación entre variables.

TABLA N° 11: GRADO DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES Y ATENCION ODONTOLÓGICA ANTES DEL EMBARAZO

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria		Ssecundaria		Sup/Tec		Sup./Uni			
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ANTES DEL E.	Incompleta		Completa		Incompleta		Incompleta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Si	2	25	20	67	2	100	4	100	28	64
No	6	75	10	33					16	36
Total	8	100	30	100	2	100	4	100	44	100

$X^2 = 0.893$

Se observa que las mujeres entrevistadas en un 64 % si han tenido experiencia en acudir al dentista antes del proceso de gestación, incrementándose el porcentaje de acuerdo al grado de instrucción: 25% secundaria incompleta, 66.% secundaria completa y 100% para superior técnica incompleta y superior universitaria incompleta.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Sólo el 36 % refirió no haber acudido al dentista por considerarlo innecesario: “no tengo problemas de caries” respuesta con mayor frecuencia en quienes tienen estudios de secundaria inconclusos (75%)

Las variables están asociadas con un grado de significancia de 0.893

TABLA N° 12: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDIERON AL ODONTÓLOGO DURANTE SU EMBARAZO

GRADO DE INSTRUCCIÓN		Secundaria		Secundaria		Sup/Tec.		Sup./Uni			
ATENCIÓN ODONTO LOGICA DURANTE EL EMB.		Incompleta		Completa		Incompleta		Incompleta		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Si		2	25	8	27			4	100	14	32
No		6	75	22	73	2	100			30	68
Total		8	100	30	100	2	100	4	100	44	100

$$X^2 = 2.228$$

El 68% de las entrevistadas a pesar de tener más de tres controles pre-natales en el Centro de Salud, aún no acudió al Servicio Dental y en ello no se observa diferencias entre las mujeres con secundaria completa e incompleta (74 % en promedio no acuden aún al Servicio Dental).

La asociación de las variables tiene un grado de significancia de 2.228

TABLA N° 13: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES Y SENSACIONES HACIA LA CONSULTA DENTAL

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria		Secundaria		Sup/Tec		Sup./Uni			
SENSACIONES HACIA LA CONSULTA	Incompleta		Completa		Incompleta		Incompleta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
miedo a la pieza de mano			10	33					10	23
aguja-ruido-dolor	2	25	2	7					4	9
miedo al maltrato			2	7					2	5
evita ir	6	75	16	53	2	100	4	100	28	64
va con gusto										
Total	8	100	30	100	2	100	4	100	44	100

Es relevante que un 64 % de las gestantes declaren que acuden con gusto al Servicio Odontológico independientemente del grado de instrucción.

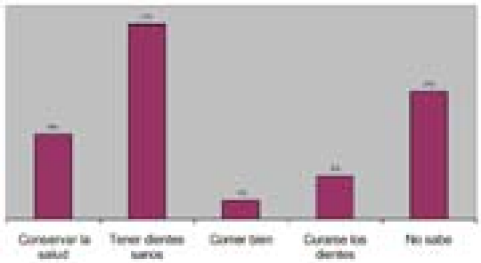
De otro lado quienes expresan mayores temores a la atención odontológica se concentran en quienes tienen menor grado de instrucción.

No existe asociación entre las variables.

TABLA N° 14 DE LAS GESTANTES SOBRE LAS VENTAJAS AL ACUDIR AL SERVICIO ODONTOLÓGICO

VENTAJAS	Frecuencia	Porcentaje
Conservar la salud	8	18%
Tener dientes sanos	18	41%
Comer bien	2	4%
Curarse los dientes	4	9%
No sabe	12	27%
Total	44	100%

Las gestantes en un 41 % asumen como ventaja de la atención odontológica que ésta les permita mantener sus dientes sanos (41 %) y en un 18 % conservar la salud en general. A un significativo 27 % no le es posible identificar las ventajas en el atención odontológica durante el embarazo: lo que indica la desinformación que aún tienen las gestantes en éste aspecto.



CUADRO N° 8 DE LAS GESTANTES SOBRE LAS VENTAJAS AL ACUDIR AL SERVICIO ODONTOLÓGICO

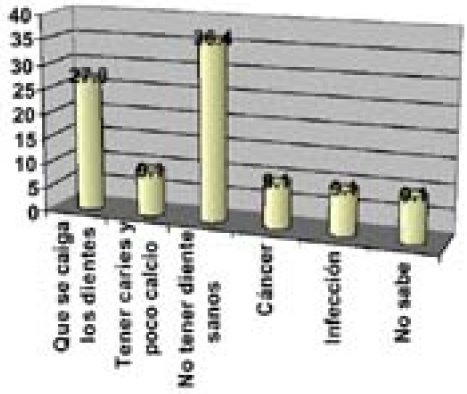
TABLA N° 15: CREENCIAS DE LAS GESTANTES SOBRE LAS DESVENTAJAS PARA ELLAS POR NO ACUDIR AL SERVICIO ODONTOLÓGICO

Desventajas	Frecuencia	Porcentaje
Que se caigan los dientes	12	27.3%
Tener caries y poco calcio	4	9.1%
No tener dientes sanos	16	36.4%
Cáncer	4	9.1%
Infección a los dientes	4	9.1%
No sabe	4	9.1%
Total	**44**	**100%**

Es interesante observar que las mujeres gestantes consideren que no acudir al dentista durante la gestación tiene para ellas desventajas por que afectan sus dientes (81.9%): ya sea porque se “caen”, “incremento caries y poco calcio” o “ no tener dientes sanos”. Sin embargo esta afirmación no conduce como práctica de salud acudir al

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

dentista periódicamente.

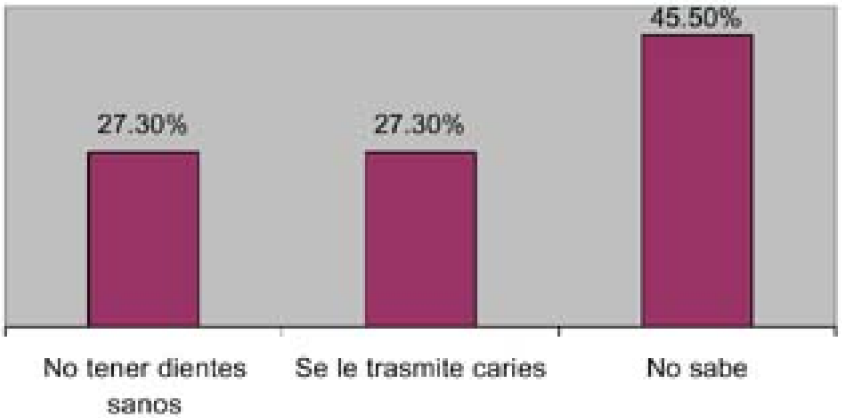


CUADRO N° 9: DESVENTAJA PARA LA GESTANTE POR NO ACUDIR AL SERVICIO ODONTOLÓGICO

TABLA N°16: CREENCIAS DE LAS MUJERES SOBRE LAS DESVENTAJAS PARA SUS FUTUROS HIJ@S POR NO ACUDIR A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Desventajas	Frecuencia	Porcentaje
No tener dientes sanos	12	27.3%
Se le trasmite caries	12	27.3%
No sabe	20	45.5%
Total	44	100.0%

El 45% de las gestantes señalan que no saben que desventaja tiene para sus futuros hij@s el no acudir al dentista durante el embarazo. Las otras entrevistadas consideran que les transmiten caries (27.3 %) o que cuando crezcan no tendrán dientes sanos (27.3 %).



CUADRO N° 10: CREENCIAS DE LAS MUJERES SOBRE LAS DESVENTAJAS PARA SUS FUTUROS HIJ@S POR NO ACUDIR A LA CONSULTA ODONTOLOGICA

TABLA N° 17: MOTIVACIONES DE LAS GESTANTES PARA ACUDIR A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

DURANTE EL EMBARAZO

Motivación	Frecuencia	Porcentaje
Dolor	4	28.5%
Como parte del Control Pre Natal	6	43.0%
Para curaciones y extracciones	4	28.5%
Total	**14**	**100.0%**

Las gestantes que acudieron al dentista durante el embarazo (31.8 % del total de mujeres entrevistadas), sólo un 43 % lo hicieron como parte del control pre-natal y en un 57 % por tener algunos problemas de Salud Bucal: dolor, necesidad de curación o extracciones. Ello implica que aún no se considera la atención odontológica como parte integrante del control pre-natal, desde la propia percepción de las mujeres.

TABLA N° 18: DESMOTIVACIÓN DE LAS GESTANTES PARA ACUDIR A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO

Desmotivación	Frecuencia	Porcentaje
Falta de tiempo	4	13.0%
Temor al dolor	4	13.0%
No había citas	2	7.0%
Falta de dinero	4	13.0%
No tener problemas bucales	2	7.0%
No haber sido derivada al Servicio Dental	14	47.0%
Total	30	100.0%

La desmotivación de las 30 gestantes entrevistadas para no acudir al Dentista durante el embarazo fueron las siguientes: 47 % por “el tiempo de gestación no le correspondía ser derivadas”, 13 % señala la “falta de dinero”, 13 % falta de tiempo y el 7 % por no haber citas.

El 13 % manifestó temor al dolor como desmotivador, asumiendo que el temor es mayor que los beneficios de ser atendidas por el odontólogo. El 7 % señaló que no fue necesario acudir al Servicio Dental porque no tuvo problemas en la boca, lo que refleja la concepción tradicional de salud-enfermedad.

TABLA N° 19: PERCEPCIONES DE LA FRECUENCIA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y LAS SENSACIONES QUE ESTA GENERA EN LAS GESTANTES

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

PERCEPCIONES Y ATENCIÓN ODONTOLOGICA	cuando hay dolor o problemas		una vez por año		siempre por control		cada seis meses		cuando hay sangrado de encias		Total	
HACIA LA CONSULTA	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
miedo a la pieza de mano	6	37.5			4	50					10	22.7
aguja-ruido-dolor												
miedo al maltrato			2	14					2	100	4	9.1
evita ir	2	12.5									2	4.5
va con gusto	8	50	12	86	4	50	4	100			28	63.6
Total	16	100	14	100	8	100	4	100	2	100	44	100

$X^2 = 16.194$

La concepción tradicional de la salud bucal en el marco de la enfermedad se asocia a los temores aún existentes en la atención odontológica (dolor, sonido de los equipos) y al "mal trato" que puede dar el profesional a sus pacientes (9 %).

Es importante tener en cuenta que declarativamente las gestantes en un 63 % consideran que si hay que acudir, al dentista "lo hacen con gusto" (Tabla N° 13), aunque en sus prácticas esto no se concreta.

Existe asociación entre las variables con gran nivel de significancia de 16.194

TABLA N° 20: PERCEPCIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE LAS GESTANTES Y NUMERO DE HIJOS

NÚMERO DE HIJOS	ninguno		un hijo		dos hijos		tres hijos		cuatro hijos		Total	
VULNERABILIDAD	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Si	18	90	14	100	2	100	4	66.7	2	100	**40**	**91**
No	2	10					2	33.3			**4**	**9**
Total	**20**	**100**	**14**	**100**	**2**	**100**	**6**	**100**	**2**	**100**	**44**	**100**

En relación a la percepción de una mayor vulnerabilidad durante el embarazo, las gestantes en un 91 % señalaron que si eran más vulnerables y éste conocimiento lo tienen las primográvidas como quienes ya tienen hijos.

Sólo cuatro mujeres indicaron que el embarazo no genera una mayor vulnerabilidad en la salud bucal. No existe asociación entre variables.

TABLA N° 21: PERCEPCIONES DE LA VULNERABILIDAD DE LAS GESTANTES Y DESVENTAJAS POR NO ACUDIR A LA ATENCION ODONTOLÓGICA

DESVENTAJAS	que se caiga los dientes		tener caries y poco calcio		no tener dientes sanos		no masticar bien		cancer		infección		no sab		Total	
VULNERABILIDAD	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
si	10	100	6	75	14	100			2	100	2	100	6	100	40	90.9
no			2	25			2	100							4	9.1
Total	10	100	8	100	14	100	2	100	2	100	2	100	6	100	44	100

$X^2 = 13.258$

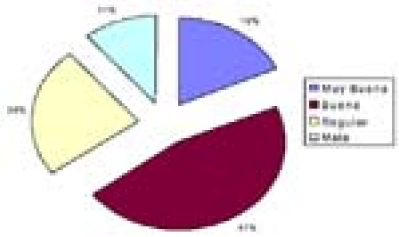
El reconocimiento de la mayor vulnerabilidad de las gestantes (90.9 %) se relaciona con la identificación de desventajas para ella por no acudir al dentista, sólo cuatro mujeres que representan el 9.1 % de las gestantes entrevistadas identificó desventajas pero no consideró la mayor vulnerabilidad en el embarazo.

Existe asociación entre las variables con gran significancia de 13.258.

TABLA N° 22. DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO DENTAL A GESTANTES EN LOS CENTROS DE SALUD

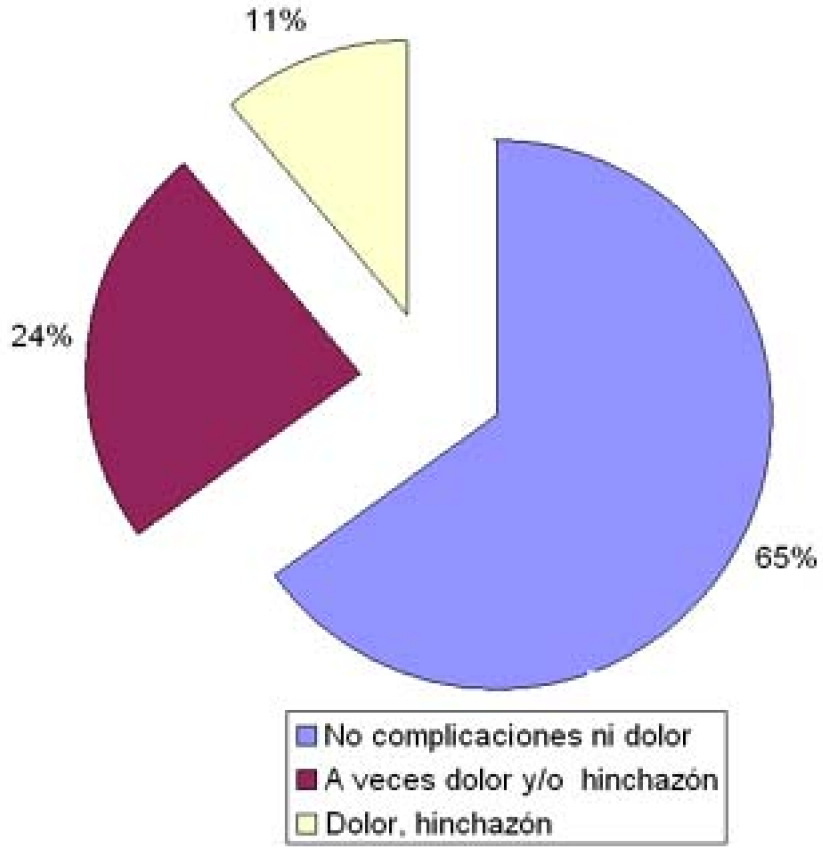
Actividades	Frecuencia	Porcentaje
Profilaxis	126	83.0%
Exodoncia	6	4.0%
Exodoncia Compleja	2	1.3%
Obturación	16	10.5%
Otras actividades de Salud Bucal	2	1.3%
Total	30	100.0%

Las actividades profesionales que realiza el Odontólogo a gestantes, son intra-murales y se concentran en: profilaxis (83 %) y obturaciones (10.5 %), es minima (13 %) las actividades educativo-promocionales con éste segmento poblacional.

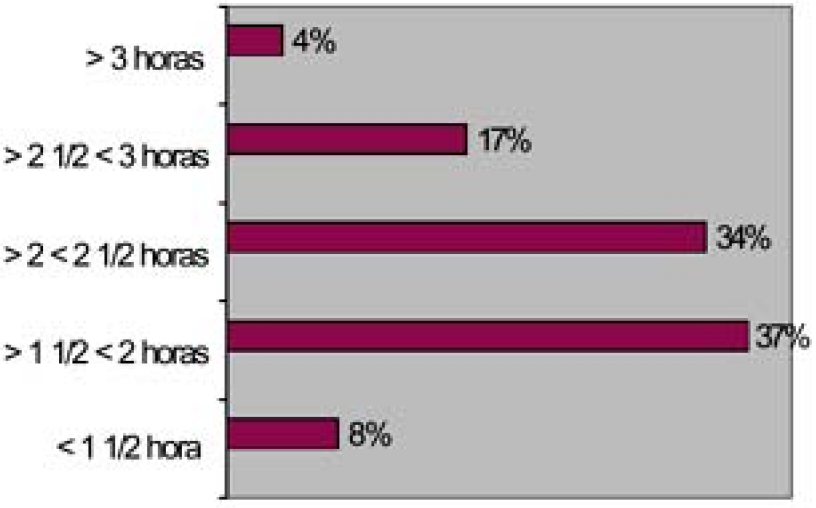


CUADRO N° 11. PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES SOBRE ATENCIÓN DEL ODONTÓLOGO

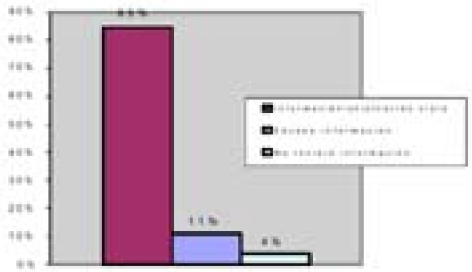
"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"



CUADRO N° 12. MOTIVOS PARA LAS PERCEPCIONES DE LAS GESTANTES SOBRE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA



CUADRO N° 13: TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO ODONTOLÓGICO



CUADRO N° 14: INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN ODONTOLÓGICA RECIBIDA POR LAS GESTANTES

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

V. DISCUSIÓN: CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES

Del total de gestantes entrevistadas el 81.8% refirió que el embarazo las hacia más vulnerables y que efectuaban el control pre-natal con la finalidad de “cuidar” a sus futur@s hij@s, resultado que es favorable al obtenido por Villanueva, Peñafiel, y otros en mujeres de Villa El Salvador en 1999, donde sólo el 76% consideró ser más vulnerable en éste proceso y 24% asumir la maternidad como un hecho normal, y que no requería atención especial, incluído los servicios de salud (51). A nivel nacional, los resultados son tambien próximos a los hallados en nuestro estudio: el 90.6% de mujeres señaló conocer sobre el Control Pre-Natal (39); lo que se explica por las condiciones económicas, sociales y culturales de la población y que a su vez son determinantes del uso de los servicios de salud (frecuencia, tipo de servicio demandado, continuidad).

El nivel de conocimientos que tienen las gestantes respecto a salud bucal es bajo 45 % refieren “no saber que es la salud oral o bucal” y el 55 % tiene sólo algunas ideas que priorizan el cuidado de los dientes, en ningún caso identificaron o se refirieron a las “encías” o cavidad bucal. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Costa, I. en gestantes brasileñas quienes en un 71,6 % dicen que se refiere a saber como se cuidan los dientes. (8). Este desconocimiento contribuye a que las enfermedades periodontales no sean reconocidas como tales por las gestantes, a pesar de su alta prevalencia en este segmento poblacional, como lo demuestran los hallazgos de Valenzuela, R. y otros (48) quienes encontraron que el 95.4% de gestantes estudiadas (pacientes aseguradas en

ESSALUD) tenían enfermedad periodontales, hallazgos que refiere son aproximados a los reportados por Loe y Silnes: 100% con signos de gingivitis, Albrecht, M. y Cols: 92.6% de prevalencia de gingivitis y Arafat, A.. 76.7% de gingivitis en embarazadas. También se encuentra la investigación de Contreras, L. y otros (9) que demuestran la alta prevalencia de caries y paradenciopatías en gestantes, junto con una marcada necesidad de rehabilitación protésica en gestantes; éstos resultados evidencian la necesidad de la atención odontológica para las gestantes.

Respecto a las gestantes, observamos que el grado de instrucción se encuentra relacionado a periodicidad de atención dental (X^2 = 23.105) resultados que concuerdan con los obtenidos porValenzuela y otros (48) quienes hallaron que a mayor instrucción es menor la incidencia de enfermedad periodontal. Respecto al uso frecuente encontramos que no se encuentra asociada con el grado de instrucción, resultados que coinciden con las apreciaciones de Horton, J.E y Carranza F. quienes afirmaron que la enfermedad periodontal es inversamente proporcional al nivel de educación.

Las percepciones de las gestantes entrevistadas respecto a la calidad del Servicio Dental, encontramos que consideran que la atención del odontólogo es muy buena 18%, buena en un 47%, regular en 24% y 11% es considerada como mala, resultados más satisfactorios que los encontrados por García y otros (17): 21.3% excelente, 47.2% buena, 25.2% regular y 6.4% mala; las razones señaladas por el 65 % de nuestras entrevistadas, es que no tuvieron complicaciones ni sintieron dolor, las que señalaron la atención como “regular” refirieron haber sentido dolor y a veces “hinchazón” en la cara y las que calificaron como mala refirieron dolor, hinchazón y poco interés del odontólogo en la atención. En un 85% señalaron que recibieron orientación e información clara sobre la atención que les brindaban, cuidados de sus dientes y para el futuro bebé, el 11% recibió información sobre la atención recibida y el 4% refirió no haber recibido orientación, éstos resultados son significativos porque se encuentran en la tendencia de satisfacción encontrada en otros estudios de evaluación de servicios médicos como los de Pastor y otros (36) que halló 92.3% en promedio de satisfacción por la información y orientación recibida.

PRÁCTICAS

Las prácticas para la salud oral en las gestantes son especialmente importantes por la alteración de la capacidad buffer y actividad antibacteriana de la saliva que se produce en el proceso de gestación.

En la población estudiada las principales prácticas para la salud bucal son: cepillarse los dientes durante el día (72.7 %), cepillarse, usar enjuague bucal e hilo dental (8.2%) y además de cepillarse los dientes consumir alimentos ricos en calcio (9,1%).

La práctica de salud oral mencionada por el 100% de pacientes fue el cepillado de dientes, aunque con algunas diferencias en la frecuencia, la mayor cantidad de pacientes (69%) se cepillan los dientes de 2 a 3 veces al día y 14% lo hace una sóla vez, resultados que coinciden con los de Valenzuela y otros, (48), quienes también hallaron que la mayor cantidad de pacientes se cepillan los dientes de 2 a 3 veces al día y sólo 5.3% se cepillan una sóla vez, hallazgos que señala son similares a los de Banoczy, J. y col. Milene, A. Prichard, J. e INCAP.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Las mujeres entrevistadas señalan que no acudir al dentista durante la gestación tiene para ellas desventajas que afectan sus dientes (81.9%), ya sea porque se "caen", "les da caries y tienen poco calcio" o "no tener dientes sanos". Estos "conocimientos", para Vuccio y otros, sólo son una noción popular "a tooth per child" (un diente por el niño) ya que afirma no tiene ninguna prueba histológica, química o radiológica en su apoyo" (52).

Sin embargo, a pesar de éstas afirmaciones, las gestantes no acuden al Servicio Dental como una práctica de salud oral, el 41% lo hace cuando se presentan problemas, dolor o sangrado persistente de encías, es decir cuando son evidentes los efectos de la falta de salud bucal. Aunque declarativamente un 59% señala que se debe ir al dentista periódicamente, las gestantes no la refieren como práctica para la salud Bucal.

Las gestantes tienen cada vez mayor acceso a los Sevicios de Salud en parte por las políticas de salud que posibilitan un mayor acceso a éstos servicios –en la actualidad el Seguro Integral de Salud-, situación que no es encontrada en otros estudios, como el de Costa, I. quien halló exclusión, dificultades de acceso y falta de oportunidades para el tratamiento de las gestantes (7).

Las percepciones de las mujeres entrevistadas aún denotan falsos temores y creencias sobre la atención odontológica y que influyen como desmotivadores para acudir al Servicio Dental: 31% fueron las que refirieron tener mayores temores: al instrumental y atención en sí (miedo a la pieza de mano, a la anastesia, a las agujas, al dolor) y 4.5% al maltrato. Estos temores no se encuentran relacionados con el grado de Instrucción de las gestantes.

Resultados similares encontró Díaz, R., en México en un estudio de 1000 gestantes, estableciendo que las creencias y prácticas que relegan el cuidado odontológico se deben a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, por lo que la demanda de servicios dentales sigue siendo baja a pesar de que este grupo es considerado como prioritario (13).

Se puede señalar, coincidiendo con Díaz, R. y otros, 1999 (14) que la tradición cultural continúa influyendo en que se genere mayor tensión/stress en las gestantes ante la atención odontológica y su inhibición a acudir al dentista; lo que en nuestro estudio explicaría que no se encuentra asociados el grado de instrucción y prácticas de salud oral.

Respecto a la atención en el Servicio Dental, el 100% de las entrevistadas señaló que el tiempo de espera que es un indicador de calidad es excesivo, mayor que en otros Servicios y que oscila entre más de 1 ½ y menos de 2 horas (45%), más de 2 horas y menos de 2 ½ (34%), entre 2 ½ y 3 horas (17%) y más de 3 horas (4%), estos resultados son mayores a los encontrados por Pastor y otros (31): 67%.2 % con tiempo de espera regular (= 1 hora), breve 29.7% (= 30 minutos) y largo 3.7% (= 4 horas), y a los de Mendoza y otros (23) cuya media de espera encontrada fue de 154 minutos para establecimientos del MINSA, y el trabajo de García, H. y otros (17) que halló que el 26.6% esperó menos de 1 hora, 29.8% esperó entre 1 y 2 horas, 18.8% entre 2 y 3 horas, 7.4% entre 3 y 4 horas y 18.1% más de 4 horas; es necesario señalar que los referidos estudios consideran el tiempo de espera en la atención médica de diversos Servicios, no

sólo del odontológico, sino también de otros profesionales de la salud.

A este prolongado tiempo de espera, contribuye en el período de estudio, el hecho de que se amplió la cobertura de atención (a través del SIS) y por lo tanto la demanda del Servicio, sin embargo los recursos: profesionales, los equipos y materiales son los mismos; teniendo en consideración que por su naturaleza la atención odontológica tiene una duración mayor, que en los casos de los Centros de Salud estudiados, que en promedio es de 45 minutos.

Es importante señalar que a nivel contextual encontró que en los Centros de Salud los otros profesionales que trabajan directamente con las gestantes, consideran importante el trabajo del odontólogo con ésta población en particular, recomendando a las gestante la atención en el Servicio Dental, sin embargo reconocen que no existe seguimiento para verificar si efectivamente se realiza la atención, quedando ello en función de la decisión de la gestante. Estos resultados son diferentes a los encontrados por Díaz, R. y otros (15), respecto a creencias y prácticas de los otros profesionales de la salud, en relación al trabajo del odontólogo, que evidencia la baja referencia de gestantes al Servicio Dental: 56% no acostumbraba revisar la boca y 53% considera innecesario ser consultados por el odontólogo antes del tratamiento; resultados, que coinciden con la investigación cualitativa de Costa, I. (7) quien señaló que los doctores y dentistas no hablan un idioma común, y que los primeros no conciben la atención odontológica como parte integrante de la atención de salud de la gestante.

Otro hallazgo interesante que se encontró en nuestra investigación fue que los profesionales de la salud no tenían precisión respecto a la etapa más adecuada para la atención odontológica programada de las gestantes; lo que al parecer también ocurre en otras realidades, ello motivó estudios como los de Tirelli (46) cuyos resultados señalan como el período más adecuado para la atención odontológica de la gestante el II Trimestre, lo que permite comprender la expresión de las gestantes que no acuden al Servicio Odontológico, porque todavía “no han sido derivadas”.

La precisión de conocimientos del personal profesional en salud bucal es importante por el efecto multiplicador de la información transmitida, sin embargo encontramos que hay información más no precisión con respecto a las ventajas de la atención odontológica para las gestantes; resultados que coinciden con los reportados por Steele, L. (1989) quien demostró que las enfermeras dentales en Trinidad y Tobago, en un 96% conocían y difundían los efectos perjudiciales de las bebidas con azúcar y de la ingestión de dulces antes de las comidas, pero tenían la noción errónea en un 89% que el consumo de frutas era útil para limpiar los dientes. (40.1), o el hecho entre los profesionales de la salud de considerar indispensable el uso del mandil de plomo para las radiografías periapicales como encontró Díaz, R. y otros en el 55% de profesionales de la salud entrevistados. (15); lo que permite afirmar que se requiere un mejor y mayor conocimiento sobre la importancia y beneficios de la atención odontológica para la gestante y por las repercusiones en el proceso de socialización de sus hijos.

Los reportes mensuales de los odontólogos y los consolidados anuales permiten identificar la focalización del Servicio Dental en el ámbito de la rehabilitación y el trabajo intra-mural: QUIMIOPROFILAXIS, y la poca incidencia en las actividades de promoción educativa, que consideran limitan el impacto de las acciones del odontólogo en la

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

población estudiada, al respecto trabajos como el de Bordoni, N. y otros señalan resultados eficaces en la reducción de la incidencia de caries dental aplicando el modelo de enfoque de riesgo, con fuerte componente de promoción y prevención enla atención de salud bucal focalizada.... recomendando que reconvertir la atención por demanda espontánea en atención programada con fuerte componente preventivo -cualquiera sea el subsector involucrado- posibilita disminuir las diferencias de acceso a la atención en salud bucal (4)

Rodríguez, A. también considera que el concepto de atención primaria de salud bucal se utilice como estrategia del subsistema de atención estomatológica, así la promoción de salud se aborda como estrategia y la educación en salud bucal como método, (42). La importancia de la prevención también se comprobó en la Evaluación del Programa del Paciente Sano (18) donde Herazo, B (1993) comprobó que un odontólogo utilizando medidas de prevención (control de placa bacteriana, consejería en dieta, Educación en Salud Bucodental, higiene bucodental, aplicación de fluoruros y aplicación de sellantes) logra que los pacientes usuarios del Programa se conserven sanos, libres de caries y periodontopatías.

Las investigaciones de Costa I. (7) también enfatizan en la urgencia de un trabajo educativo en salud bucal dirigido especialmente a las mujeres embarazadas para desmitificar la atención odontológica y la necesidad de Incidir en las medidas preventivo-educativas en gestantes como estratégico, porque -especialmente las primogestas- se encuentran receptivas a incorporar nuevas actitudes y conductas de promoción de la salud para ellas, su hij@ y toda la familia (18). En nuestra investigación se encontró que el trabajo preventivo-promocional lo realizan los odontólogos a través de charlas, especialmente a escolares y maestros; y en el caso de las gestante las actividades de carácter educativo se realiza a nivel individual, lo cual es importante pero limitado; ya que sólo llega a quienes decidieron acudir al Servicio Dental, que precisamente no son la mayoría de gestantes.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CONCLUSIONES

Los Programas de Salud Bucal del MINSA no han logrado cambios significativos en los conocimientos, prácticas y percepciones de las mujeres gestantes respecto a la Salud Oral, en la jurisdicción del Centro de Salud Carmen de la Legua-Reynoso.

Los conocimientos de las madres gestantes sobre Salud Oral son escasos e insuficientes, restringidos en un 55% al “cuidado” de las piezas dentales, no siendo significativa su asociación con el Grado de Instrucción, excepto en la periodicidad de la atención dental, $X^2 = 23.105$.

Los conocimientos y las prácticas de Salud Oral de las gestantes se encuentran disociadas, se considera importante la salud oral pero no traduce en prácticas. La técnica del cepillado es la práctica señalada por el 100% de pacientes y la frecuencia más alta: 2 cepillados por día.

Las percepciones de las gestantes sobre la atención odontológica denota aún falsos temores y creencias (v.g.: al instrumental, anestesia, desventajas por la falta de atención dental) que no se encuentran asociadas a el Grado de Instrucción.

Las gestantes perciben el trabajo del Servicio Odontológico principalmente como actividades intra-murales, recuperativas; considerando que reciben una buena atención, por no haberse presentado complicaciones en su tratamiento; siendo la mayor debilidad en la relación gestante-odontólogo el excesivo tiempo de espera.

La implementación del Seguro Integral de Salud como política social, constituye un avance en la extensión de la cobertura y el acceso a los servicios de salud, por lo que

pierde validez atribuir a razones económicas el poco acceso al Servicio Dental de las gestantes.

El equipo profesional del Centro de Salud valora y reconoce la importancia del trabajo del odontólogo como parte de la atención pre-natal aunque no hay precisión del período de gestación en que se transfiere a la gestante al Servicio Dental - así como del trabajo en equipo; sin embargo la escasa participación en actividades preventivo-promocionales limita su impacto social en las gestantes.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

RECOMENDACIONES

1. Enfatizar el trabajo preventivo – promocional de los odontólogos en todos los segmentos de la población y particularmente en el de gestantes, por su rol como agente trasmisor de patrones e salud bucal.

2. Fortalecer programas educativos a nivel masivo, unificar ciertos criterios a nivel odontológico en el ambito peri natal.

3. Difundir los resultados, entre los funcionarios y equipos de gestion del nivel central y local del MINSA, con el objeto de enriquecer el conocimiento para la toma de decisiones, sobre el mantenimiento y/o mejora de la calidad de atención brindada a las mujeres gestantes en las distintas regiones del pais.

4. Cada segmento de población supone estrategias especificas, por lo tanto, es necesario disponer de información de sus conocimientos, actitudes y practicas respectos a los diversos temas de salud que abordamos. Esta información es trascendental para la toma de decisiones en la producción y difusión de mensajes. Sin embargo, los funcionarios de salud pese a disponer de gran cantidad de esta información operativa, no establecen una proyección de la misma, en sus esfuerzos de promocion de salud.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

BIBLIOGRAFÍA:

Atúncar, W. (2000) Características de la gestación en mujeres mayores de 35 años en el Hospital Cayetano Heredia 1998-2000. Tesis UPCH Lima.

Bernd, B.; Souza, C y otros (1992) Percepçäo popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valäo Saude En Revista Debate;(34):33-9, mar. 1992.

Bianchi, H. (1996). Promoción de salud bucal en la embarazada: predicción de riesgo en el neonato /.Revista Odontológica Uruguaya;45(1):23-32, jun. 1996

Bordoni,N; Squassi, A y otros (2001) Evaluación de la práctica social en la atención de salud bucal. En Revista Ateneo Argentina 40(3):18-30, sept.-dic. 2001

Broncano, L y otras (1998) Estudio de las Condiciones Socio-Culturales y de Salud en la presencia de anemia de gestantes que asisten al Control Pre-Natal en el Centro de Salud Ermitaño Bajo-Independencia. Tesis UPCH 1996

CELATS (1991) Módulo de Educación a Distancia en Salud Comunitaria. Lima.

Costa, I. (2000) Atencaç odontológica à gestante na triangulaçäo médico-dentista-paciente: os (des) caminhos desse cotidiano. Tesis Doctoral Universidad Estatal de Sao Paulo.

Costa, I. & otros La gestante como agente multiplicador de salud. En RPG Rev. Pos-Grado: 5(2):87-92, ab.-jun. 1998. Brasil.

Contreras, L & otros. Salud bucodental en embarazadas de la comuna de Hualañe. En Rev. Médica. Maule; 10(1):24-30. jun. 1991. Colombia.

Davenport, E. (1963) Enfermedad periodontal materna y bajo peso al nacer: Estudio de Casos y Controles</SPAN> J Dent Res 81

De Paola, J. (1998) Odontología Preventiva Ed. Paidos. Buenos Aires

Decreto Supremo N° 009-2002-SA,

Díaz, R., Carrillo, M. y otros (2001) Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. En Rev. ADM; 58(2):68-73, mar.-abr. México

Díaz R., & Estrés y Embarazo. En Rev. ADM; 56 (1):27-31, ene.-feb. 1999

Díaz R., Martinez, C y otros (1998) Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Opinión médica. En Ginecología Obstétrica, Ed. Mexicana. México

INEI (2000) Encuesta Nacional de Hogares- ENAHO 1999 (2000). Ed. INEI.

Garcia, H., Moreno, J., y otros (1993) Evaluación de la Calidad Total del Policlínico Santa Rosa Comas-IPSS-Lima. En Revista Médica del IPSS Volumen 2 N° 4 – Octubre – Diciembre 1993.

Herazo,B (1993) "Evaluación del programa del paciente sano 1981-1990" En Revista Federación Odontológica. 45(179):33-8, sept.-mar. 1993. Colombia.

INEI (2002) Encuesta Nacional Demográfica de Salud. Lima. Ed. INEI.

Jara, G. (1995) Necesidades de tratamiento de las gestantes del Hospital Materno Infantil de Canto Grande Tesis UPCH. Lima

Magallanes, M (2002) Significados Sociales del Embarazo y uso de servicios Pre Natales. Un Estudio Cualitativo realizado en el Hospital Hipólito Unanue. Tesis Doctoral UPCH.

Menino, R., Bijella, V. (1995) Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relaçäo à própria saúde bucal Rev. Fac. Odontol. Bauru;3(1/4):5-16, abril.-diciembre 1995.

Mendoza, W., Garay. W y otros (1996). Coberturas Institucionales y opinión sobre los servicios de salud utilizados por adultos en un Area Local de Lima-perú. En Revista Médica IPSS Vol. 5 N° 2-3 abril-diciembre 1995

Menoli, A, Frossard, W. (1997) Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relaçäo à saúde oral da gestante Semina;18(ed.esp):34-42

Ministerio de Salud (2000) Programa Nacional de Salud Bucal Directiva Nº 003-2000 Para el desarrollo de actividades Preventivo Promocionales, con énfasis en la Higiene Oral. Lima

Ministerio de Salud (1996) Manual de Normas Técnico Administrativas del Sub Programa de Salud Bucal. Documento de Trabajo. Lima

Ministerio de Salud (1997) Organizándonos para brindar Atención Integral. Programa Salud Básica para Todos. Lima

Ministerio de Salud (2002) Propuesta Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012 y Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006.

Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas (1999)"Evaluación del plan Nacional del programa de salud bucal 1990-1999". Santiago de Chile.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Neff, M., Elizalde, A. y otros. (1986) Desarrollo a Escala Humana Una Opción para el Futuro. En “Development Dialogue” Número Especial. CEPAUR, Suecia.

Olivar, A. (1998) Morbilidad oral de las maternas de Alto Riesgo Obstétrico del Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá. En Revista Federal Odontológica Colombia;55(192):14-22, oct. 1997-abr. 1998.

OPS (1983) Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Ed. OPS – Lima.

OPS (1984) La salud oral como componente de la atención primaria: Informe de la Reunión del Grupo de Trabajo OPS/OMS; San José, Costa Rica.

OPS (2001) Cuentas Nacionales en Salud. Perú: 1995-1998. MINSA-OPS Lima

PASCCAP (1981) Consideraciones sobre la Meta de la Salud para Todos en el Año 2000 y la Estrategia de Atención Primaria y sus Componentes. Ed. OPS – Lima.

Pastor, A, Castro, J y otros (1996) Evaluación del impacto en la atención médica por parte de los programas preventivos promocionales. En Revista Médica. Institucional. Perú. Seguridad Social;5(1):21-31, Ene.-mar. 1996.Perú.

Petrera, M. (1992) Efectos de la crisis económica en los servicios de salud materno-infantiles y en su población Perú 85-90, OPS. Lima

Pichardo,A (1993) ”Evaluación del impacto social.El valor de lo humano ante la crisis y ajuste social ” Edit Humanitas Buenos Aires

Proyecto 2000-MINSA (2001) Análisis de los datos de la Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud materna 1998. Ed. MINSA.

Quintero, M. (1995) Evaluación de Proyectos Sociales. Construcción de Indicadores. Fundación para la Educación Superior. Colombia

Rincón, A(1995)” Avaliacao do impacto do componente de saúde bucal do modelo de saúde do Projeto "Atención Integral Materno Infantil para el Desarrollo Comunitario" - AIMIDEC - 1990-1994. Tesis para obtención del grado de Maestro Universidad de Säo Paulo.

Rodríguez, A. (1997) Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. En Revista Cubana de Estomatología; 34(1): 40-9, ene.-abr. 1997.

Ruiz, I (1991). Salud y Calidad de Vida. En Curso de Educación a Distancia “Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo”. Módulo I: ncesidades y calidad de vida. 68-85. Lima. Ed. CELATS

San Martín, H. y otros (1986) El concepto de salud y el problema de los indicadores de salud. En Salud, sociedad y enfermedad. Estudios de epidemiología social. Ed Ciencias 3 Madrid.

Sen, Amartya (1985) ¿Cuál es el Camino del Desarrollo? En Revista Comercio Exterior Vo. 35, No 10. México.

Tirelli, M. Armonia, P. y otros (1999) Odontología e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes En Revista Odontológica Universidad St. Amaro;4(1):26-9, abril-junio 1999.

Tsamtsouris, A. (1991) Self Reported Compliance and the Effectieveness of Prenatal Education The Journal of Clinical Pediatric Dentistry

Valenzuela, R. y otros, (1993) Evaluación Periodontal en Pacientes gestantes mediante el uso del Índice Periodontal de la Comunidad en las necesidades de tratamiento (CPITN). En Revista Médica IPSS Vol, 4 N° 1 1995. Lima.

Velásquez, Z. (1995) Nivel de conocimiento sobre Medidas Preventivas de Enfermedades Bucales en un Grupo de Madres Gestantes pertenecientes al IPSS. Tesis UPCH. Lima

Vergara,M. (1986) "Evaluación de proyectos sociales" Edit Humanitas Buenos Aires.

Villanueva, J. y otros (1999) ¿Cómo son las mujeres de Villa El Salvador? Perfil socio-cultural de las gestantes de Villa El Salvador. Proyecto Salud Mujer – FOVIDA. Lima

Vuccio, J. y otros (2001). Prevalencia de Caries Dentales en Mujeres Embarazadas: Estudio realizado en el Municipio de Motemorleos Nuevo León. En revista de Salud Pública y Nutrición. Ed. Especial N° 4 –2001. Universidad Autónoma Nuevo León, Monterrey, México.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO PARA GESTANTES

Objetivo:

El cuestionario se ha elaborado para recoger los conocimientos y percepciones de mujeres gestantes respecto a las ventajas y limitaciones de recibir atención dental durante su embarazo.

Los cuestionarios son anónimos, no tienen respuestas buenas o malas, sólo requieren que ud. responda con honestidad.

Sus respuestas contribuirán a que en el futuro, pueda considerarse la atención odontológica con mayor énfasis en la atención integral que recibe una mujer gestante.

Gracias por su tiempo y colaboración.

El equipo de investigación.



ANEXO 02

GUÍA DE ENTREVISTA PROFESIONALES DE LA SALUD

Objetivo:

La entrevista tiene por finalidad conocer las características y condiciones de las mujeres gestantes que son enviadas vía interconsulta al Servicio Dental del Centro de Salud, así como precisar desde la óptica de la especialidad profesional las ventajas y limitaciones de recibir o no atención dental durante el proceso de gestación tanto para la madre gestante como para el futuro bebe.

En las entrevistas no se incluye la identidad de quien proporciona la información, sólo se requieren respuestas honestas, las que contribuirán a que en el futuro, puedan considerarse algunas pautas para el trabajo inter y multidisciplinario en la atención integral que debe recibe una mujer gestante.

Gracias por su tiempo y colaboración.

El equipo de investigación.

I. DATOS GENERALES:

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

1.1. Especialidad	1.2. Años de ejercicio profesional	1.3. Años de trabajo en el Centro de Salud
Médico General ( )	Menos de 1 año ( )	Menos de 1 año ( )
Ginecólogo ( )	Entre 1 y menos de 6 años ( )	Entre 1 y menos de 6 Años ( )
Obstetriz ( )	Entre 6 y menos de 11 años ( )	Entre 6 y menos de 11 años ( )
Nutricionista ( )	Entre 11 y 15 años ( )	Entre 11 y 15 años ( )
Trabajador Social ( )	Más de 15 años ( )	Más de 15 años ( )
Otro:.....especificar		

II. GUÍA DE PREGUNTAS

- Trabajo en equipo en el Centro de Salud para la atención a gestantes. Razones. Garantía de atención integral.
- Profesionales con los que realiza mayor coordinación en el Centro de Salud (Médico General, Ginecólogo, Obstetriz, Nutricionista, Trabajador Social, Otros).
- Personas de la comunidad y/u organizaciones con las que trabaja más relacionadamente. Fuente de iniciativas. Acciones conjuntas. (Organizaciones Sociales de Base, Agentes Comunitarios de Salud, Iglesias, ONGs)
- Tipo de actividades que realiza con el equipo profesional de salud. Priorización (Investigación, Preventivo-Promocional, Rehabilitación)
- Contribución de la política del sector salud a la atención integral de la mujer gestante.
- Percepción de la política actual de salud oral para las gestantes.
- Disposición actual de la población para la atención dental (en base a su trabajo cotidiano).
- Actitud actual de las mujeres gestantes ante la atención dental
- Casos en que dispone una Interconsulta al Servicio Dental
- Ventajas de la atención odontológica de la mujer gestante
- Posibles desventajas de la falta de atención odontológica de la mujer gestante.
- Razones que ud. considera limitan la atención de mujeres gestantes en el Servicio Dental del Centro:
  - A nivel institucional
  - A nivel del equipo de salud
  - A nivel de la población
- Alternativas para mejorar la cobertura de atención integral de las mujeres gestantes en el Centro de Salud

ANEXO 03

CUESTIONARIO PARA PROMOTORES DE SALUD

Objetivo:

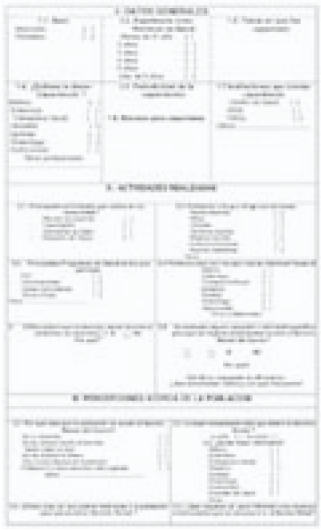
La finalidad del cuestionario es conocer las características del trabajo que realizan en beneficio de su comunidad, especialmente hacia la mujer gestante.

Los cuestionarios son anónimos, no tienen respuestas buenas o malas, sólo requieren que ud. responda con honestidad.

Sus respuestas contribuirán a que en el futuro, pueda considerarse la atención odontológica como parte integral de la atención que recibe una mujer gestante.

Gracias por su tiempo y colaboración.

El equipo de investigación.



ENTREVISTAS A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1. ¿Se trabaja en equipo con las gestantes en el Centro de Salud ?

SÍ	NO	A VECES
- Es política del MINSA	- Porque hay excesiva carga de trabajo	- Para determinadas acciones, no permanentemente.
		- Depende del profesional.
		- Depende de la Jefatura.

De las entrevistas realizadas, se infiere que el trabajar en equipo no es una práctica que caracterice el quehacer profesional, y que responde a dos condiciones básicas: el tipo específico de trabajo demandado por la Institución (incluído la Jefatura del Centro) y

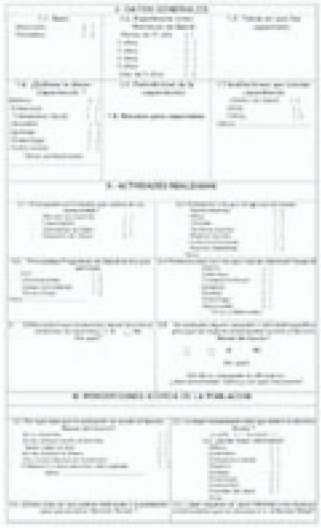
"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

la propia actitud del profesional.

Si bien todos reconocen que es política del MINSA trabajar en equipo, la excesiva carga de trabajo en cada servicio es un factor que limita se concrete en la práctica

2. ¿Con qué profesional coordina con mayor frecuencia para la atención integral de las gestantes ?

El eje de las coordinaciones se concentra en el profesional de obstetricia. El Odontólogo tiene un bajo nivel de coordinación con el Equipo de Salud en la atención de las gestantes.



3. Ventajas de la atención Odontológica para las Gestantes

TRABAJADOR SOCIAL	ODONTOLOGO	OBSTETRIZ
Control de caries	Conservación de encias.	
	Conservación de dientes.	Conservación de salud bucal
	Educación de la madre y socialización de cultura de salud bucal.	

Las ventajas de las gestantes al recibir atención odontológica, se concentra en el cuidado de los dientes y las encías, es decir en la salud bucal como parte del control pre natal, enfatizando que ésta atención se encuentra comprendida (en gran parte) por el Seguro Integral de Salud.

Es importante resaltar que el odontólogo en la atención individual a cada gestante, señala que transmite conocimientos y prácticas de salud bucal para ella y para el futuro bebe, durante la etapa de la lactancia y que posteriormente se socializarán a los hijos.

4. **Desventajas de la falta de atención Odontológica a las Gestantes**

TRABAJADOR SOCIAL	ODONTOLOGO	OBSTETRIZ
Pérdida de dientes.	Gingivitis.	Pérdida dedientes.
Indirectamente afecta su autoestima.	Los riesgos se producen si hay complicaciones durante el embarazo.	Infecciones a las encías.

Los miembros del equipo de salud, consideran que la falta de atención odontológica afecta la salud bucal, especialmente por la pérdida de dientes, incremento de las caries y la gingivitis. Si bien señalan no tiene carácter letal, la pérdida de piezas dentales afectará posteriormente el proceso de masticación de los alimentos (y los problemas que se derivan de ésta anomalía) e indirectamente su autoestima.

5. ACTIVIDADES COORDINADAS QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES PARA LA ATENCION DE LAS GESTANTES

TRABAJADOR SOCIAL/OBSTETRIZ	ODONTOLOGO/OBSTETRIZ	MEDICO/OBSTETRIZ
Comité de Vigilancia en Salud Sexual y Reproductiva.	Campañas de Salud.	Campañas de Salud..
Campañas de Salud.	Charlas educativas.	Charlas educativas
Casos Sociales**.**		

Las actividades que generan mayor coordinación entre los profesionales de la salud son las campañas de salud y las charlas educativas, que se dirigen a la población en general y en las cuales las gestantes son un segmento importante que acude a ellas, aunque no constituyan una población objetivo específica.

6. PRINCIPALES BENEFICIOS Y DESVENTAJAS DE LA ACTUAL POLITICA SECTORIAL RESPECTO A LA SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES

BENEFICIOS	DESVENTAJAS
Inclusión de Atención Dental en el Seguro Integral de Salud.	Incremento de demanda sin incorporación de profesionales, dotación de equipos.
Ampliación de cobertura de atención odontológica básica gratuita a gestantes.	Sobre expectativas de la población respecto a las coberturas de la atención dental.
Oportunidad para las gestantes más pobres para tener acceso a atención dental.	Excesivo tiempo de espera para la atención dental, que desalienta la atención
	Mayor énfasis en la rehabilitación.

Los profesionales de la salud consideran que la actual política de salud es beneficiosa para la población más pobre, y garantiza el acceso a los servicios de salud de la gestante. El acceso a la atención odontológica, está normado pero las condiciones de personal e infraestructura al no tener correspondencia con la ampliación de cobertura de

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

la atención, generan a veces malestar y relegar la atención odontológica.

7. PRINCIPALES ACTITUDES DE LAS GESTANTES HACIA LA ATENCION DENTAL

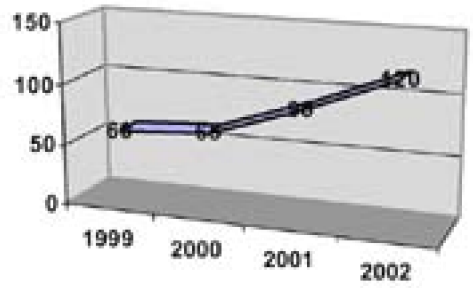
- Las gestantes demandan atención en el servicio dental, como un derecho (generado por su afiliación al SIS).
- Mayor cuidado de su cuerpo y apariencia física, que supone tener una dentadura sana.
- Menor temor a los procedimientos odontológicos, por información recibida desde la etapaescolar.

Se considera que la actitud de las gestantes hacia la atención odontológica es muy favorable, ya que no se encuentra ahora limitada por la carencia de recursos, a ello se auna una mayor importancia a “verse” bien, saludables, imagen que se opone a una “mujer desdentada” y a tener información desde los primeros años de vida de que la atención dental no es “traumante” y realizada periódicamente evita el tan temido dolor.

8. PRINCIPALES ESTRATEGIAS PARA OPTMIZAR LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE LAS GESTANTES

- Difusión de profilaxis por el odontólogo
- Mayor trabajo en equipo
- Asignación de personal de apoyo al odontólogo
- Asignación de cepillos, para motivar o intensificar su uso
- Mayor trabajo preventivo

Las estrategias que se consideran para optimizar la atención dental de las gestantes desde la óptica de los profesionales de la salud, se orientan a que exista un mayor acercamiento del odontólogo a ésta población: en cantidad (trabajo preventivo, profilaxis, trabajo en equipo) y calidad (menor tiempo de espera para las pacientes y menor trabajo bajo presión).



Se puede apreciar que se ha producido un incremento en el número de pacientes gestantes atendidas en el Servicio Dental del Centro de Salud Carmen de la Legua Reynoso, ello se explicaría por la implementación del SIS, cuyo Plan “C” tiene como población objetivo a las gestantes y comprende la Atención Odontológica gratuita como parte de sus beneficios, aunque con ciertas restricciones en las coberturas.

GRUPO DE DISCUSIÓN-PROMOTORES DE SALUD

El Modelo de Atención de Salud, involucra a los Promotores de la Salud como actores sociales que contribuyen desde sus propios espacios locales a lograr el gran objetivo de la salud para todos. Para ello deben ser capacitados y contar con recursos básicos para hacer el trabajo de "promoción" desde su propia comunidad.

Los promotores de salud entrevistados, manifestaron que no han recibido capacitación específica sobre Salud Bucal, y en particular sobre Salud Bucal en gestantes.

Sus principales actividades están referidas a informar sobre los servicios que brinda el centro de Salud, -en especial sobre el Seguro Integral de Salud (SIS)- y los derechos-deberes de la población sobre ellos. Tienen como población objetivo a la comunidad en general y las organizaciones de base (Comedores, Vasos de Leche, Comités de Vigilancia en Salud, entre otros).

Respecto a las razones que consideran motivan la baja asistencia de las gestantes al Servicio Odontológico, se refieren a tres aspectos:

De las Gestantes: miedo y falta de "interés"

De los profesionales: falta de coordinación entre los profesionales (obstetriz, dentista, trabajador social), a veces "maltrato", falta de calidad y calidez.

De los Centros de Salud: demora en la atención, citas con poca regularidad y que el Seguro Integral de Salud no cubre toda la atención odontológica.

Consideran que su trabajo se optimizaría si contarán con condiciones básicas: acreditación e identificación como promotores de salud (carné, mandil), reuniones de coordinación con todos los profesionales que atienden a las gestantes, para que coordinen mejor entre ellos y conozcan como "siente" la población sus servicios, para lo cual harían encuestas a las propias gestantes -ya han realizado trabajos similares con otros grupos de pacientes-. Señalan además que debería incentivarse la participación de las empresas vinculadas a la Salud Oral en las Campañas que realizan los Centros para captar mayor interés de la población. A continuación se presentan la información obtenida, a través de entrevistas y grupo de discusión.

PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LOS PROMOTORES	POBLACIÓN OBJETIVO
Información sobre el SIS	
Orientación sobre el Centro de Salud	La comunidad
Orientación sobre la lactancia materna	Organizaciones de base
Información sobre las vacunas	
Orientación sobre planificacion familar	
Derechos y deberes de la población	

RAZONES PORQUE GESTANTANTES NO ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

- No toman importancia a la prevención de enfermedades
- No hay coordinación entre profesionales

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

- El SIS no cubre todo los gastos
- Las citas no son con regularidad
- Falta de calidad y calidez en las atenciones
- Se prioriza las campañas cívicas
- Por miedo

ESTRATEGIAS PARA OPTIMIZAR ATENCIÓN ODONTOLOGICA

- Mandil para una identificación
- Coordinación entre profesionales
- Encuestas a gestantes sobre Servicios de Salud
- Comunicación con profesionales
- Campañas con participación de todos los profesionales
- Coordinar con empresas para muestras gratis
- Hacer difusión permanente