

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD

Trabajo de Investigación

Reducir la morbilidad y la discapacidad por patologías de la cavidad oral en la IPRESS Ricrán, distrito de Ricrán, provincia de Jauja. Región Junín - 2019

Grissel Gomez Curisinche
Katia Medalith Huaman Castillon

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gestión Pública y Privada de la Salud

Huancayo, 2021

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de investigación



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Asesor

Mg. José Alberto Castro Quiroz

Dedicatoria

A Dios y a nuestros seres queridos por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, valores y motivación constante el cual nos ha permitido ser personas de bien, pero aún más, por su inmenso amor.

Agradecimiento

A nuestro asesor de tesis, por su motivación, colaboración y orientación en la culminación y consolidación de nuestros conocimientos para lograr el grado de maestros con ello poder contribuir mejor a nuestra sociedad gestionando con eficiencia y calidad.

Índice

Asesor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice de Tablas.....	ix
Índice de Figuras	xi
Resumen	xiv
Abstrac.....	xvi
Introducción	xvii
Capítulo I Generalidades	20
1.1. Antecedentes	20
1.1.1. Contexto Mundial	21
1.1.2. Contexto de América	23
1.1.3. Contexto Nacional.....	24
1.1.4. Contexto Local.....	27
1.1.5. Realidad del Problema:.....	30
1.2. Identificación de la realidad problema	42
1.2.1. Problema General.....	42
1.2.2. Problemas Específicos	42
1.3. Justificación del Trabajo de Investigación:.....	43
1.3.1. justificación Práctica	43
1.3.2. Justificación por Conveniencia y de Pertinencia Social	43
1.3.3. Justificación Económica.....	44
1.3.4. Justificación Teórica	44
1.3.5. Justificación Metodológica	44
1.4. Propósito del Trabajo de Investigación	45
1.5. Aspectos Metodológicos.....	46
1.5.1. Metodologías respecto de la determinación del problema:	46
1.5.2. Metodologías respecto a la viabilidad y factibilidad de los Productos	46

1.5.3.	Metodologías del PPR.	47
1.6.	Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación	47
1.6.1.	Alcances	47
1.6.2.	Limitaciones	47
Capítulo II	Marco Teórico	49
2.1.	Marco Teórico	49
2.1.1.	Investigaciones previas relacionadas.....	49
2.1.2.	Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema.....	62
2.1.3.	Otras bases teóricas.	123
A.	Normas internacionales y mundiales	123
B.	Normas nacionales	125
C.	Normas locales gobierno	133
Capítulo III	El Diagnóstico	136
3.1.	Determinación del problema	136
3.1.1.	Árbol de Problemas y de Causas	136
3.1.2.	Nudos críticos y responsables	140
A.	Factores del Sistema de Salud	141
B.	Factores Socioculturales	144
3.1.3.	Sustento de evidencias	148
3.2.	Análisis organizacional	153
3.2.1.	La organización	153
3.2.2.	Análisis interno	155
A.	Subsistema Psicosocial:	159
B.	Subsistema Gestión:	161
C.	Subsistema Estructural:.....	162
D.	Subsistema Tecnológico:.....	163
E.	Subsistema Razón de Ser:	163
3.2.3.	Entorno organizacional	164
A.	Entorno Inmediato:	164
B.	Entorno Intermedio:	167

C. Tendencias Globales:.....	169
3.3. Análisis de Stakeholders	192
Capítulo IV La Formulación.....	201
4.1. Determinación de objetivos y medios	201
4.1.1. Árbol de objetivos y medios	201
A. Objetivo General.....	202
B. Objetivo Específicos	202
4.1.2. Sustento de Evidencias	202
4.2. Productos	233
4.2.1. Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo- promocionales.	233
4.2.2. Plan de atención estomatológica promocional.	235
4.2.3. Plan de atención estomatológica preventiva	237
4.2.4. Implementación de las condicionantes de uso del SIS.....	239
4.3. Actividades.....	241
Capítulo V La propuesta de Implementación.....	243
5.1. Identificación de recursos críticos.....	243
5.1.1. Comunicación estratégica.....	243
5.1.2. Incidencia de stakeholders.....	248
5.1.3. Recurso Humano	252
5.1.4. Recursos financieros	254
5.1.5. Recursos Logísticos.....	257
5.1.6. Recurso tiempo.....	258
Capítulo VI Análisis de Viabilidad y Factibilidad	261
6.1. Análisis de Viabilidad según análisis de factibilidad- MACTOR	261
6.1.1. MACTOR	261
6.2. Viabilidad y factibilidad	263
6.2.1. SADCI.....	263
6.2.2. Viabilidad Política	268
6.2.3. Viabilidad Social	268
6.3. Análisis de viabilidad según evaluación estratégico – gerencial	269

6.3.1. Generación del valor público.....	269
Capítulo VII Monitoreo y Evaluación	271
7.1. Monitoreo	271
7.2. Desarrollo de indicadores para seguimiento	273
7.3. Desarrollo de indicadores de resultado- Evaluación	274
Conclusiones	275
Recomendaciones	277
Referencias bibliográficas	279
Anexos	289
Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	289
Anexo 2: Glosario de términos.....	290
Anexo 3: Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo-promocionales	291
Anexo 4: Plan de atención estomatológica promocional	305
Anexo 5: Guía Técnica: Promoción de la salud y atención preventiva en salud bucal	316
Anexo 6: Implementación de las condicionantes de uso del SIS	333

Índice de Tablas

Tabla 1	Prevalencia de caries en el Perú en escolares de 6 a 8, 10,12 Y 15 años ..	24
Tabla 2	10 Causas de Morbilidades Red Jauja –2016, 2017 y 2018.....	28
Tabla 3	10 Causas de Morbilidades en la IPRESS Ricrán –2016, 2017 y 2018.....	28
Tabla 4	10 Causas de Morbilidades Red Jauja –2016, 2017 y 2018.....	31
Tabla 5	10 Causas de Morbilidades en la IPRESS Ricrán –2016, 2017 y 2018.....	41
Tabla 6	10 Causas de Morbilidades Red Jauja –2016, 2017 y 2018.....	64
Tabla 7	10 Causas de Morbilidades en la IPRESS Ricrán –2016, 2017 y 2018.....	64
Tabla 8	Reseña Histórica Promoción de la Salud	102
Tabla 9	Identificación de nudos críticos y responsables	141
Tabla 10	10 Causa Morbilidad en la IPRESS Ricrán –2016, 2017 y 2018	151
Tabla 11	Localización Geográfica.....	152
Tabla 12	Cuadro Orgánico de Cargo	160
Tabla 13	Nudos Críticos	192
Tabla 14	Resultados de Programas Preventivos de Salud Bucal	238
Tabla 15	Actividades/Metas	241
Tabla 16	Estrategias de Logro – Objetivo 01	244
Tabla 17	Estrategias de Logro – Objetivo 02	245
Tabla 18	Estrategias de Logro – Objetivo 03	246
Tabla 19	Estrategias de Logro – Objetivo 04	247
Tabla 20	Incidencia de stakeholders.....	248
Tabla 21	Recurso Humano	252
Tabla 22	Recursos Financieros por Productos Abordados	254
Tabla 23	Recursos Financieros por Ejecución del Proyecto	255
Tabla 24	Recursos Logísticos.....	257
Tabla 25	Recurso Tiempo.....	258
Tabla 26	Actores que interviene en los productos	261
Tabla 27	Influencia de Actores	263
Tabla 28	Tareas – Actividades por Producto	264
Tabla 29	Tareas – Actividades por Responsable.....	266

Tabla 30 Monitoreo de Actividades	271
Tabla 31 Indicadores de logro para seguimiento por producto.....	273
Tabla 32 Indicadores de Desempeño por Producto	274

Índice de Figuras

Figura 1. Programa presupuestal 0018 enfermedades no transmisibles.	26
Figura 2. Esquema reformulado para la identificación de problemas específicos no identificados en el modelo conceptual del Programa presupuestal 0018 enfermedades no transmisibles adecuándolos a la realidad del establecimiento.	31
Figura 3. Nivel de conocimiento de las madres y caries dental de los niños.....	33
Figura 4. Consolidados de los resultados de la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud bucal.	34
Figura 5. Recursos Humanos en el sector Salud por Profesión según sector Perú 2012.	35
Figura 6. Recursos Humanos en Salud por Región Perú 2012.	37
Figura 7. Plataforma digital única del estado peruano.	40
Figura 8. Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado.	42
Figura 9. Gráficos 10 primeras causas de Morbilidad MINSA.....	63
Figura 10. Tabla 10 primeras causas de Morbilidad MINSA.	63
Figura 11. Gráfico de la triada de Keyes modificado por Newbrun.	84
Figura 12. Presencia de caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de prescolares de la institución educativa N° 2051 “El Progreso” 2018.	87
Figura 13. Frecuencia del edentulismo por tipo de dentición, según edad y grado de instrucción en adultos de ámbito urbano marginal del AA. HH El Golfo de Ventanilla, Callao- Lima, 2014.	90
Figura 14. Frecuencia del edentulismo por tipo de dentición, según edad y grado de instrucción en adultos de ámbito urbano marginal del AA. HH El Golfo de Ventanilla, Callao- Lima, 2014.	91
Figura 15. Frecuencia del edentulismo parcial y necesidad de tratamiento en los pacientes del laboratorio de la clínica estomatológica de la universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas-2018.	91

Figura 16. Edentulismo según la clasificación de Kennedy en maxilar superior de los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad nacional del altiplano Puno 2017.	92
Figura 17. Tipo de financiamiento y cobertura prestacional del seguro integral de salud.	95
Figura 18. Evolución de las coberturas de Aseguramiento en salud 2004 y 2011. ...	96
Figura 19. Modelo de abordaje de promoción de la salud.	97
Figura 20. Elementos que determinan la formación de las dimensiones de la calidad percibida y satisfacción del paciente.	100
Figura 21. Modelos de estado de bienestar e impacto.	101
Figura 22. Distinción entre la prevención y promoción de la salud.	109
Figura 23. Calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB), conceptualización cronológica.	120
Figura 24. Árbol de causa y efecto de estrategia salud bucal.....	137
Figura 25. Árbol de causa y efecto de estrategia salud bucal identificando los nudos críticos.....	140
Figura 26. Organigrama de la RED DE SALUD JAUJA 2019	143
Figura 27. Organigrama del MINSa 2018.....	143
Figura 28. Organigrama del Estado Peruano 2014	144
Figura 29. Organigrama del Estado Peruano 2014- ENSAP	145
Figura 30. Organigrama Funcional IPRESS Ricrán	146
Figura 31. Organigrama del MINSa 2018.....	148
Figura 32. Cuadro Orgánico de Cargos.....	149
Figura 33. Rol de turnos IPRRES Ricrán.....	150
Figura 34. Esquema de macro y micro localización.....	152
Figura 35. Mapa de distribución de la Provincia de Jauja.	153
Figura 36. Mapa geopolítico Jauja, Ricrán	153
Figura 37. Organigrama Estructural de la Dirección de la Red de Salud	154
Figura 38. Organigrama Funcional IPRESS Ricrán	155
Figura 39. Modelo de abordaje para la promoción de la salud.	175

Figura 40. Número de familias que reciben cuaderno viajero según año de implementación.	178
Figura 41. Mako Salud oral que promueve la autoestima y el auto concepto.	180
Figura 42. Modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales.	189
Figura 43. Árbol de Objetivos y Medios	201

Resumen

La presente investigación aplicada se desarrolló en la IPRESS Ricrán, distrito de Ricrán, provincia de Jauja, región Junín en el periodo 2019, el cual tiene como problema la elevada morbilidad y discapacidad por patologías del Sistema Estomatognático en la mencionada IPRESS. Para ello se realizó una revisión meta-analítica de tipo aplicada acerca de la efectividad y eficacia de las intervenciones de los programas presupuestales (PPr) en el ámbito de enfermedades no transmisibles y con metodologías como el análisis interno y del entorno para la determinación del problema; metodología de SADCI y MACTOR para la viabilidad y factibilidad de los productos; sumándose a esto el análisis del Programa Presupuestal 0018 Enfermedades no Transmisibles debidamente validadas con evidencias a fin de determinar mejor los problemas.

Por lo que analizando los datos obtenidos considerando las encuestas realizadas en el INEI, ENDES, MEF, MINSA, ESSALUD, etc. el estudio nos muestra la necesidad de implantar mejoras en el programa de enfermedades no transmisibles en el campo de la atención estomatológica preventiva básica, dirigido a población vulnerable, dado que presentan mayores estadísticas de morbilidad; que siguiendo la ley de Pareto si se llegara a resolver el 20% de los problemas, el 80 % de los siguientes se solucionarán. Entorno a ello los autores presentan 4 productos como solución a la problemática, los cuales son: Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo- promocionales, Plan de atención estomatológica promocional, Plan de atención estomatológica preventiva y la Implementación de las condicionantes de uso del SIS.

Se considera necesario este estudio para hacer buen uso de nuestros recursos, realizando mejores gestiones, siendo eficaces y eficientes optimizando y mejorando la atención de nuestra población.

Palabras Claves: Morbilidad, Discapacidad, Cavidad Oral, Patología, PPr

Los autores

Abstrac

The present applied research was carried out in the IPRESS Ricrán, Ricrán district, Jauja province. Junín region in the period 2019, which has as a problem the high morbidity and disability due to pathologies of the Stomatognathic System in the aforementioned IPRESS. For this purpose, an applied meta-analytical review was carried out on the effectiveness and efficiency of the interventions of the budget programs (PPr) in the field of non-communicable diseases and with methodologies such as internal and environmental analysis to determine the problem. ; SADCI and MACTOR methodology for the viability and feasibility of products; adding to this the analysis of the Budget Program 0018 Noncommunicable Diseases duly validated with evidence in order to better determine the problems.

Therefore, analyzing the data obtained considering the surveys carried out at the INEI, ENDES, MEF, MINSA, ESSALUD, etc. The study shows us the need to implement improvements in the non-communicable diseases program in the field of basic preventive dental care, aimed at the vulnerable population, given that they present higher morbidity statistics; that following the Pareto law if 20% of the problems were solved, 80% of the following will be solved. With this in mind, the authors present 4 products as a solution to the problem, which are: Training Plan for the dental professional in preventive-promotional activities, Promotional dental care Plan, Preventive dental care Plan and the Implementation of use conditions of the SIS.

This study is considered necessary to make good use of our resources, making better efforts, being effective and efficient, optimizing and improving the care of our population.

Key Words: Morbidity, Disability, Oral Cavity, Pathology, PPr

The authors

Introducción

En el presente trabajo se realizó la revisión en la efectividad y eficacia del programa presupuestal (PPR) en enfermedades no transmisibles, específicamente en atención estomatológica preventiva básica se observa el creciente interés en la correcta aplicación de la estrategia para reducir los índices de morbilidad, con la modificación e identificación de las variables que no se consideraron en su implementación; los cuales serán de mucha utilidad en el futuro.

Tomando como punto de partida el análisis realizado con respecto a los programas presupuestales (PPR) se ha llevado a cabo una revisión general del programa presupuestal en atención estomatológica preventiva básica, formulándose diversas hipótesis acerca de la correcta implementación del PPR en las diferentes comunidades, identificándose causas directas como factores del sistema de salud y factores socioculturales conllevándonos a causas indirectas las cuales son escaso recurso humano e insuficiente capacitación, limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo, escaso acceso cultural y económico a servicios de salud y ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud siendo el último no encuentra contemplado en el PPr.

La razón de la investigación a nivel personal radica en la identificación de algunos factores no considerados para resolver el problema de morbilidad y discapacidad del sistema estomatognático, ya que hasta el momento no se evidencia cambios significativos en los datos estadísticos a pesar de la implementación del PPr, por otro lado a nivel académico y profesional la investigación será de gran utilidad tornándose cada vez más urgente la incorporación de programas independientes de atención odontológica, como estrategias permanentes con modelos de atención de salud de acuerdo a la necesidad cultural, así mismo tiene un gran valor público debido a la participación comunitaria el cual será de utilidad en el desarrollo y cumplimiento de

políticas ya mencionadas, puesto que a través de la maestría en gestión se debe abordar este tipo de temas para implementar nuevas estrategias de solución considerando la variabilidad de la población.

Para ello la presente investigación utilizó una revisión meta- analítica de tipo aplicada con metodologías como el análisis interno y del entorno para la determinación del problema; metodología de SADCI y MACTOR para la viabilidad y factibilidad de los productos; sumándose a esto el análisis del Programa Presupuestal debidamente validadas con evidencias a fin de determinar con mayor precisión los problemas.

El objetivo general propuesto es reducir la morbilidad y discapacidad por patologías del sistema estomatognático en la IPRESS Ricrán, distrito de Ricrán, provincia de Jauja, Región Junín y como objetivos específicos planteamos fortalecer los conocimientos de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población, contribuir al acceso cultural y económico a servicios de salud en cuanto al nivel de instrucción y tratamientos odontológicos no accesibles, fortalecer las capacidades del recurso humano a través de capacitaciones por profesionales especialistas en metodología y dinámica para generar impacto en la población y por ultimo proponer implementación de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud.

En el primer capítulo abordamos las generalidades del tema de cómo se encuentra la IPRESS Ricrán en comparación con todos los niveles de atención en salud bucal, también se justificó el interés y propósito del desarrollo del trabajo de investigación, teniendo en cuenta nuestros alcances y limitaciones y estableciendo aspectos metodológicos.

En el segundo capítulo se desarrolló el marco teórico teniendo en cuenta investigaciones previas relacionadas, modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema y otras bases teóricas.

En el tercer capítulo se realizó el diagnóstico de la investigación mediante la sustentación de evidencias que avalen nuestro problema a través del análisis organizacional y stakeholders.

En el cuarto capítulo se desarrolló la formulación de objetivos con sus respectivas evidencias y la propuesta de sus productos y actividades.

En el quinto capítulo se desarrolló la identificación de recursos críticos como: comunicación estratégica, incidencia de stakeholders, recursos humanos, recursos financieros, recursos logísticos, recurso tiempo. Arquitectura institucional con las metas en periodo de 3 años.

En el sexto capítulo de análisis de viabilidad y factibilidad, considerando SADCI, viabilidad política, viabilidad social, MACTOR.

En el capítulo séptimo se desarrolló el seguimiento y evaluación. Considerando los indicadores con los cuales se evaluaron el logro de los Productos de Solución.

Los capítulos VIII, IX se terminó con las conclusiones, recomendaciones, anexos, productos, matriz de consistencia y glosario de términos.

Los autores

Capítulo I

Generalidades

1.1. Antecedentes

El Ministerio de Salud MINSA (2014) MENCIONA:

La Salud Bucal incluye la boca, la lengua, los dientes, las encías y los tejidos que los sostienen. La mayoría de las enfermedades bucales se asocian a determinados factores de riesgo, relacionados a inadecuadas prácticas alimenticias y de higiene que ocasionan sarro, la placa dental, la gingivitis, la periodontitis, lesiones de caries y halitosis. (MINSA,2014, p. 7).

Para el Ministerio de Salud CHILE (2018) afirma que:

Las enfermedades bucales son enfermedades crónicas de alta prevalencia que generan una gran carga de enfermedad a nivel mundial. Comparten factores de riesgo con otras enfermedades crónicas y tienden a manifestarse precozmente en la vida, a pesar de existir estrategias de promoción y prevención efectivas para evitar el daño y disminuir los altos costos de tratamiento.

“De las enfermedades bucales, más frecuentes en todas las poblaciones son caries dental y periodontopatías, que solo varían en su gravedad, prevalencia, y también entre diversos grupos de edades, y es más alta en las poblaciones con situación económica desventajosa.” (Zacca, 2001, p. 12)

Por lo que nuestra sociedad está cada vez más concientizada en los efectos que causa el descuido de su cuidado bucal; así mismo el ministerio de salud en preocupación por la salud integral de su población ha implementado programas presupuestales que tratan de solucionar dichos problemas; pero que sin embargo hasta el momento no se evidencian resultados claros de la efectividad de dichos programas en el módulo de enfermedades no transmisibles.

1.1.1. Contexto Mundial

Según la OMS (2002), menciona qué:

La prevalencia de las enfermedades relacionadas a salud bucal, varía dependiendo de la región geográfica de que se trate y de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud bucodental. También tienen mucho peso diversos determinantes sociales. La prevalencia de enfermedades bucodentales está aumentando en los países de ingresos bajos y medianos; en todos los países, la carga de morbilidad por esta causa es considerablemente mayor en las poblaciones pobres y desfavorecidas. (p. s/n)

Según Dra. Catherine Le Galés-Camus, menciona qué:

Existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta a entre el 60% y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. La caries dental es también la enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos. (2004, p. s/n)

Según Dr. Poul Erik Petersen, menciona, “En muchos países en desarrollo, el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos” (2004, pág. s/n)

Según la OMS el Dr. Peterson, menciona que:

Una mala salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida también asegura que El dolor, los abscesos dentales, los problemas al comer o en la masticación, la pérdida de piezas y la existencia de dientes descoloridos o dañados tienen efectos negativos importantes en la vida y el bienestar cotidianos de las personas. (2004, p. s/n)

“Las dos principales causas a nivel mundial de morbilidad y mortalidad dental, son caries (la principal causa de pérdida dental en las primeras

décadas de la vida) y enfermedad periodontal (en adultos es la primera causa de pérdida dental.”(Lafebre, 2015, p. 10)

Para el MINSA (2019) según:

La Organización Mundial de la Salud - OMS, las Enfermedades No Transmisibles - ENT, son la causa de muerte más común para países en vías de desarrollo como el nuestro; por lo que estas ENT representan el 58.5% de la carga de enfermedad generada cada año, colocándose así este grupo de enfermedades como el mayor causante de discapacidad y muerte prematura en el país, por encima de las enfermedades transmisibles y las lesiones, así mismo recomienda evaluar la cantidad de caries por persona a los 12 años, como indicador epidemiológico nacional, en tal sentido la Oficina General de Epidemiología reportó que el promedio nacional de piezas cariadas perdidas y obturadas en dentición permanente a los 12 años de edad (CPOD- 12) fue de 3.45; que ubica al país en la etapa de crecimiento de la enfermedad, según los criterios de clasificación de OPS/ OMS.

Lafebre, (2015) afirma:

Se estima según la OMS (2) que el gasto sanitario de estas enfermedades representa entre el 5 al 10% de los países del primer mundo, gasto que está por encima de los recursos de la población de muchos países en desarrollo; estas enfermedades constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, en especial en los países de economías emergentes, estas patologías son prevenibles con un adecuado control de placa dental (el cual es su principal factor etiológico) por acciones individuales y diarias de higiene oral cuando estas son bien empleadas logran disminuir o controlar las principales enfermedades antes mencionadas, es decir caries y enfermedad periodontal.

Zacca, (2001) afirma que:

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, periodontopatías y las mal oclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifica plenamente su atención como problema de salud pública.

1.1.2. Contexto de América

MINSA (2014) afirma:

La caries dental es la enfermedad más común entre las y los niños de la Región de las Américas; un aproximado al 60 por ciento de los preescolares y 90 por ciento de escolares y adolescentes, tienen al menos una lesión de caries dental. Sin embargo, existe evidencia que una intervención odontológica temprana basada en aspectos promocionales y preventivos podría evitar la instalación de dicha condición. (MINSA, 2014, p. 9).

El MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA-ECUADOR (2014) Presenta un protocolo odontológico en el que contempla instrumentos técnico-normativo estandarizados que permiten reducir la variabilidad en la práctica odontológica brindando acciones integradas de salud con calidad, calidez y seguridad para el usuario, incluyendo como parte fundamental a la población.

Rueda et. al 2017, Realizan una revisión en la universidad de Brasilia de la declaración de Liverpool en el que se evidencia que los estados no manifiestan la importancia debida al derecho de salud bucal, que se encuentra inmerso al derecho de la salud.

1.1.3. Contexto Nacional

Según el Anexo N°2 de PROGRAMA PRESUPUESTAL 018 – MINSA, Resalta sobre las enfermedades orales, especialmente la caries dental es sumamente prevalente en la población peruana, y significan pérdidas de más de 2 mil millones de Nuevos Soles anualmente. Su alta prevalencia y cronicidad hace que las enfermedades orales sean la 2da causa de consulta externa en establecimientos de salud, con un alto impacto en la productividad económica de las personas, incluyendo horas perdidas de estudio o de trabajo. (2019, p. 5).

Con fundamento en el MINSA (2019):

Podemos asegurar que la salud bucal tiene muchas implicancias en la salud general del ser humano: es esencial para una buena salud, el bienestar integral del individuo y es fundamental para una buena calidad de vida; contribuye a la buena masticación de los alimentos, para facilitar la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos que se ingieren.

Así mismo en datos del MINSA, 2014:

En el Perú cerca del 90 por ciento de la población padece de caries dental, además de otras enfermedades bucales como la enfermedad periodontal y las mal oclusiones; el 10 por ciento de la población ha perdido una o dos piezas dentales.

Tabla 1

Prevalencia de caries en el Perú en escolares de 6 a 8, 10,12 Y 15 años

	Prevalencia %	IC 95%
Caries dental a nivel nacional	90,4	(87,6 – 93,2)
Dentición temporal	60,5	(57,6 – 63,5)
Dentición Permanente	60,6	(56,2 – 65,1)

Fuente: Oficina de estadística Ministerio de Salud Perú 2001-2002

El control de placa bacteriana es parte muy importante en el mantenimiento y recuperación de la salud oral, además es esencial para el éxito de cualquier tratamiento odontológico, el cual es útil en los tres niveles de prevención de salud. (Lafebre, 2015, p. 10)

Para el MINSA (2019) nos dice:

Que, en el Perú, en cifras del MINSA- DGE- OGEI24, la prevalencia de caries dental a nivel nacional se reportó como 85.6%, valor elevado entre los países de América Latina. Los departamentos con mayor prevalencia fueron: Pasco (98.9%), Apurímac (98.3), Puno (98.5) y Ayacucho (97.6%), (OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, 2012 - 2014). Los departamentos con mayores índices de CPOD-12; fueron Puno (6.71), Pasco (6.55), Ayacucho (5.57) Apurímac (5.32), Junín (4.27). En cuanto a la respuesta del estado, para abordar estos problemas, se calcula que se llega a 35.39% de la población que necesita atención dental.

Por lo que el Ministerio de Salud viene desarrollando un programa presupuestal identificando como problema central la morbilidad y discapacidad por enfermedades del sistema estomatognático, perdiendo de esta manera la función masticatoria, con ello la deficiente absorción de nutrientes. Mencionados problemas son causados por la incidencia de caries, enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, enfermedades periodontales, anomalías dentolabiales y edentulismo.

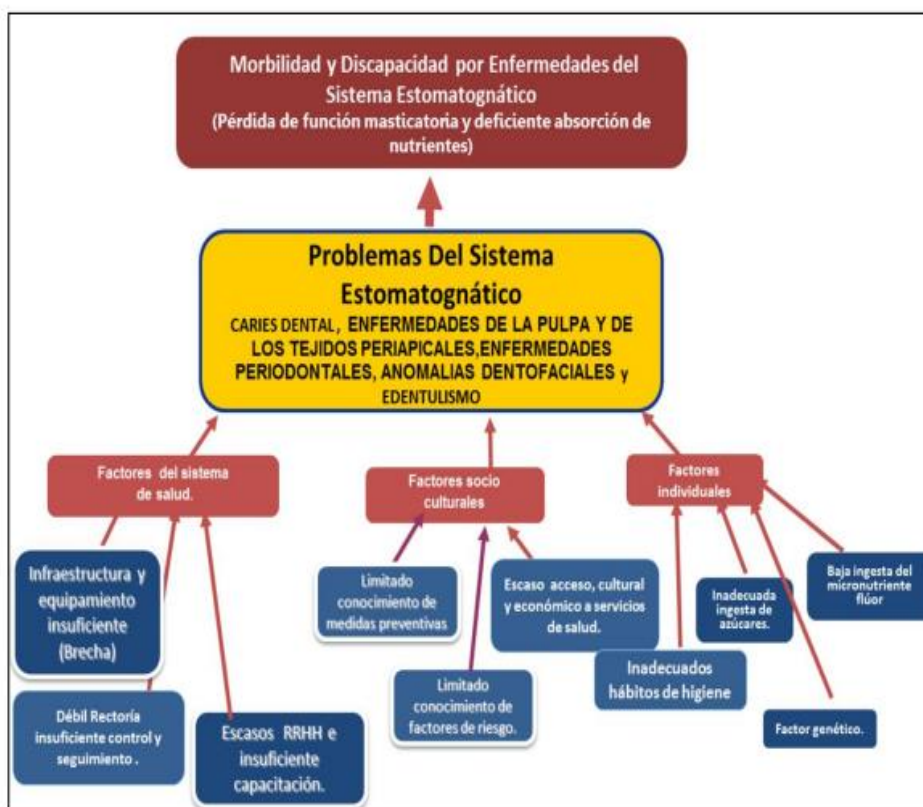


Figura 1. Programa presupuestal 0018 enfermedades no transmisibles.

Fuente: Copyright 2016 por Ministerio de Salud. Reimpreso con permiso. Modelo Conceptual Adaptado.

Así mismo se identificó diversos factores y determinantes en los cuales se deben intervenir como son: factores de sistema de salud, factores socioculturales y factores individuales, desglosándose una larga lista de causas directas que traen consigo y con la investigación; como son la infraestructura y equipamiento insuficiente(brecha), débil rectoría e insuficiente control y seguimiento, limitado conocimiento de medidas preventivas, escasos RRHH e insuficiente capacitación, escaso acceso cultural y económico a servicios de salud, limitado conocimiento de factores de riesgo, inadecuados hábitos de higiene, inadecuada ingesta de azúcar, baja ingesta de micronutrientes flúor y el factor genético.

Si bien es cierto una política pública en el sector salud tiene un enorme potencial e impacto que garantiza el mantenimiento de salud de todas las comunidades, por ello es imprescindible realizar un análisis de su aplicación y cumplimiento siendo de vital importancia para identificar y proponer nuevas reformas de cobertura considerando algunas características no visualizadas que hacen desperdiciar las capacidades del programa presupuestal por resultados(PPR). Considerando la epidemiología en cuanto a la morbilidad y discapacidad por problemas estomatognático en la IPRESS Ricrán se puede asumir que el impacto del programa presupuestal por resultados(PPR) no tiene el suficiente impacto ya que los índices permanecen iguales, por lo tanto, es necesario una revisión de la aplicación.

1.1.4. Contexto Local

El reporte de las 10 causas más altas de morbilidad en primer lugar está situado la Caries Dental en todas sus etapas de vida incluida niñas, niños, gestantes y adultos mayores (considerado por el Anexo N° 002 como población vulnerable) debido a la deficiente práctica en la higiene bucal y alto consumo de alimentos azucarados desde muy temprana edad, muchas veces aduciendo al trabajo que desarrollan los padres de familia (ganadería y agricultura) motivo por el cual no tienen tiempo y un espacio adecuado para realizar y supervisar la higiene bucal de sus hijos. La población de Ricrán debido a su geografía accidentada presenta población dispersa y, por lo tanto, escaso acceso cultural y económico a los servicios de salud, estas están constituidas.

Tabla 2*10 Causas de Morbilidades Red Jauja –2016, 2017 y 2018*

Código	Morbilidad	2016	2017	2018	Total
K02.1	Caries de la dentina	16,934	13,626	12,314	42,874
J029	Faringitis aguda, no especifica	6,911	6.960	7,778	21,649
J069	Infección de las vías respiratorias superiores, no especificadas	10,320	3,016	7,050	20,386
E660	Sobrepeso	5,810	5,306	5,737	16,853
J00X	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	5,097	4,341	5.069	14,507
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	4,127	4,184	4,724	13,035
A64X9	Síndrome de flujo vaginal	4,296	4,373	3.623	12,292
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3,194	3,016	3,153	9,363
K297	Gastritis, no especificada	2,871	2,888	2,944	8,703
M545	Lumbago no especificado	2,321	2,486	2,400	7,207

Fuente: Unid. Estadística, Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

Tabla 3*10 Causas de Morbilidades en la IPRESS Ricrán –2016, 2017 y 2018*

Código	Morbilidad	2016	2017	2018	Total
K02.1	Caries de la dentina	162	181	116	459
E46X	Desnutrición proteico-calórica no especificada	34	107	107	248
J069	Infección de las vías respiratorias superiores, no especificadas	115	122	82	319
K041	Necrosis de la pulpa	111	94	81	315
J00X	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	39	90	77	206
E660	Sobrepeso	64	57	75	196
M545	Lumbago no especificado	27	45	53	125
J039	Amigdalitis aguda	139	106	39	284
E785	Hiperlipidemia no especificada	2	0	36	38
A09X	Infecciones intestinales debidas a otros organismos sin especificar	7	23	33	63

Fuente: Unid. Estadística, Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

Según Duran et. Al. (2008) Aseverado:

Por comunidades campesina, caseríos y localidades consideradas pobres o muy pobres según el mapa de pobreza 2003 del Ministerio de Economía y Finanzas y que se encuentran alejados de un establecimiento de salud o que esporádicamente reciben la atención por personal de salud. (pp. 2-3)

En zonas altoandinas como es el Distrito de Ricrán que se encuentra a una altitud de 3675 msnm, por lo que se encuentra ubicada entre los pisos ecológicos quechua y jalca (2000 – 4500 m.s.n.m.), lo que atribuye limitado acceso a los servicios de salud.

Teniendo en cuenta el grado de instrucción de los padres de familia del distrito de Ricrán que en su mayoría es de primaria completa y secundaria incompleta se asume que el grado de entendimiento es bajo y cambio de hábitos también. Esto es lo que hace que los conocimientos de higiene bucal son bajo a pesar de tener un profesional odontólogo en la IPRESS Ricrán, lo que genera limitado conocimiento de medidas preventivas por parte de la población vinculado con la falta de práctica de buenos hábitos de cepillado dental.

En la V conferencia Nacional, nov. 2011, Mesa Temática en Salud Bucal refiere que:

La creación del Programa Nacional de Salud Bucal del MINSA en el año 1985 y su evolución posterior a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal (ESNSB) en el año 2007 no han representado hasta la actualidad cambios relevantes en los niveles de salud bucal en nuestra población (p.2)

Por lo que se evidencia una débil rectoría, insuficiente control y seguimiento de los casos en los diferentes niveles de atención en salud. Teniendo en cuenta el grado de instrucción de la población en la zona rural y las actividades económicas que esta se dedica (agrícola, ganadera y artesanía). Se le atribuye el limitado conocimiento de factores de riesgo en cuanto al consumo de alimentos saludables y no cariogénico.

1.1.5. Realidad del Problema:

La investigación de García, 2015 manifiesta:

Los primeros conocimientos y hábitos que adquiere el escolar sobre la salud oral son obtenidos normalmente en el entorno familiar, pero es en la escuela donde los incrementarán y mejorarán durante toda su escolaridad, siendo el maestro el principal artífice. Así mismo, es bien sabido y aceptado por la sociedad que la colaboración de la familia con el maestro es factor clave para conseguir los objetivos propuestos en los programas de salud.

Los problemas de la salud bucodental según el programa presupuestas (PPr) N°018 es causa de los siguientes factores:

- A. Factores del sistema de Salud
 - Infraestructura y equipamiento insuficiente
 - Débil rectoría, insuficiente control y seguimiento
 - Escasos recursos humanos e insuficiente capacitación.
- B. Factores Socioculturales
 - Limitado conocimiento de medidas preventivas
 - Limitado conocimiento de factores de riesgo
 - Escaso acceso, cultural y económico a servicios de salud
- C. Factores individuales
 - Inadecuados hábitos de higiene
 - Inadecuada ingesta de Azúcares
 - Factor genético
 - Baja ingesta del micronutriente flúor.

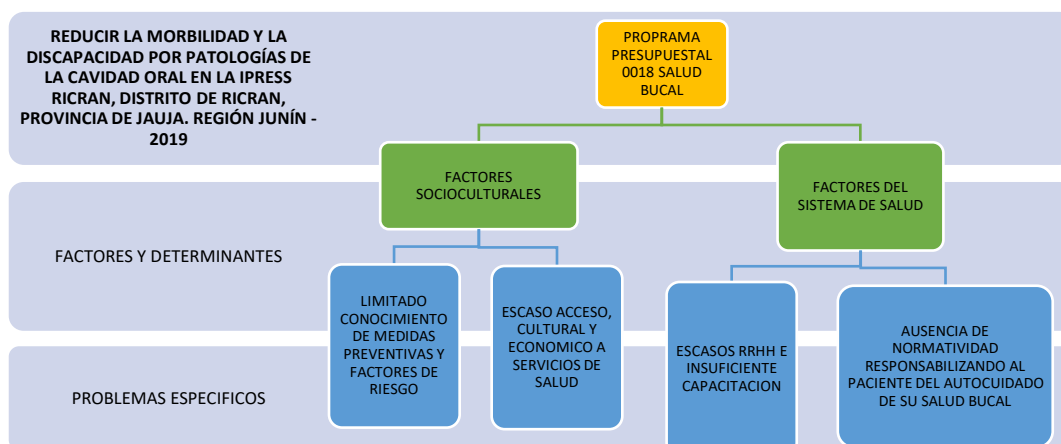


Figura 2. Esquema reformulado para la identificación de problemas específicos no identificados en el modelo conceptual del Programa presupuestal 0018 enfermedades no transmisibles adecuándolos a la realidad del establecimiento.

Fuente: Elaboración Propia

En el análisis realizado por las autoras, se evidencia la persistencia de problemas considerados el PPr 0018, los cuales son:

- ❖ Inmerso en los Factores Socioculturales encontramos a:
 - Limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo**, los cuales hacen evidencia de la falta de preparación en cuanto a conocimiento y creación de hábitos en la población; causando altas tasas de morbilidad y discapacidad en la misma, para ello presentamos los cuadros de morbilidad en los 3 últimos años 2016,2017 y 2018.

Tabla 4

10 Causas de Morbilidades Red Jauja –2016, 2017 y 2018

Código	Morbilidad	2016	2017	2018	Total
K02.1	Caries de la Dentina	16,934	13,626	12,314	42,874
J029	Faringitis Aguda, no Especifica	6,911	6.960	7,778	21,649
J069	Infección de las vías Respiratorias Superiores, no Especificadas	10,320	3,016	7,050	20,386
E660	Sobrepeso	5,810	5,306	5,737	16,853

Código	Morbilidad	2016	2017	2018	Total
J00X	Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	5,097	4,341	5,069	14,507
J039	Amigdalitis Aguda, No Especificada	4,127	4,184	4,724	13,035
A64X9	Síndrome de Flujo Vaginal	4,296	4,373	3,623	12,292
N390	Infección de Vías Urinarias, Sitio No Especificado	3,194	3,016	3,153	9,363
K297	Gastritis, no Especificada	2,871	2,888	2,944	8,703
M545	Lumbago no Especificado	2,321	2,486	2,400	7,207

Fuente: Unid. Estadística, Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

Según el PPr 018, en el programa de Salud Bucal menciona que:

Los factores socio culturales son esencialmente relevantes debido al limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo, el escaso acceso cultural, económico y el limitado acceso demográfico a los servicios de salud propician el desarrollo de las enfermedades de la cavidad oral.

En la rectoría, tiene como objetivo final, mejorar la salud de las poblaciones. En el caso de salud bucal, la salud bucal de la población va empeorando, tal como lo indica el ASIS 2010, estableciendo que en el estudio realizado el año 2008, las afecciones dentales ocupaban el 3er lugar de morbilidad en el país y para el 2010 pasaron a un 2do lugar.

Benavente et al. (2012) manifiesta:

Las madres de familia tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo, la salud bucal de los hijos de las madres encuestadas es mala, lo que revela ausencia de asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 05 años en la población estudiada.

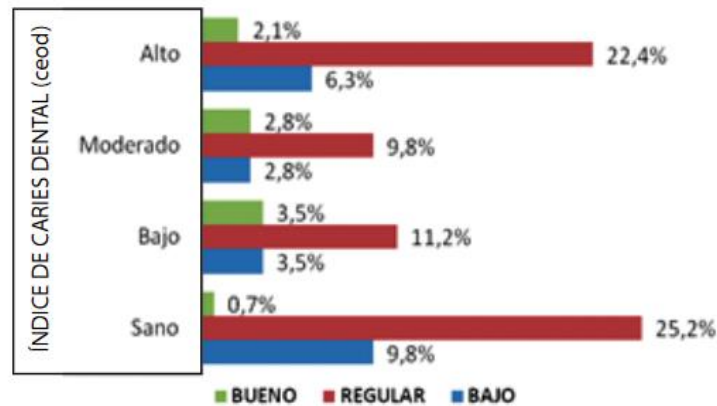


Figura 3. Nivel de conocimiento de las madres y caries dental de los niños.

Fuente: Copyright Benavente et al. 2012.

RPP Noticias (2013) manifestó que:

El reporte presentado por la Estrategia de Salud Bucal señala que el 65% de escolares de 11 a 17 años de la región Junín sufre de gingivitis, ubicándose como la segunda enfermedad bucal seguida de la caries, así informó Cinthya Chipana Herquinio, encargada de la Estrategia de Salud Bucal. En las provincias de Jauja, Concepción, Yauli y Junín la incidencia de la enfermedad es de un 70 %. Asimismo, en Huancayo y Chupaca existe un 85 % de estudiantes con esta enfermedad debido a los malos hábitos de higiene y el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar como las golosinas.

Cerrón (2018) realiza un consolidado de los resultados de la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud bucal en cuanto al programa de odontólogo por colegio, manifestando la problemática de desconocimiento de factores de riesgo, evidenciándonos de que la población estudiada tiene la percepción de nunca afectara a su limitación funcional el descuido de su salud bucal.

VARIABLE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL															
DIMENSIONES															
NIVELES Y RANGOS		Limitación funcional		Dolor físico		Molestias psicológicas		Incapacidad física		Incapacidad psicológica		Incapacidad social		Desventaja o minusvalía	
		recuento		recuento		recuento		recuento		recuento		recuento		recuento	
		f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Nunca	[9-10]	158	41.47%	114	29.92%	98	25.72%	119	31.23%	136	35.70%	132	34.65%	136	35.70%
Rara vez	[7-8]	126	33.07%	151	39.63%	171	44.88%	137	35.96%	121	31.76%	127	33.33%	118	30.97%
Ocasionalmente	[5-6]	63	16.54%	72	18.90%	78	20.47%	76	19.95%	66	17.32%	70	18.37%	66	17.32%
Muy a menudo	[3-4]	21	5.51%	27	7.09%	19	4.99%	34	8.92%	34	8.92%	34	8.92%	41	10.76%
Siempre	[0-2]	13	3.41%	17	4.46%	15	3.94%	15	3.94%	24	6.30%	18	4.72%	20	5.25%
TOTAL		381	100%	381	100%	381	100%	381	100%	381	100%	381	100%	381	100%

Figura 4. Consolidados de los resultados de la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud bucal.

Fuente: Copyright Cerrón Rojas Fritz Elías. 2018.

Para Escaso acceso, cultural y económico a servicios de salud se evidencia la existencia persistente del problema debido a la distancia que tienen los pobladores para obtener un servicio de salud, así mismo se expone que la desconfianza y prejuicios que el usuario tiene en los servicios del SIS no son los mejores creyendo que las calidades de estos son muy bajos y prefieren la parte privada incrementando así el gasto de bolsillo. Los cuales son sustentados en la tesis Estudio Comparativo de gasto de bolsillo en consulta odontológica registrada en la ENAHO del año 2015 entre los pacientes afiliados al SIS y al ESSALUD en el Perú.

Dirección General de Salud de las Personas, MINSA (2020) menciona: La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental. La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema,

aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.

❖ Inmerso en los Factores del sistema de salud:

Para el **escaso Recurso Humano e insuficiente capacitación** nos vemos en la necesidad de crear nuevas estrategias que contemplen la adecuada disposición de personal para una población dispersa y así asegurar su atención para evitar que los mismos se expongan a tratamientos no aptos y a ser atendidos por personas no calificadas.

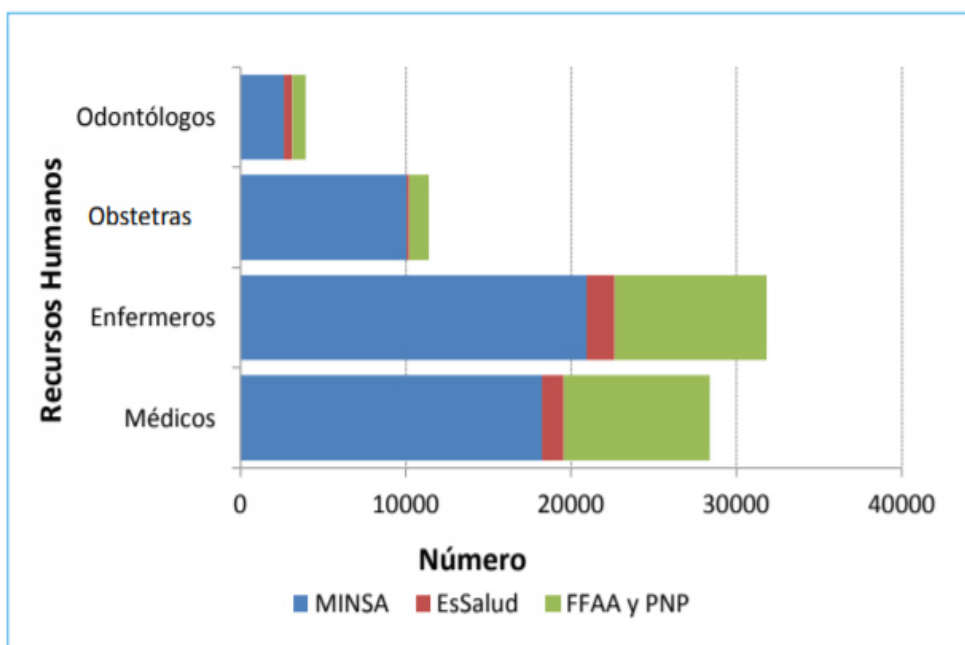


Figura 5. Recursos Humanos en el sector Salud por Profesión según sector Perú 2012.

Fuente: Copyright OGGRH- MINSA. Sanidad Fuerzas Armadas. Es Salud. Sanidad de Policía Nacional. Elaboración DIS/DGE-MINSA.

Anexo 2 PPr 0018 manifiesta que:

En Infraestructura: Los sistemas de salud, son la respuesta organizada del estado, el sector salud es el espacio social de confluencia de personas organizaciones y entidades que realizan actividades relacionadas directamente con la salud individual o colectiva en el país existen 7741 Establecimientos de Salud; solo 1375 cuentan con UPS de Odontología (17%). Del total de hospitales (164) Servicios de Oftalmología (30%).

En Recursos humanos. En el Perú el año 2011 hubo 3234 odontólogos, para 19, 080,405 personas asignadas al MINSA, es decir 0.8 odontólogos por cada 10 mil habitantes.

La disminuida cantidad de recursos humanos en servicios de estomatología no permite llegar al 100% de la población, por ese motivo se prioriza las edades tempranas a fin de evitar la aparición de la enfermedad.

Región	Médicos		Enfermeros		Obstetras		Odontólogos		Médicos	Enfermeros	Obstetras	Odontólogos
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	x 10 mil habitantes			
PERÚ	28 378	100,0	31 814	100,0	11 405	100,0	3 927	100,0	9,4	10,6	3,8	1,3
Amazonas	290	1,0	405	1,3	275	2,4	70	1,8	6,9	9,7	6,6	1,7
Ancash	715	2,5	899	2,8	457	4,0	114	2,9	6,3	8,0	4,0	1,0
Apurímac	434	1,5	848	2,7	396	3,5	174	4,4	9,6	18,8	8,8	3,9
Arequipa	1 679	5,9	1 898	6,0	598	5,2	280	7,1	13,5	15,2	4,8	2,2
Ayacucho	443	1,6	940	3,0	541	4,7	152	3,9	6,7	14,1	8,1	2,3
Cajamarca	649	2,3	1 155	3,6	586	5,1	102	2,6	4,3	7,6	3,9	0,7
Callao	1 682	5,9	1 373	4,3	257	2,3	146	3,7	17,4	14,2	2,7	1,5
Cusco	991	3,5	1 318	4,1	568	5,0	182	4,6	7,7	10,2	4,4	1,4
Huancavelica	362	1,3	633	2,0	404	3,5	126	3,2	7,5	13,1	8,4	2,6
Huánuco	391	1,4	757	2,4	391	3,4	72	1,8	4,6	9,0	4,6	0,9
Ica	811	2,9	766	2,4	245	2,1	153	3,9	10,6	10,0	3,2	2,0
Junín	746	2,6	1 269	4,0	503	4,4	124	3,2	5,6	9,6	3,8	0,9
La Libertad	1 422	5,0	1 491	4,7	634	5,6	128	3,3	7,9	8,3	3,5	0,7
Lambayeque	1 005	3,5	1 155	3,6	430	3,8	101	2,6	8,2	9,4	3,5	0,8
Lima	12 733	44,9	11 632	36,6	2 368	20,8	1 196	30,5	13,6	12,4	2,5	1,3
Loreto	455	1,6	626	2,0	322	2,8	100	2,5	4,5	6,2	3,2	1,0
Madre de Dios	156	0,5	180	0,6	108	0,9	44	1,1	12,2	14,1	8,5	3,4
Moquegua	203	0,7	292	0,9	128	1,1	62	1,6	11,6	16,7	7,3	3,5
Pasco	276	1,0	342	1,1	186	1,6	60	1,5	9,3	11,5	6,3	2,0
Piura	948	3,3	975	3,1	607	5,3	130	3,3	5,3	5,4	3,4	0,7
Puno	758	2,7	1 276	4,0	490	4,3	174	4,4	5,5	9,3	3,6	1,3
San Martín	415	1,5	449	1,4	377	3,3	72	1,8	5,1	5,6	4,7	0,9
Tacna	362	1,3	506	1,6	192	1,7	79	2,0	11,0	15,4	5,8	2,4
Tumbes	171	0,6	172	0,5	116	1,0	33	0,8	7,5	7,5	5,1	1,4
Ucayali	281	1,0	457	1,4	226	2,0	53	1,3	5,9	9,6	4,7	1,1

Figura 6. Recursos Humanos en Salud por Región Perú 2012.

Fuente: Copyright OGGRH- MINSa. Sanidad Fuerzas Armadas. Es Salud. Sanidad de Policía Nacional. Elaboración DIS/DGE-MINSa.

Anexo 2 PPr 0018 manifiesta que:

Sesión educativa y demostrativa en salud bucal: En alimentos no cariogénico y medidas preventivas en salud bucal. Seguimiento de la Demostración de la técnica del cepillado dental y uso del hilo dental, seguidamente las familias realizarán la demostración de lo aprendido. Para el desarrollo de estas tareas el personal de salud requiere una capacitación de 12 horas por año como mínimo.

Cerrón (2018) manifiesta sobre el Programa Odontólogo por Colegio: El Gobierno Regional de Junín, el mes de junio del año 2012 a través de la Dirección Regional de Salud, desarrollo el programa social, denominado “Odontólogo por Colegio”, buscó beneficiar a estudiantes de bajos recursos económicos, siendo el primero y único en el Perú. Este programa fue implementado en total con 120 módulos odontológicos para atender a 250 62 mil estudiantes, comenzando su implementación en los planteles emblemáticos de la Región Junín. Su implementación se realizó en tres etapas; primero “en 50 instituciones educativas de gestión estatal de las provincias de Huancayo – Chupaca”; luego en 43 colegios nacionales de las provincias de Chanchamayo, Satipo y Tarma. Para finalizar el trabajo en 22 colegios nacionales estatal de las provincias de Jauja, Concepción, Yauli y Junín.

RPP Noticias (2015) manifestó:

Los sujetos no contaban con el título profesional y atendían a los pobladores exponiéndolos a enfermedades. Tres personas fueron detenidas por ejercer ilegalmente la profesión de odontólogos en la provincia de Jauja (región Junín).

El operativo realizado por la División de Seguridad del Estado de la Policía Nacional se realizó en el jirón Bolívar en pleno centro de la ciudad.

Asimismo, se incautaron máquinas que eran usadas por los falsos odontólogos entre taladros y equipos de extracción dental, los mismos que deben ser usados por profesionales capacitados. Finalmente, las personas detenidas y sus equipos fueron trasladados a la sede policial ubicada en el sector de Millotingo en Huancayo.

Dirección General de Salud de las Personas, MINSA (2020) menciona:

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) identifica los problemas sanitarios del Perú y las iniciativas políticas de concertación para dirigir los esfuerzos y recursos a fin de mitigar esos daños, entre ellos señala la Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú y el estado peruano tiene como respuesta a este problema sanitario, la estrategia sanitaria nacional de salud bucal. Con R. M. N° 649-2007/MINSA, se establece a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, teniendo entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud; formulación y propuesta normativa, la articulación intra e intersectorial y con la sociedad civil para el abordaje multidisciplinario de las enfermedades bucales.

Para **ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal**, se evidencia que una de las dificultades para la reducción de la morbilidad y discapacidad causados por las enfermedades de la cavidad bucal, es el desinterés del individuo para el cuidado de la salud bucal por lo que se debe proponer protocolos de autocuidado y autoexamen de la cavidad bucal y para ello cada individuo debería involucrarse y hacerse responsable de ello. En tal sentido la higiene bucal en la población en vez de ser considerado una opción de prevención debería ser una obligación, hasta que la población se haga consiente de la importancia de tener una buena salud bucal. Para esto en el país vecino de Ecuador se implementó los Protocolos Odontológicos donde indica la importancia del autoexamen

Ministerio de Salud Ecuador, 2014:

El autocuidado se concibe como la implicación y responsabilidad que cada individuo tiene con el mejoramiento o recuperación de su salud y la influencia positiva para los que le rodean. La práctica del autoexamen bucal protege a todas las personas a partir de la adolescencia, y en especial a los mayores de 50 años, tengan o no dientes y usen o no dentadura postiza.

Así también en el Perú en un esfuerzo conjunto el MINSA y el MINEDU crearon un módulo de la salud bucal: higiene oral el cual no tiene el impacto deseado puesto que solo se ha quedado en documentos, ya que hasta la fecha no se evidencia resultados óptimos.



The screenshot shows the 'gob.pe' digital platform interface. At the top, there is a red header with the logo and the text 'Plataforma digital única del Estado Peruano'. Below the header, a breadcrumb trail reads: 'El Estado > MINSA > Informes y publicaciones > Módulo de promoción de la salud bucal: Higiene oral'. The main content area features the 'Ministerio de Salud' logo and the title 'Módulo de promoción de la salud bucal: Higiene oral' in large, bold black text. Underneath, it is identified as a 'Libro' published on '01 de enero de 2013'. A descriptive paragraph states: 'El módulo se estructura en tres sesiones de aprendizaje. La propuesta educativa, hace énfasis en el cuidado de la salud bucal mediante la higiene oral, y trata de generar en las y los estudiantes prácticas saludables que le ayude a mantener su salud bucal durante su permanencia y desempeño académico en la institución educativa y también fuera de ella.' Below this, a 'Documentos' section displays a PDF document titled 'Módulo de promoción de la salud bucal: Higiene oral' with a file size of '2.7 MB'. A small thumbnail image of the document cover is visible to the left of the text.

Figura 7. Plataforma digital única del estado peruano.

Fuente: Copyright MINSA. 2013.

Por ello confirmamos que el factor que más resalta dentro de las causas de enfermedades Bucodentales en la IPRESS Ricrán es el **Factor Socio – Cultural y los factores de sistema de salud** tomando en cuenta sus problemas específicos de limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo, escaso acceso cultural y económico a servicios de salud, escaso RR. HH e insuficiente capacitación y ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal, además de lo mostrado anteriormente todo los esfuerzos se consolidan en el cuadro epidemiológico de morbilidad del Distrito de Ricrán.

Por ello mostramos la evidencia en cuadros el consolidado epidemiológico de morbilidad de la IPREES Ricran durante los años 2016, 2017 y 2018 cuyos problemas a pesar de haber sido priorizados por el PPr para su solución persisten en el tiempo sin mostrar mejorías y disminución de la morbilidad.

Tabla 5

10 Causas de Morbilidades en la IPRESS Ricrán –2016, 2017 y 2018

Código	Morbilidad	2016	2017	2018	Total
K02.1	Caries de la dentina	162	181	116	459
E46X	Desnutrición proteico-calórica no especificada	34	107	107	248
J069	Infección de las vías respiratorias superiores, no especificadas	115	122	82	319
K041	Necrosis de la pulpa	111	94	81	315
J00X	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	39	90	77	206
E660	Sobrepeso	64	57	75	196
M545	Lumbago no especificado	27	45	53	125
J039	Amigdalitis aguda	139	106	39	284
E785	Hiperlipidemia no especificada	2	0	36	38
A09X	Infecciones intestinales debidas a otros organismos sin especificar	7	23	33	63

Fuente: Unid. Estadística, Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

Así mismo se expone la tabla como figura de la Estrategia Nacional de Salud Bucal del PPr, en el que se muestra datos estadísticos sobre el problema identificado.

Variable	2014	2015	2016	2017
Elevada morbilidad y discapacidad por enfermedades de la cavidad oral	3,323,885	3,718,971	3,635,943	3,266,842
Desagregaciones pertinentes:				
Caries de la dentina	1'820,180	2'111,440	2,159,383	1,885,730
Caries del esmalte	581,365	622,450	492,789	415,769
Gingivitis aguda	468,953	487,988	484,914	490,085
Periodontitis Aguda	18,385	17,695	16,312	16,206
Periodontitis Crónica	18,746	16,378	15,771	14,802

Figura 8. Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado.

Fuente: Copyright PPr MINSa. 2013.

1.2. Identificación de la realidad problema

1.2.1. Problema General

Elevada morbilidad y discapacidad por patologías del Sistema Estomatognático en la IPRESS Ricrán, Distrito de Ricrán, Provincia de Jauja, Región Junín.

1.2.2. Problemas Específicos

Elevada morbilidad y discapacidad de enfermedades del sistema estomatognático en usuarios de la IPRESS Ricrán es multifactorial siendo la más prevalente la Caries Dental. Según el PPr. Está basada en cuatro factores principales considerándose para la IPRESS Ricrán las siguientes:

- A. Limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población vinculado con la falta de práctica de buenos hábitos de cepillado dental.

- B. Escaso acceso cultural y económico a servicios de salud conocimiento de factores de riesgo en cuanto al nivel de instrucción y tratamientos odontológicos no accesibles.
- C. Escaso RR. HH e insuficiente capacitación a pesar de tener los conocimientos falta crear impacto en la población por metodología.
- D. Ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal, debido a la falta de conciencia en el cuidado de las estructuras dentarias.

1.3. Justificación del Trabajo de Investigación:

El presente trabajo de investigación refrenda su justificación en cinco aspectos de suma importancia, siendo estos los siguientes:

1.3.1. justificación Práctica

Existe un reconocimiento importante en el abordaje preventivo en cuanto al problema de salud bucal de los individuos de la población, por ende los esfuerzos dedicados a la implementación de políticas públicas aún son insuficientes, la importancia del presente trabajo a nivel práctico radica en la identificación de algunos factores no considerados para resolver el problema de morbilidad y discapacidad del sistema estomatognático, tornándose cada vez más urgente la incorporación de programas independientes de atención odontológica, como estrategias permanentes con modelos de atención de salud de acuerdo a la necesidad cultural.

1.3.2. Justificación por Conveniencia y de Pertinencia Social

El conocimiento del tema de salud bucal es de verdadera importancia y necesidad para una mejor aplicación de cualquier programa de salud bucal, por ende, es un pilar importante para la comunidad la investigación y análisis de la PPR ya que la participación comunitaria será útil en el desarrollo y cumplimiento de políticas ya mencionadas adaptadas ahora

a sus necesidades y culturas, generando salud y bienestar en la población; mostrando así un gran impacto en beneficio de la sociedad.

1.3.3. Justificación Económica

El estado, el ministerio de salud y sus instituciones tienen el deber y obligación de abordar a la salud como base fundamental de desarrollo de la sociedad, por ello imparte políticas de salud pública a través de sus programas presupuestales (PPR) otorgándole un presupuesto para el desarrollo, la importancia del estudio pretende realizar un mejor y adecuado uso de sus recursos, teniendo como resultado importante para mencionadas instituciones el ahorro, evitando gastos inadecuados garantizando así la calidad del gasto.

1.3.4. Justificación Teórica

Al analizar la política pública a través del programa presupuestal por resultados, la investigación que se viene desarrollando nos va a permitir generar conocimientos que permitan mejorar el diseño y ejecución de mencionado programa a través de la identificación de factores no considerados en su planteamiento, proponiéndose de esta manera nuevos enfoques de salud.

1.3.5. Justificación Metodológica

Si se diera el caso de un rediseño del programa los resultados que se obtendrían para el problema de salud de morbilidad y discapacidad del sistema estomatognático serían beneficiosos a todo nivel, puesto que este es el medio primordial y base de ingreso de todo paciente al centro de salud y con ello a la disminución de toda enfermedad, considerando al programa de manera individual con propio presupuesto. Y de esta manera llegando a todo grupo cultural mediante su aplicación con resultados e impactos óptimos y esperados.

1.4. Propósito del Trabajo de Investigación

El conocimiento del estado bucal de una población proporciona una base sólida para estimar las necesidades actuales y futuras de asistencia estomatológica y por ende la calidad de vida de la población. Entendiéndose como calidad de vida dentro de la salud estomatológica al bienestar general de la persona en los ámbitos biológico, estéticos, social, cultural, económico, que tenga relación con la salud estomatológica fortaleciendo la confianza del individuo y creando mejores oportunidades teniendo acceso a la cobertura de salud bucal, contribuyendo a la buena nutrición, aceptación social y de esta manera al desarrollo de las comunidades.

La importancia social del presente estudio radica en que, conociendo la realidad de la salud bucal en este grupo etario, se podrá establecer programas preventivos promocionales en salud bucal que conlleven a mantener y/o elevar la calidad de vida y bienestar de la personas en etapas previas a su adultez madura, visualizándose de esta manera la importancia teórica del presente estudio, el cual permitirá obtener un mejor y mayor conocimiento de la población de la salud y de la aplicación del programa presupuestal 0018 en salud bucal.

Así mismo la importancia de identificar y mejorar la salud bucal de las personas mejoraremos el ingreso económico de las familias, dando lugar a tener mejores oportunidades a nivel educativo, de empleo, satisfacciones de necesidades básicas y otros.

De esta manera cada establecimiento de salud tendrá la oportunidad de conocer más de cerca la situación real que atraviesa la aplicación del programa presupuestal y su efectividad en el campo de la salud bucal, brindando una atención estomatológica de acuerdo a grupo poblacional según corresponda a la normativa vigente, a la vez que podrá ofrecer nuevas alternativas de solución para eliminar las brechas que se están desarrollando en el programa.

La Misión de la IPRESS Ricrán es ser una institución de salud comprometida con el desarrollo humano que brinda atención integral con calidad y calidez a toda la población y el presente trabajo de investigación contribuirá con el logro de ser una institución de salud líder y modelo de atención integral que cumple con todos los estándares de calidad contribuyendo con ello al logro de la misión institucional y al mejor servicio de la población.

1.5. Aspectos Metodológicos

1.5.1. Metodologías respecto de la determinación del problema:

- PPR: Nos permite identificar las deficiencias de un programa propuesto a nivel nacional mas no considerando la idiosincrasia de poblaciones dispersa, vulnerables del Perú.
Para Kast y Rosenzweig nos mencionan que la identificación del problema se dará si entendemos a la institución como un sistema y que este al mismo tiempo está compuesto por subsistemas sin importar el tamaño de este y los cuales son analizados en el punto 3.2.2.
- Análisis Interno: Nos ayuda a identificar las dificultades y necesidades tanto organizacional, estructural y recursos humanos dentro del mismo establecimiento.
- Análisis del Entorno: Nos ayuda a identificar las dificultades y necesidades del establecimiento en relación con los actores sociales.

1.5.2. Metodologías respecto a la viabilidad y factibilidad de los

Productos

- MACTOR: Metodología que nos permite elaborar un plan de incidencia sobre determinados factores a efectos de garantizar la ejecución de los productos propuestos.

- SADC: Nos permite de ser el caso elaborar un plan de contingencia a fin de garantizar las capacidades necesarias en la institución que garanticen la ejecución y sostenibilidad de las intervenciones propuestas.

1.5.3. Metodologías del PPR.

Se realizó una búsqueda de las siguientes bases de datos:

- | | | |
|----------------------------|---|---|
| - PubMed | - BMJ Point-of-Care | |
| - NCBI | - Clinical Evidence | |
| - Trip Database | - Cochrane Database | - National Guideline Clearinghouse |
| - Medline | - Health Technology Assessment | - Healthcare Research and Quality |
| - EMBASE | - NHS Economic Evaluation | - National Institute for Health and Clinical Excellence |
| - Web of Science | - SciELO - Scientific electronic library online | |
| - Scopus | | |
| - Google académico Scholar | | |

1.6. Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación

1.6.1. Alcances

La presente investigación tiene como alcance la jurisdicción la población que acude a la IPRESS Ricrán del distrito de Ricrán, Provincia de Jauja.

1.6.2. Limitaciones

- A. La población a ser considerada no cuenta con estudios estadísticos anteriores.
- B. Para la recolección de datos por medio de encuestas en la población es dificultoso por la accesibilidad por lo que contamos con poca afluencia de la población para el servicio de odontología y menos para consultas preventivas.
- C. Dicho trabajo demanda recursos económicos para pasajes, compra de materiales de escritorio, internet, etc.

- D. La población adjudicada a la IPRESS Ricrán se encuentra dispersa debido a su geografía.
- E. El nivel de cultura de la población es bajo dificultando transmitir el mensaje en el cambio de hábito para el cuidado de la higiene bucal.
- F. Aspectos que se va a ir viendo al desarrollo de la investigación, tiempo, económico, geográfica, (dificultad)

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Investigaciones previas relacionadas.

A. Análisis de Situación de Salud Bucal en Chile - Gobierno de Chile 2010

El estudio de análisis nos muestra que las enfermedades y alteraciones del sistema estomatognático y salud bucal son de gran importancia dentro de los problemas de salud pública por su prevalencia, impacto en la sociedad y el costo del tratamiento. Dándonos a conocer en su contexto que las patologías más prevalentes son caries dental, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dento maxilares que se presentaran desde los primeros años de vida hacia lo largo de su existencia.

Así mismo nos muestra la interrelación entre la salud bucal y general demostrándonos de manera creciente mediante evidencia científica.

Por lo que concuerda con nuestra investigación aseverando que el objetivo de todo programa apunta a reducir el incremento de estas patologías a lo largo de su ciclo vital y las diferencias existentes a nivel cultural, dándole un valor desde el punto de vista sanitario mejorando nuestra intervención y fortaleciendo las prestaciones de tipo preventivo teniendo como resultado una población con mejor salud bucal y mejor calidad de vida.

B. Programas Preventivos Promocionales de Salud Bucal en el Perú- Espinoza & Pachas 2013

El artículo nos presenta un análisis de los programas preventivos promocionales, los cuales nacen desde una problemática de salud partiendo desde la promoción y prevención, así mismo nos manifiestan los componentes principales que dicho programa debería tener como son: objetivos, metas, técnicas, estrategias, actividades, recursos, etapas y las propuestas que la OMS nos otorga.

También nos hacen referencia de los programas que se han implementado a lo largo de la historia de Perú a través del MINSA. Es importante para la investigación ya que nos permitirá comparar los resultados obtenidos de estos mismos con los programas actuales y más aun con el que venimos analizando, especialmente con nuestro problema de salud de morbilidad y discapacidad en el sistema estomatognático.

C. Estrategias Sanitarias del Ministerio de Salud (Minsa): Análisis y Discusión de una Perspectiva de la Investigación Odontológica- Villena Sarmiento Rita 2016

Mediante el análisis de la resolución ministerial N° 823-2014/MINSA se realizó una reorganización de las estrategias sanitarias nacionales a cargo del Ministerio de Salud, así mismo se realizó análisis, discusión y el trabajo de expertos; pretendiendo reconocer las funciones más relevantes de todas las políticas públicas en el sector salud.

En el área odontológica aún más reconociendo las necesidades de salud bucal, proponiendo trabajos conjuntos para reducir la

morbilidad de la caries dental que es uno de los problemas epidemiológicos de mayor importancia.

Es necesario para nuestra investigación como propuesta de independización del programa salud bucal, teniendo en cuenta la importancia de este problema de salud teniendo como base el análisis y discusión de este artículo.

D. Caracterización de la morbilidad, las necesidades de tratamiento y la oferta de servicios de salud oral de una empresa social del estado en Cali, Valle del Cauca, Colombia - Herney A. Rengifo 2008

En cuanto al estado de salud bucal de la población se observa que casi la totalidad presentaba alguna enfermedad bucal (91. %) reflejando el mal estado en que llegan a los servicios de salud y que ligado a la media de edad (22 años – población joven) indican que los programas de prevención y promoción de la institución o del municipio, no presentan relevancia en cuanto al impacto en el resultado de salud bucal de esta población en edades previas, recordando que las enfermedades bucales más prevalentes son crónicas y necesitan de una periodicidad para su manifestación.

En el análisis en área de educación en salud oral (detección temprana y atención precoz) lo más preocupante fue que la población infantil fue la que menos recibió educación, lo que es significativo cuando esta relación se compara con la de los demás grupos etéreos Igualmente es importante.

Se concluye que existen condiciones de salud bucal inadecuadas, con altas prevalencias de enfermedad, en donde el 91.9% de la población presentaban al menos un diagnóstico de enfermedad

bucal, con patologías dentro de las cuales la caries fue la enfermedad más prevalente con un 80% y en segunda instancia se registró la gingivitis con un 22%. Además de mencionar que un gran porcentaje de personas abandonan el tratamiento ya sea por motivo de no existir especialización en los lugares que acuden o porque no toman con suma importancia la salud bucal ya sea estéticamente o por el lado nutricional ya que influye mucho, estimando que fuera lo contrario disminuiría los problemas estomatognáticos.

E. Alteraciones estructurales y funcionales del sistema estomatognático - Fuenzalida Cabeza, Hernández Mosqueira, & Pérez Serey 2016

Con el crecimiento y el desarrollo normal del Sistema Estomatognático, el niño desarrolla funciones que son deseables (respiración, deglución, masticación y habla), o bien no deseables como la succión del pulgar o la Respiración Bucal. Se puede mencionar que no se han precisado instrumentos y/o procedimientos específicos de evaluación e intervención para estos pacientes, actualmente se utiliza la valoración clínica de cada especialista y se complementa con los aportes de otras disciplinas, como es el caso de los análisis Cefalométricos extraídos de la Odontología, es por ello que aunar criterios, referentes a la evaluación y tratamiento de estos pacientes favorecerá enormemente los resultados esperados. Por último, se genera la impetuosa necesidad de proponer trabajo multidisciplinario para el abordaje de estos pacientes, ya que los documentos encontrados, en su mayoría plantean el abordaje del Sistema Estomatognático desde una sola especialidad.

Se considera importante generar estrategias de difusión, promoción y prevención, tanto a la comunidad como a otros especialistas

afines como Otorrinolaringólogos, Odontólogos, Médicos Generales, Kinesiólogos, Profesores, etc., de la importancia de pesquisar lo más tempranamente posible estas alteraciones y dar a conocer la labor del Fonoaudiólogo en relación a ellas.

Se puede concluir que el fonoaudiólogo está presente en el abordaje de las Alteraciones Funcionales y Estructurales del Sistema Estomatognático, a su vez se demuestra que la Terapia Miofuncional es la estrategia fonoaudiológica más eficaz para el tratamiento de estas alteraciones, pudiendo el fonoaudiólogo realizar procedimientos de evaluación tanto de los componentes estructurales como de las funciones del Sistema Estomatognático y así establecer planes terapéuticos a través de las posibilidades que entrega la Terapia Miofuncional.

- F. Impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal en niños del preescolar “Monseñor Luis Eduardo Henríquez”. Municipio san diego, estado Carabobo. 2005- Romero Méndez y Belisse. 2006.

El desarrollo de la presente revista nos presenta la investigación desarrollada en cuanto a la evaluación de la efectividad de los programas de salud pública, los cuales dieron como resultado la efectividad a un 100% y un 30% en la disminución del índice de higiene oral.

Dándonos la conclusión que la prevención efectiva mejora la condición de salud bucal de la población infantil y nos recomiendan una actuación sinérgica al respecto.

Esta información es de mucha utilidad a nuestra investigación para fortalecer los conceptos que tenemos de los programas de

promoción, prevención y educación de salud bucal en los programas públicos y con más ahínco en el programa presupuestal (PPR) basado en el primer nivel de atención.

G. La salud bucal como derecho humano y bien ético- Rueda Martínez & Albuquerque. 2016

El estudio pretende determinar si los documentos utilizados del programa de Salud Bucal Global de la Organización Mundial de la Salud constituyen una herramienta teórico- política para alcanzar el derecho a la salud bucal, llegando así a la conclusión de que no son o no constituyen esa herramienta, por lo que decimos que existe insatisfacción del derecho a la salud bucal.

Entonces la perspectiva de los documentos es limitada y deficiente a los cuidados de salud bucal y el sistema estomatognático al encontrarse muy distante del referencial de los derechos humanos, la bioética.

Es importante para nuestra investigación para conocer más a detalle las condiciones de vidas justas y equánimes para todos los individuos considerando los parámetros de la Organización Mundial de la Salud.

H. Odontología y discapacidad: mitos para derribar- Walter Lopresti. 2016

La atención odontológica en pacientes con discapacidad es uno de los pilares para mantener la salud en general y mejorar la calidad de vida del mismo. Todos tienen derecho a recibir el mejor tratamiento odontológico posible para lo cual hay que efectuar una motivación adecuada, realizar una buena planificación, ejecutar el procedimiento con los materiales y equipamiento correctos y

establecer el seguimiento del paciente para mantener en el tiempo lo logrado.

Este artículo nos hace recordar que todos tienen el mismo derecho a la salud, por ende, debemos recordar los lineamientos de inclusión social para mejorar la calidad de vida de todo usuario de salud. Así mismo recordar que los tratamientos deben ser en lo posible lo más conservadores posibles, partiendo desde la promoción y prevención.

- I. Investigaciones prioritarias en salud bucal producidas en una universidad privada- Vallejos Ragas & Tineo Tueros. 2014
Este estudio nos detalla los estudios previos que se realizaron o se realizan hasta la fecha en investigaciones prioritarias en salud bucal en una universidad privada para los diversos grados académicos.

Esta investigación se dio tomando en cuenta: epidemiología y prevención de enfermedades bucales, desarrollo control y calidad de intervenciones en salud, evidencias acerca de los determinantes de la salud y sus consecuencias en la prevención de enfermedades bucales, desarrollo de tecnologías sanitarias apropiadas para mejorar la eficiencia y eficacia de las intervenciones en salud bucal.

Por ello es necesario para la investigación por que nos hace evidencia de investigaciones que se han desarrollado con antelación en cuanto al impacto de tecnologías sanitarias apropiadas para mejorar la eficiencia y eficacia de las intervenciones en salud bucal, se deben considerar estas investigaciones para comparar con nuestro análisis y así complementar y realizar las respectivas discusiones.

- J. Calidad de vida en relación con la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de San Isidro- Diego Kurt Espinoza. 2017

La tesis desarrollada pretendió determinar la calidad de vida de los adultos mayores del centro del adulto mayor del distrito de San Isidro en relación a la calidad de vida de los mismos.

Los resultados obtenidos fueron que la calidad de vida fue en mayor proporción y más aún en el género femenino. El impacto negativo de la salud bucal en la calidad de vida fue grave en cuanto al malestar psicológico seguida de la limitación funcional. Concluyendo así que los adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de San Isidro tienen una excelente o regular calidad de vida en relación a su estado de salud bucal.

- K. Tesis: perfil epidemiológico de salud bucal e indicadores de riesgo en niños de 3 – 5 años, de poblaciones urbana y rural de la provincia de Juli-2016, realizada por Pineda, Karen (2017) tiene el propósito de:

Determinar la diferencia entre el perfil epidemiológico de salud bucal y los indicadores de riesgo en niños de 3 a 5 años de zona urbana y rural. En la cual la muestra estuvo conformada por 86 niños que asisten a PRONOEI urbanos y rurales de la provincia de Juli seleccionados por conveniencia. El perfil epidemiológico se determinó con el índice de cariado, perdidos y obturados, criterios de la Organización Mundial de la Salud para las maloclusiones y el índice Gingival de Løe y Silness. Los indicadores de riesgo según el índice de Higiene Oral simplificado, la frecuencia de cepillado y el acceso a servicios de salud oral y los indicadores de riesgo sociales según la posesión de seguro, el grado de instrucción del jefe de familia y el total de miembros en la familia. Para el análisis

estadístico se utilizó la prueba U de Mann Whitney y los programas Spss v.22 y Excel v. 2013.

Llegando a las conclusiones siguientes: A) No se encontró diferencia entre el perfil epidemiológico de ambas zonas. B) 100% de niños de ambas zonas presentaron caries y más del 50% presentaron gingivitis leve y algún tipo de mal oclusión. C) Se encontró diferencia entre los indicadores de higiene que en su mayoría fue malo, el 24.5% de niños de población urbana y 70.3% del área rural no realizan cepillado dental y más del 90% de ambas zonas no acuden a servicios de salud. D) En cuanto a los indicadores de riesgo sociales más del 90% de los niños de ambas zonas cuenta con algún tipo de seguro, mientras que el grado de instrucción de los jefes de familia y el total de miembros en la familia mostró diferencia estadísticamente significativa entre zonas urbana y rural.

La investigación es importante para el presente trabajo porque encuentra una relación significativa entre malos hábitos de cepillado dental y bajo grado de instrucción, siendo esto más evidente en zonas rurales que en zonas urbanas.

- L. Según Delgado Elsa, Sánchez Pablo César y Bernabé Eduardo en su trabajo de investigación: mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad.

Tuvo por objetivo evaluar la variación en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral después de 18 meses de iniciada una intervención comunitaria en comunidades urbano-marginadas de Sol Naciente (Carabayllo), realizada por estudiantes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En 118 personas mayores de 12 años, empleando un

formulario de entrevista previamente validado, se comparó el porcentaje de individuos con conocimientos apropiados, actitudes favorables y prácticas saludables en salud oral entre los tres tiempos de evaluación (basal y a los 12 y 18 meses de iniciada la intervención). Se encontró que el porcentaje de individuos con conocimientos apropiados se incrementó significativamente en todos los tópicos evaluados, con excepción del conocimiento sobre alimentos cariogénico; el porcentaje de individuos con actitudes favorables también se incrementó significativamente entre la evaluación inicial y final. Finalmente, el porcentaje de individuos con prácticas saludables aumentó significativamente en todos los tópicos evaluados, excepto en el consumo de alimentos azucarados entre comidas y el cepillado nocturno. Los presentes resultados indican que la intervención comunitaria descrita impactó favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los pobladores evaluados. Sin embargo, futuros estudios son recomendados, con mayor tiempo de seguimiento, a fin de corroborar los resultados obtenidos.

Durante el tiempo de investigación los resultados son alentadores donde la muestra estudiada cambió de hábitos en el cuidado de su higiene bucal por un tiempo de 18 meses.

- M. En la tesis doctoral de Legido Berta, percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal

Menciona la importancia de percepción de salud oral donde la mayoría de la población estudiada considera que su estado bucodental es bueno o regular (un 45,7 % y un 35,1%, respectivamente) y solo una minoría (1,1 %) lo percibe como

excelente. Existe que el aumento de la edad, el sexo masculino, el trabajo manual, el nivel de estudios y de ingresos menor, se relacionan con una peor percepción de salud bucodental. La mayoría de la población estudiada no refiere afectación de la calidad de vida por dolor o problemas bucodentales (el 76% y el 50%). Cuando lo refieren, se trata con más frecuencia de sujetos mayores, mujeres, trabajadores manuales y con menor nivel educativo y económico. La afectación en el trabajo por causa de patología bucodental, fue infrecuentemente referida. En cuanto a los hábitos de Higiene Oral La mayoría de la población del estudio (90,6%) refiere cepillarse los dientes una o más veces al día, mientras que solo el 20%, refiere utilizar habitualmente la seda o los cepillos interdentes, siendo los más jóvenes los que menos usan estos métodos. El 82% de la población de estudio refiere haber recibido instrucciones de cepillado, frente al 18% que dice no haber recibido ninguna información. La mayoría de los trabajadores (62%) refieren haber visitado al dentista entre los últimos 4 meses y 3 años y un 2,4 % no había ido nunca al dentista. El motivo de visita al dentista más frecuente fue una revisión o limpieza bucal (> 50%). La mayoría de la población (69%) no evita ir al dentista por miedo, aunque un 16% lo evita de forma regular o siempre, que son los trabajadores manuales en mayor medida.

- N. En la Tesis de Macahuachi Ruth y Mestanza Yeraldine. Se evidencia en dicho trabajo de investigación que la minoría de niños asiste a su centro de estudios aseados correctamente. Por la cual tiene como objetivos: Caracterizar, analizar y comprender los hábitos de higiene de los niños preescolares de un PRONOEI, antes y después de la acción, diseñando y ejecutando un programa educativo para la modificación de hábitos de higiene de los niños preescolares. Los datos recolectados fueron procesados con la

técnica de análisis de contenido que generaron categorías en la pre acción: Considerando finalmente que los niños de cinco años del PRONOEI en un primer momento tienen deficiencias al realizar los hábitos de higiene, luego de la acción estos hábitos son modificados gracias al trabajo conjunto de investigadoras, preescolares, madres y promotora.

Trabajo de investigación muy importante en el que se logra evidenciar de la importancia de generar cambios de hábitos desde muy pequeños, pero con la condición de que dicha enseñanza y ejemplo sea constante, y es así, que la mayoría de niños aprende convirtiéndose en una constante para el futuro. De la misma manera se debe generar dichos cambios de hábitos, pero con el trabajo articulado de padres de familia, docentes y personal de salud.

O. En la tesis de Villarreal Lizbeth.

En la cual evaluó el impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en la institución de beneficencia pública “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” año 2011. Se evaluó a 177 adultos mayores entre 60 a 99 años. El estudio fue de corte transversal, se registró edad, sexo, estado civil y grado de instrucción. Se empleó el cuestionario OHIP-14. En la cual se encontró diferencias significativas entre grado de instrucción y el OHIP-14 (0.02). Asimismo, correlación mínima entre CPOD y el OHIP-14 (0.04). Se concluye que el grado de instrucción influye en la percepción de la calidad de vida y la experiencia de caries tuvo un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal.

De la misma manera se logra evidenciar la relación entre el grado de instrucción y la percepción en calidad de la buena salud

bucodental, de ahí la importancia de generar conciencia de los cambios de hábitos en la higiene bucal y que esto se practique en todas las etapas de vida y que debe ser normadas por políticas de salud de forma más estricta.

- P. En el trabajo de investigación de Padilla María del Rosario Se tuvo como objetivo determinar los niveles de conocimientos y actitudes de la salud bucal en Padres de Familia atendidos en el Puesto de Salud Laraos, Cañete - Yauyos. 2017. El trabajo de investigación se caracteriza por ser sustantiva, descriptiva, con diseño no experimental. La población es de 120 individuos encuestados. El análisis de los datos que se empleo fue estadística descriptiva y para la prueba de hipótesis se empleó la prueba no paramétrica de Rho Spearman a un nivel de significación de 0.05. Los conocimientos y las conductas de salud bucal de los padres de familia atendidos en el Puesto De Salud, Cañete - Yauyos 2017 se relacionan moderadamente ($r=0,722$). También influyen relación directa y positiva con promoción de la salud bucal y las conductas ($r=0,766$). Se obtuvo también relación directa con prevención de salud bucal y las conductas de los padres de familia ($r=0,802$). Finalmente existe relación con rehabilitación oral y las conductas salud bucal mostrando ($r=0,814$).

Por otro lado, es necesaria esta información para el estudio porque hace hincapié para el desarrollo de la política pública considerando a este sector de población, y sus necesidades.

2.1.2. Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema.

A. Morbilidad

Para la OMS 2019, se entiende por morbilidad la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

En el ASIS 2012, afirma que, durante el año 2011, en nuestro país, las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron el primer grupo de enfermedades por las cuales la población peruana acudió a la consulta externa (38,7%) en los establecimientos del Ministerio de Salud. Le siguen las enfermedades dentales y de sus estructuras

de sostén (10,5%), que durante el año 2009 ocuparon el tercer lugar con 9,1%. Las enfermedades de la piel, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo alcanzaron 9,7% y se ubicaron en el tercer lugar, al igual que en el año 2009.

Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio; las enfermedades dentales y de sus estructuras de sostén, así como las enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales han mostrado un incremento entre los años 2009 y 2011, a diferencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias que decrecen en este mismo período.

A nivel Nacional:

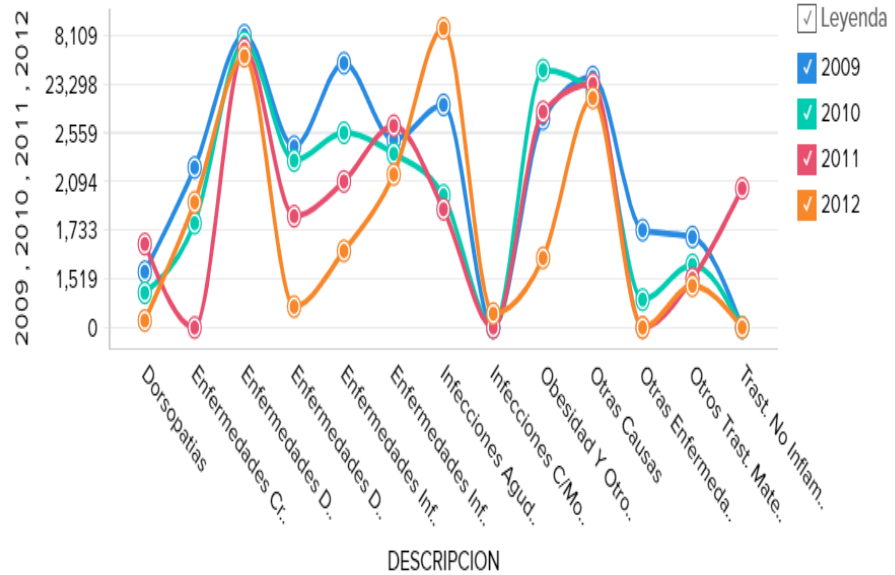


Figura 9. Gráficos 10 primeras causas de Morbilidad MINSA.
Fuente: Copyright Portal de Transparencia MINSA.

	DESCRIPCION	2009	2010	2011	2012
1	Dorsopatias	1,562	1,437	1,713	1,127
2	Enfermedades Crónicas De Vías Respiratorias In	2,189	1,759	0	1414
3	Enfermedades De La Cavityad Bucal	8,109	7,463	7,295	5,923
4	Enfermedades Del Esófago	2,358	2,192	1,835	1,292
5	Enfermedades Infecciosas Intestinales	3,346	2,559	2,094	1,705
6	Enfermedades Inflamatorias	2,517	2,344	2,851	2,113

Figura 10. Tabla 10 primeras causas de Morbilidad MINSA.
Fuente: Copyright Portal de Transparencia MINSA.

A nivel Regional:

Tabla 6

10 Causas de Morbilidades Red Jauja –2016, 2017 y 2018

Código	Morbilidad	2016	2017	2018	Total
K02.1	Caries de la dentina	16,934	13,626	12,314	42,874
J029	Faringitis aguda, no específica	6,911	6.960	7,778	21,649
J069	Infección de las vías respiratorias superiores, no especificadas	10,320	3,016	7,050	20,386
E660	Sobrepeso	5,810	5,306	5,737	16,853
J00X	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	5,097	4,341	5.069	14,507
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	4,127	4,184	4,724	13,035
A64X9	Síndrome de flujo vaginal	4,296	4,373	3.623	12,292
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3,194	3,016	3,153	9,363
K297	Gastritis, no especificada	2,871	2,888	2,944	8,703
M545	Lumbago no especificado	2,321	2,486	2,400	7,207

Fuente: Unid. Estadística, Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

Tabla 7

10 Causas de Morbilidades en la IPRESS Ricrán –2016, 2017 y 2018

Código	Morbilidad	2016	2017	2018	Total
K02.1	Caries de la dentina	162	181	116	459
E46X	Desnutrición proteico-calórica no especificada	34	107	107	248
J069	Infección de las vías respiratorias superiores, no especificadas	115	122	82	319
K041	Necrosis de la pulpa	111	94	81	315
J00X	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	39	90	77	206
E660	Sobrepeso	64	57	75	196
M545	Lumbago no especificado	27	45	53	125
J039	Amigdalitis aguda	139	106	39	284
E785	Hiperlipidemia no especificada	2	0	36	38
A09X	Infecciones intestinales debidas a otros organismos sin especificar	7	23	33	63

Fuente: Unid. Estadística, Hospital Domingo Olavegoya – Jauja. Indicadores de Morbilidad:

Para la OPS, 2020 menciona que los indicadores de morbilidad tienen la finalidad de medir la ocurrencia de enfermedades, lesiones y discapacidades en las poblaciones.

Estos indicadores pueden expresarse al medir la incidencia o la prevalencia. Para calcular las tasas de morbilidad es necesario recurrir a la observación directa (con encuestas y otras investigaciones), la notificación de los eventos en los sistemas de vigilancia y notificación de enfermedades en los sistemas ambulatorios, hospitalarios o registros específicos, entre otros.

Así mismo, Diversos factores pueden afectar la exactitud de la medición de estos eventos de morbilidad, entre los cuales se encuentran:

- **La calidad de los datos:** La falta de calidad de los datos hace difícil interpretar y comparar datos de diferentes zonas de un país o de distintos países. La calidad de los datos se ve comprometida, entre otras cosas, por la diversidad de fuentes de datos sobre morbilidad, como los sistemas de vigilancia, los registros ordinarios de los hospitales (públicos y privados) sobre pacientes internados y pacientes ambulatorios, así como las encuestas elaboradas por instituciones nacionales y las investigaciones efectuadas por grupos académicos.
- **La validez de los instrumentos de medición:** La exactitud de las pruebas de diagnóstico médico (probabilidad de error de los diagnósticos, como falsos positivos y falsos negativos) y la validez de los instrumentos de recopilación de datos usados en las encuestas, así como la cobertura y la calidad de los sistemas de información utilizados, pueden comprometer la validez de los instrumentos de medición. El

uso de pruebas de diagnóstico más precisas puede alterar sobremanera la determinación de casos (incidentes o prevalentes) y generar falsas alteraciones en las tendencias temporales de esos indicadores.

- **La gravedad de la enfermedad:** El espectro de la enfermedad afecta la probabilidad de diagnóstico y la notificación del evento. Una enfermedad puede manifestarse con distintos grados de gravedad, resultando en internación (información capturada) o no (información no capturada). También puede ocurrir más de una vez en la vida, lo que puede determinar la contabilización de varios eventos a una misma persona.
- **Normas culturales:** La percepción cultural afecta los comportamientos de búsqueda de salud y la manera en que los familiares detectan y enfrentan las diferentes enfermedades.
- **Confidencialidad:** El deseo de confidencialidad por parte de los pacientes y la omisión de eventos en las notificaciones (por ejemplo, casos de infección por el VIH, abortos ilegales) pueden afectar la exactitud de los datos.
- **Sistemas de información de salud:** La existencia o la ausencia de sistemas de información de salud en capacidad de generar datos confiables procedentes de hospitales, centros ambulatorios, registros de enfermedades de notificación obligatoria, registros de pacientes con cáncer y otras fuentes de datos también pueden afectar la exactitud de los datos.

B. Discapacidad

Para la OMS 2019 la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Para la OPS 2006 con respecto a discapacidad:

A lo largo del desarrollo de la humanidad, y tal vez como consecuencia del mismo, las ideas sobre las personas con discapacidad se han modificado sustancialmente. Las tradiciones y creencias han jugado un papel importante, así como el avance de las ciencias en sus distintas expresiones, al mismo tiempo que se enriquecieron los enfoques de intervención.

Si bien desde 1919, después de la Primera Guerra Mundial, se establecieron los principios de la rehabilitación médica, recién a fines de la Segunda Guerra Mundial se empezaron a desarrollar sus actividades tal como las conocemos en la actualidad. En esa época, el programa que inició el doctor Howard Rusk en un centro de convalecientes de guerra en Missouri, Estados Unidos de América, dio origen a un movimiento panamericano enfocado en la concepción funcional del tratamiento médico.

En 1974, la UNESCO planteó que el proceso de rehabilitación transita por cinco etapas, que se interrelacionan con el grado de desarrollo y el estado socioeconómico de los pueblos:

- 1) Etapa filantrópica. La idea predominante es la enfermedad y se habla de invalidez, considerada como una característica constante del individuo.
- 2) Etapa de asistencia social. Se caracteriza por la ayuda al lisiado con carencias.
- 3) Etapa de los derechos fundamentales. Coincide con el establecimiento de los derechos universales. Surge el concepto de discapacidad.
- 4) Etapa de la igualdad de oportunidades. Se pone en evidencia la relación entre la persona y el medio. Aparece el concepto de desventaja.
- 5) Etapa del derecho a la integración. Los avances sociológicos, así como la democratización política y del conocimiento, amplían el concepto de desventaja y determinan la incorporación del derecho a la integración y la participación.

Estas cinco etapas no son excluyentes y pueden coexistir en un mismo país en zonas diferentes. En los países en desarrollo es común encontrar un verdadero mosaico de situaciones.

En el congreso de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación realizado en 1979, Amate, Escudero y Greppi presentaron un trabajo en el que relacionaron los criterios de multicausalidad con esas etapas y con las características de distintos tipos de sociedades, de acuerdo con Fermi. La aparición de los trabajos de Wood, de la Universidad de Manchester, Inglaterra, dieron origen a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la

Organización Mundial de la Salud, que marcó un hito al enfatizar los distintos momentos de un proceso que puede alterar las funciones de la persona y la influencia que sobre ella ejerce el ámbito social. Aunque la Clasificación no se usó en la medida esperada, sus ideas y conceptos tuvieron una enorme preponderancia.

La CIDDM describe las consecuencias de la enfermedad en forma lineal y supone una progresión desde el daño a la salud hasta la deficiencia, discapacidad, minusvalía o desventaja. Sin embargo, el proceso no siempre es lineal; por ejemplo, la internación prolongada puede originar deficiencias físicas, mentales y sociales. En otras palabras, las consecuencias de una enfermedad no se pueden predecir con certeza.

En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual, en lugar de proponer una progresión lineal, ofrece la descripción de todos los componentes funcionales y la compleja interrelación entre los factores involucrados en la discapacidad; en la nueva terminología se mantienen los componentes del proceso y los momentos determinados en la edición anterior, pero se enfatizan los aspectos relacionados con el medio.

En julio de 2001, el Instituto Interamericano del Niño de la Organización de Estados Americanos (OEA) publicó un trabajo en el que se plantea la evolución del concepto de discapacidad desde el siglo XVII, según los siguientes modelos.

- Modelo preformista o negativista

Es el que prevalece hasta el siglo XVII. Antes de la Revolución Francesa se pensaba que las deficiencias se preformaban en el momento de la concepción o eran el resultado de designios de fuerzas divinas. Según las distintas culturas, las personas con discapacidades eran segregadas, perseguidas o institucionalizadas en forma permanente. Se practicaba la eugenesia o, en otros casos, se reverenciaba o deificaba a quienes tenían estos “estigmas”.

- Modelo predeterminado médico

Se extiende desde el siglo XVII hasta fines del siglo XIX. Se consideraba que las discapacidades tenían origen biomédico. En esa época, quienes no podían ser curados se institucionalizaban en establecimientos donde se atendía a individuos con cualquier tipo de discapacidad. Las órdenes religiosas eran las que primordialmente se ocupaban de estas personas.

- Modelo determinista funcional

Se extiende desde fines del siglo XIX hasta fines del decenio de 1980. Se desarrolla el criterio de rehabilitación y de educación especial Modelo interaccionista o estructuralista. Comienza a desarrollarse el concepto de desventaja y a enfatizarse los factores

ambientales. En este período se implanta la normalización en la educación. Se reconoce el valor de la prevención para eliminar las barreras físicas y estructurales.

- Modelo inclusivo de los derechos humanos

Se reconoce que los derechos humanos son fundamentales y se los incluye en la ejecución de programas.

Cerrón (2018) manifiesta:

La minusvalía, definida como una situación de desventaja, que experimentan personas con discapacidad y deterioro que no desean o no puedan cumplir con las expectativas de la sociedad o los grupos sociales a los que pertenecen”. Por ejemplo, una persona, por una incapacidad que no le permite comunicarse claramente; experimenta problemas a la hora de encontrar trabajo.

- **Limitación Funcional:** Se considera a cualquiera de las limitaciones o falta de “habilidad para realizar una actividad, que resulta de un impedimento de la manera o en el rango considerado normal para un ser humano”; como la incomodidad para pronunciar algunas palabras o sensación de pérdida del gusto “debido a dificultades con los dientes, boca o prótesis dentales: por último, el problema para pronunciar las palabras.
- **Dolor Físico:** Es una sensación desagradable en los dientes que generalmente es una señal de alarma con respecto a la integridad del organismo. La incomodidad dolorosa en la boca al comer, debido a problemas con los dientes, boca o prótesis dentales. Molestias dolorosas, incomodidad al comer algún alimento.
- **Molestias Sicológicas:** Perturbación del bienestar material del cuerpo o de la tranquilidad del ánimo, causada por una fatiga, daño, fastidio, etc., como la preocupación y/o nerviosismo, debido a problemas con los dientes, boca o prótesis dentales. Preocupación o estrés.
- **Incapacidad Física:** La pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo. Las causas pueden ser varias, pero en este caso están relacionadas con enfermedades congénitas o

adquiridas, o por lesiones en la anatomía y la función de un órgano miembro o sentido; que ocasiona una dieta poco satisfactoria y/o interrupción de comidas debido a problemas con los dientes, boca o prótesis dentales. Dieta insatisfactoria, interrupción de comidas.

- **Incapacidad Sicológica:** Disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. Dificultad para relajarse o perturbación frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
- **Incapacidad Social:** Problema social, creado básicamente como una cuestión de inclusión completa de los individuos en la sociedad; que genera Irritabilidad con otras personas o dificultad de realizar trabajos cotidianos debido al dolor de sus dientes, boca o prótesis dentales. Irritabilidad, dificultad para actividades cotidianas.
- **Desventaja o Minusvalía:** es el resultante de un obstáculo que impide o limita llevar a cabo sus actividades de manera normal.

También se mide en las personas, en función al sexo, edad, y factores culturales y sociales. Sentimiento de que la vida en general, es menos satisfactoria y/o sentimiento de total incapacidad para funcionar al problema con los dientes, boca o prótesis dentales. Vida insatisfactoria incapacidad para actividades diarias.

C. Patología

Para Rodríguez (2020)

El término patología, sinónimo de anatomía patológica, tiene dos raíces, la palabra deriva del griego pathos y logos, que significan “enfermedad” y “estudio de”, respectivamente. La enfermedad es un estado anormal de la vida y la anatomía patológica, es el campo

de la medicina que trata de conocer y explicar, con base racional, las condiciones bajo las que se da, sustentándose en el estudio de todos sus aspectos: las causas, los mecanismos de producción o patogénesis, los cambios estructurales en células, tejidos y órganos y las consecuencias funcionales de dichos cambios, expresados como síntomas y signos.

La universidad Nacional Autónoma de México (2020), describe:

La Patología Bucal es una especialidad odontológica fundamentada en la Anatomía Patológica y la Medicina Interna encargada de estudiar la etiología, mecanismos fisiopatológicos y las consecuencias de las enfermedades que se desarrollan y manifiestan en la región bucal y maxilofacial, siendo la base para el tratamiento y manejo de las mismas.

Las competencias del Patólogo Bucal en el campo médico-odontológico incluyen el trabajo multidisciplinario en:

- Diagnóstico clínico de enfermedades de cabeza y cuello.
- Diagnóstico imagenológico con base en interpretación de los distintos métodos imagenológicos básicos y especializados (Radiografías convencionales, tomografías, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones etc.)
- Diagnóstico citológico (métodos mínimamente invasivos).
- Diagnóstico macroscópico e histopatológico (Patología Quirúrgica).
- Diagnóstico con métodos bioquímicos y moleculares. (hístoquímica, Inmunohistoquímica y PCR).
- Manejo quirúrgico de tejidos blandos con fines terapéuticos y diagnósticos de lesiones de naturaleza reactiva y potencialmente cancerizables de cavidad bucal.

- Manejo farmacológico de enfermedades de naturaleza infecciosa y autoinmune (Medicina Bucal).
- Inducción al método científico, en las áreas clínicas y biología molecular.
- Docencia en el campo disciplinario.

Siendo así una de las patologías más prevalentes en nuestro territorio nacional es caries dental, a continuación, se muestra un panorama de dicha patología como ejemplo.

A nivel Latinoamericano:

La asociación latinoamericana de Odontopediatria (2014) manifiesta:

La caries dental es considerada un problema de salud pública debido a las altas prevalencias reportadas a nivel mundial. El objetivo del presente texto es dar a conocer algunos datos relacionados a la epidemiología de la caries dental y las estrategias desarrolladas para su control en algunos países de Latinoamérica.

Actualmente, existe gran preocupación por la prevención y control de la caries dental en la mayoría de los países Latinoamericanos, existiendo estrategias que cuentan con el apoyo de los Gobiernos de Estado, Ministerios de Salud, así como de empresas privadas, sin embargo, algunos de estos programas no están siguiendo un programa de vigilancia y control que puedan evaluar su efectividad.

Con la información ofrecida, podemos concluir que aún existe una considerable prevalencia de caries dental en Latinoamérica, siendo que se observa un aumento en su prevalencia a diferencia de otros

continentes, por lo que se sugiere elaborar, ejecutar, implementar, vigilar y controlar la efectividad de programas preventivos de salud oral, especialmente en grupos con vulnerabilidad social.

Cabrera (2015) asevera:

En el Perú, según el último reporte oficial ofrecido por Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el 2005. Los resultados mostraron como promedio 90% de prevalencia de caries dental en la población escolar. La prevalencia en el área urbana fue 90,6% y en el rural 88,7%. El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceo-d/ CPO-D) a nivel nacional fue de 5.84 y el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición permanente para la edad de 12 años (CPO-D-12) a nivel nacional fue 3.67 (IC95%: 3,37-3,97). Dichos datos fueron obtenidos de un trabajo realizado con un tamaño de muestra de 7730 escolares de los 24 departamentos del Perú. Los examinadores fueron capacitados y calibrados, según los criterios de la OMS.

Existen otros reportes relacionados a la prevalencia de caries dental publicados, sin embargo, estos trabajos fueron realizados con falta de rigurosidad metodológica, en poblaciones específicas y por lo tanto con tamaño de muestra no representativa de la población total.

Sobre las estrategias de salud pública adoptadas por el MINSA, se pueden mencionar: actividades preventivas y promocionales y la fluorización de la sal, donde la normativa indica un contenido de 200 ppm F en su composición. Sin embargo, el gran problema es que estas medidas no poseen ningún programa de seguimiento y control, por ejemplo: la sal fluorada no se encuentra distribuida en todos los departamentos del Perú y la composición de algunas de

ellas no respeta la normativa de 200 ppmF en su composición. Actualmente, se está realizando un ensayo clínico en una población, donde se está incorporando el xilitol en la leche para la prevención de la caries dental en niños escolares de 4 a 8 años de edad. En base a la información relacionada a la epidemiología de la caries dental en el Perú, se sugiere el establecimiento de sistema de vigilancia epidemiológica y la identificación de intervenciones preventivas eficientes.

D. Sistema Estomatognático o Cavidad Oral:

Mizraji (2012) describe:

El sistema estomatognático, del griego stoma: boca y gnathos: mandíbula, llamado también aparato masticador se refiere a las estructuras de la boca y de los maxilares vinculados anatómicamente y funcionalmente. Se ha realizado una revisión de la bibliografía disponible tratando de establecer cuándo se usó por primera vez el término sistema estomatognático. Se ha observado que se usa por primera vez en la década de 1950 en la literatura estadounidense. Se revisan las distintas etapas históricas en relación con las metodologías

que se han utilizado para investigar las distintas funciones del Sistema Estomatognático.

Se analiza el término “sistema”, a la vez que se intenta definir el concepto de “componente fisiológico básico” del Sistema Estomatognático. Este sistema interviene básicamente en la masticación, deglución y fonación de la palabra.

Corresponde al conjunto de órganos encargados de las funciones de respiración, succión, deglución, habla y fonación. Los órganos que lo componen son: Óseos: cráneo, huesos de la cara, hueso

hioides, laringe, maxilar superior, mandíbula, paladar óseo. Músculos: músculos masticatorios, músculos de la expresión facial, músculos de la lengua, músculos del velo del paladar, músculos de la faringe y músculos del cuello. (Mallma Huamaní, 2012)

1. Evolución del concepto del sistema estomatognático

Para Morris & et.al. -La evolución del conocimiento del aparato masticador está muy vinculada al avance de los conocimientos sobre la función oclusal. La historia y la evolución del concepto de oclusión tiene tres grandes períodos: la era primitiva, la era de Bonwill (1850 a 1890) y el período del renacimiento desde 1890 hasta 1925 (Washburn, 1925). Es a partir de esta fecha que comienza el estudio del sistema masticador con el advenimiento de técnicas novedosas.

- Era Primitiva:

Se extiende desde el período de Hipócrates hasta mediados del siglo XIX. Durante este período no se realizaron investigaciones científicas ni búsquedas sobre la anatomía ni fisiología de la oclusión. Según Washburn (1925) “el maravilloso trabajo de la naturaleza en el diseño de los maxilares y todas las partes anatómicas asociadas, no tenían mayor significado para las personas vinculadas al trabajo en esta área”. Las primeras descripciones del aparato eran esencialmente estáticas, como por ejemplo disecciones anatómicas en cadáveres o röntgenografías (Hildebrand, 1931; Jankelson et al, 1953).

- Era de Bonwill:

Comienza en 1850 con los estudios sobre la oclusión humana. Sus conceptos permanecieron incuestionados

durante 40 años. Bonwill fue el primero en aplicar criterios y principios matemáticos a la oclusión; su primera figura geométrica fue un triángulo equilátero sobre la mandíbula, de 4 pulgadas de lado (10.16 cm), que unía a ambos cóndilos y cada uno de ellos con el centro mandibular. Este triángulo representaba la base de la odontología protética y la llave de la reconstrucción oclusal. Con la forma triangular de la mandíbula se perseguía el objetivo de lograr máximos contactos dentarios en premolares y molares en relación céntrica ligamentaria o retruida forzada, a la vez que las zonas anteriores contactaban en el movimiento de lateralidad homolateral. Bonwill fue el primero en llamar la atención sobre la relación de la altura cuspídea y la sobremordida anterior. Describió el mecanismo de la masticación y diseñó un aparato contemplando esta función. Bonwill inventó el articulador dental. Los cóndilos se movían sólo en el plano horizontal, lo cual llevó a errores conceptuales en el diseño de la oclusión ya que inexorablemente el plano oclusal era horizontal, lo que determinaba una oclusión balanceada. Ningún investigador durante 40 años describió que la oclusión en el ser humano no era balanceada.

- Era del Renacimiento:
Comienza en 1890 y se extiende hasta 1925. El doctor Walker de Estados Unidos fue un gran estudioso de la oclusión y el primero que describió el movimiento hacia adelante y abajo del cóndilo mandibular, dejando en evidencia los errores conceptuales de Bonwill referidos

al movimiento condilar horizontal (Walker W, 1896 referido por Washburn).

En la década de 1920 la descripción de un tipo de enfermedad periodontal producido o agravado por alteraciones de la oclusión dentaria, llevó a los periodoncistas al estudio profundo de las íntimas relaciones existentes entre la oclusión dentaria y las estructuras de soporte. Se comienza a ver algo más que el simple diente. Surge el concepto de “odontón”, es decir la unidad biológica del diente con sus estructuras de soporte (Beshnilian, 1974). La escasez de conocimientos sobre la función, tanto normal como patológica de la oclusión, impuso la necesidad de buscar procedimientos que permitieran investigar más profundamente estos problemas

E. Factores Etiológicos Moduladores:

Cada uno de los conceptos revisados a continuación son importantes y están considerados para el desarrollo de la enfermedad, sin embargo, individualmente no son lo suficientemente capaces para producir patología por ello es necesario la intervención de otros factores.

- Tiempo y Edad: “En este contexto, el tiempo resulta determinante puesto que si los factores etiológicos interactúan durante más tiempo habrá oportunidad para que ocurran los fenómenos de desmineralización, mientras que si la interacción durase menos, dichos fenómenos no alcanzarían a producirse. También la edad está vinculada al desarrollo de

caries, especialmente en relación con el tipo de tejido atacado” (Cueva C., 2009; pág.27)

- Estado de Salud General: “Factores sobre el estado de salud de las personas, pueden influir en el desarrollo de la caries, como el largo uso de medicamentos líquidos azucarados o medicamentos que pueden ocasionar una reducción del flujo salival (antidepresivos, antipsicóticos, tranquilizantes, etc.)” (Cueva C., 2009; pág.27)
- Uso de Fluor: El flúor es el factor señalado científicamente como el responsable de la disminución de los índices de caries dental a nivel mundial, independientemente del grado de industrialización de cada país. Posee la capacidad de modificar al huésped, en ciertas concentraciones a los microorganismos, y por consiguiente ser un modificador de la caries dental.¹⁵ Los fluoruros inhiben la desmineralización, fomentan la re mineralización, elevan el pH y ejercen una acción antibacteriana. Una cantidad apropiada de flúor ayuda a prevenir y controlar las caries. El flúor se puede suministrar de manera sistemática mediante el agua fluorada de consumo público, otras bebidas con flúor o suplementos. Asimismo, se puede aportar de manera tópica, directamente en la superficie de los dientes mediante dentífricos, enjuagues bucales u otros. (Cueva C., 2009; pág.28)
- Grado de Instrucción y Nivel Socioeconómico: Factores como el nivel de educación y ocupación de los padres, mostraron estar relacionados a la prevalencia de caries dental. Esto se puede explicar por el bajo nivel de conocimientos en prevención y las inadecuadas políticas de servicio de salud que poseen los individuos pertenecientes a los niveles socioeconómicos desfavorecidos. Además, pueden influir

indirectamente en los hábitos dietéticos, de higiene oral y actitudes hacia el cuidado dental. (Cueva C., 2009; pág.28)

- **Experiencia Pasada de Caries:** Para predecir el desarrollo de caries dental en los primeros molares permanentes, uno debería medir el daño hecho a los molares primarios, y una vez que los molares permanentes hayan erupcionado, su anatomía oclusal se convierte en un buen predictor del desarrollo de caries, y después de ser obturadas, las superficies lisas se convierten en los mejores predictores. (Cueva C., 2009; pág.29)
- **VARIABLES DE COMPORTAMIENTO:** Aquellas acciones individualizadas de carácter voluntario, relacionadas con los usos y costumbres culturales inherentes a cada individuo, también intervienen en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Entre ellas, son especialmente importantes las concernientes al cuidado de la salud bucal tales como: cepillado, uso de hilo dental, frecuencia de visita al dentista y los hábitos dietéticos como frecuencia del consumo de azúcares. Respecto a este último, se ha demostrado que si el paciente presenta una muy buena higiene oral y una alta frecuencia de consumo de azúcares fallaría en el desarrollo de la caries dental. (Cueva C., 2009; pág.29)

F. Higiene Bucal

Para Rodríguez (2002), menciona que las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes faltantes y mal oclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa

diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal es innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades bucales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida.

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquellas.

La higiene bucal constituye un pilar importante para eliminar la placa bacteriana y prevenir la caries y las enfermedades periodontales. Por esa razón se recomienda usar los siguientes métodos los cuales ayudaran a eliminarlas: Cepillado de dientes, encía y lengua, uso de medios auxiliares, hilo dental, cepillos interdetales, pasta dental, enjuague bucal, etc. Cepillado dental: Nos permite obtener el control mecánico de la placa bacteriana adherido sobre las estructuras dentarias, la encía y la lengua y tiene como objetivo: Eliminar y evitar la formación de placa bacteriana, limpiar la superficie de las piezas dentales que tengan restos de alimentos, estimular los tejidos gingivales, aporte de flúor al medio bucal por medio de la pasta dental. Hilo dental: Su uso es fundamental, así como el uso del cepillo. La seda nos garantiza la remoción de restos de comida donde el cepillo no tiene acceso como los lugares interproximales, algunos estudios demuestran que la asociación del cepillo y la seda remueven un 26% más de placa que el uso solo del cepillo. Enjuagues bucales: Existen dos tipos los fluorados y cuya actividad es principalmente anti-cariogénico, y los de

contenido agente antiséptico para combatir a las bacterias u hongos que causan enfermedades orales. Pero ninguno de estos dos tipos está hecho para sustituir al cepillado dental ni al hilo dental; sino son un complemento para disminuir la placa usándose después de la higiene bucal como se mencionó. (Vargas,2018, pág. 35)

G. Caries Dental

Es una enfermedad crónica, infecciosa, multifactorial y transmisible, muy prevalente durante la infancia. Esta enfermedad por su magnitud y trascendencia constituye un importante problema de salud pública. Generalmente aparecen desde niños y en adultos jóvenes, pero afectar a cualquier persona. (Vargas 2018, pág. 35)

La OMS (2012) la define como “proceso patológico localizado, de origen externo, que puede iniciarse después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro de los dientes y que evoluciona hasta la formación de la cavidad”.

En 1960, Paul Keyes estableció que la etiología de la caries dental estaba conformada por tres agentes (Huésped, Microorganismos y Dieta) los cuales deben interactuar entre sí. Estos llevan el nombre de factores básicos, primarios o principales.

El concepto anteriormente mencionado fue resumido en un gráfico llamado “Triada de Keyes.

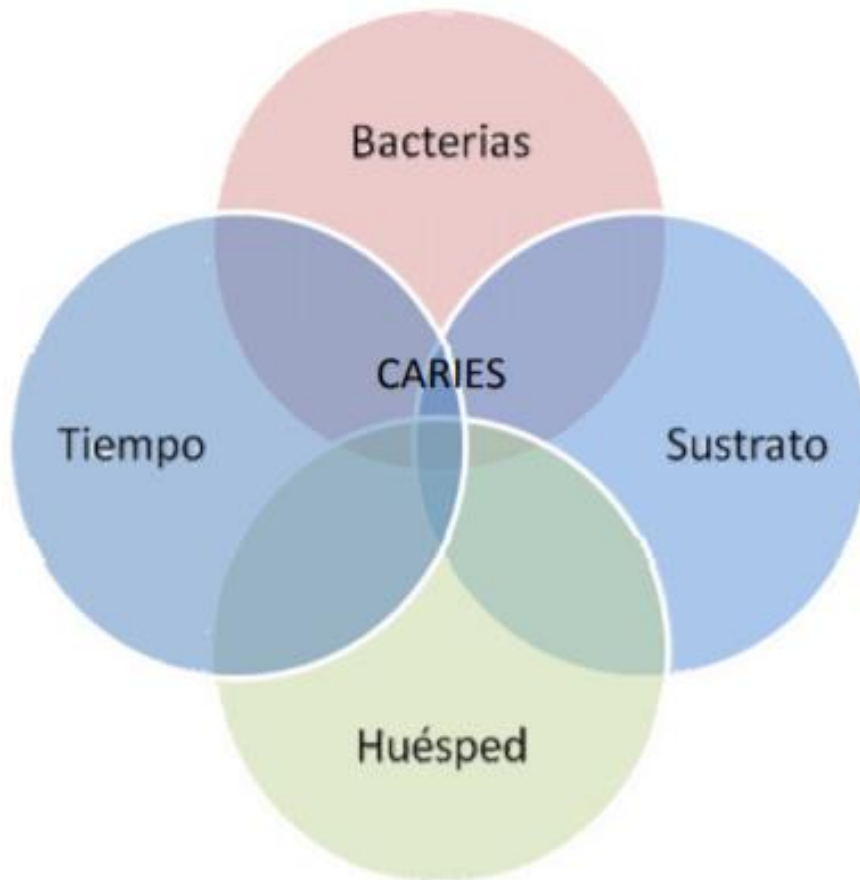


Figura 11. Gráfico de la triada de Keyes modificado por Newbrun.

Fuente: Copyright Susana Reyes Valdivia 2009.

Consecuencias de la caries:

Como sabemos que la caries es una enfermedad muy común pues esto nos pueden traer serias complicaciones como halitosis, contagio de caries a las piezas vecinas, destrucción coronal, lesión de la pulpa dentaria, perdida de la corona, reabsorción radicular, fistulas, reabsorción ósea y perdida de las piezas dentales, trae como consecuencias serias complicaciones como la mala oclusión dental (Pacheco 2017, 19)

Los factores de riesgo para la caries de la infancia temprana pueden ser: la placa bacteriana, los malos hábitos de higiene bucal, la temprana adquisición y colonización de *Streptococos mutans*, el flujo y calidad de la saliva del niño (PH), el momento de erupción de los dientes, las alteraciones estructurales de los tejidos duros, la presencia de flúor en el medio oral, tipo de ingesta, frecuencia de consumo de alimentos cariogénico, alimentación nocturna, lactancia materna a libre demanda durante la noche pasado el primer año de vida entre otros, son factores de riesgo asociados a la enfermedad.

La morfología del diente (fisuras profundas), la forma del arco (apiñamiento, mal posición dentaria), la estructura y composición del diente (superficie de esmalte sin varillas, esmalte inmaduro), son factores de la caries, además la saliva tiene una composición que se comporta como elemento protector en la aparición de la caries; pero para la hidroxiapatita existe un pH crítico entre 5.2-5.5 y para la fluorapatita un pH de 4.5 y por debajo de esto se inicia la pérdida de mineral en la superficie del esmalte.

La Organización Mundial de la Salud (2012), definió:

El índice CPOD (Klein y Palmer) como el indicador de salud bucal de una población, mediante la identificación de dientes cariados, perdidos y obturados de acuerdo con el promedio obtenido, se establece una escala de severidad de la afección con cinco niveles en el CPOD/ceod poblacional:

Muy bajo 0.0 – 1.1

Bajo 1.2 – 2.6

Moderado 2.7 – 4.4

Alto 4.5 – 6.5.

Muy alto +6.6

INDICE ceo-d: Es el Índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal o primaria en 1944. Se obtiene de igual manera, pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados.

El índice ceo -d, se encuentra estandarizado internacionalmente y recomendado por la Organización Mundial de la Salud, para medir caries dental tanto en individuos como en grupos de población. De acuerdo al criterio de la OMS (1977) y como los presenta Bordoni, sus siglas tienen el siguiente significado:

c: Diente Primario Cariado

e: Diente primario con extracción indicada

o: Diente primario obturado

d: Diente primario como unidad dentaria

El Índice ceo -d de un grupo de niños será, el promedio total de dientes primarios cariados, con extracción indicada y obturados del grupo de niños al cual se aplique. Este índice no tiene componente "extraído", debido a que, por la exfoliación de los dientes primarios y la sustitución de los permanentes, sería muy difícil determinar si un diente está ausente por sustitución natural o por causa de caries dental.

El International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) o Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries, es un nuevo sistema internacional de detección y evaluación de caries. Su objetivo ha sido desarrollar un método fundamentalmente visual para la detección de la caries dental, en fase tan temprana como fuera posible, y además detectar la gravedad, evolución de la enfermedad (extensión de la lesión). Las siglas de ICDAS tienen un significado: la 'D' se refiere a la Detección de la caries dental por medio de: (a) estadio del proceso de caries, (b) topografía de la

lesión (fosas y fisuras o superficie lisa) y la (c) por el estado de la restauración o el sellante (si existiese). La 'A' se refiere a la evaluación del proceso de caries por estadio (no cavitada o cavitada) y la actividad de la lesión (activa o inactiva). Una importante finalidad para el desarrollo de ICDAS es la de proveer flexibilidad a los clínicos e investigadores para valorar el estadio del proceso de caries y otras características que requieran ser registradas para su investigación o práctica clínica.

Presencia de caries Dental y sus consecuencias clínicas		n	Impacto en la calidad de vida			Valor p
			%	Media	DE	
Caries Dental						
Masculino	Muy Baja severidad	2	4,00	1,00	1,41	<0,001*
	Moderada severidad	3	6,00	2,67	3,06	
	Alta severidad	9	18,00	15,11	10,97	
	Muy Alta severidad	36	80,00	29,92	7,21	
	Total	50	100	24,46	12,11	
Consecuencias clínicas de CD no tratada						
	Ausencia	8	16,00	1,25	2,12	
	Presencia	42	84,00	28,88	7,03	
Caries Dental						
Femenino	Muy Baja severidad	3	6,00	0,00	0,00	<0,001*
	Moderada severidad	2	4,00	0,00	0,00	
	Alta severidad	4	8,00	15,00	11,52	
	Muy Alta severidad	36	72,00	26,14	7,95	
	Total	45	100	22,24	11,52	
Consecuencias clínicas de CD no tratada						
	Ausencia	8	17,78	0,63	1,77	
	Presencia	37	82,22	26,92	5,94	

Figura 12. Presencia de caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de prescolares de la institución educativa N° 2051 “El Progreso” 2018.

Fuente: Copyright Morales Miranda Liz 2019.

H. Edentulismo:

Es la pérdida parcial, total o la ausencia de piezas dentales su origen puede ser adquirida como congénita. Los individuos con

edentulismo congénito total son manifestados por síndromes congénitos complicados, por otro lado, en los individuos edéntulos adquiridos se da durante el periodo de la vida, estas pérdidas dentarias son las más comunes y provienen de varias causas como las enfermedades periodontales, caries dental y traumatismos. Consecuencias del edentulismo parcial. Numerosas y variadas son las consecuencias de la pérdida parcial de las piezas dentarias naturales. La mayoría de los clínicos mencionan:

Alteraciones estéticas, disminución de la eficiencia de la masticación, inclinación, migración y rotación de los dientes que aún quedan, extrusión de dientes, pérdida del apoyo para los dientes, desviación mandibular, atrición dental, pérdida de la dimensión vertical, disfunción de la articulación temporomandibular, pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales, problemas periodontales, Problemas fonéticos.

Pérdida de dientes y la edad no hay duda que la existencia de la pérdida dental con la edad, hay una relación comprobada específica que cuanto va incrementado la edad más es la ausencia de dientes. Se ha observado que las pérdidas de los dientes son diferentes según las arcadas y que los primeros en perderse son de los maxilares que los mandibulares. De igual manera se observó las pérdidas diferencias entre las mismas arcadas donde los dientes posteriores son perdidos antes que los anteriores. Y es frecuente que los dientes que más tiempo permanecen en boca son los mandibulares anteriores principalmente el canino, también es común encontrar maxilares desdentados con la arcada mandibular contando con dientes anteriores.

Para tratar los problemas de pérdida de dientes y prótesis se maneja la corriente americana propuesta por el Dr. Edwar Kennedy

en 1925, quien propuso el método de clasificación de Kennedy, la cual pretende agrupar las arcadas parcialmente desdentadas para poder establecer un principio que facilite en diseño en cada situación, Kennedy dividió las arcadas parcialmente desdentadas en cuatro tipos básicos a los que les añadió sus modificaciones, esta clasificación de Kennedy es la siguiente:

Clase I:

Zona desdentada bilateral posterior.

Clase II:

Zona desdentada unilateral posterior.

Clase III:

Zona desdentada delimitada por dientes en anterior y posterior en una misma arcada.

Clase IV:

Zona desdentada única que involucra dientes anteriores (que atraviesa la línea media).

Una de las ventajas principales que ideó Kennedy es que permite identificar inmediatamente la arcada parcialmente desdentada y distingue fácilmente las prótesis dentosoportadas de las dentomucosoportadas.

Prótesis parcial removible, cumple la función de reemplazar dientes y estructuras colindantes en los pacientes edéntulos parciales a través de sustitutos artificiales los cuales son insertados y removidos con facilidad de la cavidad oral. La prótesis parcial removible debe cumplir adecuadamente las funciones de las estructuras reemplazadas, es un excelente medio para restaurar al edéntulo parcial. Para obtener éxito con estas estructuras

protésicas requiere de un examen clínico cuidadoso, con exámenes auxiliares, modelos de estudio montados en articulador en céntrica y adecuada dimensión vertical, estos modelos nos permiten ser analizados con el paralelizado, la oclusión, evidencias de desgaste, entre otros. Por lo tanto, al final se encuentre adecuado y disponible para que lo elabore el técnico dental. (Vargas,2018, pág. 37)

Edentulismo en la Costa:

	Dentado	Edéntulo Parcial Superior	Edéntulo Parcial Inferior	Edéntulo Parcial Bimaxilar	Edéntulo Total Sup y Parcial Inf	Edéntulo Total	p
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	
Edad							
18-31	31 (42,5)	7 (9,6)	18 (24,7)	16 (21,9)	0 (0,0)	1 (1,4)	
32-40	13 (23,2)	3 (5,4)	10 (17,9)	28 (50,0)	0 (0,0)	2 (3,6)	<0,01*
41-64	3 (7,7)	1 (2,6)	2 (5,1)	20 (51,3)	4 (10,3)	9 (23,1)	
Grado de Instrucción							
Primaria	10 (18,5)	0 (0,0)	11 (20,4)	24 (44,4)	2 (3,7)	7 (13,0)	
Secundaria	24 (30,8)	6 (7,7)	12 (15,4)	29 (37,2)	2 (2,6)	5 (6,4)	0,4*
Superior	13 (36,1)	5 (13,9)	7 (19,4)	11 (30,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total	47 (28,0)	11 (6,5)	30 (17,9)	64 (38,1)	4 (2,4)	12 (7,1)	

*: Chi cuadrado corregido por Yates.

Figura 13. Frecuencia del edentulismo por tipo de dentición, según edad y grado de instrucción en adultos de ámbito urbano marginal del AA. HH El Golfo de Ventanilla, Callao- Lima, 2014.

Fuente: Copyright Morales Miranda Liz 2019.

	Edéntulo Parcial Superior				p	Edéntulo Parcial Inferior				p
	I	II	III	IV		I	II	III	IV	
	N %	N %	N %	N %		N %	N %	N %	N %	
Edad										
18-31	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (9,6)	0 (0,0)		0 (0,0)	2 (2,7)	16 (22,0)	0 (0,0)	
32-40	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,6)	1 (1,8)	<0,01*	3 (5,4)	0 (0,0)	7 (12,5)	0 (0,0)	<0,01*
41-64	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	
Grado de Instrucción										
Primaria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		3 (5,6)	0 (0,0)	8 (14,8)	0 (0,0)	
Secundaria	1 (1,3)	0 (0,0)	4 (5,1)	1 (1,3)	0,65*	0 (0,0)	2 (2,6)	10 (12,8)	0 (0,0)	0,05*
Superior	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (13,9)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	7 (19,4)	0 (0,0)	
Total	1 (0,6)	0 (0,0)	9 (5,3)	1 (0,6)		3 (1,8)	2 (1,2)	25 (14,9)	0 (0,0)	

I: Áreas edéntulas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales (extensión distal bilateral).

II: Áreas edéntulas unilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales (extensión distal unilateral).

III: Áreas edéntulas unilaterales limitadas con dientes naturales anteriores y posteriores.

IV: Área edéntula única bilateral localizada anteriormente a los dientes naturales y atravesando la línea media.

*: Chi cuadrado corregido por Yates.

Figura 14. Frecuencia del edentulismo por tipo de dentición, según edad y grado de instrucción en adultos de ámbito urbano marginal del AA. HH El Golfo de Ventanilla, Callao- Lima, 2014.

Fuente: Copyright Morales Miranda Liz 2019.

Edentulismo en la Selva:

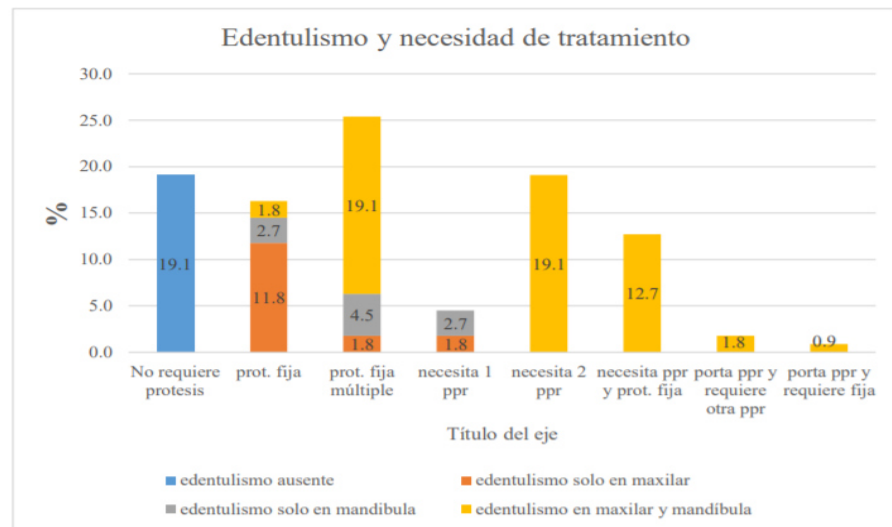


Figura 15. Frecuencia del edentulismo parcial y necesidad de tratamiento en los pacientes del laboratorio de la clínica estomatológica de la universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas-2018.

Fuente: Copyright Jeison Francisco Flores Dávila 2019.

Edentulismo en la Sierra:

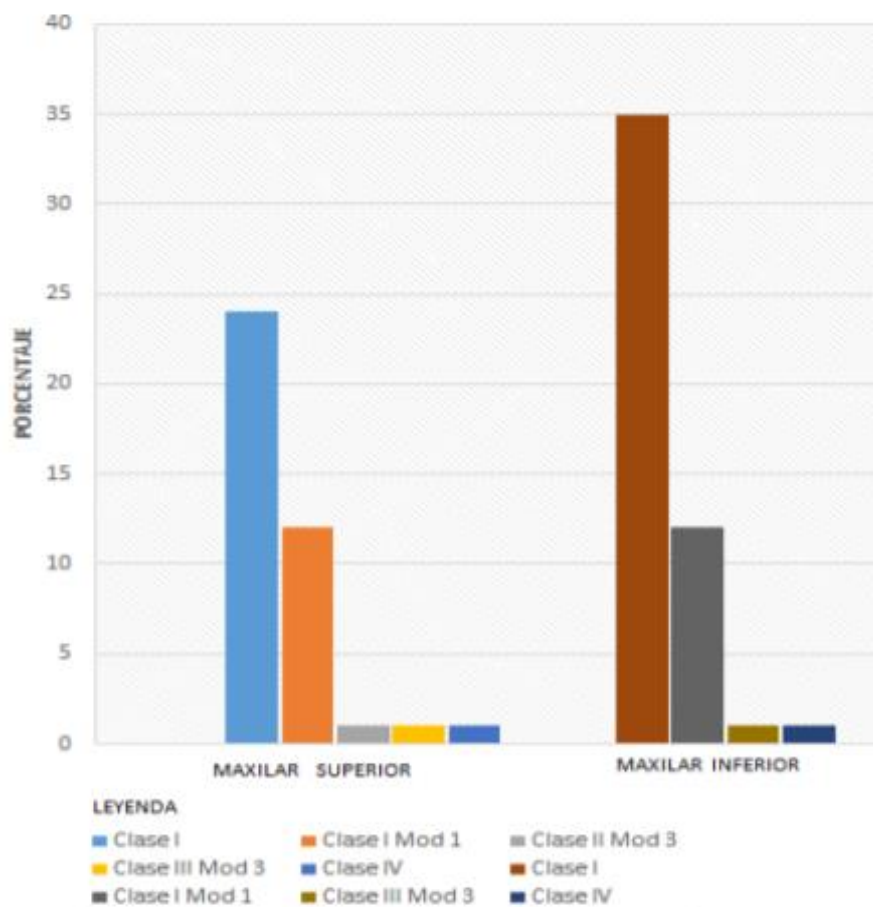


Figura 16. Edentulismo según la clasificación de Kennedy en maxilar superior de los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad nacional del altiplano Puno 2017.

Fuente: Copyright Juan Amilcar Asqui Ramos 2018.

I. Determinantes sociales de la salud:

Para Rueda & Albuquerque, 2016. Conforme estas afirmaciones, es imprescindible revisar el concepto de determinantes sociales de la salud. Estos son comprendidos como las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, trabajan, viven y se envejecen, y que originan la mayor carga de enfermedad (World Health Organization, 2010). Su surgimiento se contextualiza en la siguiente

dinámica: mecanismos políticos, económicos y sociales, como el mercado de trabajo, el sistema educativo, las instituciones políticas, valores sociales y culturales, crean y reproducen una serie de posiciones socioeconómicas, que conducen a la estratificación de las poblaciones, en consonancia con su nivel de ingresos, educación, ocupación, género, raza/etnia y otros factores.

Los determinantes sociales son clasificados en dos categorías, estructurales e intermediarios. Los determinantes estructurales son aquellos que producen divisiones de clases en la sociedad y que definen posiciones socioeconómicas

individuales, encuadradas en las jerarquías de poder, acceso a los recursos y prestigio. este tipo de determinantes es considerado el más relevante, debido a causar estratificación de la sociedad, en consecuencia, inequidades en salud. Ejemplos de determinantes sociales estructurales son la distribución de la renta y la discriminación (por motivo de raza, género u orientación sexual) (World Health Organization, 2010).

Los determinantes sociales intermediarios son circunstancias materiales y circunstancias psicosociales; por ejemplo, el estrés, las relaciones interpersonales y el apoyo social. Nutrición, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y factores genéticos también son considerados en este grupo (World Health Organization, 2010). (página 40)

J. Seguro integral de salud

El Seguro Integral de Salud (SIS) fue creado en el 2002 por la Ley N° 27657, con el tiempo se ha convertido en la principal fuente de financiamiento del sistema de salud para la población de menores

recursos económicos que no está comprendida por el régimen Contributivo de aseguramiento en salud (EsSalud).

Es un organismo público descentralizado con personería jurídica de derecho público interno y depende del ministerio de salud con autonomía económica y administrativa, está encargado de proponer políticas y normatividad, promover, programar, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades propias de su naturaleza administrativa. (ROF, 2002, pág. 2)

El SIS es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud, su misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual de acuerdo a la política nacional de salud y con el objeto de proteger la salud de los peruanos que no cuentan con algún tipo de seguro, dando prioridad a aquellos grupos poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza. (ASIS,2012, pág.40)

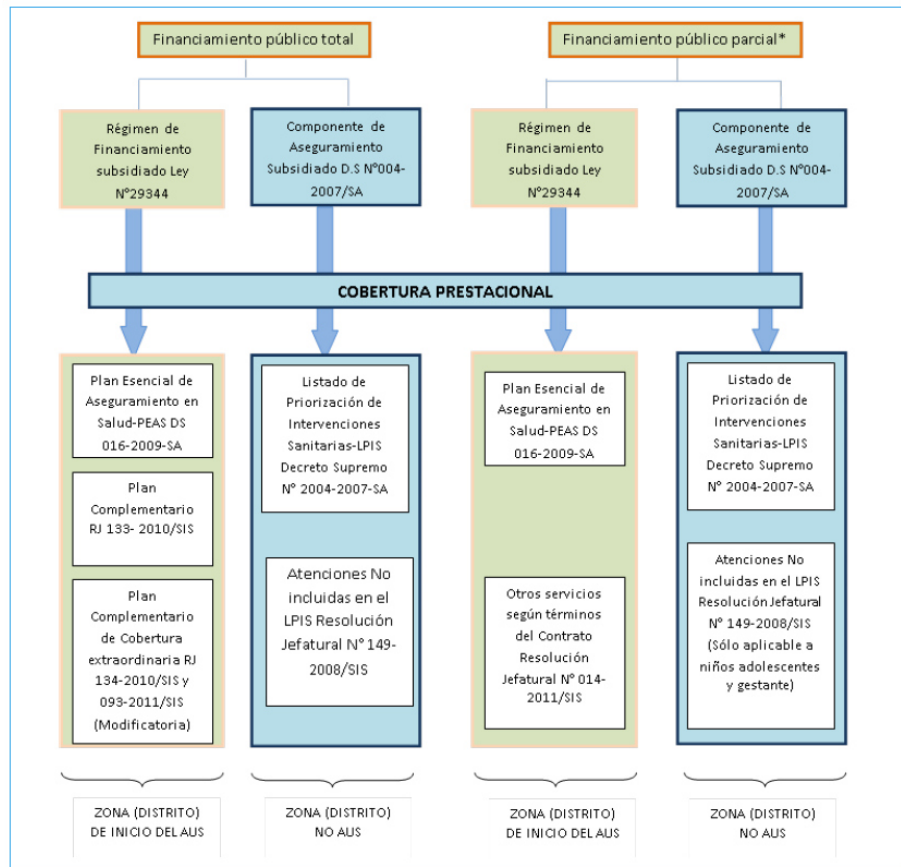


Figura 17. Tipo de financiamiento y cobertura prestacional del seguro integral de salud.

Fuente: Copyright Asis 2012.

El presupuesto total del SIS para el año 2012 fue de 593 282 586 nuevos soles, gran parte de dichos fondos provienen de recursos ordinarios (578 354 800 n.s), 11 927 786 n.s provienen de recursos directamente recaudados y 3 000 000 n.s de donaciones y transferencias. Es decir, el SIS se financia en su casi su totalidad (97,5%) con recursos provenientes del presupuesto general.

En los últimos años se ha mejorado las coberturas de aseguramiento en salud en todo el país y sobre todo enfocado en zonas extremadamente pobres. Como parte de ese proceso hasta el 2011 ya no se tiene regiones en donde la cobertura del

aseguramiento en salud sea menor del 40%, lo cual es alentador para que las poblaciones más necesitadas tengan acceso a los servicios de salud.

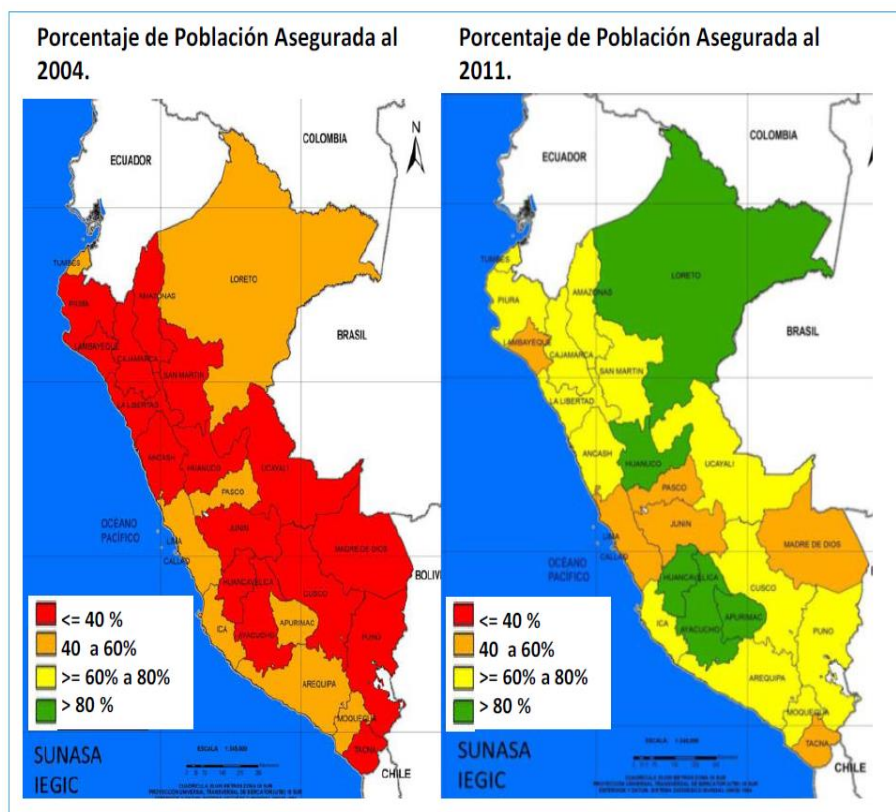


Figura 18. Evolución de las coberturas de Aseguramiento en salud 2004 y 2011.

Fuente: Copyright Asis 2012.

K. Programas preventivos promocionales

“Los programas preventivos de salud bucal hacen énfasis en evitar la aparición de caries dental. La OMS, señala que se puede lograr una disminución en la incidencia de caries dental en las poblaciones que reciben flúor en niveles entre 0,7 y 1,49 ppm.” (Espinoza & Pachas, 2013, Pág. 103).

La salud pública, según Rojas (2011), pasó por múltiples denominaciones, así como: Policía médica, medicina social, salud

pública, higiene social y organización de la salud pública, administración de salud, administración de servicios de salud, epidemiología social, epidemiología de la atención médica, medicina preventiva, y en la actualidad se denomina Programas de Salud pública. (Cerrón, 2018, Pág. 58-59)

Satisfacción:

Cerrón (2018) afirma:

Satisfacción responde a la santidad del cliente; “es juicio que hace referencia a un tipo de producto o servicio, o que un producto o servicio en sí mismo, proporciona, un nivel placentero de recompensa en relación al consumo Oliver.”

ENFOQUES TRANSVERSALES	ESTRATEGIAS	POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN			ESCENARIOS (entornos saludables)	EJES TEMATICOS (comportamientos saludables)	
EQUIDAD Y DERECHOS EN SALUD	ABOGACIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS	FAMILIA	ETAPAS DE VIDA			VIVIENDA	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
			COMUNIDAD	N I Ñ O	A D U L T O		A D U L T O
COMUNIDAD	N I Ñ O	A D U L T O				A D U L T O	
			COMUNIDAD	N I Ñ O	A D U L T O		A D U L T O
COMUNIDAD	N I Ñ O	A D U L T O				A D U L T O	
			INTERCULTURALIDAD	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA - EMPODERAMIENTO SOCIAL E INTERSECTORIALIDAD	COMUNIDAD		N I Ñ O

Figura 19. Modelo de abordaje de promoción de la salud.

Fuente: Copyright .2015

Modelos Teóricos de la Satisfacción del Paciente:

Diversos investigadores en el transcurso de los años, recuperaron varias teorías, que permiten visualizar la satisfacción del paciente, desde diferentes perspectivas (Bhoopathi, 2005).

1. **Teoría del desempeño:** Si el cliente tiene juicios predeterminados, “el nivel de satisfacción estará fuertemente influenciado por la calidad del cuidado proporcionado y los resultados del cuidado.” Antes del tratamiento, la “expectativa que posee el paciente no dificulta el nivel de satisfacción.
2. **Teoría del logro:** La satisfacción del cliente resulta del contraste entre el resultado real y el resultado ideal. Existe una satisfacción positiva cuando el resultado del tratamiento coincide con las expectativas previas del paciente.
3. **Teoría de las expectativas no cumplidas:** Cuando las expectativas del paciente son altas, serán menores las probabilidades de que el servicio cumpla o exceda dichas expectativas, derivándose en poca satisfacción o insatisfacción. Contrariamente, cuando más alto sea el nivel de desempeño obtenido, las probabilidades de que excedan las expectativas serán mayores.
4. **Teoría de la equidad social:** Si el paciente percibe que el resultado de su tratamiento es considerablemente el mismo, comparado con el de sus contrapartes, entonces debe sentirse satisfecho. Cuando otro paciente, ha recibido un mejor servicio resultando su tratamiento superior al del primer paciente, resultará muy probable que el primer paciente se sienta insatisfecho.
5. **Teoría del proveedor primario:** La satisfacción del paciente ocurre en la conexión existente entre la capacidad del proveedor y las expectativas del paciente. Generalmente esta teoría, se fundamenta exclusivamente por las medidas centradas en el paciente, donde el “paciente solamente evalúa la calidad del servicio; donde otro tipo de juicios son irrelevantes”.
6. **Teoría de la discrepancia entre expectativas y percepciones:** Para Parasuraman, Berry y Zeitbaml (1991), las expectativas

aparecen en dos niveles distintos, donde queda definida una zona de tolerancia más alta, es el nivel deseado, que el cliente deseaba obtener.

7. Teoría de la disconformidad: Los pacientes, “se forman expectativas antes del consumo, observan el desempeño real de los atributos del producto, forman percepciones de disconformidad, combinan estas percepciones con los niveles de las expectativas y forman juicios de satisfacción”. (Oliver, 1993).

La satisfacción o insatisfacción “resulta de la comparación de expectativas previas con las percepciones de los atributos del producto. Cuanto más grande sea la divergencia, más alta será la satisfacción o insatisfacción, dependiendo de la dirección de la divergencia.” (Thompson y Suñol, 1995).

Dimensiones Encontradas Autores	Instalaciones	Comunicación	Cortesía	Competencia	Confiabilidad	Accesibilidad	Tiempo de Espera	Tiempo de Consulta	Coordinación	Respuesta	Información	Atención Médica	Satisfacción General
Ware y Snyder (1975)	X	X	XX	X		X				X			
Parasuraman et al (1985)	XX		XX	X	XX	X				X	X		
Parasuraman et al (1988)	XX		X		X								
Nelson et al (1989)	X		X		X		X				X	X	X
Bowers, et al (1994)			X		X	X				X	X	X	
Lewis (1994)		X	X	XX	XX	X	X			X	X		
Maderuelo et al (1996)	X						XX	X		X	X		
McKinley et al (1997)			XX			X	X	X	X		X		X
Jun et al (1998)	X		XX	X	X	X				X	X	X	
Mira et al (1999)	XX		X	X		X				X	X		
Nathors- Böös et al (2001)	X	X				X					X	XX	
Gea MT, et al (2001)	X		X		X	X							X
Mira et al, (2001)	X		X	X	X	X	X			X		X	
De Man S (2001)	X		X		X								
Chang SC (2006)	X											X	
Puntaje	15	3	16	7	11	10	6	2	1	8	9	7	3

Figura 20. Elementos que determinan la formación de las dimensiones de la calidad percibida y satisfacción del paciente.

Fuente: Copyright Cerrón Rojas, Fritz Elías 2018.

Impacto:

Efecto intenso dejado en algo o alguien por cualquier acción o suceso como por ejemplo una conferencia, intervención educativa, etc. (Vargas Ramos, 2018. Pág. 30)

Modelos y características	E.B. liberales o "residuales"	E.B. corporativos	E.B. socialdemócratas
Principios	Se considera a los ciudadanos como actores libres e iguales ante mercados, en función a sus capacidades y esfuerzo: énfasis en individuos que compiten. El Estado debe intervenir lo menos posible en los mercados (de servicios sociales).	Fuerte tradición gremialista (en base a ella se constituye la política social del Estado): énfasis en grupos organizados con capacidad de presión. Influencia de la doctrina social católica: igualación e integración social por encima del individuo.	Universalismos: acceso de todos a beneficios garantizados por el Estado (alianza partidos laborales y liberales: modelo sueco): se reconoce al ciudadano amplios derechos sociales. Desmercantilización absoluta del trabajo: la mayor autonomía posible para el trabajador.
Tipo de acción	Estado ayuda a quienes tienen dificultades de acceso a los mercados: programas de protección con restricciones claras/ igualdad de oportunidades (acceso a educación).	Se privilegia el papel de la familia y grupos primarios en protección social, más que la protección directa del Estado al ciudadano.	El Estado provee servicios a los que el conjunto de la población tiene acceso.
Efecto en estratificación social	Los programas suelen resultar estigmatizantes. Se genera sistema dual: sistema público y oferta privada para el resto.	Se afianzan las distinciones de clase, grupo ocupacional y status. Se consagran relaciones de autoridad en la familia (dependencia de esposa e hijos respecto al padre).	Uso de los mismos servicios por diferentes estratos genera integración social y asegura lealtad electoral. Poco incentivo a la búsqueda de oferta privada de servicios (costo tributario del sistema).
Previsión para la vejez	Énfasis en pensiones privadas y menor en seguridad social: pensiones bajas inducen a búsqueda de sistemas privados, en los que se refleja distinto éxito laboral logrado. Sistema de pensiones no tiene afán nivelador.	El Sistema público se compone de un mosaico de sistemas gremiales (sociedades mutualistas), que dejan de lado la oferta privada: diferentes tipos de pensiones y privilegios en función al grupo de pertenencia laboral (caso de servidores públicos).	Marginación de oferta privada dados los elevados beneficios del sistema público.
Desmercantilización del trabajo	Mínima. Se aplican criterios de necesidad estrictos para acceder a los beneficios del sistema. Se estigmatizan comportamientos: pereza, ociosidad, dependencia, inmoralidad ("desviante"). Se desincentiva el uso prolongado de los servicios (ingresos menores al del ocupado activo): se induce a la dependencia del mercado laboral.	Media. Programas se asocian a los que fortalecen el papel protector de la familia/grupos comunitarios (inexistencia de parientes, por ejemplo).	Elevada. Se busca emancipar a la persona del mercado laboral, la familia o normas convencionales de conducta: mínimas barreras de acceso. Fuerte compromiso estatal con el logro del pleno empleo como requisito fundamental (acciones estatales para promoverlos: capacitación, reentrenamiento, etc.) Alto costo tributario.
Ejemplos	Inglatera, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda.	Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Italia, Japón.	Canadá

Figura 21. Modelos de estado de bienestar e impacto.

Fuente: Copyright L.L.R. Huertas 2001.

Promoción de la Salud

La salud está directamente relacionada con el logro del bienestar, entendiéndose éste como la posibilidad de crecer y desarrollarse a través del acceso a una adecuada alimentación, educación, trabajo, recreación, deporte y cultura, así como contar con las condiciones necesarias de atención en caso de enfermedad. (MINSA 2005, Pág. 13)

Esta perspectiva de la salud la encontramos también en el concepto de “promoción de la salud”, acuñado por primera vez por Henry E. Sigerist en el año 1946, quien afirmaba que la salud de la población no depende tanto de la medicina como de la capacidad para promocionarle a la gente una educación libre, óptimas condiciones de vida y de trabajo, así como medios adecuados de reposo y recreación. (MINSA 2005, Pág. 13)

Históricamente, la promoción de la salud ha experimentado un proceso de evolución en el que se han incorporado algunos elementos de análisis técnico y político, los cuales pueden reseñarse de la siguiente manera:

Tabla 8

Reseña Histórica Promoción de la Salud

Año	Descripción
1974	La promoción de la salud se pone por primera vez como un área de trabajo organizada a través de un documento del ministro de salud de Canadá, denominado “Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses, conocido como Informe Lalonde. En él, la promoción de la salud se presentaba como una estrategia del gobierno orientada a solucionar problemas de salud a través de acciones para el logro de cambio de comportamientos, como también al desarrollo de políticas públicas. La propuesta incluía el fortalecimiento de la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en los que las personas viven cotidianamente.
1978	Se suscribe la Declaración de Alma-Ata. En la que se expresa la necesidad de un compromiso nacional e internacional por la atención

Año	Descripción
	<p>primaria en salud, para lo cual deberá canalizarse el apoyo técnico y financiero en la dirección, particularmente en los países en desarrollo. En la Declaración se enfatiza que la salud de las personas es un derecho humano universal y fundamental, y no un privilegio de pocos. La Organización Mundial de la Salud, define los siguientes principios de la promoción de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no se centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
1984	<ul style="list-style-type: none"> • Pretende influir en las determinantes o causas de salud. • Combina enfoques y métodos distintos pero complementarios. • Se orienta específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población. • Los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en la defensa y facilitación de la promoción de la salud.
1986	<p>Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud, se elabora la carta de Ottawa en la que se introduce una visión más amplia del concepto, planteando la importancia del entorno físico, económico, social y ambiental como determinantes de la salud. Así mismo, resalta la importancia de la participación activa de la comunidad en la búsqueda del bienestar y en los procesos de salud. Entre otras acciones que identifica, menciona la reorientación de los servicios de salud más allá de la prestación de los mismos.</p>
1988	<p>Adelaide, Segunda conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en esta conferencia se exploró con mayor profundidad como las políticas públicas saludables de todos los sectores inciden en los factores determinantes de la salud, y como se constituyen en un vehículo esencial para las acciones que reducen las inequidades sociales y económicas.</p>
1991	<p>Sundsvall, Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la salud, se enfatizó el compromiso por desarrollar ambientes que apoyen la salud. Los conflictos armados, el rápido crecimiento demográfico, la alimentación inadecuada, la falta de medios de determinación y el deterioro de los recursos naturales, son algunas de las influencias ambientales identificadas en la conferencia como factores perjudiciales para la salud.</p>
1997	<p>Yakarta, Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, es la primera en incluir al sector privado en el apoyo de la promoción de la salud. Fueron identificadas cinco prioridades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la responsabilidad social en materia de salud. • Ampliar la capacidad comunitaria y el empoderamiento individual. • Expandir y consolidar las alianzas a favor de la salud. • Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud. • Asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.
2000	<p>México, Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, hizo hincapié en los acuerdos tomados en Yakarta, teniendo como meta, hacer un examen del aporte realizado por las estrategias de promoción para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas.</p>

Fuente: Lineamientos de política de promoción de salud-2005.

Desde el surgimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud se han desarrollado diversos conceptos, enfoques y estrategias que han tratado de impulsar a las comunidades y a sus integrantes, organizaciones sociales e instituciones locales, a participar en el conocimiento de sus problemas de salud, guiándolas e impulsándolas para desarrollar conciencia, compromiso y adquirir niveles de responsabilidades para proteger su salud y prevenir enfermedades. Esto ha demandado desarrollar estudios sobre la dinámica social del desarrollo local, sobre el comportamiento de las personas, hábitos y costumbres, así como el manejo de metodologías y tecnologías de educación, comunicación y de participación comunitaria entre otras. El objetivo presente en estos esfuerzos ha sido tratar que la población adquiriera responsabilidad sobre su propia salud y participe en las actividades comunitarias dirigidas a ese fin. (MINSA 2005, Pág. 14)

No ajeno a este proceso, el Ministerio de Salud a través de sus diferentes programas de salud ha desarrollado un conjunto de estrategias orientadas a mejorar el estado de salud y calidad de vida de diversos grupos poblacionales promoviendo cambios de comportamiento y actitudes, mejorando el acceso a los servicios de salud, facilitando información para la toma de decisiones, entre otros. En este esfuerzo han coexistido estrategia de educación, comunicación y participación comunitaria, todas ellas con enfoques similares y que han tratado de contribuir al mismo fin.

Como resultado de la aplicación y la coexistencia de estas múltiples formas de hacer comunicación y educación en salud, podríamos decir que a pesar de haberse llevado a cabo grandes esfuerzos en materia de comunicación educativa en salud o en mercadeo social de los servicios de salud, en términos reales poco se ha avanzado

en Promoción de la salud. Como es evidente esta estrategia brinda un marco mayor de acciones, pues está orientada a que la población asuma la salud como un bien público que le pertenece entendiendo que “la salud no es una tarea medica sino un proyecto social ligado a las responsabilidades políticas. Tomando en cuenta esta consideración, la modificación de comportamientos se constituye solo en un aspecto de la promoción de la salud, y es en ese sentido probablemente, en el que se ha venido trabajando con mayor énfasis. Promover la salud requiere de otras condicionantes que trascienden los servicios de salud y sus profesionales, siendo más bien tarea de toda la población, de sus organizaciones y de la participación y colaboración intersectorial. (MINSa 2005, Pág. 14)

Un aspecto a resaltar en este proceso, es la publicación en el año 1994, de la “Política Nacional de Comunicación para la Salud del Perú” reconocida con Resolución Ministerial N° 350-94- SA/DM, que brinda los grandes lineamientos orientados y comienza a marcar un referente importante para la comprensión y desarrollo de acciones sistemáticas de comunicación para la salud con orientación estratégica y sobre todo acciones orientadas al logro de resultados en población. (MINSa 2005, Pág. 15)

En el Perú, es a partir de la década de los 70-80 que el Ministerio de Salud incorpora en sus diferentes programas de salud contenidos de orden social con la finalidad de impulsar el desarrollo comunitario. Se reconoce así la importancia de la participación de la comunidad en los programas de salud. Sin embargo, estos esfuerzos no llegaron a plasmarse en resultados exitosos, evidentes. (MINSa 2005, Pág. 15)

Las experiencias desarrolladas, hasta el momento, por estas instancias han sido diversas, algunas de ellas exitosas y otras no tanto, éxito que dependió además no solo del soporte técnico, si no del apoyo político que tuvieron por parte de las autoridades regionales de salud para el desarrollo de sus actividades, además claro está, de los recursos con los cuales contaron para ello. (MINSA 2005, Pág. 15)

En el año 1994 se crea el programa gubernamental denominado Comités Locales de Administración Compartida. CLAS, el cual continua hasta la fecha con diversos niveles de éxito en el ámbito nacional. Sin embargo el modelo de congestión propuesto desde los CLAS, como su nombre lo indica, se ha centrado en los aspectos administrativos del manejo del establecimiento de salud. Se ha descuidado en ese sentido, la apuesta por la creación de un modelo/sistema de participación comunitario encaminado a empoderar a la población en la toma de decisiones responsables en materia de salud, la incorporación de prácticas de autocuidado y de responsabilidad compartida con los prestadores de salud y otros actores sociales relevantes.

Los aportes de la Carta de Ottawa a una concepción más integral de promoción de la salud se sintetizan a continuación:

- **Énfasis en la perspectiva sociopolítica de la salud:** Se concibe a la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino que ésta es el resultado del desarrollo humano, social, económico y político. Plantea que factores de la organización social, en general, y de la estructura económica en particular son las causas de la enfermedad y que las acciones para promover la salud, además de la modificación de

comportamientos individuales, van dirigidas a la modificación del ambiente físico y social que a su vez se encuentra inserto y determinado por un contexto político, cultural y económico.

- **Incorpora lo individual y las realidades sociales:** Sintetiza los enfoques orientados a individuos como a las colectividades y los enfoques de promoción de la salud, basados en determinantes específicos de la enfermedad con determinantes generales.
- **Redimensiona la participación social como eje central de la promoción de la salud:** El aumento de la capacidad de individuos o comunidades para definir, analizar y actuar sobre sus propios problemas de salud, se constituyen como la esencia misma de la participación en la promoción de la salud, tanto a nivel individual como colectivo.
- **Redefine el enfoque tradicional de la educación en salud:** Pasa de ser una educación en donde los individuos y grupos tienen un rol pasivo frente a los expertos a un enfoque que promueve la participación reflexiva activa y crítica y el desarrollo de capacidades y habilidades en el control de los individuos sobre su salud y sus determinantes.
- **Redimensiona y orienta el papel del sector salud en la promoción de la salud:** Orienta las actividades de los servicios más allá de la atención curativa hacia una atención que contemple la promoción de la salud, no solo como responsabilidad del sector sino también de individuos, comunidades y otros sectores. Da al sector salud un nuevo papel como intercesor, mediador y facilitador de procesos sociales conducentes a la salud.

Como cursos de acción para hacer operativa la promoción de la salud, la Carta de Ottawa propone cinco áreas:

- 1) Elaboración de políticas públicas saludables
- 2) Creación de ambientes favorables
- 3) Reforzamiento de la acción comunitaria
- 4) Desarrollo de habilidades personales
- 5) Reorientación de los servicios de salud.

Atención Estomatológica Preventiva y Promocional

“Conjunto de actividades individuales y colectivas dirigidas a la población atendida para adoptar medidas de prevención, reconociendo y actuando sobre los factores de riesgo individuales y colectivos para lograr la disminución de las enfermedades del Sistema Estomatognático y mejorar la capacidad masticatoria, contribuyendo a disminuir la malnutrición de la población, realizado por el cirujano dentista en los tres niveles de atención.” (MINSA PERU, 2016, PAG.10)

	Prevención			Promoción
	Terciaria	Secundaria	Primaria	
Objetivos	-Reducir los problemas de salud y los factores de riesgo. -Proteger a los individuos y los grupos.	-Reducir los problemas de salud y los factores de riesgo. -Proteger a los individuos y los grupos en riesgo.	-Reducir los problemas de salud y los factores de riesgo. -Proteger a los individuos y los grupos.	-Actuar sobre los determinantes de la salud. -Desarrollar condiciones favorables para la salud.
Blancos	-Individuos enfermos y en riesgo de recaer. -Grupos en riesgo.	-Individuos en riesgo y enfermos. -Grupos en riesgo y enfermos.	-Individuos en riesgo. -Grupos en riesgo.	-Población en general, incluyendo grupos particulares. -Condiciones fundamentales que influyen la salud.
Modelos	-Salud pública: Acción dirigida hacia los grupos con problemas.	-Salud pública: Acción dirigida hacia los factores de riesgo.	-Salud pública: Acción dirigida hacia los factores de riesgo.	-Ecológico: Acción dirigida a los sistemas múltiples e interdependientes.
	-Clínica: Acción dirigida hacia la erradicación de los problemas y la restauración de la normalidad.	de riesgo. -Clínica: Acción dirigida hacia la erradicación de los problemas.	-Clínica: Acción dirigida a evitar los problemas.	-Ambiental: Acción dirigida a cambiar el medio ambiente social, físico, biogenético, psicológico y comportamental.
Estrategias	-Tratamiento -Rehabilitación -Prevención de recaídas	-Diagnóstico precoz.	-Educación sanitaria. -Comunicación social y marketing social. -Organización y desarrollo comunitario. -Acción política. -Cambio organizacional.	
Papel de quienes intervienen (operadores)	-Rehabilitar -Importancia de la competencia*	-Tratar -Importancia de la competencia	-Redefinición del papel de quienes intervienen. -Compartir las responsabilidades y los roles entre la comunidad y los interventores. -Poder de acción de los individuos y de las comunidades. -Enfoque intersectorial.	
Papel de la comunidad			-Empoderamiento. -Participación comunitaria.	

Figura 22. Distinción entre la prevención y promoción de la salud.

Fuente: Copyright Gómez Zamudio Mauricio 1998.

Aliaga (2005), menciona que existen principios básicos que debe contemplar cualquier intervención de promoción de la salud:

- Empoderar a individuos y comunidades para asumir mayor poder sobre los determinantes que afectan la salud: personales, socioeconómicos y ambientales.

- Participativo, involucrando a todos los interesados en las diferentes etapas del proceso.
- Holístico, promoviendo la salud física, mental y social.
- Intersectorial, involucrando la colaboración de los diferentes sectores.
- Equitativo, orientado por el interés de la equidad y justicia social.
- Sostenible, llevando cambios que los individuos y comunidad puedan mantener.
- Multiestratégico, usando una variedad de enfoques incluyendo el desarrollo de políticas, cambios organizacionales, desarrollo comunitario, legislación, abogacía, educación y comunicación.

Estrategia Salud Bucal (PPR)

- La prevención y el cuidado de la Salud Bucal, con énfasis en las prácticas adecuadas de higiene, cuidado y atención médica, de acuerdo al escenario de riesgo.
- Realizar taller de capacitación a directores y responsable del Área-de Salud Bucal, 1 vez al-año, con una-duración de 6 horas académicas.
- Realizar reuniones de sensibilización a comunicadores, periodistas regionales y locales sobre la importancia del cuidado de la Salud Bucal, 01 veces al año, con una duración de 4 horas académicas.
- Charlas informativas en espacios de socialización (establecimientos de salud, centros laborales, instituciones educativas, organizaciones sociales de base, wawa wasis, vaso de leche, PRONOEI, etc.) 2 veces al año, dirigido a público en general en zona urbana y rural, realizadas por

personal capacitado con 4 hora de duración, que incluya la entrega de folletos informativos sobre el cuidado de la salud e higiene Salud Bucal.

- Atención Estomatológica Básica: comprende (Examen Estomatológico + Fisioterapia Estomatológica) Se priorizarán en la programación (niños, gestantes y adultos mayores) y se brindarán los siguientes paquetes básicos:
 - Niño de 0-4 años: Atención estomatológica Básica + aplicación de barniz Fluorado.
 - Niño de 5 -11 años: Atención estomatológica Básica + profilaxis + aplicación de flúor.
 - Gestante: Atención estomatológica Básica + profilaxia dental y/o Destartraje según necesidad + aplicación de flúor.
 - Adulto Mayor: Atención estomatológica Básica + profilaxia dental y/o destartraje según necesidad + aplicación de Flúor barniz
- Atención Estomatológica Recuperativa Básica
 - Restauraciones Dentales
 - Exodoncia Dental.
 - Debridación de los Procesos Infecciosos Bucodentales
 - Consulta estomatológica
- Atención Estomatológica Especializada Básica
 - Pulpotomía
 - Pulpectomía
 - Endodoncia Uniradicular
 - Rehabilitación Protésica
 - Curetaje Subgingival - Periodontal
 - Fijación y/o Ferulización de Piezas Dentales con Resina Fotocurable

- Endodoncia Multiradicular
- Exodoncia Compleja
- Apexogénesis
- Apicectomía
- Frenectomía
- Apexificación
- Cirugía Periodontal
- Instalación de Aparatología Fija
- Instalación de Aparatología Removible
- El personal de salud realizará las siguientes actividades:
Población informada y sensibilizada.
 - Spots televisivos de 30 segundos, emitido 6 veces al día durante 2 meses, a nivel nacional, en por lo menos dos canales, dirigido a la población en general.
 - Spots radiales de 30 segundos, emitido 6 veces al día durante 2 meses a nivel nacional en dos emisoras, dirigido a la población en general.
 Para familias en zonas de riesgo.
 - 01 Sesión demostrativa en cepillado de dientes, 1 vez por año, de 3 horas de duración cada una, realizada en un local comunal y las instituciones educativas públicas.
 - 01 Sesión educativa en alimentos no cariogénico y medidas preventivas en Salud Bucal, 01 vez por año, de 3 horas de duración, realizada en un local comunal y las instituciones educativas públicas.
- Talleres:(Instituciones Educativas)
01 taller de capacitación a docentes en salud Bucal (incluye sesión demostrativa), de 04 horas de duración, en la institución educativa.

- Visitas: (Instituciones Educativas)
 - 02 visitas de asistencia técnica y acompañamiento realizadas a la institución educativa, de 2 horas efectivas de duración, utilizando los pasos establecidos en la Guía Técnica de Gestión de Promoción de la salud en Instituciones Educativas para el desarrollo sostenible.
 - 01 visita de evaluación conjunta (MINSA — MINEDU) realizada a la institución educativa, de 2 horas efectivas de duración, utilizando la matriz de indicadores de evaluación. Si la evaluación a la Institución Educativa ha sido programada en otra actividad, ya no se programará en ésta.
- Talleres de Capacitación en Promoción de la Salud Bucal (Municipios saludables)
 - 03 Talleres con la Junta Vecinal en Promoción de Salud Bucal (6 horas cada uno)
 - 01 Taller con el Agente Comunitario en sistema de vigilancia comunitaria, para promover prácticas y acciones a favor de la Salud Bucal (12 horas)
 - 01 Taller con el Agente Comunitario en Sesiones demostrativas, sobre Fisioterapia oral, Detección de placa bacteriana, Dieta no cariogénica, e Importancia del flúor (12 horas).

Programa Odontólogo por Colegio en la Región Junín

Cerrón 2018 describe que:

El Gobierno Regional de Junín, el mes de junio del año 2012 a través de la Dirección Regional de Salud, desarrollo el programa social, denominado “Odontólogo por Colegio”, buscó beneficiar a estudiantes de bajos recursos económicos, siendo el primero y

único en el Perú. Este programa fue implementado en total con 120 módulos odontológicos para atender a 250 mil estudiantes, comenzando su implementación en los planteles emblemáticos de la Región Junín.

Su implementación se realizó en tres etapas; primero “en 50 instituciones educativas de gestión estatal de las provincias de Huancayo – Chupaca”; luego en 43 colegios nacionales de las provincias de Chanchamayo, Satipo y Tarma. Para finalizar el trabajo en 22 colegios nacionales estatal de las provincias de Jauja, Concepción, Yauli y Junín.

Los objetivos principales del Programa “Odontólogo por Colegio” son los siguientes:

1. “Disminuir la incidencia y prevalencia de caries dental y enfermedades periodontales en los niños de la escuela y en los adolescentes de los colegios nacionales en las nueve provincias de la Región Junín”.
2. “Disminuir la tasa de morbilidad y mejorar la calidad de vida en el desarrollo integral de los estudiantes”.

Siendo sus objetivos específicos los siguientes:

1. "Disminuir la prevalencia de enfermedades buco dentales en los niños de la escuela y en los adolescentes de los colegios nacionales en las nueve provincias de la Región Junín”.
2. Realizar actividades promocionales en los escenarios educativos priorizando el desarrollo de comportamientos y hábitos coherentes con el autocuidado de la salud bucal.
3. Direccionar actividades preventivas para el control y eliminación de los factores de riesgo de las enfermedades bucales prevalentes.
4. Implementar actividades recuperativas con tratamiento pertinente y oportuno para limitar el daño en la salud bucal de niños, niñas y adolescentes.

5. Desarrollar abogacía con los actores sociales determinantes para llevar adelante las acciones de sostenibilidad de éste programa piloto de salud bucal en escenarios educativos.

Ciudadanía, Participación y Empoderamiento Social:

Comité Nacional de Promoción de la Salud manifiesta (2005):

Construir ciudadanía en salud implica contribuir a la consolidación de una cultura democrática de los deberes y derechos de las personas, grupos y pueblos, en la que cada actor social participe responsablemente en favor del mantenimiento de la salud y del bienestar individual y colectivo. Ciudadanía en salud se construye sobre la base de una autentica participación que propicie el desarrollo de iniciativas autónomas, con criterios de descentralización y relaciones equitativas en cada localidad.

La mayor participación de los ciudadanos incide también en la consolidación de mecanismos de control y corresponsabilidad sociales. Este proceso de atribución y reconocimiento mutuo de derechos y responsabilidades, así como la generación de mecanismos que permitan ejercerlo, contribuye enormemente al empoderamiento de la población. Una población empoderada actuará proactivamente a favor de su salud y bienestar, no solo demandando derechos, sino principalmente, porque será motor principal de las acciones orientadas a actuar sobre los determinantes de su salud.

Los prestadores deben ser conscientes de la responsabilidad que tienen en crear condiciones que alienten el empoderamiento gradual de la población, tan acostumbrada a que sean los profesionales quienes resuelvan sus problemas. Este es un gran desafío que los prestadores de salud deben asumir con la

convicción que solo la democratización de la información garantizara un ejercicio pleno de la participación ciudadana, una población informada y con oportunidades de participar empoderadamente, podrá contribuir a revertir condiciones de morbilidad, a la vez que impulsar procesos de desarrollo local que incrementen las oportunidades hacia el logro de aspiraciones personales y comunitarias que incrementen su calidad de vida.

El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. La promoción de la salud abarca no solo las acciones dirigidas a fortalecer las básicas habilidades para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud.

Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad

de vida de su comunidad, siendo este un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

L. Persona Sana para Salud Bucal

“Paciente que acude al servicio de estomatología y previamente realizado su examen estomatológico, el cirujano dentista no encuentra foco séptico alguno. Realizado por el cirujano dentista en todos los establecimientos de salud.” (MINSA PERU, 2016, PAG.14)

Relación entre Salud Bucal y Salud General

“La interrelación entre la Salud Bucal y la Salud General se demuestra de manera creciente mediante evidencia científica. La cavidad bucal es el primer lugar donde pueden diagnosticarse enfermedades como, por ejemplo, deficiencia de vitamina B-12, cáncer oral, desórdenes alimenticios y los primeros signos clínicos de HIV (16). La boca es un lugar con millones de microorganismos e infecciones oportunistas, que pueden afectar varios órganos. La enfermedad bucal ha sido relacionada con enfermedades cardiovasculares, diabetes, y resultados obstétricos adversos”. (MINSA CHILE, 2010, PAG. 7)

M. Carga de las Enfermedades Bucales en la Población

“Las condiciones orales representan el 1,4% de la carga de enfermedad medida a través de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA). Dentro de las condiciones orales, la mayor carga está dada por la caries dental en los menores de 45 años y por el edentulismo en los de 45 años y más. La carga es mayor en mujeres que en hombres, al considerar todas las edades. Esta diferencia es especialmente importante en el grupo de 45 a 59 años donde el edentulismo es la 3º causa de AVISA en las mujeres y la

carga, por esta causa específica, es 2,8 veces mayor en las mujeres que en los hombres.” (MINSAL CHILE, 2010, PAG. 7)

N. Calidad de Vida:

(Vargas Ramos, 2018) La calidad de vida surge de una mezcla de elementos objetivos y subjetivos, en el cual el factor objetivo necesita del individuo (empleo y beneficio de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las condiciones externas (condición socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que relacionan con él. El factor subjetivo indica una mayor satisfacción del individuo, el nivel de cumplir sus ideales personales y por la apreciación que él o la población tenga de sus condiciones generales de vida, interpretándose en sensaciones positivas o negativas. (Pag 30)

Vargas Ramos (2018) afirma que La calidad de vida surge de una mezcla de elementos objetivos y subjetivos, en el cual el factor objetivo necesita del individuo (empleo y beneficio de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las condiciones externas (condición socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que relacionan con él. El factor subjetivo indica una mayor satisfacción del individuo, el nivel de cumplir sus ideales personales y por la apreciación que él o la población tenga de sus condiciones generales de vida, interpretándose en sensaciones positivas o negativas. (pág. 30)

Según la OMS (2019) define, la calidad de vida es la apreciación del individuo sobre su condición de vida dentro del entorno cultural y la práctica de valores en el que vive de igual manera relacionado a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un

concepto amplio y complejo el cual abarca la salud física, el proceso psicológico, el grado de independencia, los vínculos sociales, las convicciones personales y la asociación con las características resaltantes del entorno.

Calidad de Vida Relacionado con la Salud Bucal:

“La salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional. Un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Los mayores de 20 se ven más afectados que los más jóvenes, debido probablemente a que su daño bucal es mayor.” (MINSA Chile, 2010, PAG. 7)

Cerrón (2018) afirma que:

Tradicionalmente, la salud bucodental en la práctica fue percibida y tratada en la clínica, “como entidad separada del resto del organismo humano”. Al respecto Huang (2013), señala que: “la salud bucodental, no solamente asocia al aspecto fisiológico con el resto del organismo, sino que, influye en la autopercepción que tienen los humanos, acerca de su salud y capacidad para enfrentarse diariamente a distintas situaciones”. La “salud bucal, permite la masticación correcta y la vocalización clara de las palabras, ambas situaciones permiten la sociabilización los cuales constituyen un componente vital para el bienestar general.” (Kaufman y cols. 2014).

Autor	Conceptualización
Cohen y Jago (1976)	Aparecen los primeros estudios relacionados con la cavidad oral y sus diferentes patologías.
Reisine y Miller (1986).	El impacto de los problemas orales en la vida diaria, tienen una repercusión mínima en comparación con otras patologías severas más discapacitantes como el cáncer o las enfermedades degenerativas.
Neumann, Chirstensen y Cavanaugh (1989).	La sociedad no se conforma con la disminución de la patología y los programas de promoción y prevención. Fruto del consumismo demandan tratamientos cada vez más estéticos que nada tienen que ver con la Odontología Mínimamente Invasiva, llegando incluso a significar uno de los principales motivos de consulta en algunas edades, en las que los problemas reales de salud oral ya han sido prevenidos o tratados
Slade (1998)	A su vez se pueden producir mejoras y deterioros simultáneos en la calidad de vida oral. Un ejemplo de ello es que la pérdida de piezas dificulta la masticación pero alivia el dolor producido por las piezas infectadas.
Ship (1999)	Los estudios de calidad de vida oral se centraron en evaluar el impacto de la patología oral acumulada en la vida diaria de los sujetos más afectados
Locker, Matear, Stephens, Lawrence y Payne.(2001) Brennan y Spencer (2004)	Se ha demostrado en estudios realizados en población general, la relación significativa entre autovaloración de la salud oral (excelente, muy buena, buena, regular o mala) con índices de calidad de vida general en adultos y ancianos.
World Health Organization (WHO) (2003). Sheiham (2005)	La salud oral afecta física y psicológicamente a las personas en cómo crecen, disfrutan de la vida, hablan, comen, saborean, se relacionan o nos atraen.
(Gregory, Gibson y Robinson (2005).	La calidad de vida oral puede variar únicamente por adaptación y compensación orgánica con el paso del tiempo.

Figura 23. Calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVrSB), conceptualización cronológica.

Fuente: Copyright Cerrón Rojas, Fritz Elías 2018.

Modelos Teóricos de la calidad de vida relacionada con la Salud Bucal:

1. Teoría del autocuidado

La ejecución de las acciones prácticas que hacen las personas de mayor “edad inician y llevan a cabo en determinados lapsos de tiempo” por sus propios medios e “interés de mantener un

funcionamiento vivo y sano para continuar con el desarrollo personal y bienestar”. (Marriner y Raile, 2003), “Influenciadas por la cultura, el grupo social, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas”. (Bastías y Sanhueza, 2004).

Una aplicación práctica de esta teoría, es el impulso que se le proporciona para el cuidado de la salud, donde la odontología realiza actividades con “el objetivo de reducir la incidencia, las diversas enfermedades bucodentales, disminuir la tasa de morbilidad y mejorar la calidad, sobre todo la salud bucal”.

2. Teoría de incertidumbre

Cuando el sujeto experimenta, la fase aguda de una enfermedad o está en una fase crónica con deterioro lento y progresivo de su cuerpo, debiendo tomar decisiones; se muestra incapaz de establecer o distinguir los procesos y etapas de la enfermedad, lo cual le incapacita para “señalar valores definitivos a objetos e incidentes; de predecir consecuencias con precisión, ocasionado por la poca o nula información.” (Mishel, 1990).

El odontólogo logra disminuir el grado de incertidumbre, el estrés, las acciones inmovilizadoras sobre los primeros procesos que se presentan en forma anticipada de afrontamiento y la confusión mental, haciéndole llegar una información periódica del estado de su salud.

3. Teoría del estrés, afrontamiento y procesos cognitivos

Se fundamenta principalmente en la relación particular del individuo y su entorno; si el individuo, adquiere alguna experiencia estresante y se vuelve a enfrentar situaciones iguales similar que, muchas veces resultan mucho menos estresante que “la primera vez,

porque en su conciencia ya tiene una evaluación primaria de esta situación; entonces, los procesos de afrontamiento podrán ser más eficientes”, evitándole que se produzca un trastorno; un individuo desarrolla una respuesta “emocional y conductual”, ante las ocurrencias, dependiendo del modo como haya logrado analizarla.

4. Teoría de afrontamiento

Son “recursos y estrategias que pone en juego un sujeto, frente a un problema dificultad con la finalidad de “amparar su integridad física y psicológica”. Dependerá de su formación individual de “valores y creencias incorporadas a través del tiempo”. Lipowsky (citado por Montoya, 2004); que hacen posible “conservar la esperanza y el optimismo, negar tanto el hecho, así como su implicancia,” Aceptar lo peor, actuar como si el hecho ocurrido carecería de importancia. Recursos físicos, son: “la salud y la energía, los recursos psicológicos, las creencias positivas, los recursos sociales, los recursos ambientales, apoyan en la resolución del problema. Lazarus”. (citado por Kaplan y Sadock, 1989).

5. Teoría de la crisis

El problema de la crisis es la respuesta emocional frente a una situación peligrosa, ante acontecimientos conflictivos, experimentadas interna o externamente como un estado doloroso. Se presenta cuando un individuo, enfrenta una dificultad importante, relacionado con los proyectos de su vida, resultándole a veces “imposible superarlo, empleando métodos habituales para solucionar los problemas”. (Otto, 1999); dice “se sabe que, no todas las circunstancias difíciles generan una crisis o una enfermedad, sin embargo, desestabilizan a las personas”. “Para hacer frente a una crisis, las personas esgrimen mecanismos a fin de superar las

dificultades o los problemas y puede lograr su equilibrio.” (Martínez, 1999).

El odontólogo, con este fundamento teórico, hará posible que el paciente manifieste sus emociones, articulándolo en su plan de intervención conjunta.

2.1.3. Otras bases teóricas.

“La Federación Dental Internacional, enfatizan en que: la salud bucodental es un componente esencial de la buena salud y la buena salud bucodental es un derecho humano fundamental.” (World Dental Federation (FDI), 2013, p.4). La Constitución Política del Perú de 1993, artículo 7° dice: “el derecho de la persona a la protección de su salud, la del medio familiar y la comunidad.” En el Título Preliminar II de la Ley General de la Salud, manifiesta que: “la protección de la salud es de interés público; por tanto, es deber del Estado, velar por la vida y salud integral de la población, sin limitación y restricción de ninguna clase.” Ley N° 26842 (1997). (Cerrón 2018, Pág. 63)

A. Normas internacionales y mundiales

- **Objetivos de desarrollo del milenio**

Es un documento fijando propósitos en el año 2000 para el desarrollo de la población en el milenio que 189 países miembros de las naciones unidas deben acatar para tratar problemas de desarrollo, como lo son el de la salud.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Entonces teniendo en cuenta estos objetivos de desarrollo del milenio se pretende cumplir a cabalidad en la aplicación del programa presupuestal por resultados (PPR). De la misma manera orientarlos al desarrollo de nuestras poblaciones.

Esta información es valiosa para la investigación desarrollada puesto que mediante la intervención y ejecución de lo planteado nos permite intervenir en el objetivo 2 el cual es lograr la enseñanza primaria universal, para que cada individuo se encuentre en la capacidad de realizar un autoexamen con la enseñanza primaria a todo nivel en el ámbito de salud estomatognático.

- Objetivos de desarrollo sostenible

En la Cumbre para el Desarrollo Sostenible celebrada en septiembre de 2015, los Estados Miembros de la ONU aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático. Los ODS, también conocidos como Objetivos Mundiales, se basan en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), pero van mucho más allá. La incorporación de la necesaria mejora de los espacios urbanos como Objetivo número 11 ha sido uno de los logros más aplaudidos desde ONU Hábitat.

Con conocimiento de estos objetivos de desarrollo sostenible también podemos darnos un norte en la consecución de

nuestros objetivos y planteamientos de nuevos enfoques. Dichos objetivos mundiales son planteamientos realizables al 2030 los cuales se mejorarán mediante la intervención y planteamiento de la investigación puesto que se hará hincapié a los objetivos de salud y bienestar, igualdad de género, reducción de las desigualdades y educación de calidad a nivel de salud, empoderando al usuario con el factor más importante que es la información e indiscutiblemente de esta manera causar un impacto positivo en los demás objetivos.

B. Normas nacionales

❖ Ley general de salud, Ley N° 26842.

Es la regla primordial, necesaria e imperativa en la que se basan los demás reglamentos en cuanto al sector salud del país para la atención de los servicios de salud como son los: médicos, productos farmacéuticos, insumos, instrumentales, sanitarios, cosméticos, de higiene, salud laboral, seguridad, etc.

Se compone de forma general por lineamientos que debe seguirse para un adecuado funcionamiento y regulación de las actividades que se relacionan con la salud.

Mediante esta ley podemos recurrir a su amparo para el desarrollo de la presente investigación, puesto que la ley general de salud define de forma clara y precisa los lineamientos a seguir de las actividades relacionadas a la salud, como las del cirujano dentista y sus obligaciones con los usuarios, cuales son las actividades a las cuales están llamados y contratados sus servicios, los cuales se desarrollarán en la investigación en cumplimiento a esta ley.

- ❖ Ley que modifica la Ley general de salud en sus artículos 3 y 39, Ley N° 27604

Si bien es cierto que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médica quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, en el ámbito de salud bucal no es considerado una emergencia, empero debería ser uno de los principales problemas en agenda pública ya que se considera uno de los primeros con más altos puntajes de morbilidad del país, causándonos gastos exacerbados en el sector; si estos son crónicos, solo se considera de emergencia cuando existe riesgo de vida en el usuario, en los casos de celulitis, endocarditis, angina de Ludwig entre otros, siendo nosotros mismos responsables de causar estas emergencias por descuido, pudiéndose evitar en procesos iniciales.

- ❖ Ley del ministerio de salud, Ley N° 27657

La presente Ley comprende el ámbito, competencia, finalidad y organización del Ministerio de Salud así como la de sus organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

Para la investigación en desarrollo es de importancia para basarnos en mencionada ley del ministerio para reformular la aplicación de nuevas leyes en el sector no solo direccionadas a la parte de la oferta sino también a la contraparte de la demanda, conducción y promoción de la intervención del

sistema nacional de salud mediante la aplicación de sus programas presupuestales(PPR), empoderando a cada usuario con la información necesaria y toma de conciencia de sus salud mediante condicionantes que los intimen indirectamente a cumplir con tratamientos preventivos a cambio de la reducción de tratamientos recuperativos que no son nada provechosos para ninguna de las partes.

- ❖ Ley del trabajo del cirujano dentista, Ley N° 27878.

El Cirujano Dentista como profesional de la Ciencia de la Salud presta sus servicios en forma científica, técnica y sistemática en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal, mediante la interacción de la persona, la familia y la comunidad, considerando a cada una de ellas dentro del contexto sociocultural, económico, ambiental en los que se desenvuelven, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población en general.

Esta ley nos permite recordar y reconocer las principales funciones del profesional cirujano dentista en el Perú, por lo que es importante en la aplicación de los programas de salud pública recordando el compromiso que se tiene con la población en cumplimiento con nuestra responsabilidad. Así mismo se vienen aplicando en la investigación en pro de la prevención, promoción como base fundamental de la salud comunitaria, planteando el objetivo de la práctica del autoexamen.

- ❖ Reglamento de la Ley del cirujano dentista, aprobado con Decreto Supremo N° 016-2005-SA.

El Cirujano Dentista es un profesional de la salud legalmente autorizado para desempeñar sus actividades en el campo

especializado del sistema estomatognático. Posee conocimientos científicos para prestar servicios en forma humanística, científica y técnica en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante la interacción con la persona, la familia, y la comunidad.

Este reglamento nos ampara en el desarrollo de nuestras actividades por ende lo hace en el ejercicio y aplicación de los programas presupuestales de salud bucal mediante la interacción con la persona, la familia y la comunidad siendo autorizados para desempeñar actividades en el campo especializado del sistema estomatognático, por ello la investigación desarrollada colabora con el logro de nuestras actividades, ejercicio y aplicación por identificar con las falencias y dificultades que los PPr no están siendo bien implementados.

- ❖ Ley de creación del colegio odontológico del Perú, Ley N° 15251.

Dentro del ámbito de su competencia, el COP desarrolla las siguientes funciones: función normativa, evaluadora, registral y disciplinaria, y a ellas se aplican normas de derecho público. Para las demás funciones o actividades que realiza el COP corresponde aplicar el derecho privado.

Es importante reconocer a esta institución en todas sus funciones para comprometerlo con el logro de objetivos de nuestra investigación, puesto que tiene como una de sus funciones la normativa, evaluadora, registral y disciplinaria. Para que pueda apoyar en la consecución de los objetivos planteados como son los de fortalecer las capacidades de los profesionales cirujanos dentistas, puesto que no se cuenta

con la cantidad necesaria para su cobertura, contribuir al acceso cultural y económico a servicios de salud y proponer la implementación de normatividad responsabilizando no solo al profesional sino también al usuario de salud.

- ❖ Código de ética profesional y deontológico del colegio odontológico del Perú, aprobado con la Resolución del Consejo Nacional N° 054.20005.COP.

El Código de Ética y Deontología del Colegio Odontológico fortalece la conducta y la moral en la profesión odontológica reglamentando el ejercicio y el comportamiento de los miembros de nuestra orden.

Mediante este código debemos reconocer la reglamentación de nuestra orden y no sobrepasar los lineamientos dados, ya que nos debemos a nuestro colegio profesional, el cual servirá como base legal a las acciones que se deben tomar en el desarrollo de la investigación concediéndonos los límites ejecutables como profesionales de la salud como cirujanos dentistas.

- ❖ Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal – MINSA / Resolución Ministerial N° 649-2007/MINSA

La resolución ministerial invoca a los órganos estructurales y entidades de salud a nivel nacional implementar la estrategia sanitaria nacional de salud bucal, para el cumplimiento de objetivos planteados en la mencionada resolución.

Es de importancia para el estudio ya que nos muestra la implicancia legal en el nacimiento de la estrategia de salud bucal con el fin de tener una base para evaluar la posibilidad de migrar a un programa mas no solo estrategia, permitiéndonos identificar y conocer los diferentes comités

técnicos y consultivos; teniendo como órgano responsable a la dirección general de salud de las personas, a cargo de un coordinador nacional y a su vez la articulación intra e intersectorial del mismo.

Esta resolución es de vital importancia para nuestra investigación puesto que ya desde el año 2007 se reconoce como un problema latente y de importancia a la salud bucal, por ende, se crea la estrategia nacional de la misma denominación para tomar decisiones con respecto a este problema sin embargo hasta el presente año no se le presta a importancia suficiente para lograr objetivos planteados. Por ello la investigación desarrollada presenta alternativas de solución a implementar a nivel nacional considerando estas limitaciones y tener mejoras en el impacto que deseamos obtener.

- ❖ Reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud, Aprobado Con Decreto Supremo N° 023-2005-SA. Mediante Resolución Ministerial se disponen las acciones necesarias para la implementación del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud que se aprueba mediante el presente Decreto Supremo, en función de los recursos presupuestales disponibles.

Si el objetivo de la gestión del estado para el año 2005 fue de mejorar la eficiencia del sector salud definiendo el reglamento de organización y funciones del ministerio mismo, consideramos necesario realizar una revisión de este reglamento para la aplicación de los programas presupuestales por resultados. (PPR) a manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando

el uso de los recursos públicos. Ya que en el análisis mostrado en la investigación se evidencian dificultades, sesgos no contemplados en el planteamiento del reglamento.

- ❖ Convenio marco de cooperación técnica entre el ministerio de educación y el Ministerio de Salud - convenio N° 004-2008/MINSA

El presente convenio tiene por objetivo general desarrollar acciones entre MINSA y MINEDU en el marco de sus respectivas competencias, con el propósito de fortalecer el desarrollo integral de los estudiantes y la promoción de una cultura de salud, orientada al mejoramiento de la calidad de vida del ámbito de las instituciones educativa en el que se desenvuelven, con la participación de la comunidad educativa, contribuyendo así al desarrollo sostenible en el país.

Este convenio será de gran utilidad para fortalecer las alianzas, así también servirán de ejemplo para el desarrollo de nuevos convenios.

Para VALADEZ I. (2004) et al menciona;

La finalidad sobre el concepto de Educación para la Salud (EpS), que tiene, como todos los acontecimientos y manifestaciones sociales, una historia que no puede explicarse aislada del contexto histórico y social determinado donde se produce, y en la que se deben considerar sus límites de tiempo y espacio, así como identificar los principales modelos que se utilizan en la práctica educativa, sus características y argumentación paradigmática para entender el sentido y dirección del hecho educativo en salud, sus objetivos y finalidades, además del papel del educador y el rol que se le asigna al educando en el proceso educativo(pág. 43). Por ende, este convenio juega un papel importante en el

desarrollo de nuestra investigación en cuanto a la aplicación de las estrategias utilizadas entre el sector salud y sector educación que van de la mano en la consecución de los objetivos.

- ❖ Norma técnica: uso del odontograma Resolución Ministerial N° 593-2006/MINSA.

Mejorar la gestión del Odontograma con el fin de poder disponer de información estandarizada, proteger los intereses legales de los usuarios y delimitar las responsabilidades de los profesionales de la salud y de los establecimientos prestadores de servicios odontológicos.

Con la correcta aplicación de esta norma técnica en el uso de la odontograma se estandarizará la nomenclatura básica y se podrán establecer criterios de registro de patologías en las diferentes IPRESS y con ello tomar decisiones adecuadas para su uso posterior. Así mismo será de considerable importancia para la parte preventiva que se plantea en la investigación puesto que se podrá uniformizar el registro de las atenciones preventivas y será de conocimiento, entendimiento y control del mismo usuario.

- ❖ Programa de aplicación de flúor gel fosfato acidulado al 1.23% en escolares.

La población beneficiaria del Programa Nacional de la aplicación del FFA al 1.23%, será la población Escolar de 6, 7, 8 y 12 años de Centros Educativos Estatales y que presenten mayor riesgo de Caries Dental, haciendo un total aproximado de 950,000 niños.

Este es un programa que inicia con la prevención en las diferentes poblaciones sin discriminar la utilidad y necesidad, perdiéndose así recursos valiosos, lo utilizaremos como medio de referencia y base de que la aplicación de flúor en

estadios tempranos como en la prevención tienen mejores resultados mas no en los recuperativos, sin embargo, no se entiende aun la importancia del uso correcto del flúor y por ende este programa no consigue los objetivos planteados.

❖ Plan esencial de aseguramiento en salud (peas)

Todos los beneficiarios del Aseguramiento Universal estarán cubiertos por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Este plan consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que -como mínimo- son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas.

Este plan nos da una visión general de los derechos de nuestros asegurados y cómo podemos efectivizar sus atenciones volviéndolas en atenciones de calidad haciendo trascendental su estudio en la investigación ya que se pretende sugerir algunas modificaciones en sus condicionantes, puesto que por experiencias exitosas anteriores se están evidenciando mejores respuestas a condicionantes para la mejora de salud.

C. Normas locales gobierno

❖ Guías practicas clínicas estomatológicas - Resolución Ministerial N° 453-2005/MINSA

Normar las actividades odontológicas básicas que realiza el odontólogo del equipo itinerante de Atención Integral de Salud en Poblaciones Excluidas y dispersas (Equipo AISPED), con el fin de garantizar una atención odontológica eficiente, oportuna y de calidad.

Estas guías van a regir nuestro quehacer profesional cumpliendo con los objetivos planteados en dichas guías, los cuales se vienen desarrollando a la actualidad, para nuestra investigación se ha verificado el cumplimiento estricto de estas guías, otorgándonos nuevos enfoques y permitiéndonos evidenciar nuevas dificultades en la implementación de las PPr.

- ❖ Norma técnica: atención odontológica básica en poblaciones excluidas y dispersas - Resolución Ministerial N° 882-2005/MINSA.

Establecen el conjunto de atenciones básicas odontológicas a brindar según tipo de intervención, direccionando las atenciones odontológicas promocionales, preventivas y recuperativas. Determinando procesos que permitan brindar una atención oportuna, eficiente y de calidad incorporando el uso de tecnología apropiada.

Es importante a la investigación desarrollada y que apoyarán y servirán de respaldo a las guías prácticas detalladas con anterioridad, en el abarcamiento de nuestras actividades priorizando las del primer nivel de atención.

- ❖ Guía técnica: práctica de restauración atraumática - Resolución Ministerial N° 423-2003/MINSA.

Esta guía desarrolla el mecanismo de desarrollo de la técnica de restauración atraumática y el correcto uso.

El cual será beneficioso a nuestra investigación en la aplicación de nuestro segundo objetivo el cual está referido a la parte preventiva y recuperativa sirviéndonos de respaldo y siendo desarrollada enteramente por el profesional cirujano

dentista en un ambiente óptimo para la aplicación correcta de la técnica del tratamiento.

❖ Gestión de la estrategia sanitaria nacional de salud bucal 2008 – 2011

Para la ESNSB es una unidad funcional no orgánica de la dirección general de salud de las personas cuya función es diseñar e implementar políticas públicas en el logro de resultados sanitarios a nivel de los gobiernos locales en la lucha contra la pobreza. Con el objetivo de disminuir las enfermedades de la cavidad bucal a fin de mejorar la capacidad masticatoria de la población, autoestima y calidad de vida. Metas.

Es importante la información en cuanto a la gestión de la estrategia sanitaria de salud bucal, ya que nos permitirá visualizar oportunidades mayores en cuanto al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, teniendo igualdad de oportunidades y la reducción de la pobreza.

Capítulo III

El Diagnóstico

3.1. Determinación del problema

3.1.1. Árbol de Problemas y de Causas

Para el desarrollo de la identificación de nuestros nudos críticos se ha tomado como punto de partida el análisis respectivo al programa presupuestal en atención estomatológica preventiva básica en todas sus dimensiones y considerando todos los factores identificados por el mismo, ya que a pesar de su implementación en los diversas IPRESS no se evidencia los resultados esperados.

La buena salud bucal o salud estomatognática tiene un gran impacto sobre la calidad de vida de una persona así mismo aporta salud al individuo, debido a que la función que desempeña las piezas dentarias sanas y demás estructuras de la boca, son básicamente biológicas y necesarias; como el proceso de la masticación y deglución finalizando con la digestión, el cual permitirá una alimentación, nutrición adecuada y el impacto positivo que este causara en la persona por ello es importante identificar los principales problemas de morbilidad y discapacidad del sistema estomatognático para hacer frente y proponer medidas de intervención los cuales reduzcan considerablemente el gasto en salud y promueva un estilo de vida saludable en los usuarios.

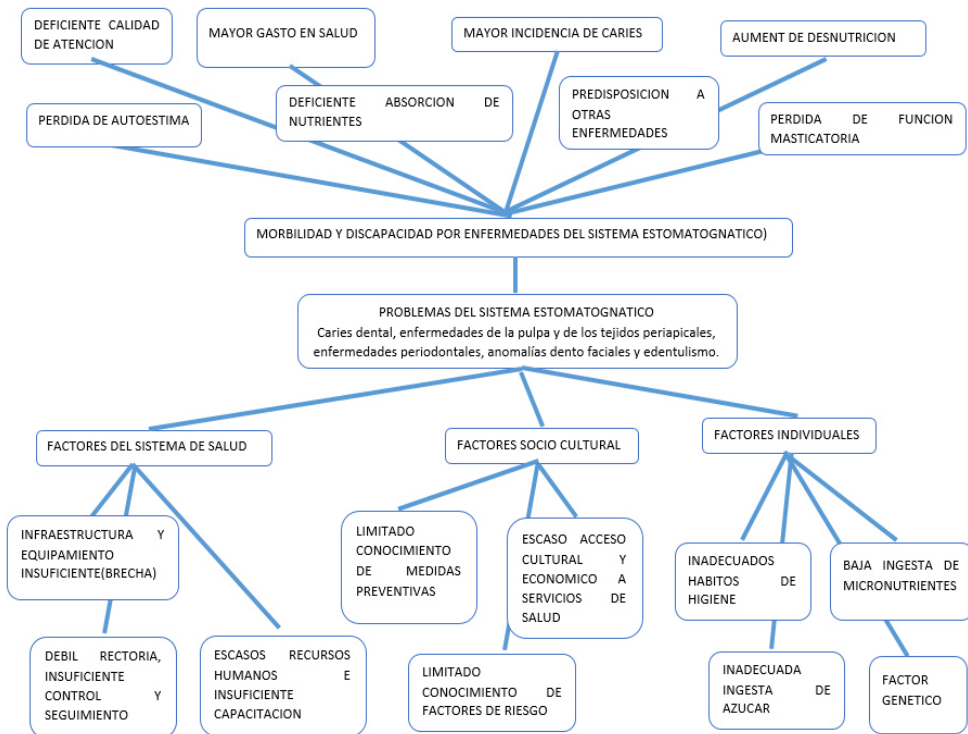


Figura 24. Árbol de causa y efecto de estrategia salud bucal

Fuente: Copyright Modelo Conceptual del PPr 018.

El estado de salud bucal va a estar determinado por la función masticatoria agrupándolos de esta manera en el marco del PPR en factores del sistema de salud, factores socio económico y factores individuales, los cuales detallamos a continuación.

a. Factores del Sistema de Salud

- Infraestructura y equipamiento insuficiente(Brecha). - Se entiende que el organismo encargado de la salud de la población peruana es el Ministerio de Salud (MINSa); este en concordancia con todo el sector salud conformado por organizaciones y entidades deben proveer la infraestructura y equipamiento necesario para la atención de los usuarios mediante la realización de actividades correspondientes a la atención de salud bucal. En tal sentido en el Perú existen 7741

establecimientos de salud y solo 1375 cuentan con UPS de odontología (17%).

- Débil Rectoría insuficiente control y seguimiento. - Para el control y seguimiento de innumerables programas, sistemas, proyectos, etc. Es necesario siempre de un órgano de control, monitoreo y rectoría para un adecuado funcionamiento del mismo para la solución del problema. En el Perú se cuenta con un organismo rector que tiene como objetivo la mejora de salud en general, en el caso de salud bucal; debe prestar más atención debido a las estadísticas crecientes indicadas en los informes ASIS, quienes nos informan de la creciente morbilidad causada por afecciones dentales.
- Escasos Recursos Humanos e insuficiente capacitación. - Así como el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), estaba encargado de la infraestructura, también tiene obligaciones con la correcta distribución y contratación de RR. HH, detallando así que en nuestro país para el año 2011 hubo 3234 odontólogos, para 19 080, 405 personas asignadas al MINSA. Asignándose así a 0.8 odontólogos por cada 10 mil habitantes.

b. Factores Socio-culturales

- Limitado conocimiento de medidas preventivas. - El enfoque de medidas preventivas en el sector salud está dado a individuos y poblaciones en riesgo, y con más ahínco ahora que el gasto en salud para tratamiento y recuperación está siendo un problema latente y está significando mayor desembolso de dinero y presupuesto al MEF.
- Limitado conocimiento de factores de riesgo. - Los trabajos de investigación antes desarrollados son base para demostrar en el PPR de no transmisibles una causa más para la morbilidad y discapacidad por problemas del sistema estomatognático,

tomando en cuenta el limitado conocimiento en los factores de riesgo que conllevaran al futuro al desarrollo de patologías de origen dentario.

- Escaso acceso, cultural y económico a servicios de salud. - La pobreza y la mala salud siempre son conceptos relacionados en cuanto los resultados puesto que en los países con mayor pobreza se tiene un acceso limitado cultural y económico a los servicios de salud, la pobreza, la falta de información, bajos ingresos, la desigualdad, la accesibilidad a los servicios genera mala salud y esto se relaciona a considerables costos sanitarios enfrentados por el estado.

c. Factores Individuales

- Inadecuados hábitos de higiene
La caries es una enfermedad multifactorial, iniciándose por una mala higiene, por este motivo el PPR aborda esta causa como un factor determinante para el desarrollo de esta patología, así mismo reconoce que se debe prestar más atención a la enseñanza de mejores hábitos de higiene.
- Inadecuada ingesta de azúcar. - De acuerdo con estudios realizados una alimentación rica en azúcar o en compañía de algunos otros carbohidratos consumida de forma frecuente está considerada como dieta cariogénica.
- Factor genético. - No hace mucho los investigadores han descubierto la existencia de un complejo genético que regula la formación del esmalte, que se forma a través de la mineralización por medio de unas proteínas específicas del esmalte, por ello también se tiene presente como un factor predisponente.
- Baja ingesta del micronutriente flúor. - Tanto la falta como el exceso de algunos micronutrientes como es el caso del flúor puede ocasionarnos diversas patologías orales y esto a su vez

ocasionar consecuencias notables en la salud bucal del individuo, por ello este factor se considera dentro del PPR.

3.1.2. Nudos críticos y responsables

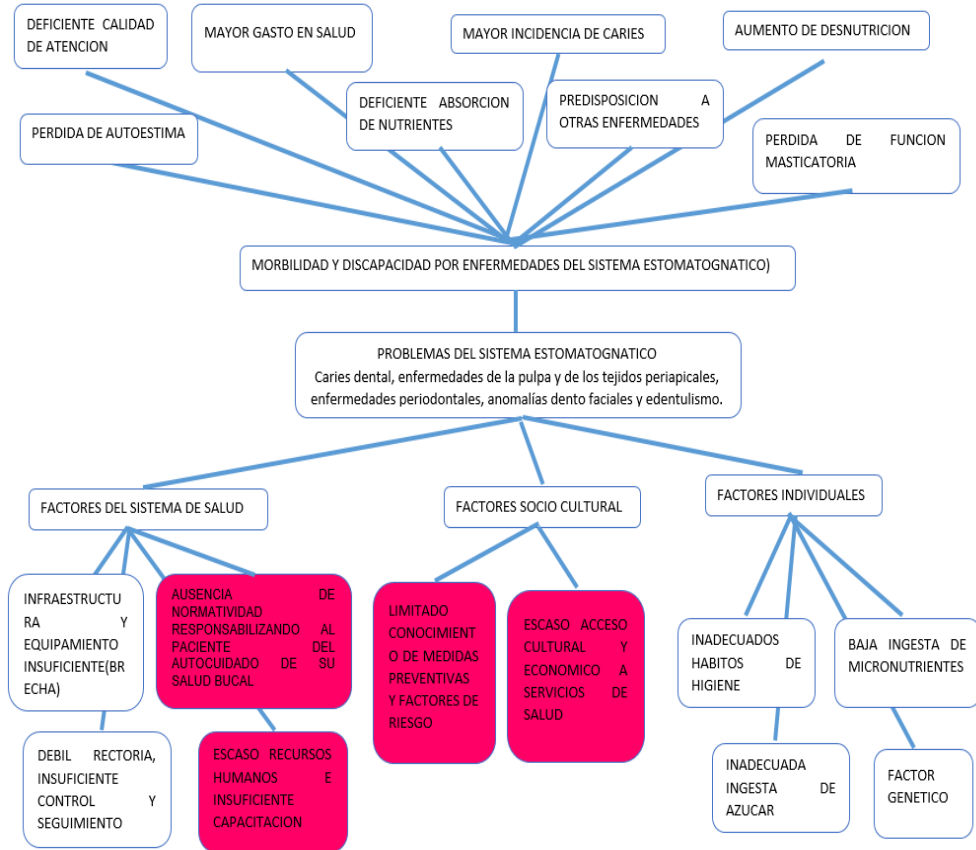


Figura 25. Árbol de causa y efecto de estrategia salud bucal identificando los nudos críticos.

Fuente: Copyright Elaboración de las autoras.

Subsiguiente al reconocimiento e identificación de nuestros nudos críticos en el PPR y a la vez formulándonos diversas hipótesis acerca de la correcta ejecución, ya que la razón de esta estudio radica en la identificación de algunos factores no considerados o en algunos casos, se pretende una reestructuración o fortalecimiento de las diferentes estrategias; manteniendo los demás factores como el PPR los plantea, con el objetivo de resolver el problema de morbilidad y discapacidad del

sistema estomatognático teniendo resultados tangibles en nuestras estadísticas; por ello nos disponemos a desarrollar cada punto crítico identificando las causas al detalle y responsables de las diversas áreas, ubicadas dentro de los factores siguientes.

Tabla 9

Identificación de nudos críticos y responsables

Factor	Nudo Critico	Responsables
Factores del Sistema de Salud	Escasos RR. HH e insuficiente capacitación.	a. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos/ Unidad de Recursos Humanos b. Dirección de gestión de Capacidades en Salud / Dirección de fortalecimiento de capacidades del personal de salud.
	Ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal	a. Poder legislativo/congreso de la Republica b. Ministro/a de Salud
Factores Socioculturales	Limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo	c. Seguro Integral de Salud a. Escuela Nacional de Salud Pública/ ENSAP b. Programa o estrategia de Salud Bucal
	Escaso acceso, cultural y económico a servicios de salud	a. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica. b. Dirección de Salud Bucal.

Fuente: Elaboración propia

A. Factores del Sistema de Salud

➤ Escasos RR. HH e insuficiente capacitación

En concordancia a los RR. HH es responsabilidad del Ministerio de Salud (MINSA), teniendo como obligación la eficiente distribución y contratación del personal, para esta investigación especialmente el odontológico, empero en el reconocimiento de la problemática Estrategia de salud bucal dependiente del PPR 0018.

También es importante describir la insuficiente capacitación que recibe el profesional de salud, en este caso el odontólogo, en estrategias de impacto social; más detalladamente en cómo realizar un abordaje en el campo de prevención, como lograr cambios en los hábitos de la población si estos mismos no tienen metodología psicológica para tener resultados óptimos.

En este punto es sustancial mencionar que es un aporte de parte de los autores, ya que no se encuentra registrado en las causas del PPR, se sugiere reconocer en próximas investigaciones esta causa debido a las dificultades que se presentan al momentos de realizar las actividades y a la falta de recursos; por ende pretendemos mostrar la importancia vital de que esta estrategia de salud bucal ya no forme parte de un programa; si no por el contrario se pueda independizar en un programa propio del sector, con propio presupuesto; para acceder a este se depende de otros programas y el presupuesto se tiene que compartir con las demás estrategias consideradas en él. Se debe entender a la salud bucal el medio principal y primordial de inicio de otras patologías, así como el ingreso al centro de salud es por medio del servicio de odontología, considerándose desde ese punto un momento crucial para el tamizaje integral, porque nuestra población no está direccionada solo a una exclusiva etapa de vida, si no a todas las etapas.

Así mismo es importante mencionar que esta área está a cargo de la oficina General de Gestión de Recursos Humanos de acuerdo al organigrama del MINSA 2018.



Figura 26. Organigrama de la RED DE SALUD JAUJA 2019

Fuente: Oficina de Imagen Institucional de la Red de Salud Jauja

Por otro lado, la capacitación también figura en el organigrama del mismo, mostrado a continuación.



Figura 27. Organigrama del MINSA 2018

Fuente: Diario El Peruano/MINS/DS. N°011-2017-SA/Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

- Ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal, debido a la falta de conciencia en el cuidado de las estructuras dentarias, se reconoce y adiciona esta causa a nuestro árbol problema debido a que, siempre se ha hecho hincapié en la responsabilidad que tiene el profesional sobre la salud bucal de sus pacientes, sin

embargo a pesar de los esfuerzos brindados por el mismo la población (pacientes) no le prestan la importancia debida y solo se tiene por teoría los conocimientos impartidos sin llevarlo a la práctica; por ende se pretende implementar una normatividad para incentivar la práctica de los conocimientos de salud bucal impartidos por el personal responsable. Se piensa considerar como ejemplo los trabajos que se vienen realizando en cuento anemia y su enfoque multisectorial y articulado.



Este factor está a cargo del Estado peruano en su poder legislativo al formular las leyes, así como también al Ministro(a) de Salud; que no solo sean hacia el profesional de salud si no también hacia el portador de seguro integral de salud.



Figura 28. Organigrama del Estado Peruano 2014

Fuente: Estado Peruano/Oficina de Secretaria de Gestión Pública/ abril 2014

B. Factores Socioculturales

- Limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo

Tomando en consideración las cifras estadísticas de los últimos años de la IPRESS Ricrán se puede aseverar que el abordaje a nivel de medidas preventivas no está siendo de importancia en el mantenimiento y prevención en cuestión de salud bucal, puesto que la población hace mínimo esfuerzo o caso omiso a las charlas y capacitaciones de parte del personal de salud. Por tanto, tenemos poblaciones en riesgo los cuales significan más gasto en salud ya que cada vez solo nos estamos enfocando al tratamiento y rehabilitación de los pacientes sin enfocarnos en las medidas preventivas.

Este factor está involucrado con el órgano desconcertado de Escuela Nacional de Salud Pública el cual no está creando impacto de salud en las poblaciones a través del servicio de Odontología dentro del área de PROFAM.



Figura 29. Organigrama del Estado Peruano 2014- ENSAP

Fuente: Diario El Peruano/MINSA/DS. N°011-2017-SA/Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

ORGANIGRAMA FUNCIONAL – IPRESS RICRAN



Figura 30. Organigrama Funcional IPRESS Ricrán

Fuente: Jefatura de IPRESS Ricrán

Del mismo modo la población tiene tanta responsabilidad como el profesional de salud sin embargo las leyes solo están dadas para el personal de salud, sin tomarse en cuenta que la salud de un individuo la da al 50% el profesional en el cuidado de medidas preventivas y recuperativas y el otro 50% está dada al paciente para la conservación de su propia salud.

En relación a los factores de riesgo podemos decir que una de las causas más frecuentes es el desconocimiento de factores de riesgo.

Los trabajos de investigación antes desarrollados son base para demostrar en el PPr de no transmisibles una causa más para la morbilidad y discapacidad por problemas del sistema estomatognático, tomando en cuenta el limitado conocimiento en los factores de riesgo que conllevaran al futuro, desarrollo de patologías de origen dentario.

Este factor es enteramente de parte de la población ya que, a pesar de los esfuerzos dados en las capacitaciones, charlas y toda acción de promoción y prevención en salud bucal brindados, poco o mucho es de interés de la población puesto que en la teoría lo conocen a la perfección empero la problemática central radica en el cambio de hábito. Este es un resultado difícil de lograr y más aun con los conocimientos limitados que poseen con el concepto de “extracción” es mejor para que ya no cause dolor a futuro sin proveer las consecuencias más costosas de su ejecución.

- Escaso acceso, cultural y económico a servicios de salud
Con referencia al acceso cultural y económico a los servicios de salud siempre se ha relacionado a la pobreza, sin embargo, la IPRESS Ricrán cuenta a su población en un aproximado del 90% de asegurados al SIS, pero existe necesidad de implantación cultural y de hábito con los conocimientos preventivos en salud bucal y mejores ingresos económicos para ser consecutivos. Así mismo incentivarlos a conservar piezas dentarias, ya que debido a su bajo nivel de instrucción la mejor solución para esta población es exodoncia de piezas dentarias, mientras que no se considera tratamientos más conservadores, se podría aseverar que esta sumado a los altos costos sanitarios.

Este factor se relaciona a la intervención de la dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública, especialmente en el despacho de la dirección de Salud Bucal, puesto que son encargados de proveer la metodología e implantación de los PPr en todas las IPRESS.



Figura 31. Organigrama del MINSA 2018

Fuente: Diario El Peruano/MINSA/DS. N°011-2017-SA/Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

3.1.3. Sustento de evidencias

- A. En cuanto a los escasos RR.HH. se puede evidenciar en el CAP del establecimiento en la cual cuenta con un equipo básico de salud y el profesional Cirujano Dentista no es considerado como tal, así mismo en el MOF de la red de salud Jauja se menciona que debería existir 2 profesionales y tan solo se cuenta con 1 profesional a la actualidad SERUMS. Además, el mismo establecimiento tiene en su jurisdicción 05 anexos de los mencionados sólo 01 cuenta con establecimiento de salud (Apaycancha) nivel I-1 (no cuenta con consultorio Odontológico) y los demás anexos del distrito son considerados como población vulnerable. En dichos lugares la visita por el profesional Odontólogo es una vez cada 3 meses y realizando netamente actividades promocionales (sesiones

educativas y sesiones demostrativas). Cabe mencionar que el profesional odontólogo según el perfil del profesional y su C.V. no cuenta con las capacitaciones adecuadas en normatividad de la estrategia, desarrollo de capacidades de dinámica en grupo.

N° ORD.	CARGO ESTRUCTURAL	CODIGO	CLASIFICACION	TOTAL	SITUACION DEL CARGO		CARGO DE CONFIANZA
					O	P	
XI. DENOMINACION DEL ORGANO: MICRORRED DE SALUD VALLE DE YACUS							
DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA							
223	JEFE/A DE MICRORRED DE SALUD	45011002	EC	1		1	1
224	SUPERVISOR/A DEL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD	45011003	SP-DS	1		1	
225	SUPERVISOR/A DE ENFERMERIA	45011003	SP-DS	1		1	
226	TECNICO/A EN SOPORTE INFORMATICO	45011006	SP-AP	1		1	
227	ASISTENTE EJECUTIVO I	45011006	SP-AP	1		1	
	PUESTO DE SALUD YAULI - JAUJA I-2						
228 - 229	MEDICO	45011005	SP-ES	2	1	1	
230	ODONTOLOGO	45011005	SP-ES	1		1	
231	OBSTETRIZ	45011005	SP-ES	1	1		
232 - 233	ENFERMERA/O	45011005	SP-ES	2	1	1	
234	PSICOLOGO	45011005	SP-ES	1		1	
235	NUTRICIONISTA	45011005	SP-ES	1		1	
236	ASISTENTE PROFESIONAL II	45011005	SP-ES	1	1		
237	TECNICO/A EN SALUD PUBLICA I	45011006	SP-AP	1	1		
238	TECNICO/A EN FARMACIA I	45011006	SP-AP	1		1	
239	TECNICO/A EN LABORATORIO I	45011006	SP-AP	1		1	
240	TECNICO/A DE SERVICIOS GENERALES	45011006	SP-AP	1		1	
	PUESTO DE SALUD RICRAN I-2						
241	MEDICO	45011005	SP-ES	1	1		
242	ODONTOLOGO	45011005	SP-ES	1		1	
243	OBSTETRIZ	45011005	SP-ES	1	1		
244 - 245	ENFERMERA/O	45011005	SP-ES	2	1	1	
246 - 247	TECNICO/A EN SALUD PUBLICA I	45011006	SP-AP	2		2	
	PUESTO DE SALUD PANCAN I-1						
248	MEDICO	45011005	SP-ES	1		1	

Figura 32. Cuadro Orgánico de Cargos

Fuente: Oficina de Recursos Humanos/ Área de Asignación de Personal/CAP/ Red de Salud Jauja



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED SALUD JAUJA



HORARIO DE TRABAJO

Establecimiento: **P.S. Ricran** Del Mes de: **ENERO** del 2018

N° CODIGO	APELLIDOS Y NOMBRES	Cargo	NIVEL	Días del Mes																														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	HINOSTROZA QUÍÑONEZ IVETH	M.C	SERUMS	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
229494	GÓMEZ CURSINICHE GRISEL	C.D	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
	URETA JULCARMA OSWALDO	OBST	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	GD	M	GD	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
228929	CABALLERO ARMALLUA EDITH	LIC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	T	M	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	M	T		
229456	ROMERO MEZA RINA	TEC ENF	NOMBRADO	M	M	GC	M	M	M	M	M	GC	M	M	M	M	GC	M	M	M	M	GC	M	M	M	M	GC	M	M	M	M	M		

Establecimiento: **P.S. Ricran** Del Mes de: **FEBRERO** del 2018

N° CODIGO	APELLIDOS Y NOMBRES	Cargo	NIVEL	Días del Mes																														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	HINOSTROZA QUÍÑONEZ IVETH	M.C	SERUMS	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M			
229494	GÓMEZ CURSINICHE GRISEL	C.D	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
	URETA JULCARMA OSWALDO	OBST	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	GD	M	GD	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
228929	CABALLERO ARMALLUA EDITH	LIC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	T	M	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	M	T		
229456	ROMERO MEZA RINA	TEC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		

Establecimiento: **P.S. Ricran** Del Mes de: **MARZO** del 2018

N° CODIGO	APELLIDOS Y NOMBRES	Cargo	NIVEL	Días del Mes																														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	HINOSTROZA QUÍÑONEZ IVETH	M.C	SERUMS	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M			
229494	GÓMEZ CURSINICHE GRISEL	C.D	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
	URETA JULCARMA OSWALDO	OBST	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	GD	M	GD	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
228929	CABALLERO ARMALLUA EDITH	LIC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	T	M	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	M	T		
229456	ROMERO MEZA RINA	TEC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		

Establecimiento: **P.S. Ricran** Del Mes de: **ABRIL** del 2018

N° CODIGO	APELLIDOS Y NOMBRES	Cargo	NIVEL	Días del Mes																														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	HINOSTROZA QUÍÑONEZ IVETH	M.C	SERUMS	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	
229494	GÓMEZ CURSINICHE GRISEL	C.D	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
	URETA JULCARMA OSWALDO	OBST	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	GD	M	GD	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
228929	CABALLERO ARMALLUA EDITH	LIC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	T	M	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	M	T		
229456	ROMERO MEZA RINA	TEC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		

Establecimiento: **P.S. Ricran** Del Mes de: **MAYO** del 2018

N° CODIGO	APELLIDOS Y NOMBRES	Cargo	NIVEL	Días del Mes																														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	HINOSTROZA QUÍÑONEZ IVETH	M.C	SERUMS	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M			
229494	GÓMEZ CURSINICHE GRISEL	C.D	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
	URETA JULCARMA OSWALDO	OBST	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	GD	M	GD	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
228929	CABALLERO ARMALLUA EDITH	LIC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	T	M	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	M	T		
229456	ROMERO MEZA RINA	TEC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		

Establecimiento: **P.S. Ricran** Del Mes de: **JUNIO** del 2018

N° CODIGO	APELLIDOS Y NOMBRES	Cargo	NIVEL	Días del Mes																														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	HINOSTROZA QUÍÑONEZ IVETH	M.C	SERUMS	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M				
229494	GÓMEZ CURSINICHE GRISEL	C.D	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
	URETA JULCARMA OSWALDO	OBST	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	GD	M	GD	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
228929	CABALLERO ARMALLUA EDITH	LIC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	T	M	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	T	GC	M	M	M	M	T		
229456	ROMERO MEZA RINA	TEC ENF	NOMBRADO	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		

Figura 33. Rol de turnos IPRRES Ricrán

Fuente: Jefatura de Microrred de Salud Valle Yacus/Red de Salud Jauja

- B. La ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su propia salud bucal se puede evidenciar en los reportes anuales donde la caries dental es la primera causa de

morbilidad dentro de un establecimiento de salud que cuenta con profesional odontólogo y de esta manera evidenciando la falta de compromiso de la población para el cuidado de su propia salud bucal.

Tabla 10

10 Causa Morbilidad en la IPRESS Ricrán –2016, 2017 y 2018

Código	Morbilidad	2016	2017	2018	Total
K02.1	Caries de la dentina	162	181	116	459
E46X	Desnutrición proteico-calórica no especificada	34	107	107	248
J069	Infección de las vías respiratorias superiores, no especificadas	115	122	82	319
K041	Necrosis de la pulpa	111	94	81	315
J00X	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	39	90	77	206
E660	Sobrepeso	64	57	75	196
M545	Lumbago no especificado	27	45	53	125
J039	Amigdalitis aguda	139	106	39	284
E785	Hiperlipidemia no especificada	2	0	36	38
A09X	Infecciones intestinales debidas a otros organismos sin especificar	7	23	33	63

Fuente: Unid. Estadística, Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

- C. De igual forma la alta prevalencia de enfermedades bucodentales en la población de Ricrán evidenciado en los reportes anuales de las 10 primeras causas de morbilidad y de acuerdo al PPr es al limitado conocimiento de las medidas preventivas y factores de riesgo.

- D. La población adscrita a la IPRESS Ricrán es considerada vulnerable y dispersa debido al Análisis Situacional en Salud (ASIS) por lo que tiene en su jurisdicción población de áreas alejadas al distrito generando costo en traslado de los pacientes y del personal de salud.

Tabla 11

Localización Geográfica

Características	Descripción
Región	Junín
Provincia	Jauja
Distrito	Ricran

Fuente: Unid. Estadística, Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

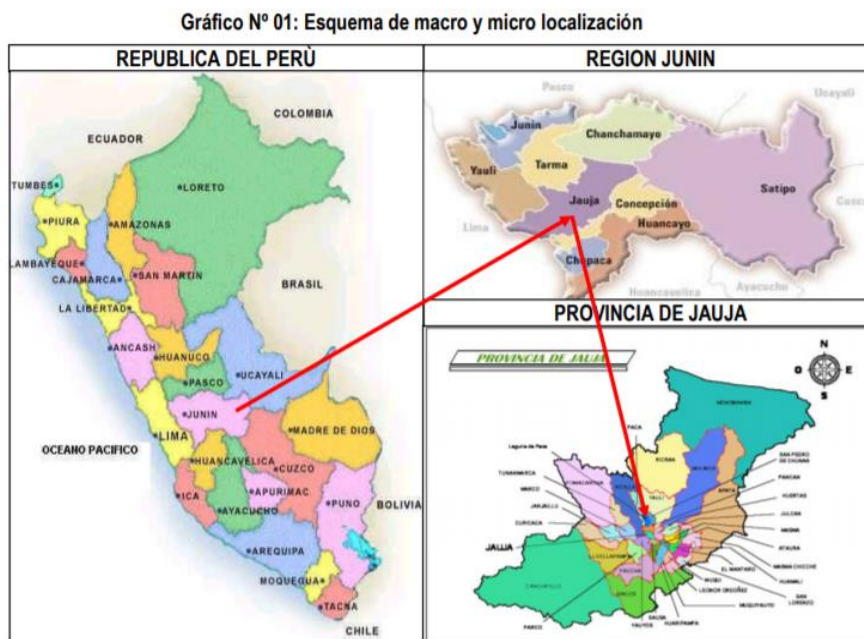


Figura 34. Esquema de macro y micro localización.

Fuente: Copyright Gobierno Regional Junín. 2012.



Figura 35. Mapa de distribución de la Provincia de Jauja.

Fuente: Oficina Territorial y Zonificación/ Municipalidad Provincial de Jauja

3.2. Análisis organizacional

3.2.1. La organización

La IPRESS Ricrán se encuentra en el Distrito de Ricrán a 37 Kilómetros de la Provincia de Jauja, Región Junín.

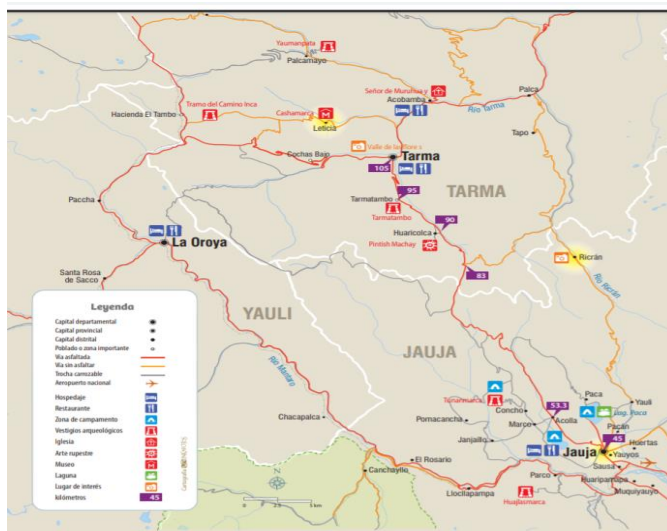


Figura 36. Mapa geopolítico Jauja, Ricrán

Fuente: Oficina Territorial y Zonificación/ Municipalidad Distrital de Ricrán

En cuanto al área de salud la IPRESS Ricrán se encuentra bajo la Dirección Regional de Salud – Junín, Red de Salud Jauja, Micro red Valle Yacus. IPRESS Ricrán de nivel I-2 tiene bajo su jurisdicción la población del Distrito que para el año 2017 era un total de 1296 habitantes distribuidos en 05 anexos. Por tal motivo considerado población dispersa y a su vez en el área de Odontología es responsable de la IPRESS Apaycancha de nivel I-1 que no cuenta con consultorio odontológico por lo tanto se desarrolla actividades de prevención y promoción.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA DIRECCION DE LA RED DE SALUD

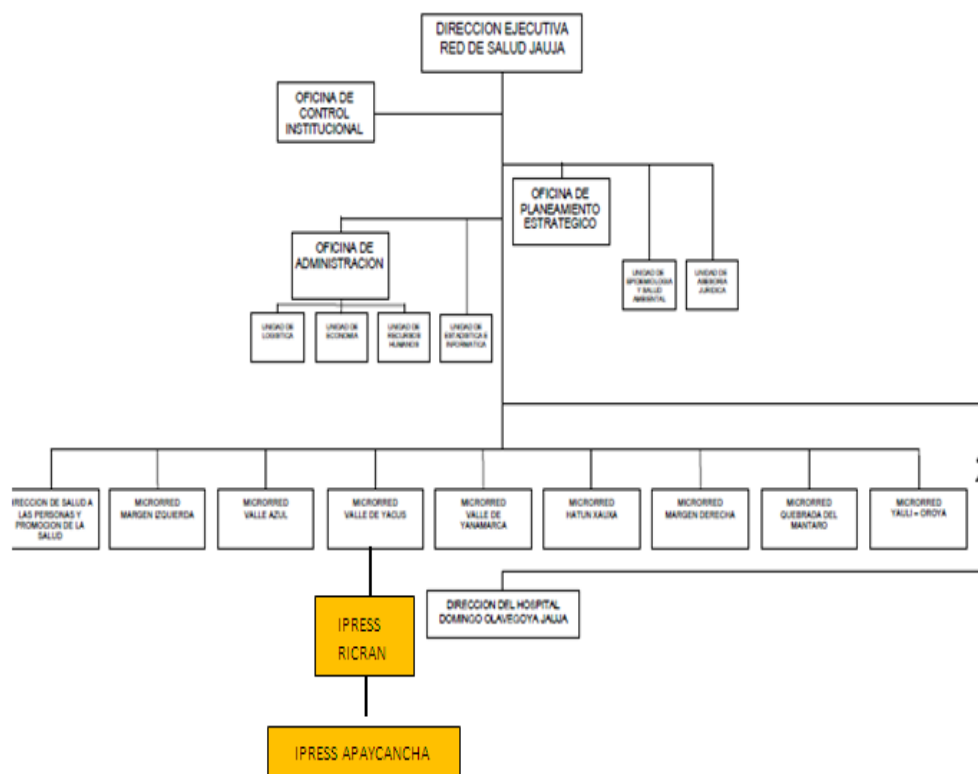


Figura 37. Organigrama Estructural de la Dirección de la Red de Salud

Fuente: Oficina de Imagen Institucional/ Red de Salud Jauja

Dentro de la organización interna el establecimiento de salud está conformado por:

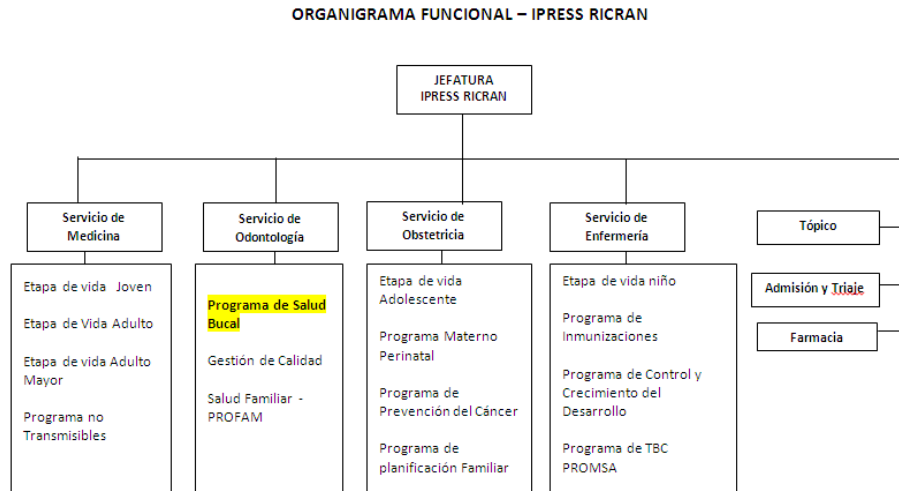


Figura 38. Organigrama Funcional IPRESS Ricrán

Fuente: Jefatura de IPRESS Ricrán

La IPRESS Ricrán tiene alianzas estratégicas con el Gobierno Local (Municipalidad), Presidentes de Comunidad de los Anexos, Instituciones Educativas y Coordinadores de los Programas Sociales (Programa Juntos, Programa Pensión 65 y Vaso de Leche).

3.2.2. Análisis interno

Para Kast y Rosenzweig nos mencionan que la identificación del problema se dará si entendemos a la institución como un sistema y que este al mismo tiempo está compuesto por subsistemas sin importar el tamaño del mismo y los cuales analizamos a continuación:

A continuación, se analizarán los factores del sistema de salud identificados con deficiencias:

Los **escasos Recursos Humanos** están a cargo de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos/ Unidad de Recursos Humanos; cuyas funciones son:

- Dirigir y controlar las actividades de la Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos.
- Proponer y evaluar políticas nacionales, Estrategias, Normas, Directivas y procedimientos Técnico Administrativos en materia de Recursos Humanos.
- Conducir el observatorio de Recursos Humanos en Salud, relacionados a la producción y difusión de información estratégica y del conocimiento, en el campo de trabajo y de capacidades en salud.
- Elaborar normas para la gestión del desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

Por lo que podemos concluir que existen fallas en el cumplimiento de sus funciones, ya que se deben proponer y evaluar las políticas nacionales, estrategias, normas, directivas y procedimientos técnicos administrativos en materia de recursos humanos acorde a la necesidad nacional, puesto que por ser una de las primeras causas de morbilidad, existe la necesidad de priorizar la contratación de personal de odontología; también es importante mencionar que para el 2012 en Junín la cantidad de Médicos era de 746 y la de odontólogos 124 concediéndoles por cada 10 mil habitantes 5,6 y 0,9 profesionales respectivamente, para el desarrollo no solo de consultas; sino que también para el desarrollo de procedimientos, puesto que la carrera de Odontología es en su mayoría aplicativo y practico.

Así también la cantidad de personal odontológico no se abastece para poder cumplir con el POI anual, debiendo realizar una reestructuración en Recursos Humanos.

Por otra parte, el presupuesto asignado en el POI 2017 DIRESA Junín se puede evidenciar de que el presupuesto para salud bucal es compartido con otras estrategias que requieren de más presupuesto y con la misma importancia dentro de la misma estrategia de no Transmisibles.

La capacitación al personal de salud odontológico está a cargo de la Dirección de Gestión de Capacidades en Salud/ Dirección de fortalecimiento de capacidades del personal de salud cuyas funciones son:

- Planificar, organizar, coordinar, dirigir y evaluar la gestión de capacidades en salud, proponiendo las políticas, objetivos y estrategias necesarias para el desarrollo del recurso humano, en concordancia con la normativa vigente.
- Proponer normas y procedimientos para la aplicación de la Gestión de Desarrollo de Capacidades en Salud, incluyendo la capacitación, la educación permanente en salud, el perfeccionamiento y la especialización, para la mejora del desempeño del Sistema Nacional de Salud.
- Supervisar y promover nuevas tecnologías educativas y la educación virtual, en el marco de la Gestión de Capacidades en Salud, la educación permanente en salud y la mejora del desempeño del Sistema Nacional de Salud.
- Supervisar e evaluar la implementación de las políticas nacionales de capacitación de los recursos humanos en salud

Por lo que planteamos que la **capacitación del personal odontológico es insuficiente** y no está orientada a lograr el impacto deseado para poder disminuir la morbilidad, carece de una metodología y que la misma sea multidisciplinaria, ya que la salud bucal no solo debe ser tarea del odontólogo, sino que se pueden integrar a los distintos profesionales apoyándonos aún más en el profesional técnico para ser más eficiente el contrato del profesional odontólogo.

Así mismo podemos evidenciar que se están coordinando de manera virtual las capacitaciones mediante ENSAP, la limitación para el profesional odontológico para este 2020 en la estrategia de salud bucal para Junín solo 1 profesional se encuentra apto, manifestándose las limitaciones en este sentido.

En conclusión, para estos puntos el MOF, ROF y POI están claramente especificados, sin embargo, existen deficiencias en su aplicación y de acuerdo a la realidad.

La ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal a cargo y en coordinación del poder legislativo/ congreso de la Republica, Ministro(a) de Salud y el seguro Integral de Salud a cargo del Minsa, como tenemos entendido nuestro modelo de sistema de salud se trata de un proceso de acumulación histórica con adecuaciones relevantes enfocadas hacia los derechos del usuario, los cuales pretenden trascender los criterios de pobreza mediante Aseguramiento Universal de Salud (AUS) sin embargo todavía se esta investigando los desafíos pendientes para la Reforma de Salud los cuales son cobertura poblacional del aseguramiento no vinculada a la pobreza, brechas notables, recursos humanos y el escaso impacto de la Reforma de Salud en la reducción del gasto de bolsillo.

En tal sentido se está planteando la aplicación de la teoría del autocuidado, por ende, se pretende implementar una normatividad para incentivar la práctica de los conocimientos de salud bucal impartidos por el personal responsable. Considerando como ejemplo las medidas condicionantes que aplican los programas de anemia y su enfoque multisectorial y articulado.

A. Subsistema Psicosocial:

- La población adjudicada a la IPRESS Ricrán es de 1250 habitantes según INEI el cual se cuenta solo con 01 profesional Odontólogo nombrado, según las disposiciones del PPr que por cada 10 mil habitantes están correspondido aproximadamente 1 odontólogo se estaría cumpliendo, sin embargo no se ha tomado en cuenta la accesibilidad geográfica ya que Ricrán es considerada población dispersa tomando mas de 30 minutos para el traslado del profesional, dificultando el cumplimiento de sus metas.
- En los establecimientos de salud nivel I-2 el personal de salud debería desarrollar actividades multifuncionales, sin embargo, no se posee las capacidades necesarias para cumplir esta disposición por lo que conlleva a tener atenciones individualizadas de cada servicio no cumpliéndose con atención integral, en otras palabras, cada profesional de la salud dentro de la institución se limita a cumplir sus metas propias de acuerdo a la asignación de sus programas.
- Para el cargo de jefatura de la IPRESS el perfil no exige un profesional gestor, solo requiere de un personal nombrado y respetando el orden jerárquico; sin considerar otras competencias; como experiencia, cursos, diplomados en gestión en salud. El perfil de la jefatura es netamente asistencial y no tiene dominio de gestión de recursos para el

establecimiento de salud, así mismo como no cuenta con mucho personal no tiene como necesidad la capacitación de los mismos y las que se desarrollan dentro de la DIRESA Junín también es muy difícil ya que debido a su distancia y al requerimiento del personal en la institución no son muy consecutivos.

Tabla 12

Cuadro Orgánico de Cargo

Orden jerárquico	Profesional	Condición laboral	Responsable
Primero	Medico cirujano	SERUMS	Área de adulto, adulto mayor , joven y no transmisibles Jefatura del
Segundo	Cirujano dentista	Nombrado	establecimiento, área de salud bucal, calidad y profam
Tercero	Obstetra	Nombrado	Área de materno perinatal, detección de cáncer, adolescente, planificación familiar y ETS
Cuarto	Lic. en enfermería	Nombrado	Área niño, cred e inmunizaciones, nutrición, PROMSA, TBC
Quinto	Tec. en enfermería	Nombrado	Farmacia, zoonosis, saneamiento ambiental, metales pesados, admisión y triaje.

Fuente: CAP del establecimiento de salud Ricrán – Jauja- Identificando el cargo jefatural (Cirujano Dentista Nombrado)

- Además, el profesional odontólogo tiene pleno conocimiento de sus funciones dentro del MOF y ROF de la IPRESS RICRAN en cuanto a funciones básica, relaciones de cargo, atribuciones de cargo y funciones específicas, como las actividades de promoción y prevención en salud bucal está a cargo del Odontólogo especificados en documentos como ROF y PPr pero que no se logra por que no se llega a toda la población que es muy dispersa dentro de su jurisdicción,

además de brindar atenciones odontológicas en general, priorizando a pacientes afiliados al SIS; sin embargo, el mismo no se encuentra capacitado en el desarrollo de sus aptitudes para poder realizar dinámicas de aprendizaje grupales con la población y verter sus conocimientos. En cuanto a las limitaciones de conocimientos de medidas preventivas y factores de riesgo el personal de salud no tiene las capacitaciones correspondientes para efectivizar las sesiones educativas y demostrativas por ello esto se debe incidir en trabajos del PROMSA y por otro personal de salud diferente al Odontólogo.

- El área de Obstetricia y CRED se encuentran cumpliendo con las funciones estipuladas en el ROF y MOF de la institución realizando atenciones articuladas con la estrategia de salud bucal al realizar las interconsultas con el cirujano dentista para cumplir con las metas del POI.

B. Subsistema Gestión:

- El plan operativo (POI) que hasta la actualidad se maneja es el mismo de todos los años, no se encuentra elaborado de acuerdo a la realidad de las comunidades a las que se aplican y en las que se desarrolla; por ello no se evidencian resultados óptimos.
- Por otro lado, en el mismo POI el financiamiento de la estrategia de salud bucal está limitada y todavía dependiente del programa de no transmisibles, por lo que es dificultosa la intervención y hace difícil el trámite para poder hacer uso del mismo, resignándonos a un presupuesto de difícil acceso.
- Dentro de los documentos de gestión como en el CAP y ROF, no contempla la población asignada por cada cirujano dentista así mismo dentro de sus funciones tampoco evidencia que

deba realizar atenciones itinerantes, pero que si lo viene realizando.

- Dentro de los documentos de gestión no se faculta a la jefatura del establecimiento generar normas y por ende sanciones por más que sea factor interno, debido a la falta de especificación en el ROF y MOF.
- Según el POI menciona sobre las sesiones educativas y demostrativas en programa de salud bucal y PROMSA, pero no se logra cubrir ni lograr impacto porque es considerado ajeno a actividades del autocuidado.
- En documentos del POI, ROF, MOF, PPr y convenio con SIS menciona que el personal de salud en general debe realizar actividades de prevención y promoción en el primer nivel de atención. Pero no contempla el grado de instrucción que esta tiene, la cultura que la población presenta y como está distribuida.

C. Subsistema Estructural:

- La estrategia de Salud Bucal está a cargo de un profesional odontólogo sin embargo la misma está dentro del programa de no transmisibles, fusionándose a nivel de promoción de la salud para el presupuesto del mismo, no teniéndose claro las actividades en el POI. Mientras que para las actividades recuperativas descritas en el POI están detalladas y cargo del odontólogo, con un presupuesto asignado el cual no se dispone mucho ya que es mínima para toda una región.
- Se cuenta con profesional odontólogo y 04 personales de salud quienes conocen el MOF y ROF sin embargo en cuanto a las funciones del profesional odontólogo no se cumple con las funciones asignadas en dichos documentos para lograr el

impacto del cuidado de la buena salud en una población vulnerable.

D. Subsistema Tecnológico:

- En los análisis de la información se basan únicamente a datos numéricos y no se considera ¿Cómo se realizó dicha atención? Y si esta se hizo dentro o fuera del establecimiento y distancia para ubicar al paciente. De la misma manera dentro del PPr no menciona como trabajar con población dispersa y cómo realizar seguimiento de esto.
- En cuanto al registro de atenciones de los pacientes no se cuenta con sistema digitalizado en el establecimiento dificultando al profesional para realizar los seguimientos en cuanto a las visitas odontológicas.
- No se cuenta con registros y menos análisis de quienes o no reciben las sesiones educativas y demostrativas, por lo tanto, no se puede identificar plenamente el porcentaje total de la población que haya recibido dichas charlas y si hay impacto o no de estas.

E. Subsistema Razón de Ser:

- Dentro de la misión del establecimiento está brindar atención integral de calidad a la población por lo tanto el problema abordado a la falta de RR.HH. y falta de capacitación se debería gestionar por medio de la jefatura del establecimiento hacia la Dirección de la Red de Salud.
- El limitado conocimiento de las medidas preventivas es debido a que el odontólogo no se encuentra capacitado para verter dichos conocimientos frente a una población renuente y ajena al autocuidado de su salud y que el establecimiento de salud

podría resolverlo siempre en cuando haya normas que responsabilicen al paciente de su propia salud.

- En cuanto al acceso económico y cultural a los servicios de salud en parte viene a ser responsabilidad del establecimiento de salud con respecto al acceso económico por que dichas actividades son gratuitas porque son financiadas por el SIS y al factor cultural se debe implementar estrategias para el cambio de hábito por más arraigado que esta se encuentra en sus malas costumbres.

3.2.3. Entorno organizacional

Según Collettere y Schneider, mencionan que debemos desarrollar un análisis del entorno de la institución (Factores Sociales) para poder conocer el alcance.

El **limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo** están a cargo de la Escuela Nacional de Salud Pública /ENSAP y el Programa o estrategia de Salud Bucal, sin embargo, el impacto que reside en la población no es la esperada ya que este organismo tiene funciones las cuales no se están cumpliendo a cabalidad.

El **escaso acceso cultural y económico a servicios de Salud** se encuentran a cargo de la Dirección General de intervenciones estratégicas en Salud Publica y la Dirección de Salud Bucal, que similar a los organismos mencionados anteriormente no se están cumpliendo adecuadamente con las funciones otorgadas, por lo que la población se encuentra sin responsabilidad y consciencia de autocuidado.

Por ende, lo analizamos en tres momentos:

A. Entorno Inmediato:

- De acuerdo al POI y al PPr se tienen actividades con la población en Municipio, Escuelas y familias en Riego, empero la didáctica desarrollada en estos ámbitos sigue siendo la misma a lo largo del tiempo, no siendo ajustada de acuerdo a

las necesidades, como el impacto es insipiente debido a que son los mismos pobladores quienes no toman consciencia de la responsabilidad del cuidado de si mismo, están optando por un gobierno paternalista que vele por su salud.

- Así mismo la capacitación e intervención a la población es dificultosa debido a la cantidad de habitantes la cual está compuesta de 1250 habitantes que se encuentran distribuidos en 5 anexos los cuales son:

CENTRO POBLADO DE APAYCANCHA. - Este anexo cuenta con un Puesto de salud nivel I-1 y está adjudicado 400 habitantes y se encuentra a una distancia de 30 minutos en carro con acceso de trocha carrozable, movilidad contratada por el municipio.

ANEXO DE TAMBILLO. – Este anexo no cuenta con establecimiento de salud, así mismo carece de servicios de saneamiento básico como agua potable y desagüe, electricidad, servicios de telefonía y movilidad. La población adjudicada en este anexo es de 200 y está a una distancia de 60 minutos en carro, por trocha carrozable. Siendo considerado una de las poblaciones más vulnerables del distrito.

ANEXO CHULEC. - Este anexo no cuenta con establecimiento de salud, teniendo servicios básicos como luz, agua entubada. La población adjudicada es de 100 habitantes, ubicada a una distancia de 20 minutos con acceso de trocha carrozable en carro, contratado por municipalidad.

ANEXO DE CAYAN. - Anexo no cuenta con establecimiento de salud. La población adjudicada es de 10 habitantes las

cuales viven en chozas, ubicada a 25 minutos con acceso de trocha carrozable con carro, movilidad contratada por el municipio para sus atenciones.

ANEXO DE JAJACHACA. - Anexo no cuenta con establecimiento de salud. La población adjudicada es de 150 habitantes, ubicada a una distancia de 15 minutos con acceso de trocha carrozable con carro; movilidad contratada por el municipio para la realización de atenciones.

Por la lejanía de sus anexos se encuentra considerado como población dispersa y acceso deficiente y limitado a los accesos de salud por su geografía, cultural y económica.

La geografía de este distrito es accidentada y de difícil acceso y con transporte esporádico puesto que solo hay ingresos con carros contratados elevando el costo de vida.

Debido a la distancia y al poco acceso de los medios de comunicación es considerada una población con culturas arraigadas y renuentes, con nivel de instrucción bajo debido al olvido del estado por no priorizar la distribución de presupuestos para poblaciones vulnerables ya que no cuentan en su mayoría con servicios básicos de saneamiento. Debido a su bajo nivel cultural es difícil la implementación y continuidad de los estilos de vida saludable.

La principal actividad económica de la población está dirigida a la ganadería y agricultura, otorgándole mayor importancia al cuidado de sus actividades ganaderas y agrícolas que a al cuidado personal y familiar.

Por los motivos mencionados con anterioridad se considera al distrito de Ricrán población dispersa, conllevándonos a tener accesos inadecuados a servicios de salud, empero el 90% cuenta con el Seguro Integral de Salud; por ende en cumplimiento a las actividades correspondientes del área de Odontología el profesional cirujano dentista ha realizado actividades preventivas y promocionales las cuales se han cumplido a cabalidad, sin embargo, la misma población no pone en práctica los conocimientos vertidos en las charlas realizadas en las áreas de prevención y promoción de la salud. Siendo así que la población debe ser consciente de las enfermedades que se puede presentar en la cavidad bucal y estar en la capacidad de reconocerlas con un autoexamen y no esperar que estas se agraven y recién acudir al consultorio odontológico.

B. Entorno Intermedio:

- Se sugiere que la intervención del ministerio de educación se convierta en pilar importante para el desarrollo de modelos de intervención nuevos dando un enfoque de atención primaria basado en la prevención y el autoexamen. Así mismo también se sugiere incluir dentro de los requisitos de matrícula el alta odontológica otorgada por el profesional estomatólogo. Y lograr de esta manera en coordinación con autoridades como instituciones educativas y programas sociales generar el hábito en niños, adolescentes y estos deben ser reforzados en las Instituciones Educativas.
- Para el ministerio de salud (MINSA) se sugiere el empoderamiento del personal técnico, especialmente del técnico en enfermería en el fortalecimiento de sus capacidades en los temas de prevención, otorgándole mayor

disponibilidad de tiempo al profesional odontológico para los tratamientos de recuperativos, ya que el profesional técnico a la actualidad se encuentra desvalorado, realizando solo algunas actividades.

- El Gobierno Local y mismas normativas del establecimiento de salud no se responsabiliza a la población de su autocuidado en salud bucal, pero sí al profesional odontólogo que se especifica dentro de sus metas. Por lo tanto, siendo el establecimiento de salud responsable de brindar la atención integral se debe normar y hacer cumplir que la población debe acudir al establecimiento cuando está sano y exento de sintomatología y prevenir las enfermedades. Por tal motivo se sugiere realizar intervenciones a nivel de Gobierno Local en alianza con la IPRESS para desarrollar políticas de salud por medio de ordenanzas municipales para otorgarle mayor responsabilidad a la población para su autocuidado.
- En coordinación con gobierno local se sugiere generar capacitaciones para el personal de salud en empoderamiento de sus habilidades de convencimiento y poder impactar en la población a cargo.
- El individuo desde muy pequeño debe aprender y concientizar la importancia del autocuidado de los dientes y las consecuencias que este trae en caso no se cumpla.
- De la misma manera se sugiere al Ministerio de Economía y Finanzas evaluar el planteamiento de la presente investigación ya que supondría la disminución del financiamiento para la estrategia de salud bucal, el cual detallaremos más adelante.

C. Tendencias Globales:

- For the Department of Health and Human Services U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE in 2000 in the chapter 8- Personal and Provider Approaches to Oral Health. “INDIVIDUAL RESPONSIBILITY: PERSONAL APPROACHES TO ORAL HEALTH Sound personal hygiene practices and adherence to a healthy lifestyle are the mainstays of personal approaches to oral health. Long before the germ theory of disease, the need for tooth cleaning was recognized—if only to rid the mouth of food debris, eliminate odor, and improve appearance. Tools developed for this purpose have ranged from primitive tooth sticks and picks, still used in parts of the world, to the water irrigators and electronic toothbrushes available in industrialized societies. An impressive array of oral care products greets the shopper in supermarkets and pharmacies today.” (page. 213)

En este punto se hace mención a la experiencia de Estados Unidos en las prácticas correctas de higiene personal y la adhesión a un estilo de vida saludable, nos mencionan en su estudio- informe que estos son los pilares de los enfoques personales para la salud oral el cual se viene aplicando desde el año 2000. Así mismo nos hace referencia de la teoría de los gérmenes de la enfermedad, también se reconoció la necesidad de la limpieza dental, aunque solo fuera para eliminar los restos de alimentos, eliminar el olor y mejorar la apariencia.

- Existe experiencias con implementación de protocolos Odontológicos en el país de Ecuador en la cual se describe de que actividades se debe realizar y lo principal que genera responsabilidad a la persona desde la edad adolescente en su autoexamen bucal y ser capaz de identificar lesiones cariosas

incipientes y acudir al consultorio odontológico antes que estas lesiones se agraven.

- Dentro de las políticas públicas para erradicar la anemia se encuentran normas y sanciones en caso de incumplimiento, siendo evidencia que esto es un trabajo multisectorial de la misma manera las piezas dentarias deben ser consideradas cómo órganos importantes del cuerpo humano y a la pérdida de una de estas se genera disfunción a la masticación, por lo tanto, debería implementarse planes que garantice el cuidado y mantenimiento de las piezas dentarias a nivel multisectorial.
- En caso de postular a Instituciones Castrenses como la Policía Nacional y Fuerzas armadas es de vital importancia la conservación de las piezas dentarias en caso de que faltara una de ellas el postulante se ve afectado en el puntaje, de la misma manera se debe considerar no sólo en estas situaciones sino en casos de que quieran seguir siendo beneficiarios del SIS gratuito, la población debe cumplir mínimo con la frecuencia de visitas al consultorio odontológico en caso de incumplimiento perdería beneficios por el seguro.
- En el primer encuentro nacional de promoción de la Salud Lima- Perú Fuentes (2004) en su experiencia, manifiesta que:

La relación entre políticas públicas y derechos en salud es indiscutible. La incorporación del enfoque de derechos permite que las políticas dejen su connotación declarativa para convertirse en ejercicio obligatorio. Como señala Thomas Dye: «Política pública es aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer por sus ciudadanos», así como los derechos humanos son los vectores o vehículos que relacionan a los ciudadanos con su Estado. Al incorporar el enfoque de derechos, se obtienen exigencias para ambas partes: la

obligación del Estado en la realización y la exigibilidad por parte de la ciudadanía.

Las políticas públicas no tendrían que ser temporales, circunstanciales o producto de personas aisladas, sino por el contrario, sostenibles y legítimas. Si el Estado debe promover condiciones favorables para mejorar la calidad de vida de las personas, se requiere que las políticas sean participativas: la salud se construye ahí donde las personas nacen, crecen, trabajan, estudian, aman y se recrean. Las políticas públicas deben generarse desde los niveles de decisión local más cercanos al ciudadano, lo que permitirá su empoderamiento y mayores posibilidades de exigencia; por ello deben fomentarse espacios de encuentro, pues, aunque el Perú es rico en vínculos, es pobre en «puentes». Las tradiciones de cooperación y reciprocidad entre grupos sociales de la misma clase contrastan con la precariedad de las relaciones entre diferentes clases sociales. Estos espacios deben ser lugares de encuentro entre los diferentes estratos, de manera que las redes sociales los incluyan.

El reto es formular políticas afirmativas que cierren las brechas tradicionales. Sin recursos económicos adecuados es difícil ejercitar políticas y derechos. Los exiguos presupuestos del sector salud y de los gobiernos regionales y locales, no garantizan la atención de las demandas sociales. En la lógica del Acuerdo Nacional, es imprescindible incrementar la presión tributaria con equidad vertical. Este aspecto de equidad no sólo es un asunto ético, sino también de gobernabilidad democrática.

Por ello teniendo estas bases con respecto a las políticas públicas, para el desarrollo de experiencias exitosas se desarrollará por cada objetivo, demostrando su eficiencia:

Para fortalecer las capacidades del recurso humano a través de capacitaciones por profesionales en metodología y dinámica para generar impacto en la población, mediante el plan de capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo promocionales.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Rice (2004) manifestó:

Que los Entornos saludables dentro del contexto de promoción de la salud(EE.UU.), un espacio importante a considerar son las Escuelas Promotoras de la Salud, cuyo fin es el de formar futuras generaciones que dispongan del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y la comunidad, así como crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y comunidades saludables, pero, sobre todo, potenciar el desarrollo de niños y adolescentes. Finalmente, algunos retos y compromisos futuros incluyen atraer a nuevos actores, nutriendo liderazgos y ofreciendo oportunidades de construir capacidades; estimular oportunidades para formar alianzas y cooperación entre pares, fortaleciendo a su vez, el compromiso con las redes y el trabajo en red; asegurar foros amplios y abiertos a la mayor participación, convocando a los involucrados y a quienes toman decisiones; así como apoyar proyectos conjuntos, diseminando la evidencia de la efectividad de los mismos.

La experiencia en Colombia (2010) a través de la Guía de práctica clínica en salud oral en cuanto a las estrategias de motivación en Salud Oral, manifiesta:

En la educación en salud no solo se debe dar información, sino desarrollar estrategias para comunicarse y lograr la motivación del paciente, como una vía para alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos.

La comunicación requiere de realimentación como un medio para reconocer si se están presentando cambios (Fombelli Cortázar et al, 2006). La comunicación es un proceso planificado, encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales. Promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es un componente importante de todos los servicios y actividades de promoción de la salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales. (Suárez, Y, 2006).

Para Ochoa, Ramírez y Franco (2011), desarrollando el tema de Significados del autocuidado bucal para los Escolares de Instituciones Educativas Oficiales de Medellín, los cuales emitieron los resultados:

Aunque emergieron varias categorías y tendencias, en este texto sólo se retoma lo relacionado con los significados del autocuidado, determinados por la concepción biologista de la salud y por la relación superficial con el cuerpo, y respecto a las prácticas, se retoma el desconocimiento de conceptos

básicos. En conclusión: se recomienda generar procesos educativos que trasciendan el carácter transmisionista y posibiliten la construcción social y vivencia de la salud en la cotidianidad, lo que permitirá el desarrollo de sentidos profundos que, a su vez, se traducirán en comportamientos cuidadosos de sí y de los otros(as).

Para fortalecer los conocimientos de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población mediante plan de atención estomatología promocional.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Bustamante (2004) manifestó:

Los lineamientos y modelo de abordaje de Promoción de la salud.

La promoción de la salud es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos organizativos, administrativos y políticos que faciliten a las personas y a los grupos

contar con mayor control sobre su salud, para mejorarla. Por ello la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad es el primer lineamiento de política sectorial 2002 - 2012 del Ministerio de Salud del Perú. La promoción de una cultura de salud y la construcción de entornos saludables son una prioridad para el sector.

Es así que el Ministerio de Salud ha aprobado los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, que comprenden: el desarrollo de alianzas intra e intersectoriales; la mejora de las condiciones del medio ambiente; la promoción de la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía; la reorientación de los servicios de

salud con el enfoque de promoción de la salud; y la reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.

El modelo de abordaje ejecutado hasta la fecha por el Ministerio de Salud es el siguiente:

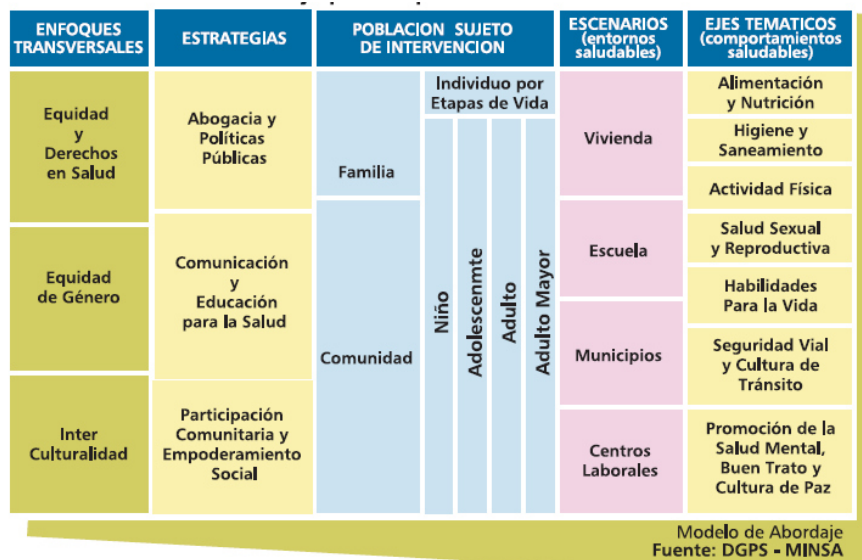


Figura 39. Modelo de abordaje para la promoción de la salud.

Fuente: Copyright DGPS - MINSA

Con este modelo, los grupos principales de intervención son la familia y la comunidad en donde se desarrollan los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. El modelo también incluye ejes temáticos, los cuales son contenidos técnicos conceptuales sobre un tema priorizado en promoción de la salud. Estos ejes son: Alimentación y Nutrición, Higiene y Ambiente, Actividad Física, Salud Sexual y Reproductiva, Habilidades para la Vida, Seguridad Vial y Cultura de Tránsito, Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Huilca & Laspina (2004) manifestó, respecto a las escuelas promotoras de la salud- Ecuador:

Entre los antecedentes para el desarrollo de esta iniciativa se cuentan la firma, en 1999, del convenio marco entre el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, el Servicio Holandés de Cooperación al Desarrollo, Plan Internacional, Visión Mundial y UNICEF, con el objetivo de impulsar las Escuelas Saludables. Tres años después, el 19 de julio del 2002, en Quito, se conformó la Red Ecuatoriana de Escuelas Promotoras de la Salud y en setiembre del mismo año, se realizó la «Tercera Reunión Latinoamericana de EPS» que contó con la participación de representantes de 19 países de la región. Esta red se constituye en un espacio de comunicación e intercambio de información sobre educación y salud entre los sectores estatales, municipios, gremios profesionales, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales, reunidos para promover las Escuelas Promotoras de la Salud a nivel nacional, siendo su objetivo difundir el marco conceptual y operativo de las EPS.

Al año siguiente, el Ministerio de Educación y Cultura implementa el Proyecto de Escuelas Promotoras de la Salud en todo el país, con la aplicación de los siguientes componentes: Educación Alimentaria y Nutricional; Salud Bucal; Enfermedades Prevalentes del Medio; Salud Mental; Primeros Auxilios; Higiene Personal, Familiar y Comunitaria y elabora un documento base de Escuelas Promotoras de la

Salud. En el año 2004, se realizó el Seminario Taller sobre «Avances de las acciones realizadas en el Proyecto EPS», obteniéndose importantes resultados cuantitativos y cualitativos.

La experiencia de MINSA Chile (2018), en cuanto a la estrategia 5: Integrar a la familia de los niños y niñas al cuidado de su salud bucal:

La familia cumple un rol fundamental en el desarrollo de hábitos saludables de alimentación e higiene bucal en los niños y las niñas, por lo que incorporarla es a la vez fundamental y también un desafío permanente. Buscando iniciativas innovadoras que se ajusten a las necesidades de las familias, la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal diseñó el cuaderno viajero “Familias que Siembran Sonrisas” que tiene como objetivo facilitar que las familias compartan sus experiencias relacionadas con el cuidado de la salud bucal, reconociendo sus prácticas y las de otras familias, respetando la diversidad étnica y cultural de la comunidad. El año 2018 se evaluó la implementación del cuaderno viajero, concluyendo que ha sido exitosa según la percepción de los equipos educativos y las familias, y se reconoce como una herramienta que permite conocer a las familias y promover el proceso de formación y mantención de hábitos saludables.

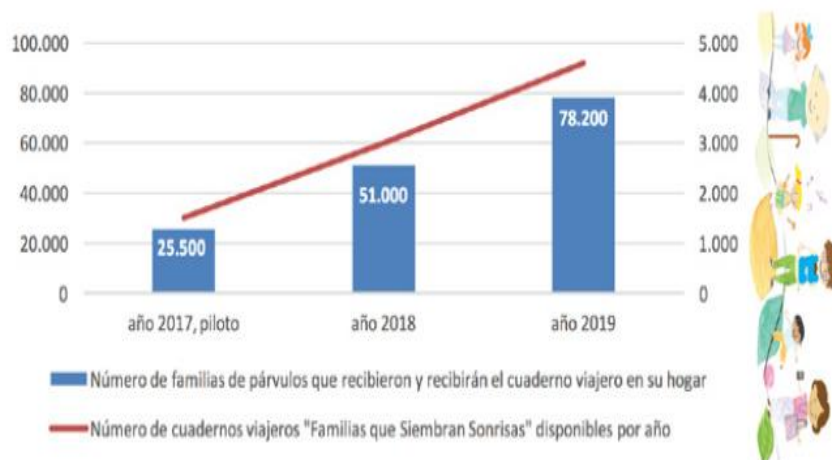


Figura 40. Número de familias que reciben cuaderno viajero según año de implementación.

Fuente: Copyright MINSAL JUNJI, INTEGRA y MINEDUC.

La experiencia en Colombia a cargo de la doctora Castiblanco (2019) nos presenta:

El Material Educativo Digital (en adelante MED), en opinión de Morales (2012), es un conjunto de medios materiales que intervienen y facilitan los procesos de enseñanza y aprendizaje. Se caracteriza porque despierta el interés de las personas, se adecuan a las características físicas y psíquicas y facilitan la actividad de enseñanza al servir de guía (Morales, 2012). Para Onrubía (2015) estos influyen en la apropiación de estímulos sensoriales por parte de quien aprende; es decir, pone a las personas en contacto con el objeto de aprendizaje, ya sea de manera directa o dándole la sensación de indirecta. El MED es un producto complejo que se elabora bajo un enfoque determinado. Cuenta con una intencionalidad y metodología específica; contenidos están orientados hacia una situación de aprendizaje definida. Dentro de sus funciones está la de ayudar al estudiante a investigar, descubrir y construir; también, la oportunidad de enriquecer la

experiencia del estudiante, aproximándolo a la realidad y ofreciéndole ocasión para actuar (Morales, 2012).

En definitiva, los materiales didácticos permiten aprender a aprender, construir aprendizajes, establecer relaciones y profundizar entre los diferentes conocimientos presentados, analizar los conocimientos desde diferentes perspectivas y facilitar la autogestión del aprendizaje fuera del aula (Missiacos, 2011). Por eso, en opinión de Morales (2012) aumentan la motivación, la comprensión y el rendimiento de la persona que desea aprender, gracias al uso de los sentidos, desarrollo de habilidades cognitivas, actitudinales y emocionales.

A continuación, en este capítulo se expone la elaboración del Material Educativo Digital, cuyo objetivo es aportar a las prácticas de autocuidado de 10 familias asistentes a consulta odontológica, bajo una perspectiva lúdica, pedagógica y flexible; donde las TIC se presentan como un aliado para fomentar el desarrollo de habilidades y destrezas implícitas en la construcción activa del conocimiento.

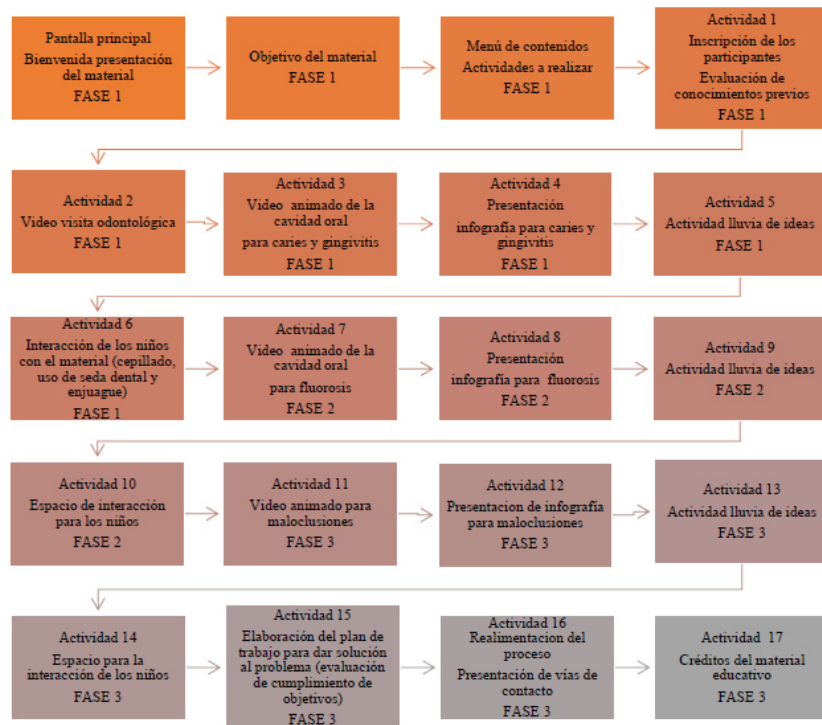


Figura 41. Mako Salud oral que promueve la autoestima y el auto concepto.

Fuente: Copyright Martha Helena Castiblanco Restrepo 2019.

Para Orem (2015) manifiesta:

COMPRENDER EL AUTOCUIDADO MODELO DE OREM

Dorotea Orem, en su búsqueda de la comprensión de la Enfermería, culmina en 1970 la denominada Teoría de Enfermería del Autocuidado¹⁷, que integra a su vez la teoría del Autocuidado, la teoría del Déficit de Autocuidado y la teoría del Sistema de Enfermería. Orem explica en su Teoría del Autocuidado que en el término autocuidado, la palabra “auto” se utiliza de forma dual: “cuidados para uno mismo” y “cuidados realizados por uno mismo”. “El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, su salud y su bienestar”. La persona que lleva a cabo la acción de

autocuidado se denomina agente de autocuidado. Normalmente los adultos cuidan de sí mismos de forma voluntaria y son su propio agente de autocuidado. Pero si la persona que realiza la acción de autocuidado no es la misma que la que tiene la necesidad del cuidado, entonces hablamos de agente de cuidado dependiente. Este es el caso de los lactantes, niños, ancianos, enfermos e incapacitados que requieren cuidados completos o parciales de ayuda a las actividades de autocuidado y precisan de un agente de cuidado dependiente que será, según el caso, un familiar o allegado (los padres en caso de un niño o el cuidador/a principal en caso de un adulto o mayor) o un/a profesional de la salud (la enfermera).

Una de las afirmaciones básicas de la teoría del Autocuidado es considerar el autocuidado como una conducta, esto es, como un comportamiento aprendido que existe en situaciones concretas de la vida y constituye una contribución constante del individuo para mantener su propia existencia, su salud y su bienestar.

Al ser una conducta, el autocuidado se considera una acción intencionada, esto significa que es una actividad que persigue un propósito u objetivo.

Lo que implica que previamente la persona ha hecho una búsqueda, una reflexión, un juicio sobre la situación y una toma de decisiones voluntaria sobre lo que es apropiado hacer o no en las condiciones y circunstancias presentes en cada momento. A su vez esto supone que las acciones de

autocuidado buscan un resultado esperado y que este se identifica antes de emprender la acción.

El autocuidado persigue el mantenimiento de la propia vida, salud y bienestar. A las expresiones de las acciones necesarias para lograr esos objetivos en salud y bienestar se le denomina “Requisitos de autocuidado”. El concepto de requisito también lo podemos asimilar al de necesidades y el objetivo principal será satisfacer las necesidades de autocuidado, ya que van a influir en la predilección y el deseo de las personas por actuar en determinadas circunstancias y de forma diferente y específica, lo que, en último término, no es sino un ejercicio de su derecho a mantener el control sobre el propio patrón de vida.

El concepto de autocuidado está estrechamente relacionado con el concepto de aprendizaje. Su definición ha sido objeto de extensos debates ya que es analizado desde distintas perspectivas. En términos generales, el aprendizaje se refiere a la adquisición de conocimientos, actitudes y destrezas que desarrollan comportamientos o producen cambios en los mismos. El proceso de aprender es lo que ocurre en esta sucesión de cambios, de manera muy dinámica. El entorno y el clima para que se produzca han de favorecer la comodidad y seguridad física, el respeto, ayuda y confianza mutua, la libertad de expresión y aceptación de las diferencias interpersonales, así como el mantenimiento de una relación de mutua reciprocidad, igualdad y democracia entre docente y discentes.

Para contribuir al acceso cultural y económico s servicios de salud en cuanto al nivel de instrucción y tratamientos

odontológicos no accesibles, mediante de atención estomatológica preventiva.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Ligia de Salazar (2004) manifestó:

Las evidencias de la efectividad de la promoción de la salud en Latinoamérica: presentación de proyectos, avances y resultados en Colombia:

El Programa Global de Efectividad de Promoción de la Salud (GPHPE) es un proyecto que abarca diferentes regiones: Europa, Asia, África y Latinoamérica y en el que participan diversas instituciones: fundaciones, universidades y organismos internacionales. El Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina, que coordina la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES), es de particular relevancia al interior de este programa.

Este proyecto tiene diversas metas, como el incremento de estándares de la práctica y las políticas de promoción de la salud; la revisión de la efectividad de impactos sociales, económicos, políticos y de salud; el desarrollo de información para la toma de decisiones; el estímulo del debate, compromisos, voluntades y estrategias; la creación de conciencia acerca de la necesidad de evaluación; la identificación y síntesis de metodologías de evaluación; la promoción de una cultura de evaluación; y el fortalecimiento de la formación y la creación de capacidades.

En este momento es necesario contar con capacidad para desarrollar investigaciones, publicar y usar información para incidir en las decisiones políticas que permitan reducir y cerrar la brecha entre la producción de conocimientos, la formulación de políticas y las acciones de promoción y bienestar. Lo más importante es que los procesos sean sostenidos y sistemáticos, que se realicen procesos de evaluación de la efectividad. Se debe incluir la estadística existente, los sistemas de vigilancia, los sistemas de información como insumos en los procesos de evaluación y efectividad.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Chaupín (2004) manifestó, respecto a los estilos de vida saludables en comunidades campesinas- Ayacucho Peru:

Antes de iniciarse el trabajo que aquí reseñamos, las comunidades campesinas se encontraban desarticuladas con otras instituciones; mostraban desconocimiento de las acciones de negociación, falta de capacidad de gestión, no contaban con un plan comunal, y mantenían la creencia de que cada familia debía solucionar ella sola sus problemas. Por su parte, los servicios de salud no consideraban importante la participación comunitaria, confundían participación con colaboración, tampoco existía direccionamiento ni control de la gestión y se mantenía una gran brecha entre las áreas técnica y administrativa. Entre las estrategias que se propusieron para reducir las diferencias existentes figuran:

desde la comunidad, trabajar con los Comités de Desarrollo Comunal (CODECOS), con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), con perfiles de proyectos para negociarlos; desde los servicios de salud, conocer el ámbito, sectorizarlo, trabajar en red, mejorar la gestión, desarrollar una propuesta de calidad, de recursos humanos y promover una nueva cultura organizacional. La capacitación se desarrolla de campesino a campesino, con la premisa de «aprender haciendo», formando promotores y técnicos campesinos.

Para proponer la implementación de normatividad responsabilizando al paciente de su salud bucal, mediante la implementación de las condicionantes de uso del SIS.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Bolivia (2004) manifestó, respecto a los establecimientos educativos promotores de salud- Bolivia: Estado Boliviano ha emprendido una reforma estructural mediante leyes, reformas constitucionales, referéndum vinculante, elecciones municipales sin monopolio partidario y con la participación de la Asamblea Constituyente. En materia de promoción de la salud, en mayo del 2004 ha sido creada la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Comunicación Social. Antes, las estrategias de promoción estaban diseminadas e invisibilizadas en diversas áreas del Ministerio de Salud. En salud, se ha formulado un conjunto de políticas para disminuir las inequidades, entre ellas, la Ley de Diálogo Nacional; la Reforma Educativa; la Reforma de Salud; el Seguro Materno Infantil; vivienda y saneamiento ambiental;

promoción de una vida sana; seguro gratuito de vejez y, además, se está desarrollando el diálogo de la salud.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Nizama (2004) manifestó, respecto a la concertación multisectorial de las escuelas promotoras de la salud- Perú:

Esta comisión se creó en virtud de que la salud y la educación son derechos y responsabilidades compartidas, articuladas y concertadas. A través de las Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) se promueve el bienestar físico, psicológico y social de niños y adolescentes, por medio de un trabajo conjunto de la comunidad educativa con la comunidad en general.

Desde su creación, la Comisión ha promovido sinergias de información, uso de recursos e intercambio de experiencias. Además, se ha fortalecido vínculos de confianza y realizado acciones

concertadas, compartiendo responsabilidades a través de la secretaría y las sub comisiones de trabajo. La normatividad y las políticas son ejes importantes de la propuesta de trabajo de la Comisión. La comisión busca fortalecer el trabajo conjunto y articulado del MINSA y el MINEDU y la sociedad civil, con apoyo de las agencias cooperantes, para impulsar la promoción de la salud en el espacio escolar y consolidar la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud, respetando la diversidad y fortaleciendo la gestión participativa de las instituciones educativas con otros sectores de la comunidad. Asimismo, se busca que las instituciones educativas cumplan con un rol educador y promotor de salud y que los establecimientos de salud asuman ser el soporte para el fortalecimiento de estas funciones. El objetivo es que más

niños, niñas y adolescentes de las escuelas y colegios del país sean protagonistas y ejerzan sus derechos y responsabilidades, participando en las propuestas de su Escuela Promotora de la Salud.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú (2004) se firmó una declaración de Lima:

Reunidos en la ciudad de Lima, Perú, en oportunidad de la realización del «I Encuentro Nacional de Promoción de la Salud», y considerando que todos los representantes de los organismos, instituciones que suscribimos este documento, estamos involucrados en el quehacer de la promoción de la salud e interesados en trabajar sobre los determinantes sociales de la salud como una forma efectiva de dar respuesta a los problemas más relevantes de salud pública que enfrenta el país, nos comprometemos a:

- Impulsar políticas públicas saludables y abogar por un mayor compromiso político y el posicionamiento de la promoción de la salud en el país y la Subregión Andina.
- Impulsar la red nacional y redes locales de municipios y comunidades saludables que cuenten con planes y recursos.
- Impulsar la red nacional y redes locales de escuelas promotoras de la salud que cuenten con planes y recursos.
- Promover el empoderamiento de la comunidad y la participación ciudadana desde un enfoque de derechos humanos y responsabilidades en salud.
- Entrenar y actualizar recursos humanos locales en promoción de la salud de manera sostenida.

- Reorientar los servicios hacia un enfoque de promoción de la salud y en estrecha vinculación con la estrategia de atención primaria de salud.
- Compartir con otros municipios, comunidades e instituciones educativas experiencias exitosas, concluyendo la transferencia de tecnología y el desarrollo del conocimiento colectivo en promoción de la salud.
- Impulsar redes comunitarias que fortalezcan el tejido social a favor de la salud.
- Estimular la investigación orientada a identificar el impacto de los determinantes de la salud y sistematizar evidencias científicas desde la promoción de la salud.
- Apoyar la iniciativa de avanzar en los procesos de integración y formación de una masa crítica interesada en el fortalecimiento de la promoción de la salud en la Subregión Andina.

Para recalcar la experiencia de MINSA Chile 2018, ha revisado los logros obtenidos en el ámbito de educación del Modelo de Intervención de promoción de la salud y prevención de Enfermedades bucales, resultado del trabajo de múltiples actores entre los que te encuentras tú y donde la intersectorialidad ha sido clave.

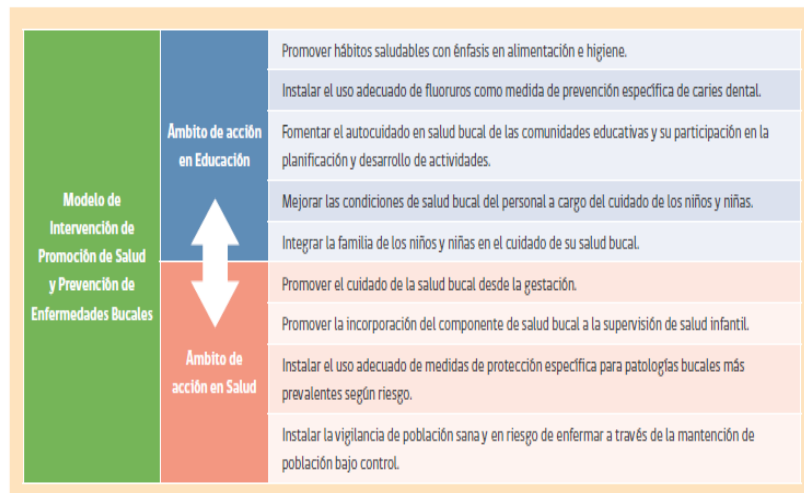


Figura 42. Modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales.

Fuente: Copyright MINSA Chile.

Mediante la Estrategia 3: Fomentar el autocuidado de la salud bucal en las comunidades educativas y su participación en la planificación y desarrollo de actividades.

El principal desafío en esta estrategia es fortalecer el trabajo intersectorial en el territorio. La Mesa Nacional entrega lineamientos a las Mesa Regionales, promoviendo su autonomía y la coordinación entre los equipos de salud y de educación en el territorio. Para ello la Mesa Nacional ha elaborado orientaciones

y la “pauta de seguimiento de establecimientos de educación parvularia” que permite retroalimentar el proceso de implementación del programa y puede ser auto aplicada por el equipo de educación, aplicada por el equipo de salud local, por los referentes de la Mesa Regional Intersectorial de Salud Bucal durante las visitas o de manera remota a través de cuestionarios electrónicos. Durante el 2018 las Mesas

Regionales aplicaron la pauta en 358 jardines y escuelas, observando que en el 97% de ellos se realiza el cepillado de dientes diariamente, al menos una vez durante la jornada y en el 95% esta actividad es supervisada por una persona adulta. También se detectaron aspectos que debemos mejorar, como, por ejemplo, solo el 62% cuenta con un cepillero adecuado y solo el 51% de los establecimientos se relaciona con el equipo del centro de salud.

Otra experiencia de implementación de condicionantes, se encuentra el de Programa Juntos y el impacto que ocasiono:

DOCUMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS

Comunicación a los hogares incorporados acerca de las condicionalidades a cumplir y su programación. El principal instrumento de comunicación está dado por la Carta Acuerdo que debe ser suscrita por el beneficiario al momento de la incorporación al Programa. En ella, se señala básicamente la existencia de una transferencia de S/. 100 que se otorga mensualmente condicionada a la concurrencia del usuario a los servicios de salud, nutrición, educación e identidad. Se menciona que habrá un procedimiento de verificación de los compromisos cuyo cumplimiento asegurará el mantenimiento del derecho a la transferencia.

Aun cuando en el expediente de incorporación se adjunta los formularios FE-001 y FS-001 que contienen información sobre las escuelas y establecimientos de salud a los cuales se comprometen a asistir los usuarios, no se ha encontrado mayor especificación de los servicios ni programas estructurados para la atención de los beneficiarios.

En la información recogida se ha señalado que en los talleres comunales se brinda información acerca del funcionamiento del programa y de las condiciones de participación. En las asambleas de validación se presentan los criterios de selección de los beneficiarios y las formas como se construye el padrón de beneficiarios y el mecanismo de la validación; se presenta además las formas de operación y los requisitos para la incorporación al Programa.

Para finalizar nuestro país se encuentra en un momento crucial para el desarrollo de nuevas políticas públicas saludables en concordancia con los objetivos del milenio y prevaleciendo siempre con el enfoque de salud como derecho humano. El proceso de descentralización en nuestro sector debe contemplar la implementación de nuevas políticas acorde a las nuevas necesidades teniendo en cuenta las coordinaciones nacionales, regionales, provinciales y locales creándose oportunidades que permitan una interacción de políticas públicas que involucren la participación y responsabilidad ciudadana.

3.3. Análisis de Stakeholders

Tabla 13

Nudos Críticos

Factor	Nudo critico	Responsables	Funciones
Factores del Sistema de Salud	Escasos RR. HH e insuficiente capacitación.	c. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos/ Unidad de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir y controlar las actividades de la Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos. • Proponer y evaluar políticas nacionales, Estrategias, Normas, Directivas y procedimientos Técnico-Administrativos en materia de Recursos Humanos. • Conducir el observatorio de Recursos Humanos en Salud, relacionados a la producción y difusión de información estratégica y del conocimiento, en el campo de trabajo y de capacidades en salud. • Elaborar normas para la gestión del desarrollo de Recursos Humanos en Salud.
		d. Dirección de gestión de Capacidades en Salud / Dirección de fortalecimiento de capacidades del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar, organizar, coordinar, dirigir y evaluar la gestión de capacidades en salud, proponiendo las políticas, objetivos y estrategias necesarias para el desarrollo del recurso humano, en concordancia con la normativa vigente. • Proponer normas y procedimientos para la aplicación de la Gestión de Desarrollo de Capacidades en Salud, incluyendo la capacitación, la educación permanente en salud, el perfeccionamiento y la especialización, para la mejora del desempeño del Sistema Nacional de Salud. • Supervisar y promover nuevas tecnologías educativas y la educación virtual, en el marco de la Gestión de Capacidades en Salud, la educación permanente en salud y la mejora del desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Factor	Nudo critico	Responsables	Funciones
			<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar e evaluar la implementación de las políticas nacionales de capacitación de los recursos humanos en salud. • El Congreso tiene la tarea de aprobar las leyes en beneficio del país. • Aprueba las resoluciones legislativas o normas. • Asimismo, puede reformar la Constitución que es fundamental para la organización del Estado. • Proponer procedimientos y alternativas para mejorar las condiciones de los programas de seguros personales, en favor de los afiliados y de la institución. • Promover un adecuado uso de las prestaciones económicas y de salud del sistema asegurador público y privado, por parte de los usuarios del Congreso de la República.
Ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal	de	d. Poder legislativo/congreso de la Republica	<ul style="list-style-type: none"> • Poner al alcance de los afiliados los servicios proporcionados por lo sistemas privados y públicos de salud, para la prevención de enfermedades. • Mantener informados a los afiliados sobre beneficios y promociones de los servicios de salud contratados por el Congreso de la República. • Diseñar y desarrollar campañas para poner al alcance de los afiliados las propuestas más ventajosas para asegurar su salud y riesgos personales. • Gestionar mejores servicios y facilidades en la atención médica brindada por los proveedores de servicios de salud; realizar visitas de supervisión para verificar la calidad de atención.
		e. Ministro/a de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Proponer al poder ejecutivo: políticas de su sector, proyectos de ley, decretos legislativos, decretos supremos y resoluciones supremas. • Orientar, formular, dirigir y supervisar la política nacional de salud, en armonía con las

Factor	Nudo critico	Responsables	Funciones
		f. Seguro Integral de Salud	<p>disposiciones constitucionales, la política general y los planes de gobierno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construir un sistema de aseguramiento publico 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. • Dirigir los procesos de afiliación y operación del SIS en todos los niveles. • Proponer políticas y normas que permitan garantizar el logro de los objetivos funcionales. • Facilitar servicios de calidad a los beneficiarios del SIS. • 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 pobreza extrema.
Factores Socio-culturales	Limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo	c. Escuela Nacional de Salud Pública/ ENSAP	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a mejorar la excelencia y calidad de los servicios académicos de la ENSAP. • Normar los procesos y procedimientos académico-administrativos de la ENSAP, en lo referente a la gestión de los programas académicos de formación y capacitación de los recursos humanos en Salud. • Responde a las necesidades de Salud de la población y al logro de los objetivos del sector salud. • Promueve la articulación con los diversos actores involucrados en la salud pública. • Orientan a la mejora del desempeño laboral de los profesionales y profesionales técnicos y a la transformación de los servicios de salud. • La prevención y el cuidado de la Salud Bucal, con énfasis en las prácticas adecuadas de higiene, cuidado y atención médica, de acuerdo al escenario de riesgo.
		d. Programa o estrategia de Salud Bucal	

Factor	Nudo critico	Responsables	Funciones
			<ul style="list-style-type: none"> • Realizar taller de capacitación a directores y responsable del Área-de Salud Bucal, 1 vez al-año, con una-duración de 6 horas académicas. • Realizar reuniones de sensibilización a comunicadores, periodistas regionales y locales sobre la importancia del cuidado de la Salud Bucal, 01 veces al año, con una duración de 4 horas académicas. • Charlas informativas en espacios de socialización (establecimientos de salud, centros laborales, instituciones educativas, organizaciones sociales de base, wawa wasis, vaso de leche, PRONOEI, etc.) 2 veces al año, dirigido a público en general en zona urbana y rural, realizadas por personal capacitado con 4 hora de duración, que incluya la entrega de folletos informativos sobre el cuidado de la salud e higiene Salud Bucal. • Gerenciar el programa presupuestal para el logro de los objetivos y resultados; impulsando la conducción de la institución hacia determinadas metas a partir de la planificación, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de los productos y resultados del programa presupuestal No Trasmisibles. • Comprobar la efectividad y eficiencia de los procesos mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos y que culmina implementando o recomendando medidas correctivas para orientar y reorientar procesos y optimizar los resultados • Mide el cumplimiento de los indicadores de resultados programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado;

Factor	Nudo critico	Responsables	Funciones
	<p data-bbox="443 927 743 1013">Escaso acceso, cultural y económico a servicios de salud</p>	<p data-bbox="810 943 1146 1029">c. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica.</p>	<p data-bbox="1266 269 1858 326">proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal.</p> <ul data-bbox="1220 334 1858 1422" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1220 334 1858 537">• Promover la realización de manera conjunta, integrada y articulada por los diferentes profesionales y/o personal de salud con competencias en temas de epidemiología, estadística, presupuesto, logística, metas físicas, indicadores de salud, de los establecimientos de salud de acuerdo al nivel de atención. <li data-bbox="1220 545 1858 1146">• Coordinar, proponer y supervisar las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños en materia de: i) Salud Mental; ii) Prevención y Control de Discapacidad; iii) Salud Sexual y Reproductiva; iv) Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas; v) Prevención y Control del Cáncer; vi) Inmunizaciones; vii) Salud Bucal; viii) Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis; ix) Prevención y Control de VIH- SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis; x) Prevención y Control de la Tuberculosis; xi) Intervenciones por curso de vida y ciudadano integral; y, xli) Promoción de la Salud, considerando los determinantes sociales de la salud, enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en salud en todas las áreas de Intervenciones estratégicas y en todas las etapas de vida. <li data-bbox="1220 1154 1858 1422">• Proponer documentos normativos (Guías de Prácticas Clínicas, Protocolos Sanitarios, etc.) orientados a la detección precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, en el marco de las intervenciones estratégicas de salud pública, en coordinación con el/los órganos/s competente/s del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

Factor	Nudo critico	Responsables	Funciones
	d. Dirección de Salud Bucal.		<ul style="list-style-type: none"> • Proponer, conducir, supervisar y evaluar el planeamiento y/o modelo de las acciones de las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños a la salud, en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud; así como con los gobiernos regionales. • Proponer, articular, promover y supervisar las acciones de promoción de la salud orientadas a desarrollar hábitos saludables y generar entornos saludables en el individuo, familia y comunidad con enfoque territorial, en materia de sus competencias y en coordinación con las Direcciones de Redes Integradas de Salud y los demás actores involucrados. • Formular e implementar las políticas, normas, lineamientos y otros documentos en materia de intervenciones estratégicas a su cargo, en todas las etapas de vida, en coordinación con los Gobiernos Regionales. • Formular e implementar, en lo que corresponda, las normas y lineamientos orientados a la detección precoz y tratamiento oportuno de enfermedades vinculadas a la salud bucal, en coordinación con los órganos competentes. • Formular e implementar, en lo que corresponda; así como monitorear el planeamiento y/o modelo de las acciones de las intervenciones estratégicas a su cargo; en coordinación con los actores involucrados. • Desarrollar y realizar acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de las intervenciones estratégicas de su competencia en el ámbito nacional, en coordinación con los actores del Sector Salud y otros sectores del Estado y la sociedad civil, a fin de mejorar o rediseñar las intervenciones estratégicas.

Factor	Nudo critico	Responsables	Funciones
			<ul style="list-style-type: none"> • Formular, articular, promover y supervisar las acciones de promoción de la salud orientadas a desarrollar hábitos saludables y generar entornos saludables en el individuo, familia y comunidad con enfoque territorial, en materia de sus competencias y en coordinación con los actores involucrados. • Implementar acciones de asistencia técnica y para el desarrollo de capacidades orientadas a la gestión territorial de las intervenciones en salud pública a su cargo, en los diferentes niveles de gobierno. • Emitir opinión técnica en el ámbito de su competencia.

Fuente: Elaboración propia

- A. Escasos Recursos Humanos e Insuficiente Capacitación:
Responsables de dicho problema son: Unidad de Recursos Humanos, Unidad de Capacitación y Coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, quienes no desarrollan un análisis de la jurisdicción y población de cada establecimiento de salud y como estas están distribuidas. Si son factibles o no cubrir por 01 profesional odontólogo, basándose solo a la disposición de las normativas sin importar la realidad cultural y el acceso a servicios de salud de parte de la población.
- B. Ausencia de Normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal.
Dentro del presente problema se considera responsable a despachos encargados de las promulgaciones de normativas, porque no consideran al individuo cómo responsable del autocuidado de su salud, más por el contrario tenemos un gobierno muy permisible a incumplimiento de normas en salud por parte de la población, recargando toda la responsabilidad al personal de salud: para mostrar un ejemplo: padres que no hacen vacunar a sus niños menores de 36 semanas, gestantes que no acuden a sus controles prenatales y en el momento del parto no acuden a los establecimientos de salud; en todos estos ejemplos no se evidencia sanciones por parte del MINSA para los pacientes que incurrir en estos actos de irresponsabilidad.
- C. Limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo.
Dentro del presente problema los responsables son: el profesional odontólogo porque imparte de forma adecuada y consecutiva las sesiones educativas y demostrativas en cepillado de dientes, consumo de alimentos no cariogénico e debilidad en capacidades de elaboración de dinámicas para llegar a la población con enfoque de interculturalidad,

PROMSA porque dentro de sus actividades hábitos saludables el personal responsable no refuerza el cepillado de dientes dentro de la población considerándolo como una actividad ajena a esta, también porque es un programa facilitador y no a posterior no evalúa el impacto de todas las actividades realizadas y en cuanto al área de capacitación del personal de salud no fortalece las habilidades el personal odontólogo con materiales didácticos con enfoque de interculturalidad.

D. Escaso acceso cultural y económico a servicios de salud

Dentro del presente problema se encuentra como responsable al profesional odontólogo por no saber implementar estrategias de interculturalidad en las actividades realizadas; con ello indirectamente el área de planificación de la red de salud Jauja también es responsable por no analizar las necesidades de la construcción de establecimientos de salud en anexos que lo amerita, debido a su geografía y acceso.

Capítulo IV La Formulación

4.1. Determinación de objetivos y medios

4.1.1. Árbol de objetivos y medios

Objetivo general y específico. (Árbol de objetivos y Medios)

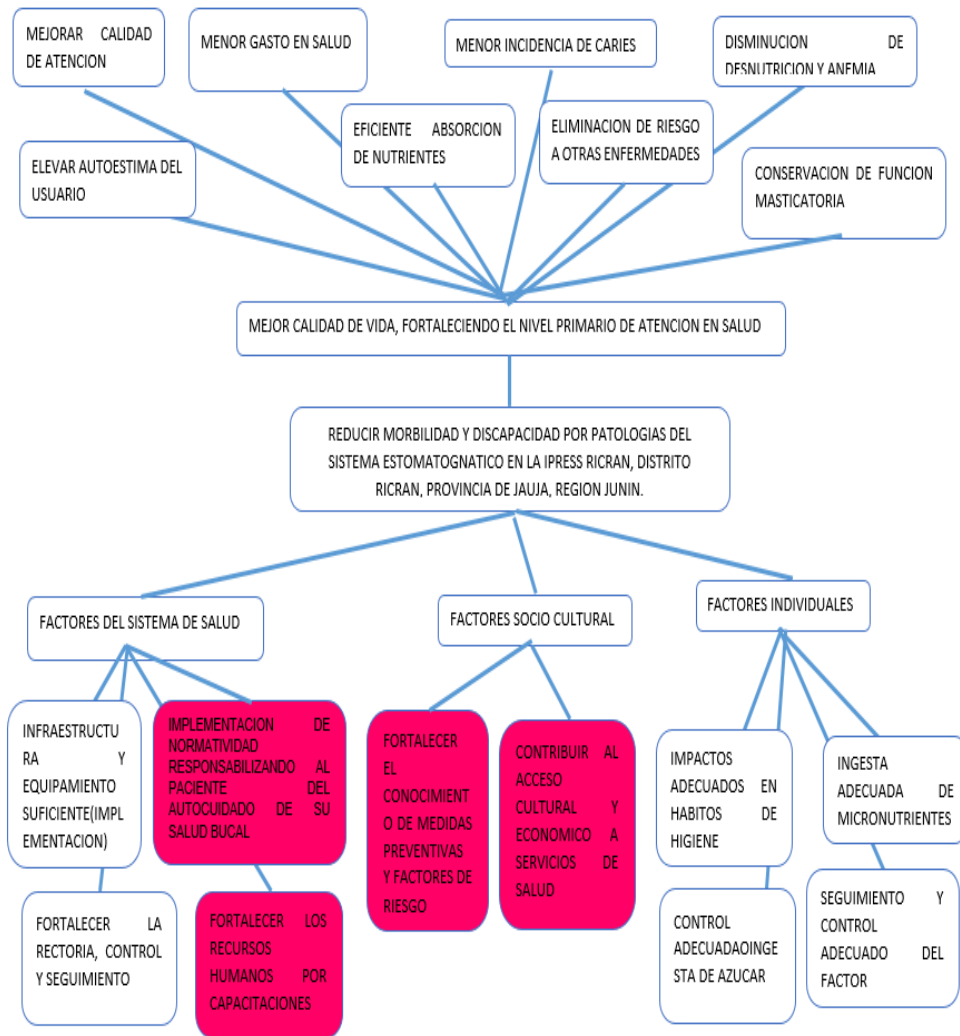


Figura 43. Árbol de Objetivos y Medios

Fuente: Elaboración de las autoras

A. Objetivo General

Reducir morbilidad y discapacidad por patologías del Sistema Estomatognático en la IPRESS Ricrán, Distrito de Ricrán, Provincia de Jauja, Región Junín.

B. Objetivo Específicos

- Fortalecer las capacidades del recurso humano a través de capacitaciones por profesionales especialistas en metodología y dinámica para generar impacto en la población.
- Fortalecer los conocimientos de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población.
- Contribuir al acceso cultural y económico a servicios de salud en cuanto al nivel de instrucción y tratamientos odontológicos no accesibles.
- Proponer la implementación de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal.

4.1.2. Sustento de Evidencias

A. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú- Espinoza & Pachas 2013

El artículo nos presenta un análisis de los programas preventivos promocionales, los cuales nacen desde una problemática de salud partiendo desde la promoción y prevención, así mismo nos manifiestan los componentes principales que dicho programa debería tener como son: objetivos, metas, técnicas, estrategias, actividades, recursos, etapas y las propuestas que la OMS nos otorga.

También nos hacen referencia de los programas que se han implementado a lo largo de la historia de Perú a través del MINSA.

Es importante para la investigación ya que nos permitirá comparar los resultados obtenidos de estos mismos con los programas actuales y más aun con el que venimos analizando, especialmente con nuestro problema de salud de morbilidad y discapacidad en el sistema estomatognático.

- B. Estrategias sanitarias del ministerio de salud (MINSA): análisis y discusión de una perspectiva de la investigación odontológica- Villena Sarmiento Rita 2016

Mediante el análisis de la resolución ministerial N° 823-2014/MINSA se realizó una reorganización de las estrategias sanitarias nacionales a cargo del Ministerio de Salud, así mismo se realizó análisis, discusión y el trabajo de expertos; pretendiendo reconocer las funciones más relevantes de todas las políticas públicas en el sector salud.

En el área odontológica aún más reconociendo las necesidades de salud bucal, proponiendo trabajos conjuntos para reducir la morbilidad de la caries dental que es una de los problemas epidemiológicos de mayor importancia.

Es necesario para nuestra investigación como propuesta de independización del programa salud bucal, teniendo en cuenta la importancia de este problema de salud teniendo como base el análisis y discusión de este artículo.

- C. Impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal en niños del preescolar “Monseñor Luis Eduardo Henríquez”. Municipio San Diego, estado Carabobo. 2005- Romero Méndez Y Belisse. 2006.

El desarrollo de la presente revista nos presenta la investigación desarrollada en cuanto a la evaluación de la efectividad de los programas de salud pública, los cuales dieron como resultado la

efectividad a un 100% y un 30% en la disminución del índice de higiene oral.

Dándonos la conclusión que la prevención efectiva mejora la condición de salud bucal de la población infantil y nos recomiendan una actuación sinérgica al respecto.

Esta información es de mucha utilidad a nuestra investigación para fortalecer los conceptos que tenemos de los programas de promoción, prevención y educación de salud bucal en los programas públicos y con más ahínco en el programa presupuestal (PPR) basado en el primer nivel de atención.

D. Odontología y discapacidad: mitos para derribar- Walter Lopresti. 2016

La atención odontológica en pacientes con discapacidad es uno de los pilares para mantener la salud en general y mejorar la calidad de vida del mismo. Todos tienen derecho a recibir el mejor tratamiento odontológico posible para lo cual hay que efectuar una motivación adecuada, realizar una buena planificación, ejecutar el procedimiento con los materiales y equipamiento correctos y establecer el seguimiento del paciente para mantener en el tiempo lo logrado.

Este artículo nos hace recordar que todos tienen el mismo derecho a la salud, por ende, debemos recordar los lineamientos de inclusión social para mejorar la calidad de vida de todo usuario de salud. Así mismo recordar que los tratamientos deben ser en lo posible lo más conservadores posibles, partiendo desde la promoción y prevención.

E. Según Delgado Elsa, Sánchez Pablo César y Bernabé Eduardo en su trabajo de investigación: Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad, tuvo por objetivo evaluar la variación en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral después de 18 meses de iniciada una intervención comunitaria en comunidades urbano-marginadas de Sol Naciente (Carabayllo), realizada por estudiantes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En 118 personas mayores de 12 años, empleando un formulario de entrevista previamente validado, se comparó el porcentaje de individuos con conocimientos apropiados, actitudes favorables y prácticas saludables en salud oral entre los tres tiempos de evaluación (basal y a los 12 y 18 meses de iniciada la intervención). Se encontró que el porcentaje de individuos con conocimientos apropiados se incrementó significativamente en todos los tópicos evaluados, con excepción del conocimiento sobre alimentos cariogénico; el porcentaje de individuos con actitudes favorables también se incrementó significativamente entre la evaluación inicial y final. Finalmente, el porcentaje de individuos con prácticas saludables aumentó significativamente en todos los tópicos evaluados, excepto en el consumo de alimentos azucarados entre comidas y el cepillado nocturno. Los presentes resultados indican que la intervención comunitaria descrita impactó favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los pobladores evaluados. Sin embargo, futuros estudios son recomendados, con mayor tiempo de seguimiento, a fin de corroborar los resultados obtenidos.

Durante el tiempo de investigación los resultados son alentadores donde la muestra estudiada cambió de hábitos en el cuidado de su higiene bucal por un tiempo de 18 meses.

- F. En la Tesis de Macahuachi Ruth y Mestanza Yeraldine, Se evidencia en dicho trabajo de investigación que la minoría de niños asiste a su centro de estudios aseados correctamente. Por la cual tiene como objetivos: Caracterizar, analizar y comprender los hábitos de higiene de los niños preescolares de un PRONOEI, antes y después de la acción, diseñando y ejecutando un programa educativo para la modificación de hábitos de higiene de los niños preescolares. Los datos recolectados fueron procesados con la técnica de análisis de contenido que generaron categorías en la pre-acción: Considerando finalmente que los niños de cinco años del PRONOEI en un primer momento tienen deficiencias al realizar los hábitos de higiene, luego de la acción estos hábitos son modificados gracias al trabajo conjunto de investigadoras, preescolares, madres y promotora.

Trabajo de investigación muy importante en el que se logra evidenciar de la importancia de generar cambios de hábitos desde muy pequeños, pero con la condición de que dicha enseñanza y ejemplo sea constante, y es así, que la mayoría de niños aprende convirtiéndose en una constante para el futuro. De la misma manera se debe generar dichos cambios de hábitos, pero con el trabajo articulado de padres de familia, docentes y personal de salud.

- G. En la tesis de Villarreal Lizbeth, en la cual evaluó el impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en la institución de beneficencia pública “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” año 2011. Se evaluó a 177 adultos mayores entre 60 a 99 años de edad. El estudio fue de corte transversal, se registró edad, sexo, estado civil y grado de instrucción. Se empleó el cuestionario OHIP-14. En la cual se encontró diferencias significativas entre grado de

instrucción y el OHIP-14 (0.02). Asimismo, correlación mínima entre CPOD y el OHIP-14 (0.04). Se concluye que el grado de instrucción influye en la percepción de la calidad de vida y la experiencia de caries tuvo un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal.

De la misma manera se logra evidenciar la relación entre el grado de instrucción y la percepción en calidad de la buena salud bucodental, de ahí la importancia de generar conciencia de los cambios de hábitos en la higiene bucal y que esto se practique en todas las etapas de vida y que debe ser normadas por políticas de salud de forma más estricta.

- H. En el trabajo de investigación de Padilla María del Rosario, se tuvo como objetivo determinar los niveles de conocimientos y actitudes de la salud bucal en Padres de Familia atendidos en el Puesto de Salud Laraos, Cañete - Yauyos. 2017. El trabajo de investigación se caracteriza por ser sustantiva, descriptiva, con diseño no experimental. La población es de 120 individuos encuestados. El análisis de los datos que se empleo fue estadística descriptiva y para la prueba de hipótesis se empleó la prueba no paramétrica de Rho Spearman a un nivel de significación de 0.05. Los conocimientos y las conductas de salud bucal de los padres de familia atendidos en el Puesto De Salud, Cañete - Yauyos 2017 se relacionan moderadamente ($r=0,722$). También influyen relación directa y positiva con promoción de la salud bucal y las conductas ($r=0,766$). Se obtuvo también relación directa con prevención de salud bucal y las conductas de los padres de familia ($r=0,802$). Finalmente existe relación con rehabilitación oral y las conductas salud bucal mostrando ($r=0,814$).

Por otro lado, es necesaria esta información para el estudio porque hace hincapié para el desarrollo de la política pública considerando a este sector de población, y sus necesidades.

I. Ley que modifica la ley general de salud en sus artículos 3 Y 39, Ley N° 27604

Si bien es cierto que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, en el ámbito de salud bucal no es considerado una emergencia, empero debería ser uno de los principales problemas en agenda pública ya que se considera uno de los primeros con más altos puntajes de morbilidad del país, causándonos gastos exacerbados en el sector; si estos son crónicos, solo se considera de emergencia cuando existe riesgo de vida en el usuario, en los casos de celulitis, endocarditis, angina de Ludwig entre otros, siendo nosotros mismos responsables de causar estas emergencias por descuido, pudiéndose evitar en procesos iniciales.

J. Reglamento de la ley del cirujano dentista, aprobado con Decreto Supremo N° 016-2005-SA.

El Cirujano Dentista es un profesional de la salud legalmente autorizado para desempeñar sus actividades en el campo especializado del sistema estomatognático. Posee conocimientos científicos para prestar servicios en forma humanística, científica y técnica en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante la interacción con la persona, la familia, y la comunidad.

Este reglamento nos ampara en el desarrollo de nuestras actividades por ende lo hace en el ejercicio y aplicación de los

programas presupuestales de salud bucal mediante la interacción con la persona, la familia y la comunidad siendo autorizados para desempeñar actividades en el campo especializado del sistema estomatognático, por ello la investigación desarrollada colabora con el logro de nuestras actividades, ejercicio y aplicación por identificar con las falencias y dificultades que los PPr no están siendo bien implementados.

K. Estrategia sanitaria nacional de salud bucal – MINSA / Resolución Ministerial N° 649-2007/MINSA

La resolución ministerial invoca a los órganos estructurales y entidades de salud a nivel nacional implementar la estrategia sanitaria nacional de salud bucal, para el cumplimiento de objetivos planteados en la mencionada resolución.

Es de importancia para el estudio ya que nos muestra la implicancia legal en el nacimiento de la estrategia de salud bucal con el fin de tener una base para evaluar la posibilidad de migrar a un programa mas no solo estrategia, permitiéndonos identificar y conocer los diferentes comités técnicos y consultivos; teniendo como órgano responsable a la dirección general de salud de las personas, a cargo de un coordinador nacional y a su vez la articulación intra e intersectorial del mismo.

Esta resolución es de vital importancia para nuestra investigación puesto que ya desde el año 2007 se reconoce como un problema latente y de importancia a la salud bucal, por ende, se crea la estrategia nacional de la misma denominación para tomar decisiones con respecto a este problema sin embargo hasta el presente año no se le presta a importancia suficiente para lograr objetivos planteados. Por ello la investigación desarrollada

presenta alternativas de solución a implementar a nivel nacional considerando estas limitaciones y tener mejoras en el impacto que deseamos obtener.

- L. Reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 023-2005-SA.

Mediante Resolución Ministerial se disponen las acciones necesarias para la implementación del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud que se aprueba mediante el presente Decreto Supremo, en función de los recursos presupuestales disponibles.

Si el objetivo de la gestión del estado para el año 2005 fue de mejorar la eficiencia del sector salud definiendo el reglamento de organización y funciones del ministerio mismo, consideramos necesario realizar una revisión de este reglamento para la aplicación de los programas presupuestales por resultados. (PPR) a manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos. Ya que en el análisis mostrado en la investigación se evidencian dificultades, sesgos no contemplados en el planteamiento del reglamento.

- M. Convenio marco de cooperación técnica entre el ministerio de educación y el ministerio de salud - convenio N° 004-2008/MINSA
El presente convenio tiene por objetivo general desarrollar acciones entre MINSA y MINEDU en el marco de sus respectivas competencias, con el propósito de fortalecer el desarrollo integral de los estudiantes y la promoción de una cultura de salud, orientada al mejoramiento de la calidad de vida del ámbito de las instituciones educativa en el que se desenvuelven, con la participación de la

comunidad educativa, contribuyendo así al desarrollo sostenible en el país.

Este convenio será de gran utilidad para fortalecer las alianzas, así también servirán de ejemplo para el desarrollo de nuevos convenios.

N. Plan esencial de aseguramiento en salud (peas)

Todos los beneficiarios del Aseguramiento Universal estarán cubiertos por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Este plan consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que -como mínimo- son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas.

Este plan nos da una visión general de los derechos de nuestros asegurados y cómo podemos efectivizar sus atenciones volviéndolas en atenciones de calidad haciendo trascendental su estudio en la investigación ya que se pretende sugerir algunas modificaciones en sus condicionantes, puesto que por experiencias exitosas anteriores se están evidenciando mejores respuestas a condicionantes para la mejora de salud.

O. Guías prácticas clínicas estomatológicas - Resolución Ministerial N° 453-2005/MINSA

Normar las actividades odontológicas básicas que realiza el odontólogo del equipo itinerante de Atención Integral de Salud en Poblaciones Excluidas y dispersas (Equipo AISPED), con el fin de garantizar una atención odontológica eficiente, oportuna y de calidad.

Estas guías van a regir nuestro quehacer profesional cumpliendo con los objetivos planteados en dichas guías, los cuales se vienen desarrollando a la actualidad, para nuestra investigación se ha verificado el cumplimiento estricto de estas guías, otorgándonos nuevos enfoques y permitiéndonos evidenciar nuevas dificultades en la implementación de las PPr.

- P. Norma técnica: atención odontológica básica en poblaciones excluidas y dispersas - Resolución Ministerial N° 882-2005/MINSA. Establecen el conjunto de atenciones básicas odontológicas a brindar según tipo de intervención, direccionando las atenciones odontológicas promocionales, preventivas y recuperativas. Determinando procesos que permitan brindar una atención oportuna, eficiente y de calidad incorporando el uso de tecnología apropiada.

Es importante a la investigación desarrollada y que apoyarán y servirán de respaldo a las guías prácticas detalladas con anterioridad, en el abarcamiento de nuestras actividades priorizando las del primer nivel de atención.

- Q. gestión de la estrategia sanitaria nacional de salud bucal 2008 – 2011

Para la ESNSB es una unidad funcional no orgánica de la dirección general de salud de las personas cuya función es diseñar e implementar políticas públicas en el logro de resultados sanitarios a nivel de los gobiernos locales en la lucha contra la pobreza. Con el objetivo de disminuir las enfermedades de la cavidad bucal a fin de mejorar la capacidad masticatoria de la población, autoestima y calidad de vida. Metas.

Es importante la información en cuanto a la gestión de la estrategia sanitaria de salud bucal, ya que nos permitirá visualizar oportunidades mayores en cuanto al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, teniendo igualdad de oportunidades y la reducción de la pobreza.

- For the Department of Health and Human Services U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE in 2000 in the chapter 8- Personal and Provider Approaches to Oral Health. “INDIVIDUAL RESPONSIBILITY: PERSONAL APPROACHES TO ORAL HEALTH Sound personal hygiene practices and adherence to a healthy lifestyle are the mainstays of personal approaches to oral health. Long before the germ theory of disease, the need for tooth cleaning was recognized—if only to rid the mouth of food debris, eliminate odor, and improve appearance. Tools developed for this purpose have ranged from primitive tooth sticks and picks, still used in parts of the world, to the water irrigators and electronic toothbrushes available in industrialized societies. An impressive array of oral care products greets the shopper in supermarkets and pharmacies today.” (page. 213)

En este punto se hace mención a la experiencia de Estados Unidos en las prácticas correctas de higiene personal y la adhesión a un estilo de vida saludable, nos mencionan en su estudio- informe que estos son los pilares de los enfoques personales para la salud oral el cual se viene aplicando desde el año 2000. Así mismo nos hace referencia de la teoría de los gérmenes de la enfermedad, también se reconoció la necesidad de la limpieza dental, aunque solo fuera para eliminar los restos de alimentos, eliminar el olor y mejorar la apariencia.

- Existe experiencias con implementación de protocolos Odontológicos en el país de Ecuador en la cual se describe de que actividades se debe realizar y lo principal que genera responsabilidad a la persona desde la edad adolescente en su autoexamen bucal y ser capaz de identificar lesiones cariosas incipientes y acudir al consultorio odontológico antes que estas lesiones se agraven.
- Dentro de las políticas públicas para erradicar la anemia se encuentran normas y sanciones en caso de incumplimiento, siendo evidencia que esto es un trabajo multisectorial de la misma manera las piezas dentarias deben ser consideradas cómo órganos importantes del cuerpo humano y a la pérdida de una de estas se genera disfunción a la masticación, por lo tanto, debería implementarse planes que garantice el cuidado y mantenimiento de las piezas dentarias a nivel multisectorial.
- En caso de postular a Instituciones Castrenses como la Policía Nacional y Fuerzas armadas es de vital importancia la conservación de las piezas dentarias en caso de que faltara una de ellas el postulante se ve afectado en el puntaje, de la misma manera se debe considerar no sólo en estas situaciones sino en casos de que quieran seguir siendo beneficiarios del SIS gratuito, la población debe cumplir mínimo con la frecuencia de visitas al consultorio odontológico en caso de incumplimiento perdería beneficios por el seguro.
- En el primer encuentro nacional de promoción de la Salud Lima- Perú Fuentes (2004) en su experiencia, manifiesta que:

La relación entre políticas públicas y derechos en salud es indiscutible. La incorporación del enfoque de derechos permite que las políticas dejen su connotación declarativa para convertirse en ejercicio obligatorio. Como señala Thomas Dye: «Política pública es aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer por sus ciudadanos», así como los derechos humanos son los vectores o vehículos que relacionan a los ciudadanos con su Estado. Al incorporar el enfoque de derechos, se obtienen exigencias para ambas partes: la obligación del Estado en la realización y la exigibilidad por parte de la ciudadanía.

Las políticas públicas no tendrían que ser temporales, circunstanciales o producto de personas aisladas, sino por el contrario, sostenibles y legítimas. Si el Estado debe promover condiciones favorables para mejorar la calidad de vida de las personas, se requiere que las políticas sean participativas: la salud se construye ahí donde las personas nacen, crecen, trabajan, estudian, aman y se recrean. Las políticas públicas deben generarse desde los niveles de decisión local más cercanos al ciudadano, lo que permitirá su empoderamiento y mayores posibilidades de exigencia; por ello deben fomentarse espacios de encuentro, pues, aunque el Perú es rico en vínculos, es pobre en «puentes». Las tradiciones de cooperación y reciprocidad entre grupos sociales de la misma clase contrastan con la precariedad de las relaciones entre diferentes clases sociales. Estos espacios deben ser lugares de encuentro entre los diferentes estratos, de manera que las redes sociales los incluyan.

El reto es formular políticas afirmativas que cierren las brechas tradicionales. Sin recursos económicos adecuados es difícil ejercitar políticas y derechos. Los exiguos presupuestos del sector salud y de los gobiernos regionales y locales, no garantizan la atención de las demandas sociales. En la lógica del Acuerdo Nacional, es imprescindible incrementar la presión tributaria con equidad vertical. Este aspecto de equidad no sólo es un asunto ético, sino también de gobernabilidad democrática.

Por ello teniendo estas bases con respecto a las políticas públicas, para el desarrollo de experiencias exitosas se desarrollará por cada objetivo, demostrando su eficiencia:

Para fortalecer las capacidades del recurso humano a través de capacitaciones por profesionales en metodología y dinámica para generar impacto en la población, mediante el plan de capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo promocionales.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Rice (2004) manifestó:

Que los Entornos saludables dentro del contexto de promoción de la salud(EE.UU.), un espacio importante a considerar son las Escuelas Promotoras de la Salud, cuyo fin es el de formar futuras generaciones que dispongan del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y la comunidad, así como crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y comunidades saludables, pero, sobre todo, potenciar

el desarrollo de niños y adolescentes. Finalmente, algunos retos y compromisos futuros incluyen atraer a nuevos actores, nutriendo liderazgos y ofreciendo oportunidades de construir capacidades; estimular oportunidades para formar alianzas y cooperación entre pares, fortaleciendo a su vez, el compromiso con las redes y el trabajo en red; asegurar foros amplios y abiertos a la mayor participación, convocando a los involucrados y a quienes toman decisiones; así como apoyar proyectos conjuntos, diseminando la evidencia de la efectividad de los mismos.

La experiencia en Colombia (2010) a través de la Guía de práctica clínica en salud oral en cuanto a las estrategias de motivación en Salud Oral, manifiesta:

En la educación en salud no solo se debe dar información, sino desarrollar estrategias para comunicarse y lograr la motivación del paciente, como una vía para alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos.

La comunicación requiere de realimentación como un medio para reconocer si se están presentando cambios (Fombelli Cortázar et al, 2006). La comunicación es un proceso planificado, encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales. Promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es un componente importante de todos los servicios y actividades de promoción de la salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una

combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales. (Suárez, Y, 2006).

Para Ochoa, Ramírez y Franco (2011), desarrollando el tema de Significados del autocuidado bucal para los Escolares de Instituciones Educativas Oficiales de Medellín, los cuales emitieron los resultados:

Aunque emergieron varias categorías y tendencias, en este texto sólo se retoma lo relacionado con los significados del autocuidado, determinados por la concepción biologista de la salud y por la relación superficial con el cuerpo, y respecto a las prácticas, se retoma el desconocimiento de conceptos básicos. En conclusión: se recomienda generar procesos educativos que trasciendan el carácter transmisionista y posibiliten la construcción social y vivencia de la salud en la cotidianidad, lo que permitirá el desarrollo de sentidos profundos que, a su vez, se traducirán en comportamientos cuidadosos de sí y de los otros(as).

Para fortalecer los conocimientos de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población mediante plan de atención estomatología promocional.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Bustamante (2004) manifestó:

Los lineamientos y modelo de abordaje de Promoción de la salud.

La promoción de la salud es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos organizativos, administrativos y políticos que faciliten a las personas y a los grupos

contar con mayor control sobre su salud, para mejorarla. Por ello la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad es el primer lineamiento de política sectorial 2002 - 2012 del Ministerio de Salud del Perú. La promoción de una cultura de salud y la construcción de entornos saludables son una prioridad para el sector.

Es así que el Ministerio de Salud ha aprobado los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, que comprenden: el desarrollo de alianzas intra e intersectoriales; la mejora de las condiciones del medio ambiente; la promoción de la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía; la reorientación de los servicios de salud con el enfoque de promoción de la salud; y la reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.

Con este modelo, los grupos principales de intervención son la familia y la comunidad en donde se desarrollan los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. El modelo también incluye ejes temáticos, los cuales son contenidos técnicos conceptuales sobre un tema priorizado en promoción de la salud. Estos ejes son: Alimentación y Nutrición, Higiene y Ambiente, Actividad Física, Salud Sexual y Reproductiva, Habilidades para la Vida, Seguridad Vial y Cultura de Tránsito, Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz. En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Huilca & Laspina (2004) manifestó, respecto a las escuelas promotoras de la salud- Ecuador:

Entre los antecedentes para el desarrollo de esta iniciativa se cuentan la firma, en 1999, del convenio marco entre el

Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, el Servicio Holandés de Cooperación al Desarrollo, Plan Internacional, Visión Mundial y UNICEF, con el objetivo de impulsar las Escuelas Saludables. Tres años después, el 19 de julio del 2002, en Quito, se conformó la Red Ecuatoriana de Escuelas Promotoras de la Salud y en setiembre del mismo año, se realizó la «Tercera Reunión Latinoamericana de EPS» que contó con la participación de representantes de 19 países de la región. Esta red se constituye en un espacio de comunicación e intercambio de información sobre educación y salud entre los sectores estatales, municipios, gremios profesionales, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales, reunidos para promover las Escuelas Promotoras de la Salud a nivel nacional, siendo su objetivo difundir el marco conceptual y operativo de las EPS.

Al año siguiente, el Ministerio de Educación y Cultura implementa el Proyecto de Escuelas Promotoras de la Salud en todo el país, con la aplicación de los siguientes componentes: Educación Alimentaria y Nutricional; Salud Bucal; Enfermedades Prevalentes del Medio; Salud Mental; Primeros Auxilios; Higiene Personal, Familiar y Comunitaria y elabora un documento base de Escuelas Promotoras de la Salud. En el año 2004, se realizó el Seminario Taller sobre «Avances de las acciones realizadas en el Proyecto EPS», obteniéndose importantes resultados cuantitativos y cualitativos.

La experiencia de MINSA Chile (2018), en cuanto a la estrategia 5: Integrar a la familia de los niños al cuidado de su salud bucal:

La familia cumple un rol fundamental en el desarrollo de hábitos saludables de alimentación e higiene bucal en los niños, por lo que incorporarla es a la vez fundamental y también un desafío permanente. Buscando iniciativas innovadoras que se ajusten a las necesidades de las familias, la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal diseñó el cuaderno viajero “Familias que Siembran Sonrisas” que tiene como objetivo facilitar que las familias compartan sus experiencias relacionadas con el cuidado de la salud bucal, reconociendo sus prácticas y las de otras familias, respetando la diversidad étnica y cultural de la comunidad.

El año 2018 se evaluó la implementación del cuaderno viajero, concluyendo que ha sido exitosa según la percepción de los equipos educativos y las familias, y se reconoce como una herramienta que permite conocer a las familias y promover el proceso de formación y mantención de hábitos saludables.

La experiencia en Colombia a cargo de la doctora Castiblanco (2019) nos presenta:

El Material Educativo Digital (en adelante MED), en opinión de Morales (2012), es un conjunto de medios materiales que intervienen y facilitan los procesos de enseñanza y aprendizaje. Se caracterizan porque despiertan el interés de las personas, se adecúan a las características físicas y psíquicas y facilitan la actividad de enseñanza al servir de guía (Morales, 2012). Para Onrubía (2015) estos influyen en la apropiación

de estímulos sensoriales por parte de quien aprende; es decir, pone a las personas en contacto con el objeto de aprendizaje, ya sea de manera directa o dándole la sensación de indirecta.

El MED es un producto complejo que se elabora bajo un enfoque determinado. Cuenta con una intencionalidad y metodología específica; contenidos están orientados hacia una situación de aprendizaje definida. Dentro de sus funciones está la de ayudar al estudiante a investigar, descubrir y construir; también, la oportunidad de enriquecer la experiencia del estudiante, aproximándolo a la realidad y ofreciéndole ocasión para actuar (Morales, 2012).

En definitiva, los materiales didácticos permiten aprender a aprender, construir aprendizajes, establecer relaciones y profundizar entre los diferentes conocimientos presentados, analizar los conocimientos desde diferentes perspectivas y facilitar la autogestión del aprendizaje fuera del aula (Missiacos, 2011). Por eso, en opinión de Morales (2012) aumentan la motivación, la comprensión y el rendimiento de la persona que desea aprender, gracias al uso de los sentidos, desarrollo de habilidades cognitivas, actitudinales y emocionales.

A continuación, en este capítulo se expone la elaboración del Material Educativo Digital, cuyo objetivo es aportar a las prácticas de autocuidado de 10 familias asistentes a consulta odontológica, bajo una perspectiva lúdica, pedagógica y flexible; donde las TIC se presentan como un aliado para fomentar el desarrollo de habilidades y destrezas implícitas en la construcción activa del conocimiento.

Para Orem(2015):

COMPRENDER EL AUTOCUIDADO MODELO DE OREM

Dorotea Orem, en su búsqueda de la comprensión de la Enfermería, culmina en 1970 la denominada Teoría de Enfermería del Autocuidado¹⁷, que integra a su vez la teoría del Autocuidado, la teoría del Déficit de Autocuidado y la teoría del Sistema de Enfermería. Orem explica en su Teoría del Autocuidado que en el término autocuidado, la palabra “auto” se utiliza de forma dual: “cuidados para uno mismo” y “cuidados realizados por uno mismo”. “El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, su salud y su bienestar”. La persona que lleva a cabo la acción de autocuidado se denomina agente de autocuidado. Normalmente los adultos cuidan de sí mismos de forma voluntaria y son su propio agente de autocuidado. Pero si la persona que realiza la acción de autocuidado no es la misma que la que tiene la necesidad del cuidado, entonces hablamos de agente de cuidado dependiente. Este es el caso de los lactantes, niños, ancianos, enfermos e incapacitados que requieren cuidados completos o parciales de ayuda a las actividades de autocuidado y precisan de un agente de cuidado dependiente que será, según el caso, un familiar o allegado (los padres en caso de un niño o el cuidador/a principal en caso de un adulto o mayor) o un/a profesional de la salud (la enfermera).

Una de las afirmaciones básicas de la teoría del Autocuidado es considerar el autocuidado como una conducta, esto es, como un comportamiento aprendido que existe en situaciones

concretas de la vida y constituye una contribución constante del individuo para mantener su propia existencia, su salud y su bienestar.

Al ser una conducta, el autocuidado se considera una acción intencionada, esto significa que es una actividad que persigue un propósito u objetivo.

Lo que implica que previamente la persona ha hecho una búsqueda, una reflexión, un juicio sobre la situación y una toma de decisiones voluntaria sobre lo que es apropiado hacer o no en las condiciones y circunstancias presentes en cada momento. A su vez esto supone que las acciones de autocuidado buscan un resultado esperado y que este se identifica antes de emprender la acción.

El autocuidado persigue el mantenimiento de la propia vida, salud y bienestar. A las expresiones de las acciones necesarias para lograr esos objetivos en salud y bienestar se le denomina "Requisitos de autocuidado". El concepto de requisito también lo podemos asimilar al de necesidades y el objetivo principal será satisfacer las necesidades de autocuidado, ya que van a influir en la predilección y el deseo de las personas por actuar en determinadas circunstancias y de forma diferente y específica, lo que, en último término, no es sino un ejercicio de su derecho a mantener el control sobre el propio patrón de vida.

El concepto de autocuidado está estrechamente relacionado con el concepto de aprendizaje. Su definición ha sido objeto de extensos debates ya que es analizado desde distintas perspectivas. En términos generales, el aprendizaje se refiere

a la adquisición de conocimientos, actitudes y destrezas que desarrollan comportamientos o producen cambios en los mismos. El proceso de aprender es lo que ocurre en esta sucesión de cambios, de manera muy dinámica. El entorno y el clima para que se produzca han de favorecer la comodidad y seguridad física, el respeto, ayuda y confianza mutua, la libertad de expresión y aceptación de las diferencias interpersonales, así como el mantenimiento de una relación de mutua reciprocidad, igualdad y democracia entre docente y discentes.

Para contribuir al acceso cultural y económico s servicios de salud en cuanto al nivel de instrucción y tratamientos odontológicos no accesibles, mediante de atención estomatológica preventiva.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Ligia de Salazar (2004) manifestó:

Las evidencias de la efectividad de la promoción de la salud en Latinoamérica: presentación de proyectos, avances y resultados en Colombia:

El Programa Global de Efectividad de Promoción de la Salud (GPHPE) es un proyecto que abarca diferentes regiones: Europa, Asia, África y Latinoamérica y en el que participan diversas instituciones: fundaciones, universidades y organismos internacionales. El Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina, que coordina la Unión

Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES), es de particular relevancia al interior de este programa.

Este proyecto tiene diversas metas, como el incremento de estándares de la práctica y las políticas de promoción de la salud; la revisión de la efectividad de impactos sociales, económicos, políticos y de salud; el desarrollo de información para la toma de decisiones; el estímulo del debate, compromisos, voluntades y estrategias; la creación de conciencia acerca de la necesidad de evaluación; la identificación y síntesis de metodologías de evaluación; la promoción de una cultura de evaluación; y el fortalecimiento de la formación y la creación de capacidades.

En este momento es necesario contar con capacidad para desarrollar investigaciones, publicar y usar información para incidir en las decisiones políticas que permitan reducir y cerrar la brecha entre la producción de conocimientos, la formulación de políticas y las acciones de promoción y bienestar. Lo más importante es que los procesos sean sostenidos y sistemáticos, que se realicen procesos de evaluación de la efectividad. Se debe incluir la estadística existente, los sistemas de vigilancia, los sistemas de información como insumos en los procesos de evaluación y efectividad.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Chaupín (2004) manifestó, respecto a los estilos de vida saludables en comunidades campesinas- Ayacucho Peru:

Antes de iniciarse el trabajo que aquí reseñamos, las comunidades campesinas se encontraban desarticuladas con otras instituciones; mostraban desconocimiento de las acciones de negociación, falta de capacidad de gestión, no contaban con un plan comunal, y mantenían la creencia de

que cada familia debía solucionar ella sola sus problemas. Por su parte, los servicios de salud no consideraban importante la participación comunitaria, confundían participación con colaboración, tampoco existía direccionamiento ni control de la gestión y se mantenía una gran brecha entre las áreas técnica y administrativa. Entre las estrategias que se propusieron para reducir las diferencias existentes figuran: desde la comunidad, trabajar con los Comités de Desarrollo Comunal (CODECOS), con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), con perfiles de proyectos para negociarlos; desde los servicios de salud, conocer el ámbito, sectorizarlo, trabajar en red, mejorar la gestión, desarrollar una propuesta de calidad, de recursos humanos y promover una nueva cultura organizacional. La capacitación se desarrolla de campesino a campesino, con la premisa de «aprender haciendo», formando promotores y técnicos campesinos.

Para proponer la implementación de normatividad responsabilizando al paciente de su salud bucal, mediante la implementación de las condicionantes de uso del SIS.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Bolivia (2004) manifestó, respecto a los establecimientos educativos promotores de salud- Bolivia:

Estado Boliviano ha emprendido una reforma estructural mediante leyes, reformas constitucionales, referéndum vinculante, elecciones municipales sin monopolio partidario y con la participación de la Asamblea Constituyente. En materia de promoción de la salud, en mayo del 2004 ha sido creada la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Comunicación Social. Antes, las estrategias de promoción estaban

diseminadas e invisibilizadas en diversas áreas del Ministerio de Salud. En salud, se ha formulado un conjunto de políticas para disminuir las inequidades, entre ellas, la Ley de Diálogo Nacional; la Reforma Educativa; la Reforma de Salud; el Seguro Materno Infantil; vivienda y saneamiento ambiental; promoción de una vida sana; seguro gratuito de vejez y, además, se está desarrollando el diálogo de la salud.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú Nizama (2004) manifestó, respecto a la concertación multisectorial de las escuelas promotoras de la salud- Perú:

Esta comisión se creó en virtud de que la salud y la educación son derechos y responsabilidades compartidas, articuladas y concertadas. A través de las Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) se promueve el bienestar físico, psicológico y social de niños y adolescentes, por medio de un trabajo conjunto de la comunidad educativa con la comunidad en general.

Desde su creación, la Comisión ha promovido sinergias de información, uso de recursos e intercambio de experiencias. Además, se ha fortalecido vínculos de confianza y realizado acciones concertadas, compartiendo responsabilidades a través de la secretaría y las sub comisiones de trabajo. La normatividad y las políticas son ejes importantes de la propuesta de trabajo de la Comisión. La comisión busca fortalecer el trabajo conjunto y articulado del MINSA y el MINEDU y la sociedad civil, con apoyo de las agencias cooperantes, para impulsar la promoción de la salud en el espacio escolar y consolidar la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud, respetando la diversidad y

fortaleciendo la gestión participativa de las instituciones educativas con otros sectores de la comunidad. Asimismo, se busca que las instituciones educativas cumplan con un rol educador y promotor de salud y que los establecimientos de salud asuman ser el soporte para el fortalecimiento de estas funciones. El objetivo es que más niños, niñas y adolescentes de las escuelas y colegios del país sean protagonistas y ejerzan sus derechos y responsabilidades, participando en las propuestas de su Escuela Promotora de la Salud.

En el primer encuentro nacional de promoción de la salud Lima – Perú (2004) se firmó una declaración de Lima:

Reunidos en la ciudad de Lima, Perú, en oportunidad de la realización del «I Encuentro Nacional de Promoción de la Salud», y considerando que todos los representantes de los organismos, instituciones que suscribimos este documento, estamos involucrados en el quehacer de la promoción de la salud e interesados en trabajar sobre los determinantes sociales de la salud como una forma efectiva de dar respuesta a los problemas más relevantes de salud pública que enfrenta el país, nos comprometemos a:

- Impulsar políticas públicas saludables y abogar por un mayor compromiso político y el posicionamiento de la promoción de la salud en el país y la Subregión Andina.
- Impulsar la red nacional y redes locales de municipios y comunidades saludables que cuenten con planes y recursos.
- Impulsar la red nacional y redes locales de escuelas promotoras de la salud que cuenten con planes y recursos.

- Promover el empoderamiento de la comunidad y la participación ciudadana desde un enfoque de derechos humanos y responsabilidades en salud.
- Entrenar y actualizar recursos humanos locales en promoción de la salud de manera sostenida.
- Reorientar los servicios hacia un enfoque de promoción de la salud y en estrecha vinculación con la estrategia de atención primaria de salud.
- Compartir con otros municipios, comunidades e instituciones educativas experiencias exitosas, concluyendo la transferencia de tecnología y el desarrollo del conocimiento colectivo en promoción de la salud.
- Impulsar redes comunitarias que fortalezcan el tejido social a favor de la salud.
- Estimular la investigación orientada a identificar el impacto de los determinantes de la salud y sistematizar evidencias científicas desde la promoción de la salud.
- Apoyar la iniciativa de avanzar en los procesos de integración y formación de una masa crítica interesada en el fortalecimiento de la promoción de la salud en la Subregión Andina.

Para recalcar la experiencia de MINSA Chile 2018, ha revisado los logros obtenidos en el ámbito de educación del Modelo de Intervención de promoción de la salud y prevención de Enfermedades bucales, resultado del trabajo de múltiples actores entre los que te encuentras tú y donde la intersectorialidad ha sido clave.

Mediante la Estrategia 3: Fomentar el autocuidado de la salud bucal en las comunidades educativas y su participación en la planificación y desarrollo de actividades.

El principal desafío en esta estrategia es fortalecer el trabajo intersectorial en el territorio. La Mesa Nacional entrega lineamientos a las Mesa Regionales, promoviendo su autonomía y la coordinación entre los equipos de salud y de educación en el territorio. Para ello la Mesa Nacional ha elaborado orientaciones y la “pauta de seguimiento de establecimientos de educación parvularia” que permite retroalimentar el proceso de implementación del programa y puede ser auto aplicada por el equipo de educación, aplicada por el equipo de salud local, por los referentes de la Mesa Regional Intersectorial de Salud Bucal durante las visitas o de manera remota a través de cuestionarios electrónicos. Durante el 2018 las Mesas Regionales aplicaron la pauta en 358 jardines y escuelas, observando que en el 97% de ellos se realiza el cepillado de dientes diariamente, al menos una vez durante la jornada y en el 95% esta actividad es supervisada por una persona adulta. También se detectaron aspectos que debemos mejorar, como, por ejemplo, solo el 62% cuenta con un cepillero adecuado y solo el 51% de los establecimientos se relaciona con el equipo del centro de salud.

Otra experiencia de implementación de condicionantes, se encuentra el de Programa Juntos y el impacto que ocasiono:

DOCUMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS

Comunicación a los hogares incorporados acerca de las condicionalidades a cumplir y su programación. El principal instrumento de comunicación está dado por la Carta Acuerdo que debe ser suscrita por el beneficiario al momento de la incorporación al Programa. En ella, se señala básicamente la existencia de una transferencia de S/. 100 que se otorga mensualmente condicionada a la concurrencia del usuario a los servicios de salud, nutrición, educación e identidad. Se menciona que habrá un procedimiento de verificación de los compromisos cuyo cumplimiento asegurará el mantenimiento del derecho a la transferencia.

Aun cuando en el expediente de incorporación se adjunta los formularios FE-001 y FS-001 que contienen información sobre las escuelas y establecimientos de salud a los cuales se comprometen a asistir los usuarios, no se ha encontrado mayor especificación de los servicios ni programas estructurados para la atención de los beneficiarios.

En la información recogida se ha señalado que en los talleres comunales se brinda información acerca del funcionamiento del programa y de las condiciones de participación. En las asambleas de validación se presentan los criterios de selección de los beneficiarios y las formas como se construye el padrón de beneficiarios y el mecanismo de la validación; se presenta además las formas de operación y los requisitos para la incorporación al Programa.

Para finalizar nuestro país se encuentra en un momento crucial para el desarrollo de nuevas políticas públicas

saludables en concordancia con los objetivos del milenio y prevaleciendo siempre con el enfoque de salud como derecho humano. El proceso de descentralización en nuestro sector debe contemplar la implementación de nuevas políticas acorde a las nuevas necesidades teniendo en cuenta las coordinaciones nacionales, regionales, provinciales y locales creándose oportunidades que permitan una interacción de políticas públicas que involucren la participación y responsabilidad ciudadana.

Por ultimo en el protocolo odontológico del Ministerio de Salud Pública de Ecuador evidencia que el individuo es capaz de reconocer lesiones cariosas incipientes en su propia cavidad bucal, esto a partir de la etapa Adolescente, en las etapas menores es responsabilidad de los padres de familia la identificación de estas lesiones a tiempo y así poder acudir al consultorio Odontológico antes que sean sintomáticas o se agraven.

4.2. Productos

Para abordar dichos problemas se formula los siguientes productos y sub-productos según el PPR 018 que son las siguientes:

4.2.1. Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo- promocionales.

Documento para la elaboración de sesiones educativas y demostrativas por medio de dinámicas y con enfoque intercultural y apoyo de especialistas como psicólogos, dirigidas al profesional odontólogo que servirá para el fortalecimiento de capacidades y habilidades metodológicas considerando también la interculturalidad como causa de un mayor impacto en la población, respondiendo a nuestro primer factor problema de insuficiente capacitación del odontólogo, haciendo más

efectiva la intervención de este en la población adjudicada que corresponde a la cantidad normada por cada profesional sin embargo no considera el difícil acceso geográfico en apoyo del mismo problema inicial de escaso recurso humano.

Existe evidencias Ministerio de Salud Chile, (2017) en el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 el cual garantiza la calidad de las acciones, atenciones o servicios de salud, entregados debido a los profesionales quienes poseen las competencias necesarias para desarrollarse dentro de su ámbito prestacional y gestor, desarrollados a través de mecanismos y procedimientos homogéneos de capacitación en conocimientos teóricos y prácticos.

Ministerio de Salud Chile, (2017), asegura que la capacitación es fundamental en el desarrollo del recurso humano y es considerada estratégica para el logro de las metas de salud bucal. El Plan Nacional de Salud para cumplir con los Objetivos Sanitarios 2011-2020 definió como una meta necesaria para fortalecer el Modelo de Intervención de Promoción de la Salud Bucal y Prevención de Enfermedades Bucales, lograr que el 80% de los Centros de Salud Familiar, Establecimientos de Baja Complejidad, Consultorios General Urbano y Consultorio de General Rural, cuenten con Equipos de Salud capacitados en el componente de salud bucal. (pág. 32).

Esta implementación se realizó a través de un sistema de aprendizaje a distancia(SIAD), se insertó esta herramienta en el sistema de salud Chile con el fin de desarrollar actividades de capacitación en la modalidad e-learning, fomentando la interconexión entre las personas y los equipos de trabajo, impulsando la aplicabilidad practica de los aprendizajes.

Ministerio de Salud Chile, (2017) Los cursos de salud bucal se incorporan el año 2008, siendo el primero de ellos el curso “Aprendiendo a cuidar la Salud Bucal” dirigido a los equipos de salud. En el año 2010 se incorpora el curso “Salud bucal en preescolares: un nuevos paradigma”, el año 2015 el curso “Aplicación del examen periodontal básico”, el año 2016 los cursos “Actualización en cariológia” y “Programación odontológica operativa en APS” todos dirigidos a los equipos odontológicos. En el año 2017 se agrega al catálogo la cápsula de “Prevención de Cáncer Bucal” dirigido a todo el equipo de salud (pág. 33)

Así mismo el Ministerio de Salud Pública- Ecuador (pág. 89; 2014) dentro de sus protocolos considera que” Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuáles son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio”, por lo que propone una clara definición de acciones tanto para el profesional como para el paciente. Los cuales deben quedar claro a la hora de las capacitaciones hacia el personal de salud odontológico. Este producto lo encontramos como anexo A

4.2.2. Plan de atención estomatológica promocional.

Documento elaborado para la implementación de programas de capacitación para la población con enfoque intercultural y considerando el grado de instrucción e inserción de actividades preventivas secuenciada en el consultorio odontológico en la población acuda de acuerdo a la frecuencia indicada en el PPr y el SIS. El propósito de la elaboración del plan de capacitación estomatológica promocional es de fortalecer los conocimientos de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población, respondiéndonos así el problema de limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población vinculado con la falta de práctica de buenos hábitos de

cepillado dental, considerando los factores como interculturalidad, grado de instrucción al que está dirigido, promoviendo el autocuidado a través del autoexamen en salud bucal mediante actividades que deben estar protocolizadas, las cuales serán desarrolladas por el profesional Odontólogo o en su defecto por personal técnico capacitado de la IPRESS Ricrán y que la población una vez capacitado obtenga las habilidades de poner en práctica en su domicilio, los que detallamos a continuación:

1. Educación Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales
2. Autoexamen Estomatológico
3. Educación en Higiene Oral

Los problemas a solucionar con este plan es generar y empoderar los conocimientos de la importancia del autocuidado de la salud bucal por medio de educación en cuanto a la higiene bucal bajo un régimen que debería ser normado por el MINSA en el cual la población sea capaz de reconocer lesiones cariosas incipientes y asintomáticas y acudir cuanto antes a una IPRESS y pedir que se inactive dichas lesiones por medio de tratamientos preventivos y/o restaurativos.

Las lesiones cariosas siendo una de las causas más comunes para la pérdida de piezas dentarias, son patologías de progresión lenta y pueden ser auto detectables en estadios muy tempranos y por lo tanto requieren un tratamiento poco costoso a comparación, en caso de que se llegue a perder la pieza dentaria.

Se evidencia en el estudio de Delgado, et al (2007) En el artículo Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad. La educación en salud oral se ha concentrado tradicionalmente en mejorar la salud oral a través de actividades de aprendizaje dirigidas a promover cambios de

comportamiento individuales, principalmente mediante la adquisición de conocimientos en salud oral. Sin embargo, la educación en salud y la promoción de la salud son estrategias complementarias; la educación es necesaria para iniciar, implementar y mantener ideas, procedimientos y programas, mientras que la promoción es necesaria para reforzar los comportamientos positivos a lo largo del tiempo y crear oportunidades para mejorar la salud en el ambiente (pág. 04)

Delgado, et al (2007), afirma que se puede concluir, a la luz de los resultados obtenidos, que es posible realizar intervenciones comunitarias de promoción en salud oral efectivas, utilizando el enfoque de cambio conductual y la educación como pilares, ambas herramientas que pueden ser aplicadas con facilidad en países en vías de desarrollo y que no representan un alto costo. Sin embargo, serían recomendables futuros estudios con tiempos de seguimiento mayores a fin de corroborar los resultados obtenidos. (pág. 05)

Este producto lo encontramos como anexo B

4.2.3. Plan de atención estomatológica preventiva

Documento elaborado para establecer las actividades a realizar por el profesional Odontólogo dentro de un consultorio mínimamente equipado para disminuir el limitado acceso cultural y económico a través de atenciones preventivas disminuyendo el costo de atención en los servicios de salud. Pretende responder a la problemática de escaso acceso cultural y económico a servicios de salud y conocimiento de factores de riesgo en cuanto al nivel de instrucción y tratamientos odontológicos no accesibles, a través de actividades que ayuden a prevenir caries dental en un consultorio odontológico que son realizadas por el profesional como:

1. Aplicación de Sellantes.
2. Aplicación de Flúor Barniz.

3. Aplicación de Flúor Gel.
4. Profilaxis Dental.

De esta manera el plan pretende prevenir la instauración y progresión a sus formas más graves de las patologías comunes como caries dental, gingivitis, periodontitis y por consiguiente pérdida de piezas dentarias. Con un abordaje anticipado y que serán actividades realizadas exclusivamente por dicho profesional.

Las evidencias demuestran que en el artículo de revisión de Espinoza E. et al (2013), “Los programas preventivos que usan flúor por vía sistémica son eficaces y tienen un alto costo beneficio. Sin embargo, el empleo de programas de fluorización con sal tiene mayor posibilidad de cubrir a toda la población”. Los cuales fueron basados en otras investigaciones como se evidencia en el siguiente cuadro:

Tabla 14

Resultados de Programas Preventivos de Salud Bucal

Programa	Autor	Resultados
Programa piloto campaña televisiva	Friel y Col. 2002 (Irlanda)	Después de 6 semanas, se encontró un incremento en el porcentaje de niños que reportaron usar la cantidad recomendada de pasta dental y cepillarse por 3 minutos.
Programa de promoción de salud bucal	Australia 2007	Reducción en el sufrimiento innecesario como hospitalización y tratamientos invasivos en niños de 2 a años.
Programa de promoción de salud bucal para padres de infantes	Plutzer K, Soencer AJ 2007	El resultado fue una incidencia de S-ECC de 1.7% en las madres que recibieron el programa y de 9.6% en las que no la recibieron.
Programa preventivo educacional en la salud bucal de niños preescolares	Hochstetter y Col. en el 2007	En los resultados a los 8 días y después de 6 y 12 meses, se obtuvo una disminución significativa en el índice gingival e índice de placa, y no hubo incremento significativo en caries dental en el grupo experimental.

Fuente: Rev. Artículo de revisión de Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Estomatol Herediana. 2013 Abr-Jun;23(2):101-108

Por lo que Espinoza E. et al (2013)

Asegura que, todas las instituciones y profesionales de la salud en el Perú, deben tener en consideración estos aspectos para la implementación de nuevos programas de salud bucal y la mejora continua de los mismos, estableciéndose programas preventivo-promocionales bien elaborados, y a su vez un sistema de vigilancia y de monitoreo que pueda evaluar la evolución de estos programas a lo largo de los años. La reducción de ellas no solo implica un beneficio individual para la persona, sino que involucra toda una cadena de beneficios para el país, al reducir los costos en tratamientos y por ende el presupuesto que el gobierno asigna para la salud. Ya que la salud es fundamental para el bienestar humano y el desarrollo económico y social sostenible, por lo tanto, la salud bucal es un derecho y debe ser apoyado por los gobiernos. (pág. 06)

Este producto se encuentra desarrollado en el anexo C.

4.2.4. Implementación de las condicionantes de uso del SIS

Este documento técnico, de carácter normativo que comprende detalles de la información del adecuado uso y restricciones del SIS gratuito de forma secuencial, que servirá para proporcionar la información adecuada sobre los procedimientos a seguir, las responsabilidades del paciente o usuario con el objetivo de lograr familias y viviendas saludables, siendo conscientes de su autocuidado. Será de utilidad para la actualización de la normativa relacionada con la protección de la calidad de la atención y seguridad del paciente durante la atención odontológica, en las condicionantes del uso SIS. El cual permitirá responder a la problemática de ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal, debido a la falta de conciencia en el cuidado de las estructuras dentarias, no solo será de utilidad en el ámbito de salud bucal; si no que también será beneficioso en las diversas unidades ejecutoras.

Las evidencias mostradas para este producto los podemos evidenciar en los protocolos odontológicos de salud bucal – Ecuador (2014) quienes refieren:

El autocuidado se concibe como la implicación y responsabilidad que cada individuo tiene con el mejoramiento o recuperación de su salud y la influencia positiva para los que le rodean. La práctica del autoexamen bucal protege a todas las personas a partir de la adolescencia, y en especial a las mayores de 50 años, tengan o no dientes y usen o no dentadura postiza.

Cualquier persona puede explorar su boca y cuello para comprobar su salud o identificar posibles condiciones pre neoplásicas o neoplásicas incipientes, lo que resulta de gran beneficio para su calidad de vida.

Con esta evidencia se puede aseverar que juega un papel importante la toma de conciencia de cada usuario y su responsabilidad en la salud, ya que el profesional solo pone 50% para conseguir el objetivo y el otro 50% lo debe poner el paciente(usuario). Por ello se propone este producto con el fin de mejorar e implementar normativas en el uso del SIS con la introducción de condicionantes como medio de control a los pacientes, de los cuales se espera tener respuestas positivas como lo vienen haciendo los programas de CRED y ANEMIA mediante el programa social JUNTOS.

Estas propuestas dentro de nuestro producto lo podemos encontrar en el anexo D.

4.3. Actividades

Tabla 15

Actividades/Metas

Productos	Actividades/ metas
Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo-promocionales.	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo- promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán. 2.- Diseño del plan de acuerdo a las debilidades y necesidades identificadas. 3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico. 4.- Ejecución del plan. 5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo- promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.
Plan de atención estomatológica promocional	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán. 2.- Diseño del plan de acuerdo a las necesidades identificadas de la población en el limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo. 3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico. 4.- Ejecución del plan 5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.
Plan de atención estomatológica preventiva	1. Reestructuración y diseño de los productos presentados por el programa presupuestal en cuanto a la atención estomatológica preventiva. 2.- Presentación, revisión y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico. 3.- Dar a conocer los subproductos a desarrollarse al profesional odontológico. 4.- Ejecución del plan. 5.- Monitoreo a través del informe operativo anual(HIS REPORT)
Implementación de las condicionantes de uso del SIS.	1. Alisis y evaluación de los condicionantes y beneficios del SIS gratuito. 2. Incorporación de condicionantes en la frecuencia de uso del SIS gratuito otorgando corresponsabilidad al paciente.

Productos	Actividades/ metas
	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="877 269 1591 302">3. Presentación, evaluación y aprobación por parte del MEF.<li data-bbox="877 305 1507 337">4. Difusión de los beneficios y condicionantes del SIS.<li data-bbox="877 341 1304 373">5. Aplicación del SIS en las IPRESS.

Fuente: Elaboración propia

Capítulo V

La propuesta de Implementación

5.1. Identificación de recursos críticos

5.1.1. Comunicación estratégica

Se elaborará un plan de comunicación estratégico siguiendo los pasos de la guía metodológica de comunicación estratégica en salud pública del ministerio de Salud del año 2006:

Paso 1: Realice un diagnóstico

Se realizará un análisis del contexto socio cultural y epidemiológico, análisis del discurso, análisis de las conductas sociales y comportamiento comunicativo de los servicios públicos, análisis de los procesos, estrategias y resultados, análisis de las lecciones aprendidas indicadores de salud para tener una base con fundamentos irrefutables.

Paso 2: Elabore su plan

Como segundo paso se nos pide elaborar el sustento de la visión estratégica de la comunicación, determinar servicios públicos, roles y comportamiento comunicativo, definir objetivos de comunicación para la salud, formular metas e indicadores de comunicación, diseñar estrategias en la creación de mensajes y argumentos, seleccionar medios de comunicación, definir materiales y su validación, así mismo la producción de este, realizando un monitoreo de sus actividades en comunicación, para evaluar los resultados obtenidos en los informes de comunicación.

De esta manera teniendo en cuenta estos pasos se aplica el abordaje que integra nuestras estrategias para la consecución de nuestros

productos mediante tres fases; el de apoyo, legitimización y movilización iniciando como sugerencias desde los más altos cargos del estado con la evaluación de nuestro trabajo de investigación que será de mucha utilidad en la disminución presupuestal no solo para la estrategia de salud bucal, también lo será para las demás estrategias y programas.

Por lo que, se procurará conseguir el involucramiento activo de las instituciones involucradas para el desarrollo del mismo. Buscando una relación más íntima y de responsabilidad compartida con el paciente obteniendo la participación de grupos organizados de la población.

Objetivo 1

Para este objetivo se establece una coordinación efectiva entre las diversas oficinas involucradas en cuanto a RR. HH y capacitación de la red de salud Jauja para conseguir sinergia y eficacia en la consecución de nuestros objetivos.

Tabla 16

Estrategias de Logro – Objetivo 01

Público	Mensajes	Actividades	Medios de Comunicación
Organismos del estado y todas sus estructuras fragmentadas para la solución de escaso RR.HH y deficiente capacitación.	No se puede luchar contra la reducción de la morbilidad y discapacidad por patologías de la cavidad oral por separado y cada organización por su cuenta. El gobierno en todas sus estructuras fragmentadas necesitan coordinar sus esfuerzos de comunicación en cuanto a abastecimiento de	Creación del Comité Coordinador de la Estrategia de Comunicación para el RR. HH y capacitación de la red de salud Jauja. Creación de unidades operativas de capacitación.	Elaboración de un informe sustentando la falta de RR. HH y el difícil acceso debido a su geografía para el funcionamiento de los comités coordinadores. Distribución y estudio de las necesidades de RR. HH y capacitación.

Público	Mensajes	Actividades	Medios de Comunicación
	RR.HH capacitación.	y	

Fuente: Mastrandos 2019

Objetivo 2

Para el limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo la coordinación con las principales instituciones de la sociedad departamental y municipal, para lograr una adhesión a la estrategia de salud bucal con enfoque preventivo y se desarrollen estrategias propias con los grupos y personas involucradas.

Tabla 17

Estrategias de Logro – Objetivo 02

Publico	Mensajes	Actividades	Medios de Comunicación
a. Asociaciones de trabajadores de la salud (médicos y otros).			
b. Juntas vecinales.			
c. Asociaciones de maestros.	La estrategia de salud bucal solo tendrá impacto en la sociedad si todas las organizaciones de la sociedad promueven la participación de todas las personas y grupos relacionados con ellas en la consecución de nuestros objetivos.	Reuniones, seminarios, cursos, eventos para captación de recursos y realización de talleres con respecto al fortalecimiento de los conocimientos de medidas preventivas e información de factores de riesgo.	Todos los medios grupales y masivos disponibles dentro de la red de salud Jauja.
d. Sindicatos obreros.			
e. Organizaciones campesinas.			
f. Iglesias.			
g. Cooperativas.			
h. Policía			
i. Militares			
j. Bomberos.			
k. Escuelas, colegios y universidades.			
l. Asociaciones de comerciantes y empresarios.			

Publico	Mensajes	Actividades	Medios de Comunicación
m. Consejos de Salud.			

Fuente: Mastrandos 2019

Objetivo 3

En cuanto al escaso acceso cultural y económico a servicios de salud establecer coordinaciones con la población en general y en especial los grupos de riesgo para que adquieran y adopten conocimientos, actitudes y comportamientos favorables con respecto al uso de sus seguros integrales SIS.

Tabla 18

Estrategias de Logro – Objetivo 03

Publico	Mensajes	Actividades	Medios de Comunicación
Instituciones sociales participantes. Grupos de riesgo. Habitantes de zonas de alto índice de infestación.	No hay medicamentos naturales o artificiales que curen la caries es por ello que nuestro enfoque debe centrarse en la prevención y el uso adecuado de los servicios básicos de salud.	Reuniones, seminarios, cursos, eventos para captación de recursos y realización de talleres con respecto al acceso a los servicios de salud, entre derechos y deberes por parte del profesional y del mismo paciente con su autocuidado.	Debates en las organizaciones sociales. Todos los medios grupales y masivos disponibles dentro de la red de salud Jauja.

Fuente: Mastrandos 2019

Objetivo 4

El gobierno nacional y los gobiernos departamentales y municipales declaran de interés público prioritario la reestructuración de las condicionantes del SIS gratuito en la estrategia de salud bucal y demás y aprueben la utilización de recursos oficiales para apoyar el desarrollo de las actividades propuestas en la presente investigación, se debe de

tener mucho cuidado con el planteamiento y expresión correcta de nuestros objetivos.

Tabla 19

Estrategias de Logro – Objetivo 04

Publico	Mensajes	Actividades	Medios de Comunicación
Presidente de la republica	Informes médicos y epidemiológicos. Consecuencias económicas.	Audiencia solicitada	Reunión en el palacio de Gobierno.
Ministros	Aprobación presidencial.	Reunión de Gabinete	Entrega de informes técnicos.
Gobernadores	Aprobación presidencial ministerial, situación y departamental.	Reunión con Gobernador y junta Departamental.	Documento de informe técnico.
Alcaldes	Aprobación presidencial, ministerial y departamental y Regional, Local.	Reunión de la junta Municipal.	Informes técnicos.

Fuente: Mastrandos 2019

5.1.2. Incidencia de stakeholders

Tabla 20

Incidencia de stakeholders

Productos	Actividades/ Metas	Aliados	Incidencia	Rol del Aliado
Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo-promocionales.	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo-promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.	Calidad al usuario interno	Alta	Juega un papel importante en la investigación ya que depende de este la elaboración de encuestas para determinar el nivel de conocimiento sobre metodologías aplicadas en el ámbito de la salud bucal
	2.- Diseño del plan de acuerdo con las debilidades y necesidades identificadas.	- Estrategia de salud bucal - Oficina de capacitación a personal - Planeamiento - Asesoría jurídica	Alta	La intervención de estas oficinas es de suma importancia para establecer el diseño del plan de acuerdo con las necesidades y debilidades identificadas con anterioridad.
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	- Promoción de la salud - Comunicaciones	Alta	La intervención de estas oficinas ayudará al desarrollo de la aprobación y difusión del plan presentado.
	4.- Ejecución del plan.	IPRESS Ricrán	Alta	Servirá de modelo de aplicación para las demás IPRESS.
	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo-promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.	Calidad al usuario interno	Alta	La intervención de la oficina de calidad será el responsable de velar por el impacto de los productos mediante una encuesta postest.
	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de	Calidad al usuario externo	Alta	El rol de la oficina de calidad al usuario externo va a ser

Productos	Actividades/ Metas	Aliados	Incidencia	Rol del Aliado
Plan de atención estomatológica promocional	nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.			fundamental en la elaboración de encuestas para la medir los conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del tema promocional.
	2.- Diseño del plan de acuerdo a las necesidades identificadas de la población en el limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo.	- Gestión - Estrategia de salud bucal - Planeamiento	Alta	Encargados de elaborar el diseño del plan y los temas que serán de vital importancia para consignarlos en el plan aportando conocimientos de medidas preventivas promocionales.
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	- DIRESA Junin - Asesoría jurídica - Promoción de la salud -	Alta	Son oficinas de vital importancia en la aprobación, difusión del plan elaborado.
	4.- Ejecución del plan	Comunicaciones Población de la IPRESS Ricrán	Alta	Servirá de modelo de aplicación para las demás IPRESS.
Plan de atención estomatológica preventiva	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.	Calidad al usuario externo	Alta	El rol de la oficina de calidad al usuario externo va a ser fundamental también en el control del impacto del plan dirigido a la población adscrita mediante encuestas postest para medir los conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del tema promocional.
	1. Reestructuración y diseño de los productos presentados por el programa presupuestal en cuanto a la atención estomatológica preventiva.	- DIRESA Junín - Calidad al usuario - Gestión - estrategia de salud bucal - Promoción de la salud	Alta	La intervención de mencionadas oficinas es necesarias para la reestructuración de los productos de acuerdo a estándares internacionales y desarrollo de nuevos enfoques como el Ecuatoriano.

Productos	Actividades/ Metas	Aliados	Incidencia	Rol del Aliado
Implementación de las condicionantes de uso del SIS.	2.- Presentación, revisión y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	- Planeamiento - Asesoría jurídica - Gestión - Estrategia de salud bucal	Alta	Encargados de elaborar el diseño del plan, revisar contenidos y actividades para la aprobación por la red Jauja.
	3.- Dar a conocer los subproductos a desarrollarse al profesional odontológico.	- Planeamiento - DIRESA Junín - Promoción de la salud -	Alta	Son oficinas de vital importancia en la aprobación, difusión del plan elaborado, iniciando desde la IPRESS Ricrán.
	4.- Ejecución del plan.	Comunicaciones Población de la IPRESS Ricrán	Alta	Servirá de modelo de aplicación para las demás IPRESS. El rol de estas oficinas servirá como puntos clave en el avance e impacto de los planes presentados, otorgándonos un informe operativo anual con valores estadísticos y si se lograron cumplir con los objetivos.
	5.- Monitoreo a través del informe operativo anual(HIS REPORT)	- Calidad al usuario - Informática y estadística - Planeamiento	Alta	
	1. Alisis y evaluación de los condicionantes y beneficios del SIS gratuito.	- SIS - Planeamiento - Susalud - Estrategia de salud bucal - coordinador de estrategias - Representante comunal - Calidad al usuario - Asesoramiento Jurídico	Alta	El involucramiento de estos actores claves será de vital importancia en el análisis y evaluación de las condicionantes y beneficios del SIS gratuito, y las propuestas que se desean implementar, por su cargo de responsabilidad.
	2. Incorporación de condicionantes en la frecuencia de uso del SIS	- SIS - Planeamiento - Su salud	Alta	Se necesita de estos organismos para implementar las condicionantes del uso SIS

Productos	Actividades/ Metas	Aliados	Incidencia	Rol del Aliado
	gratuito otorgando corresponsabilidad al paciente.	- Estrategia de salud bucal - coordinador de estrategias - Representante comunal - Calidad al usuario - Asesoramiento Jurídico - MEF - MINSA - SIS		gratuito por lo que los autores en la investigación solo pueden limitarse a sugerir.
	3. Presentación, evaluación y aprobación por parte del MEF.	- Planeamiento - Su salud - Estrategia de salud bucal - coordinador de estrategias - Calidad al usuario - Asesoramiento Jurídico	Alta	La aprobación del presente plan se otorgara gracias a la aprobación de parte de estos organismos.
	4. Difusión de los beneficios y condicionantes del SIS.	- DIRESA Junín - Promoción de la salud - Comunicaciones	Alta	Son oficinas de vital importancia en la, difusión del plan elaborado, iniciando desde la IPRESS Ricrán.
	5. Aplicación del SIS en las IPRESS.	IPRESS Ricrán	Alta	Servirá de modelo de aplicación para las demás IPRESS.

Fuente: Elaboración propia

5.1.3. Recurso Humano

Tabla 21

Recurso Humano

Productos	Recurso Humano/Alianza Estratégica	Estado	Plan de Contingencia
Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo-promocionales.	Para la elaboración del plan se contará con el asesoramiento de un experto en el tema	Critico	Se contratará al consultor experto.
	Se coordinará con la oficina de capacitación.	No Critico	Ninguno
	Se coordinará con oficina de calidad al usuario.	No Critico	Ninguno
	Se tendrá el apoyo del asesor de Tesis.	No Critico	Ninguno
	Se contará con el apoyo de la oficina de planeamiento.	No Critico	Ninguno
Plan de atención estomatológica promocional	Para la elaboración del plan se contará con el asesoramiento de un experto en el tema	Critico	Se contratará al consultor experto.
	Se coordinará con la oficina de capacitación.	No Critico	Ninguno
	Se coordinará con oficina de calidad al usuario.	No Critico	Ninguno
	Se tendrá el apoyo del asesor de Tesis.	No Critico	Ninguno
	Se contará con el apoyo de la oficina de planeamiento.	No Critico	Ninguno
Plan de atención estomatológica preventiva	Para la elaboración del plan se contará con el asesoramiento de un experto en el tema	Critico	Se contratará al consultor experto.
	Se coordinará con la oficina de capacitación.	No Critico	Ninguno
	Se coordinará con oficina de calidad al usuario.	No Critico	Ninguno
	Se tendrá el apoyo del asesor de Tesis.	No Critico	Ninguno

Productos	Recurso Humano/Alianza Estratégica	Estado	Plan de Contingencia
Implementación de las condicionantes de uso del SIS.	Se contará con el apoyo de la oficina de planeamiento.	No Critico	Ninguno
	Para la elaboración del plan se contará con el asesoramiento de un experto en el tema	Critico	Se contratará al consultor experto.
	Se coordinará con la oficina de capacitación.	No Critico	Ninguno
	Se coordinará con oficina de calidad al usuario.	No Critico	Ninguno
	Se tendrá el apoyo del asesor de Tesis.	No Critico	Ninguno
	Se contará con el apoyo de la oficina de planeamiento.	No Critico	Ninguno

Fuente: Elaboración propia

5.1.4. Recursos financieros

Tabla 22

Recursos Financieros por Productos Abordados

Productos	Recurso Financiero	Estado	Plan de Contingencia
Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo- promocionales.	Área de trabajo	Contemplado	Ninguno
	Pago de especialista	No	Incluir en el presupuesto
	Pasajes y viáticos	Contemplado	Ninguno
	Publicaciones	Contemplado	Ninguno
	Estudio y proyecto	Contemplado	Ninguno
	Investigación y asesoría	Contemplado	Ninguno
	Breaks	No	Incluir en el presupuesto
	Área de trabajo	Contemplado	Ninguno
	Pago de especialista	No	Incluir en el presupuesto
	Pasajes y viáticos	Contemplado	Ninguno
Plan de atención estomatológica promocional	Publicaciones	Contemplado	Ninguno
	Estudio y proyecto	Contemplado	Ninguno
	Investigación y asesoría	Contemplado	Ninguno
	Breaks	No	Incluir en el presupuesto
	Área de trabajo	Contemplado	Ninguno
	Pago de especialista	No	Incluir en el presupuesto
	Pasajes y viáticos	Contemplado	Ninguno
	Publicaciones	Contemplado	Ninguno
	Estudio y proyecto	Contemplado	Ninguno
	Investigación y asesoría	Contemplado	Ninguno
Plan de atención estomatológica preventiva	Pasajes y viáticos	Contemplado	Ninguno
	Publicaciones	Contemplado	Ninguno
	Estudio y proyecto	Contemplado	Ninguno
	Investigación y asesoría	Contemplado	Ninguno

Productos	Recurso Financiero	Estado	Plan de Contingencia
Implementación de las condicionantes de uso del SIS.	Breaks	No Contemplado	Incluir en el presupuesto
	Área de trabajo	Contemplado	Ninguno
	Pago de especialista	No Contemplado	Incluir en el presupuesto
	Pasajes y viáticos	Contemplado	Ninguno
	Publicaciones	Contemplado	Ninguno
	Estudio y proyecto	Contemplado	Ninguno
	Investigación y asesoría	Contemplado	Ninguno
	Breaks	No Contemplado	Incluir en el presupuesto

Fuente: Elaboración propia

Tabla 23

Recursos Financieros por Ejecución del Proyecto

Recurso Financiero	Recurso Financiero	Cantidad	Costo Unitario por Mes	Costo Unitario por Año	Duración de Servicios	Total
Área de trabajo	Personal contratado, nombrado bajo cualquier modalidad	De acuerdo con necesidad	00	Ninguno	12 meses	00
	P1- Especialista en capacitación	4	3000 soles	36 000	03 meses	36 000
Pago de especialistas	P2- Especialista en Odontología y salud pública	2	2 800	33 600	12 mese	67 200
	P3- Especialista en Odontología y salud pública	2	2 800	33 600	12 meses	67 200
	P4- Especialista en Gestión Pública	1	4 000	48 000	12 meses	48 000

Recurso Financiero	Recurso Financiero	Cantidad	Costo Unitario por Mes	Costo Unitario por Año	Duración de Servicios	Total
Pasajes y viáticos	Por cualquier especialista	De acuerdo a necesidad	150 por día en caso de lugares alejados	No es precisable	12 meses aprox. 2 veces al mes	3 600
	Diseños de oferta preventiva, spots publicitarios y redes sociales.	De acuerdo a necesidad	500	6 000	12 meses	6 000
Comunicaciones y áreas públicas	Paquetes y espacios de publicidad en radio y televisión.	Disponibles	--	10 000 (x cada PPr)	12 meses	10 000
	Material impreso para establecimientos.	500 millares	--	--	12 meses	50 000
	Capacitación a promotores de Salud	1 por IPREES	400	4 800		4 800
	Personal de publicidad	1	2 000	24 000	12 meses	24 000
Estudio y proyecto Investigación y asesoría	Estudio y proyecto	--	--	5 000	12 meses	5 000
	Asesoría	1	--	1 500	12 meses	1 500
Breaks	Break	3 aprox. por mes	300	3 600	12 meses	3 600
		TOTAL				326 900.00

Fuente: Elaboración propia

5.1.5. Recursos Logísticos

Tabla 24

Recursos Logísticos

N°	Item	Costo Total	Financiamiento			Saldo
			Instituciones	Donaciones	Autofinanciamiento	
01	Incentivos	250.00			X	
02	Equipos	1000.00			X	
03	Infraestructura	400.00			X	
04	Software	100.00			X	
05	Fungibles	250.00			X	
06	Gastos generales e imprevistos	1000.00			X	
07	Gastos comunes	500.00			X	
08	Copias	280.00			X	
09	Impresiones	250.00			X	
10	Anillados	150.00			X	
11	otros	200.00			X	
	TOTAL	4 380.00				

Fuente: Elaboración propia

5.1.6. Recurso tiempo

Año 1. Implementación de productos

Año 2. Seguimiento y Evaluación de productos

Año 3. Dar sostenibilidad a los productos planteados

Elaboración de metas a periodo de tres años divididos en trimestres el cual evidencia no ser crítico.

Tabla 25

Recurso Tiempo

Productos	Actividades/Metas	1				2				3			
		1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t
Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo-promocionales.	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo-promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.												
	2.- Diseño del plan de acuerdo con las debilidades y necesidades identificadas.												
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.												
	4.- Ejecución del plan.												
	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo-promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.												
Plan de atención estomatológica promocional	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito												

Productos	Actividades/Metas	1				2				3			
		1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t
Plan de atención estomatológica preventiva	promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.	■											
	2.- Diseño del plan de acuerdo con las necesidades identificadas de la población en el limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo.		■										
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.			■									
	4.- Ejecución del plan				■								
	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.					■							
Plan de atención estomatológica preventiva	1. Reestructuración y diseño de los productos presentados por el programa presupuestal en cuanto a la atención estomatológica preventiva.	■											
	2.- Presentación, revisión y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.		■										
	3.- Dar a conocer los subproductos a desarrollarse al profesional odontológico.			■									
	4.- Ejecución del plan.				■								
	5.- Monitoreo a través del informe operativo anual(HIS REPORT)					■							
Implementación de las condicionantes de uso del SIS.	1.Alisis y evaluación de los condicionantes y beneficios del SIS gratuito.	■											
	2. Incorporación de condicionantes en la frecuencia de uso del SIS gratuito otorgando corresponsabilidad al paciente.		■										
	3. Presentación, evaluación y aprobación por parte del MEF.			■									
	4.Difusión de los beneficios y condicionantes del SIS.				■								

Productos	Actividades/Metas	1				2				3			
		1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t
	5.Aplicacion del SIS en las IPRESS.												

Fuente: Elaboración propia

Capítulo VI

Análisis de Viabilidad y Factibilidad

6.1. Análisis de Viabilidad según análisis de factibilidad- MACTOR

6.1.1. MACTOR

La metodología MACTOR nos permitirá de ser el caso elaborar un Plan de incidencia sobre determinados actores a efectos de garantizar la ejecución de los productos propuestos.

- a. Identificación de Actores que controlan o influyen en los productos según su mayor orden de incidencia.

Tabla 26

Actores que interviene en los productos

Nombre	Funciones
Oficina de Recursos Humanos	Es el órgano de apoyo que depende de la Dirección Ejecutiva, responsable de administrar el empleo, el rendimiento, las compensaciones y el desempeño del personal que labora en la Dirección de Red de Salud y su órgano desconcentrado. Asimismo, promueve el bienestar y el desarrollo de las personas, así como administrar las relaciones laborales de los recursos humanos asignados a nivel institucional de la Dirección de Red de Salud y su órgano desconcentrado. Es responsable del cumplimiento de los horarios programados (rol de turnos) por parte del personal asistencial y contratación de personal.
Odontólogo	Profesional encargado de realizar las actividades preventivo, promocionales de salud bucal.
Población	Conjunto de personas en el que se aplicara el pan de atención estomatológica promocional.
Poder Legislativo	Encargado de desarrollar y modificar las leyes.
Coordinación de ENSAP (PROMSA)	Encargado de realizar las capacitaciones a todo el personal y población.
Planeamiento Estratégico	Dirección, coordinación y supervisión de las actividades técnico, administrativas de las unidades conformantes de la oficina de ejecutiva de planeamiento estratégico, orientados a satisfacer las necesidades de salud de la

Nombre	Funciones
	población, asegurar u optimo desempeño institucional y del sistema de salud.
Coordinación de Salud Bucal	Encargado de difundir los planes de capacitación a toda la población odontológica.
Oficina de Estadística	Encargado de consolidar el reporteado HISS
Jefatura de la IPRESS Ricrán	Encargado de la coordinación institucional para la captación de la población.
Unidad de Capacitación	Encargado de la elaboración y aprobación de los planes de una forma metodológica para la población respectiva.
Asesoría jurídica	Dirección, coordinación, supervisión y evaluación de las actividades técnico-administrativas asignadas.
Unidad de Seguros	Es la unidad orgánica de apoyo dependiente de la Dirección Ejecutiva, responsable de la aplicación de las políticas en materia de aseguramiento de salud, establecer estrategias, orientar el desempeño del sistema hacia objetivos • definidos en el marco del sector.

Fuente: Elaboración propia

b. Clasificación según el grado de Influencia – Dependencia de los Actores

R. Actores Dominantes:

- Oficina de Recursos Humanos
- Poder Legislativo
- Unidad de Seguros
- Coordinación de ENSAP
- Jefatura de la IPRESS Ricrán

S. Actores Dominados

- Odontólogo
- Coordinación de Salud Bucal

T. Actores Autónomos

- Oficina de Estadística
- Población
- Unidad de capacitación

- c. Ponderación para conocer el posicionamiento de los actores respecto a los productos.

Tabla 27

Influencia de Actores

Matriz 1MAO					
Actor / Producto	PI	PII	PIII	PIV	
Oficina de Recursos Humanos	(+1)	(+1)	(+1)	(+1)	
Odontólogo	(+1)	(+1)	(+1)	(+1)	
Población	(+1)	(+1)	(+1)	(+1)	
Poder Legislativo	(0)	(0)	(0)	(+1)	
Coordinación de ENSAP (PROMSA)	(+1)	(+1)	(+1)	(+1)	
Coordinación de Salud Bucal	(+1)	(+1)	(+1)	(+1)	
Oficina de Estadística	(+1)	(+1)	(+1)	(+1)	
Jefatura de la IPRESS Ricrán	(+1)	(+1)	(+1)	(+1)	
Unidad de Capacitación	(+1)	(+1)	(+1)	(+1)	

Fuente: Elaboración propia

Se concluye que la implementación y el desarrollo de cada uno de los productos propuestos tendrá apoyo de los actores institucionales.

El desarrollo del MACTOR fue validado por el Jefe Lic. Eda Espejo de la Oficina de Recursos Humanos.

6.2. Viabilidad y factibilidad

6.2.1. SADC I

- A. La metodología del SADC I, nos permitirá de ser el caso elaborar un plan de contingencia a fin de garantizar las capacidades necesarias en la institución que garanticen la ejecución y sostenibilidad de las intervenciones propuestas.
- B. Se listaron todas las actividades codificándolas según indica la metodología. (FORMULARIO C -Tareas)

Tabla 28**Tareas – Actividades por Producto**

Producto	Tareas - Actividades	Cód. de Tarea
I	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo-promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.	01.1
	2.- Diseño del plan de acuerdo con las debilidades y necesidades identificadas.	01.2
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	01.3
	4.- Ejecución del plan.	01.4
	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo-promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.	01.5
II	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.	02.1
	2.- Diseño del plan de acuerdo a las necesidades identificadas de la población en el limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo.	02.2
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	02.3
	4.- Ejecución del plan	02.4
	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.	02.5
III	1. Reestructuración y diseño de los productos presentados por el programa presupuestal en cuanto a la atención estomatológica preventiva.	03.1
	2.- Presentación, revisión y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	03.2
	3.- Dar a conocer los subproductos a desarrollarse al profesional odontológico.	03.3
	4.- Ejecución del plan.	03.4
	5.- Monitoreo a través del informe operativo anual(HIS REPORT)	03.5
IV	1.Análisis y evaluación de los condicionantes y beneficios del SIS gratuito.	04.1
	2. Incorporación de condicionantes en la frecuencia de uso del SIS gratuito otorgando corresponsabilidad al paciente e implementando indicadores de medición y desempeño; así como el establecimiento de alianzas estratégicas.	04.2
	3. Presentación, evaluación y aprobación por parte del MEF.	04.3

Producto	Tareas - Actividades	Cód. de Tarea
	4.Difusion de los beneficios, condicionantes del SIS, indicadores de medición y desempeño y alianzas estratégicas.	04.4
	5.Aplicacion del SIS y nuevas modificaciones en las IPRESS.	04.5

Fuente: Elaboración propia

- C. Así mismo todas las actividades fueron a analizadas a través de los formatos y parámetros que establece el SADCI. (ANEXO 5)
- ❖ F-D 1: Déficit relacionados con leyes, reglas, normas y “reglas de juego”.
 - ❖ F-D 2: Déficit relacionados con relaciones interinstitucionales.
 - ❖ F-D 3: Déficit relacionados con la estructura organizacional interna distribución de funciones.
 - ❖ F-D 4: DCI desde el punto de vista de las políticas de personal
 - ❖ F-D 5: Déficit desde el punto de vista de insumos físicos y recursos humanos
 - ❖ F-D 6: Déficit relacionados con la capacidad individual de los participantes en las agencias involucradas en el proyecto.
 - ❖ F- F 7: Formulario F Sinopsis de la estrategia y plan de acción de desarrollo institucional
- D. Se demostró que la institución está en capacidad de realizar todas las actividades propuestas para lograr cada uno de los productos diseñados para solucionar los problemas gerenciales, debido a la gravedad del DCI en la mayoría de los casos fue de 4 y 5 considerándose no crítico para la implementación.
- E. La revisión de la metodología y los resultados obtenidos fueron realizada por la unidad de Planeamiento estratégico.

- F. El desarrollo de las matrices que respalda nuestra conclusión el cual demuestra que la institución está en la capacidad de desarrollo del proyecto.

Tabla 29

Tareas – Actividades por Responsable

Producto	Tareas – Actividades	Cód. de Tareas	Ejecutor de la Tareas
I	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo- promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.	01.1	Maestrandos
	2.- Diseño del plan de acuerdo a las debilidades y necesidades identificadas.	01.2	Maestrandos
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	01.3	Planeamiento
	4.- Ejecución del plan.	01.4	Unidad de capacitación Maestrandos
	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo- promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.	01.5	Unidad de Capacitación
II	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.	02.1	Maestrandos
	2.- Diseño del plan de acuerdo a las necesidades identificadas de la población en el limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo.	02.2	Planeamiento
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	02.3	Planeamiento Maestrandos
	4.- Ejecución del plan	02.4	Unidad de Capacitación Maestrandos
	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del	02.5	Maestrandos

Producto	Tareas – Actividades	Cód. de Tareas	Ejecutor de la Tareas
III	ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.		
	1. Reestructuración y diseño de los productos presentados por el programa presupuestal en cuanto a la atención estomatológica preventiva.	03.1	Maestrandos
	2.- Presentación, revisión y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	03.2	Unidad de Capacitación Maestrandos
	3.- Dar a conocer los sub productos a desarrollarse al profesional odontológico.	03.3	Coordinación de Salud Bucal
	4.- Ejecución del plan.	03.4	PROMSA y Planeamiento Oficina de Estadística Maestrandos
IV	5.- Monitoreo a través del informe operativo anual(HIS REPORT)	03.5	Oficina de Estadística Maestrandos
	1.Alisis y evaluación de los condicionantes y beneficios del SIS gratuito.	04.1	Maestrandos
	2. Incorporación de condicionantes en la frecuencia de uso del SIS gratuito otorgando corresponsabilidad al paciente.	04.2	Logística del SIS
	3. Presentación, evaluación y aprobación por parte del MEF.	04.3	MEF
	4.Difusion de los beneficios y condicionantes del SIS.	04.4	Coordinación de Salud Bucal Jefatura de la IPRESS
	5.Aplicacion del SIS en las IPRESS.	04.5	Jefatura de la IPRESS

Fuente: Elaboración propia

Las matrices de desarrollo del SADCI se encuentran desarrollados en los anexos complementarios (anexo 11.4.1).

Por lo que podemos concluir de que el desarrollo del SADCI evidencia que todos los productos son viables y factibles de desarrollarse por la institución debido a la mayoría de los DCI se encuentran en rango de 4, 5 no significando riesgo; y para los DCI moderadamente crítico se establecieron planes de acción que conlleven a superar estas deficiencias.

6.2.2. Viabilidad Política

La presente investigación reúne las características, condiciones técnicas, operativas y políticas que aseguran el cumplimiento de los objetivos y metas planteados a nivel mundial, latinoamericano, nacional, regional y local; debido al reciente cambio de gobierno Regional que por medio de sus propuestas y la implementación de actividades que políticamente contribuyen al desarrollo de proyectos de mejora en pro beneficio de los usuarios en el sector salud y más aun con la implementación a nivel de Región del Programa Odontólogo por Colegio; sustentando nuestra investigación puesto que va en cumplimiento de objetivos establecidos por el Gobierno local y Regional los cuales se encuentran enmarcados dentro de un enfoque multisectorial basándonos en el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud que consta de prevención y promoción consolidando la primera fase, así mismo recopilar experiencias técnicas y profesionales pasadas con el fin de mejorar nuestra intervención e impacto tomando en cuenta a las comunidades y sus realidades priorizando las necesidades de los habitantes de la Región.

6.2.3. Viabilidad Social

Los objetivos planteados permiten plantear soluciones que disminuirían considerablemente el gasto en salud y cambios de los estilos de vida de los usuarios, mediante el ordenamiento y condicionamiento al acceso del seguro integral de salud actuando concentrados y en trabajo multisectorial e integrado a la población en general. Respondiendo a una estrategia que busca la consolidación de esfuerzos realizados dentro del marco de atención primaria de salud fortalecido en promoción y prevención que busca concertar las inversiones económicas (gasto en salud) con la satisfacción del usuario (acceso a salud) respondiendo a necesidades nacionales que no demanden esfuerzos y acciones inalcanzables.

Por ende, la investigación desarrolla planes de capacitación con acciones propuestas que refuercen los componentes descritos con anterioridad que permitan fortalecer los conocimientos y empoderamiento del usuario de salud accediendo a sus tratamientos preventivos y rediseñando el modelo de salud en general, con ello hacer de esta estrategia un efecto multiplicador que permitirá ampliar la asistencia a servicios de salud conservadores.

Por último, considerar que las actuales tecnologías incorporadas a la estrategia de salud bucal no tendrán el impacto deseado si antes no se incorporan las recomendaciones dadas en la investigación ya que solo estaríamos otorgándole una solución paliativa y realizando más gasto en salud.

6.3. Análisis de viabilidad según evaluación estratégico – gerencial

Como planteamos en la investigación es recomendable estratégicamente implementar las propuestas en el presente periodo debido al reciente ingreso del Gobierno Regional el cual está impulsando el componente de promoción de salud, así mismo la estructura robustecida de la organización con el programa en vigencia de Odontólogo por colegio orienta y contribuye hacia el desarrollo productivo, capacitación, investigación e impacto de las propuestas en la tesis optimizando la capacidad de gestión, eficiencia y mejor uso de los recursos; puesto que todas las intervenciones propuestas del trabajo intersectorial cuentan con diseños definitivos y descritos en el desarrollo los cuales deben implementarse en el orden propuesto para mejores resultados.

6.3.1. Generación del valor público

Cada uno de los planes de capacitación han sido estructurados tomando en cuenta evidencias de experiencias exitosas, protocolos, guías y proyectos con resultados positivos a favor de nuestros objetivos planteados contribuyendo a la mejora de salud, calidad de vida y

desarrollo del país; buscando rentabilidad de las acciones de manejo adecuado y protección de salud. Fortalecidos con la implementación de condicionantes en el aseguramiento universal, que permitan establecer normas que ayuden a concientizar en salud al usuario empleando elementos de control y seguimiento de parte del profesional.

Capítulo VII

Monitoreo y Evaluación

7.1. Monitoreo

Tabla 30

Monitoreo de Actividades

Productos	Actividades/metás	1				2				3			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo-promocionales.	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo-promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.												
	2.- Diseño del plan de acuerdo con las debilidades y necesidades identificadas.												
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.												
	4.- Ejecución del plan.												
	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de metodología aplicada en sesiones preventivo-promocionales de salud bucal al personal del área de odontología de la IPRESS Ricrán.												
Plan de atención estomatológica promocional	1.- PRETEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.												

Productos	Actividades/metás	1				2				3			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
Plan de atención estomatológica preventiva	2.- Diseño del plan de acuerdo con las necesidades identificadas de la población en el limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo.	■	■	■									
	3.- Presentación y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.		■	■	■								
	4.- Ejecución del plan			■	■	■							
	5.POSTEST- Encuesta sobre conocimientos del tema de nutrición, autoexamen e higiene oral dentro del ámbito promocional de salud bucal aplicada en la población adjudicada de la IPRESS Ricrán.			■	■	■							
	1. Reestructuración y diseño de los productos presentados por el programa presupuestal en cuanto a la atención estomatológica preventiva.	■	■										
Implementación de las condicionantes de uso del SIS.	2.- Presentación, revisión y aprobación del plan de trabajo por la Red de Salud Jauja a cargo de un equipo técnico.	■	■	■									
	3.- Dar a conocer los subproductos a desarrollarse al profesional odontológico.		■	■	■								
	4.- Ejecución del plan.		■	■	■								
	5.- Monitoreo a través del informe operativo anual(HIS REPORT)			■	■	■							
	1.Alisis y evaluación de los condicionantes y beneficios del SIS gratuito.	■	■										
Implementación de las condicionantes de uso del SIS.	2. Incorporación de condicionantes en la frecuencia de uso del SIS gratuito otorgando corresponsabilidad al paciente.		■	■									
	3. Presentación, evaluación y aprobación por parte del MEF.		■	■	■								
	4.Difusion de los beneficios y condicionantes del SIS.			■	■	■							
	5.Aplicacion del SIS en las IPRESS.			■	■	■							

Fuente: Elaboración propia

7.2. Desarrollo de indicadores para seguimiento

Tabla 31

Indicadores de logro para seguimiento por producto

N°	Productos	Indicador de Logro
1	Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo- promocionales.	N° de cirujano dentistas capacitados.
2	Plan de atención estomatológica promocional	N° de tutores capacitados. Índice de Higiene Oral
3	Plan de atención estomatológica preventiva	% de dispensarización familiar Índice de Higiene Oral
4	Implementación de las condicionantes de uso del SIS.	Familias según satisfacción por los servicios de salud. Presencia de Caries en la familia

Fuente: Elaboración propia

7.3. Desarrollo de indicadores de resultado- Evaluación

Tabla 32

Indicadores de Desempeño por Producto

Productos	Indicador de desempeño	Indicador de producción física del producto	1a		2a		3a	
			1s	2s	1s	2s	1s	2s
Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo-promocionales.	N° de atenciones de asegurados.	1. N° de cirujano dentistas capacitados.		X		X		X
Plan de atención estomatológica promocional	N° de tutores capacitados.	1. Porcentaje de niños, gestantes y adultos mayores que han recibido Instrucción de Higiene Oral.		X		X		X
	% de dispensarización familiar	2. Porcentaje de niños, gestantes y adultos mayores que han recibido Asesoría Nutricional para el control de enfermedades dentales.		X		X		X
Plan de atención estomatológica preventiva	Índice de Higiene Oral	1. Porcentaje de niños, gestantes y adultos mayores que han recibido Profilaxis Dental.		X		X		X
		2. Porcentaje de niños, gestantes y adultos mayores que han recibido Aplicación de Sellantes.		X		X		X
	Proporción de Niños de 6 meses a 11 años Protegidos con Topicaciones de Flúor	3. Porcentaje de niños, gestantes y adultos mayores que han recibido Aplicación de Flúor Gel.		X		X		X
		4. Porcentaje de niños, gestantes y adultos mayores que han recibido Aplicación de Flúor Barniz.		X		X		X
Implementación de las condicionantes de uso del SIS.	Proporción de familias según satisfacción por los servicios de salud.	5. Porcentaje de niños, gestantes y adultos mayores que recibieron Raspaje Dental.		X		X		X
		6. Técnica de Restauración Atraumática		X		X		X
		1. Presencia de Caries en la familia.		X		X		X
		2. Proporción de asegurados con Alta Básica Odontológica(ABO)		X		X		X

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

1. La morbilidad y la discapacidad por patologías de la cavidad oral es uno de los temas en la agenda de salud pública del país; puesto que las enfermedades bucodentales constituyen problemas de salud con mayor frecuencia a los países en desarrollo, por ende, la atención odontológica basada en el tratamiento representa una importante carga económica para nuestro país por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud
2. Así mismo la morbilidad en la IPRESS Ricrán es un problema como tal ya que los índices estadísticos se siguen manteniendo en valores altos siendo estos los primeros en el cuadro de morbilidad, para la Red Jauja con un total de 42, 874 y para la IPRESS Ricrán de 459 en los años 2016, 2017 y 2018 los cuales nos hacen pensar en la falla de implementación o propuesta de parte del PPr, por lo que los autores presentan nuevos productos los cuales se detallan a continuación haciendo mención al problema identificado
3. Para el escaso Recurso Humano e insuficiente capacitación a pesar de tener los conocimientos y la falta de creación de impacto en la población por deficiente metodología; se planteó el producto **Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo- promocionales**, con el objetivo de fortalecer las capacidades y habilidades metodológicas del personal cirujanos dentistas para fortalecer capacidades de los profesionales de odontología en salud bucal y socialización de la guía técnica de la promoción de la salud y atención preventiva en salud bucal.
4. En cuanto al limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población vinculado con la falta de práctica de buenos hábitos de

cepillado dental, con el producto de **plan de atención estomatológica promocional** se generará y empoderará los conocimientos de la importancia del autocuidado de la salud bucal por medio de educación en la higiene bucal el mismo que será evidenciado en el cambio de hábitos de higiene bucal en concordancia con el protocolo de atención de Ecuador y la población sea capaz de reconocer lesiones cariosas incipientes y asintomáticas y acudir cuanto antes a una IPRESS e impedir la activación de dichas lesiones por medio de tratamientos preventivos y/o restaurativos.

5. Como solución al escaso acceso cultural y económico a servicios de salud, bajo conocimiento de factores de riesgo en cuanto al nivel de instrucción y tratamientos odontológicos no accesibles, se propuso el producto **plan de atención estomatológica preventiva** el cual consiste en establecer las actividades a realizar por el profesional Odontólogo dentro de un consultorio mínimamente equipado y de esta manera se pretende prevenir la instauración y progresión a sus formas más graves de las patologías comunes como caries dental, gingivitis, periodontitis y por consiguiente pérdida de piezas dentarias, evitando incremento de costos con un abordaje anticipado, brindando accesibilidad a los tratamientos en la IPRESS correspondientes a sus seguros integrales SIS.
6. Por ultimo para la ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal, debido a la falta de conciencia en el cuidado de las estructuras dentarias, se propuso como producto la **implementación de las condicionantes de uso del SIS** que servirá para proporcionar la información adecuada sobre los procedimientos a seguir, las responsabilidades del paciente o usuario con el objetivo de lograr familias saludables y vivienda saludable, siendo conscientes de su autocuidado e implementación de condicionantes que obliguen al paciente a ser responsable de su salud en todo aspecto, de los cuales se espera tener respuestas positivas como lo vienen haciendo los programas de CRED y ANEMIA mediante el programa social JUNTOS.

Recomendaciones

La ejecución de toda investigación en salud bucal promueve las buenas prácticas de salud bucal en la población; por ende, mediante el presente trabajo ponemos a consideración de las autoridades nuestra propuesta basada en el autocuidado y se sugiere ser implementado como tal en concordancia con las conclusiones, se efectúan las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda que se siga realizando el análisis del PPr 0018 Enfermedades no transmisibles con la metodología aplicada en este tipo de investigaciones en otros ámbitos, para seguir mejorando aspectos del planteamiento del mismo y contribuir académicamente al desarrollo y éxito de políticas públicas acorde al contexto y realidad de cada lugar.
2. Como segunda recomendación se tiene la implementación de las mejoras del PPr acorde a las necesidades identificadas en la investigación, mediante la aplicación de los productos desarrollados por los mismos.
3. El producto plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo- promocionales que consta con las evidencias mostradas en el desarrollo se recomienda se implemente a nivel de todas las Diresas puesto que se ha descubierto la necesidad de implementación metodológica para la creación de impacto en la población.
4. Se recomienda para el producto plan de atención estomatológica promocional no solo ser de manejo del profesional odontológico, puesto que se podría fortalecer al personal técnico para que esta a su vez realice la réplica, ya que el personal técnico u otro se encuentra en toda la capacidad de dar a conocer y transmitir la parte promocional de salud bucal, teniendo claro los temas promocionales y consiguiendo el objetivo de autocuidado y autoexamen.
5. Para el plan de atención estomatológica preventiva propuesto como producto número tres es recomendable tener bien definidos y conocer el plan que se

propone en el trabajo de investigación para la adecuada implementación, ya que esta se basa en la atención recuperativa sin llegar a tratamientos extremistas como las exodoncias que generan mayor gasto.

6. Como penúltima recomendación para la implementación de las condicionantes de uso del SIS se sugiere realizar una revisión exhaustiva a las proposiciones del presente trabajo, a fin de mejorar las condiciones de salud, ahorro de presupuestos económicos de parte del MEF, mejor impacto en la población a través de la concientización de la responsabilidad en su salud, con ello en reconocer las oportunidades que se le brinda por su seguro y no los aprovecha. Así lo demuestra las evidencias mostradas en el desarrollo.
7. Para finalizar se recomienda a las instituciones de ENSAP y la Estrategia de Salud Bucal la evaluación de la realidad para el establecimiento de metas y asignación de personal de salud por la difícil geografía, para así elevar un proyecto a las instancias superiores de Recursos Humanos y a la dirección de gestión de capacidades de salud para obtener el impacto planteado. Así mismo extender la recomendación a la dirección General de intervenciones Estratégicas en Salud Pública y a la misma Dirección de Salud bucal para evaluar la implementación de condicionantes del SIS para disminuir la morbilidad de salud bucal mediante la responsabilidad paciente/ profesional.

Referencias bibliográficas

- Aliaga, G., & Durand, M. (2008). *Diagnóstico de la Situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash Peru*. LIMA -PERU: Revista Peruana de Epidemiología.
- Arce, B. L. (2016). *Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal*. MADRID: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.
- Artacho2, R. J. (2006). Educación en ciencias de la salud - Corrientes actuales. *REVISTA ESTOMATOLOGIA HEREDIANA*, 73-75.
- Benavente Lipa, I., Villacampa Chein, S., Campodonico Reategui, C., Palacios Alva, E., Ventosilla Huasupoma, M., Castro Rodríguez, A., . . . Espetia Aguirre, A. (2012). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *ODONTOLOGÍASANMARQUINA*, 14-18.
- Bogota, G. d. (2010). *Guia de practica clinica en salud oral - Higiene Oral*. Bogotá.
- Bucal, M. T. (2011). *MESA TEMÁTICA DE SALUD BUCAL PRONUNCIAMIENTO POR EL DERECHO A LA SALUD BUCAL EN EL PERU*. LIMA PERU: FORO DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL PERU.
- Cerrón Rojas, F. E. (2018). *Satisfacción y calidad de vida de la salud bucal del programa Odontólogo por Colegio en las provincias de Huancayo y Chupaca*. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Peru.
- Chile, M. (2018). Boletín N° 09 Salud Bucal. *Promoción de la salud y prevención de Enfermedades bucales*, 1-4.
- CHILE, M. D. (10 de MARZO de 2018). *PROGRAMA DE SALUD 2018-2022*. Obtenido de PROGRAMA DE SALUD 2018-2022: <https://www.minsal.cl/programa-de-salud-2018-2022/>

- Comunitaria, S. M. (2015). *Cuadernos de enfermería Familiar y Comunitaria*. Madrid: SEMAP.
- CUEVA CARRUITERO, E. I. (2009). "FACTORES DE COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN A LA EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS". LIMA: UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS.
- Dávila, J. F. (2019). *EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DEL LABORATORIO DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA, CHACHAPOYAS - 2018*. Chachapoyas: UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS.
- Delgado Angulo, E. K., Sánchez Borja, P. C., & Bernabé Ortiz, E. (2006). Mejora en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas através de una intervención en Salud Oral basada en Comunidad. *Revista Estomatológica Herediana*, 83 - 88.
- ECUADOR, M. D. (2014). *PROTOCOLOS ODONTOLÓGICOS DE SALUD BUCAL 2014*. Ecuador: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.
- Elsa Karina Delgado-Angulo, P. C.-B. (2007). MEJORA EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS A TRAVES DE LA INTERVENCION EN SALUD ORAL BASADO EN LA COMUNIDAD. *UNIVERSIDAD PERUANO CAYETANO HEREDIA*, 7.
- Elsa Karina Delgado-Angulo, P. C.-B. (2007). MEJORA EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS A TRAVES DE UNA INTERVENCION BASADA EN COMUNIDAD. *REVISTA ESTOMATOLOGICA HEREDIANA*, 83- 89.
- Erika Marisol Espinoza Usaqui, F. d.-B. (2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *revista estomatologica herediana*, 8.
- Erika Marisol Espinoza-Usaqui, F. d.-B. (2013). *Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú*. LIMA -PERU: REVISTA ESTOMATOLOGICA HEREDIANA.
- Espinoza Usaqui Erika Marisol, P.-B. F. (2013). PROGRAMAS PREVENTIVOS PROMOCIONALES DE SALUD BUCAL EN EL PERU. *REVISTA ESTOMATOLOGICA HEREDIANA*, 101-108.

- ESPIÑOZA, D. A. (2017). *CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES CONCURRENTES AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE SAN ISIDRO*. Lima Peru: UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA.
- Gabriela Rueda Martínez 1, A. A. (2017). *El derecho a la salud bucal en la Declaración de Liverpool*. BRASIL: UNIVERSIDAD DE BRASILIA.
- Herney, R. (2008). Caracterización de la morbilidad, las necesidades de tratamiento y la oferta de servicios de salud oral de una empresa social del estado en Cali, Valle del Cauca, Colombia. *REVISTA ESTOMATOLOGIA*, 16(2): 7-14.
- Huertas, L. L. (2001). *Reforma sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de I@s adolescentes en la Región Casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana: Estado de la situación y lineamientos estratégicos para la acción*. USA: OPS.
- Huidobro, E. A. (2003). *POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ: RETOS Y PERSPECTIVAS*. Lima: minsa.
- IPEDEHP, C. d. (2011). *Conociendo el Congreso y sus funciones*. Lima: Gobierno Peruano.
- Julio Sánchez Meca, J. O. (1999). *EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES CONDUCTUALES EN PROBLEMAS CLÍNICOS Y DE LA SALUD EN ESPAÑA*. ESPAÑA: UNIVERSIDAD DE MURCIA.
- Legida Arce, B. (2016). Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal.
- LOPRESTI, W. (2016). Odontología y discapacidad: mitos para derribar. *facultad de odontología UNCUYO*, Volumen 10. N° 1.
- Macahuachi Escobedo, R. Y., & Mestanza Gómez, Y. V. (2017). *Modificación de Hábitos de Higiene en Preescolares de un PRONOI – FERREÑAFE, 2016*. Lambayeque: Facultad de Enfermería.
- Mar, F. d. (12 de julio de 2013). Junín: Más de 65% de escolares sufren de gingivitis. *RPP Noticias*. Obtenido de <https://rpp.pe/peru/actualidad/junin-mas-de-65-de-escolares-sufren-de-gingivitis-noticia-612752?ref=rpp>

- María Elena Inocente-Díaz, F. d.-B. (2012). Educación para la Salud en Odontología . *REVISTA ESTOMATOLOGICA HEREDIANA*, 232-242.
- Mendoza-Arana, P. J., Rivera-Del Río, G., Gutiérrez-Villafuerte, C., & Sanabria Montañez, C. (2018). *El proceso de reforma del sector salud en Peru*. lima: Pan American journal.
- MINSA. (2005). *LINEAMIENTOS DE POLITICA DE PROMOCION EN SALUD*. LIMA: MINSA.
- MINSA. (01 de enero de 2013). *Plataforma digital unica del estado Peruano*. Obtenido de gob.pe: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321210-modulo-de-promocion-de-la-salud-bucal-higiene-oral>
- MINSA. (2015). *Modelo de abordaje de promocion de la salud*. Lima: minsa.
- MINSA. (30 de marzo de 2020). *Informacion Publica*. Obtenido de Manual de Organizacion y Funciones: <https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=109#>
- MINSA, P. d. (26 de Marzo de 2020). *Portal de Transparencia MINSA* . Obtenido de Portal de Transparencia MINSA : <http://www.mpi.gob.pe/est-ext/profesionles-minsa>
- MINSA, P. N. (2019). *ANEXO N° 02 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES PROGRAMA 0018*. PERU: MINISTERIO DE SALUD .
- Noticias, R. R. (24 de Marzo de 2015). Jauja: detienen a tres falsos odontólogos que atendían a la población. *RPP Noticias*. Obtenido de <https://rpp.pe/peru/actualidad/jauja-detienen-a-tres-falsos-odontologos-que-atendian-a-la-poblacion-noticia-780955?ref=rpp>
- Ochoa Acosta, E., Roldán Vargas, O., Ramírez Puerta, B., & Franco Cortés, Á. (2011). *SIGNIFICADOS DEL AUTOCUIDADO BUCAL PARA LOS ESCOLARES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE MEDELLÍN*. Medellín.
- Odontopediatria, A. L. (2014). Epidemiología de la caries dental en america latina. *Revista de odontopediatria Latinoamericana*, volumen 4, n°2.
- OPS. (27 de marzo de 2020). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Obtenido de OPS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1440

2:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&showall=1&lang=es

Padilla Rosales, M. d. (2017). *Conocimientos y Conductas de la Salud Bucal en Padres de Familia Atendidos en el Puesto de Salud Laraos, Cañete - Yauyos*. 2017. Cañete: Universidad Cesar Vallejo.

PÁRRAGA ESPINOZA, B. N. (2016). "RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS CONDUCTAS SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA DE 3RO, 4TO, 5TO; DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BENJAMIN HERENCIA ZEVALLOS, DISTRITO DE TINTAY-AYMARAES APURIMAC, 2016" . LIMA PERU: UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER .

Personas, D. G. (24 de MARZO de 2020). *SALUD BUCAL*. Obtenido de ESTRATEGIA SANITARIA:

https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13

PERU, C. D. (2012). *REGLAMENTO DE ORGANIZACION Y FUNCIONES DEL SERVICIO PARLAMENTARIO*. LIMA: REPUBLICA DE PERU.

Peru, G. d. (2004). *1er encuentro nacional de promocion de la salud*. Lima Peru: Gobierno del Peru.

PERU, M. D. (2005). *GUIAS DE PRACTICA CLINICA ESTOMATOLOGICA*. LIMA - PERU: MINSA.

PERU, M. D. (2005). *NORMA TECNICA: ATENCION ODONTOLOGICA BASICAS EN POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS*. LIMA - PERU: MINSA.

PERU, M. D. (2019). *PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018*. Obtenido de PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018:

https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_5.pdf

Pineda, K. (2017). Perfil Epidemiológico de Salud Bucal e Indicadores de Riesgo en Niños de 3 – 5 Años, de Poblaciones Urbana y Rural de la Provincia de Juli-2016.

PÚBLICA, C. E. (2006). *COMUNICACIÓN ESTRATEGICA EN SALUD PUBLICA*. LIMA: MINSA.

RAMOS, J. A. (2017). *FACTORES ASOCIADOS AL EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA*

- UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO 2017. Puno: Universidad Nacional del Altiplano.
- Restrepo, M. H. (2019). *Mako: Material Educativo Digital en Salud Oral que Promueve la Autoestima y el Autoconcepto*. Chia .
- Rodrigo Fuenzalida Cabeza, C. H. (2015). Alteraciones Estructurales y Funcionales del Sistema Estomatognático. *IBERAM*, 30-35.
- Rosario, P. R. (2017). *Conocimientos y Conductas de la Salud Bucal en Padres de Familia atendidos en el Puesto de Salud Laraos, Cañete -Yauyos. 2017*. CAÑETE YAUYOS: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO.
- Rueda Martínez, G. y. (2016). La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 36- 59.
- SALUD, M. D. (2017). *Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries Dental en Niñas y Niño*. LIMA PERU: MINSA.
- Sarmiento, R. V. (2016). ESTRATEGIAS SANITARIAS DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSA): ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA. *KIRU*, 185-188.
- SERVICE, D. o. (2000). *ORAL HEALT IN AMERICA: A REPORT OF THE SURGEON GENERAL*. EE.UU: EE.UU.
- SIS. (2002). *DECRETO SUPREMO 009-2002*. LIMA: REPUBLICA DEL PERU.
- SOCIAL, M. D. (2007). *Guía de planificacion participativa de estrategias de comunicacion en salud*. PARAGUAY, ASUNCION: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.
- Solla, H., & Roca, R. (2012). Sistema estomatognático. *ACTAS ODONTOLÓGICAS*, 35-47.
- Tueros, R. V. (2014). Investigaciones prioritarias en salud bucal producidas en una universidad privada. *Rev Estomatol Herediana*, 24(1):24-30.
- UNAM. (27 de marzo de 2020). *Facultad de Odontología*. Obtenido de <http://www.odonto.unam.mx/es/patologia-bucal-0>
- Valdez Huarcaya, W., Napanga Saldaña, E., Oyola García, A., Mariños Anticona, J., Vílchez Gutarra, A., Medina Osis, J., & Berto Gonzales, M. (2013). *ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL PERÚ*. Lima.

- VALDIVIA, S. R. (2009). *OZONO EN EL TRATAMIENTO DE CARIES DENTAL*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Velasco, A. R., Valencia Mayoral, P., & Ancer Rodríguez, J. (2014). *Patología*. Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA.
- Villarreal Neyra, L. C. (2012). *IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL GERONTO GERIATRICO "IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO" 2011*. Lima.
- Ybelisse, R. M. (2006). IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DEL PREESCOLAR "MONSEÑOR LUIS EDUARDO HENRÍQUEZ". MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO. 2005. *ODOUS CIENTIFICA*, VOL. VII, N°2.
- Zacca Grisel, S. M. (2001). Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998. *SCIELO*, V.38 N2.
- Artacho2, R. J. (2006). Educación en ciencias de la salud - Corrientes actuales. *REVISTA ESTOMATOLOGIA HEREDIANA*, 73-75.
- Bucal, M. T. (2011). *MESA TEMÁTICA DE SALUD BUCAL PRONUNCIAMIENTO POR EL DERECHO A LA SALUD BUCAL EN EL PERU*. LIMA PERU: FORO DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL PERU.
- CHILE, M. D. (10 de MARZO de 2018). *PROGRAMA DE SALUD 2018-2022*. Obtenido de PROGRAMA DE SALUD 2018-2022: <https://www.minsal.cl/programa-de-salud-2018-2022/>
- CUEVA CARRUITERO, E. I. (2009). *"FACTORES DE COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN A LA EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS"*. LIMA: UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS.
- Delgado Angulo, E. K., Sánchez Borja, P. C., & Bernabé Ortiz, E. (2006). Mejora en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas atrvés de una intervención en Salud Oral basada en Comunidad. *Revista Estomatológica Herediana*, 83 - 88.
- ECUADOR, M. D. (2014). *PROTOCOLOS ODONTOLOGICOS DE SALUD BUCAL 2014*. Ecuador: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.

- Elsa Karina Delgado-Angulo, P. C.-B. (2007). MEJORA EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS A TRAVES DE LA INTERVENCION EN SALUD ORAL BASADO EN LA COMUNIDAD. *UNIVERSIDAD PERUANO CAYETANO HEREDIA*, 7.
- Elsa Karina Delgado-Angulo, P. C.-B. (2007). MEJORA EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS A TRAVES DE UNA INTERVENCION BASADA EN COMUNIDAD. *REVISTA ESTOMATOLOGICA HEREDIANA*, 83- 89.
- Erika Marisol Espinoza Usaqui, F. d.-B. (2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *revista estomatologica herediana*, 8.
- Erika Marisol Espinoza-Usaqui, F. d.-B. (2013). *Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú*. LIMA -PERU: REVISTA ESTOMATOLOGICA HEREDIANA.
- Espinoza Usaqui Erika Marisol, P.-B. F. (2013). PROGRAMAS PREVENTIVOS PROMOCIONALES DE SALUD BUCAL EN EL PERU. *REVISTA ESTOMATOLOGICA HEREDIANA*, 101-108.
- ESPINOZA, D. A. (2017). *CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES CONCURRENTES AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE SAN ISIDRO*. Lima Peru: UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA.
- Gabriela Rueda Martínez¹, A. A. (2017). *El derecho a la salud bucal en la Declaración de Liverpool*. BRASIL: UNIVERSIDAD DE BRASILIA.
- Herney, R. (2008). Caracterización de la morbilidad, las necesidades de tratamiento y la oferta de servicios de salud oral de una empresa social del estado en Cali, Valle del Cauca, Colombia. *REVISTA ESTOMATOLOGIA*, 16(2): 7-14.
- Julio Sánchez Meca, J. O. (1999). *EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES CONDUCTUALES EN PROBLEMAS CLÍNICOS Y DE LA SALUD EN ESPAÑA*. ESPAÑA: UNIVERSIDAD DE MURCIA.
- Legida Arce, B. (2016). Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal.

- LOPRESTI, W. (2016). Odontología y discapacidad: mitos para derribar. *facultad de odontología UNCUYO*, Volumen 10. N° 1.
- Macahuachi Escobedo, R. Y., & Mestanza Gómez, Y. V. (2017). *Modificación de Hábitos de Higiene en Preescolares de un PRONOI – FERREÑAFE, 2016*. Lambayeque: Facultad de Enfermería.
- María Elena Inocente-Díaz, F. d.-B. (2012). Educación para la Salud en Odontología . *REVISTA ESTOMATOLOGICA HEREDIANA*, 232-242.
- MINSA, P. N. (2019). *ANEXO N° 02 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES PROGRAMA 0018*. PERU: MINISTERIO DE SALUD .
- Padilla Rosales, M. d. (2017). *Conocimientos y Conductas de la Salud Bucal en Padres de Familia Atendidos en el Puesto de Salud Laraos, Cañete - Yauyos. 2017*. Cañete: Universidad Cesar Vallejo.
- PÁRRAGA ESPINOZA, B. N. (2016). “*RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS CONDUCTAS SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA DE 3RO, 4TO, 5TO; DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BENJAMIN HERENCIA ZEVALLOS, DISTRITO DE TINTAY-AYMARAES APURIMAC, 2016*” . LIMA PERU: UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER .
- PERU, M. D. (2005). *GUIAS DE PRACTICA CLINICA ESTOMATOLOGICA*. LIMA - PERU: MINSA.
- PERU, M. D. (2005). *NORMA TECNICA: ATENCION ODONTOLOGICA BASICAS EN POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS*. LIMA - PERU: MINSA.
- PERU, M. D. (2019). *PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018*. Obtenido de PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_5.pdf
- Pineda, K. (2017). Perfil Epidemiológico de Salud Bucal e Indicadores de Riesgo en Niños de 3 – 5 Años, de Poblaciones Urbana y Rural de la Provincia de Juli-2016.
- PÚBLICA, C. E. (2006). *COMUNICACIÓN ESTRATEGICA EN SALUD PUBLICA*. LIMA: MINSA.
- Rodrigo Fuenzalida Cabeza, C. H. (2015). Alteraciones Estructurales y Funcionales del Sistema Estomatognático. *IBERAM*, 30-35.

- Rosario, P. R. (2017). *Conocimientos y Conductas de la Salud Bucal en Padres de Familia atendidos en el Puesto de Salud Laraos, Cañete -Yauyos*. 2017. CAÑETE YAUYOS: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO.
- Rueda Martínez, G. y. (2016). La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 36- 59.
- SALUD, M. D. (2017). *Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries Dental en Niñas y Niño*. LIMA PERU: MINSA.
- Sarmiento, R. V. (2016). ESTRATEGIAS SANITARIAS DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSA): ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA. *KIRU*, 185-188.
- SERVICE, D. o. (2000). *ORAL HEALTH IN AMERICA: A REPORT OF THE SURGEON GENERAL*. EE.UU: EE.UU.
- SOCIAL, M. D. (2007). *Guía de planificación participativa de estrategias de comunicación en salud*. PARAGUAY, ASUNCION: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.
- Solla, H., & Roca, R. (2012). Sistema estomatognático. *ACTAS ODONTOLÓGICAS*, 35-47.
- Tueros, R. V. (2014). Investigaciones prioritarias en salud bucal producidas en una universidad privada. *Rev Estomatol Herediana*, 24(1):24-30.
- Villarreal Neyra, L. C. (2012). *IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL GERONTO GERIATRICO "IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO" 2011*. Lima.
- Ybelisse, R. M. (2006). IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DEL PREESCOLAR "MONSEÑOR LUIS EDUARDO HENRÍQUEZ". MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO. 2005. *ODOUS CIENTIFICA*, VOL. VII, N°2.
- Zacca Grisel, S. M. (2001). Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998. *SCIELO*, V.38 N2.

Anexos

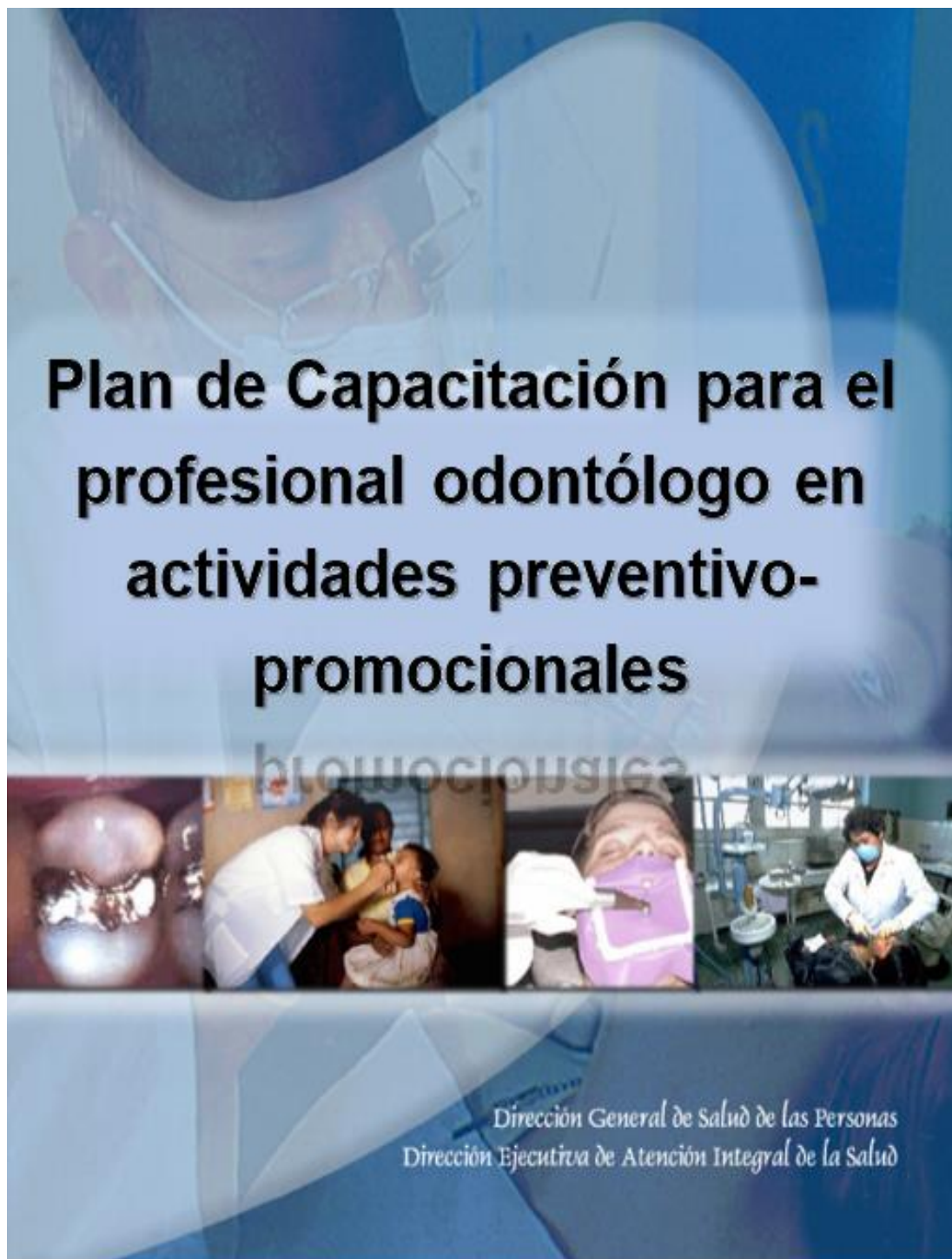
Anexo 1: Matriz de Consistencia

Problemas	Objetivo de la Intervención	Productos
<p>Problema Principal Elevada morbilidad y discapacidad por patologías del Sistema Estomatognático en la IPRESS Ricrán, Distrito de Ricrán, Provincia de Jauja, Región Junín.</p>	<p>Objetivo General de la Intervención Reducir morbilidad y discapacidad por patologías del Sistema Estomatognático en la IPRESS Ricrán, Distrito de Ricrán, Provincia de Jauja, Región Junín.</p>	
<p>Problema Específico 1. Limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población vinculado con la falta de práctica de buenos hábitos de cepillado dental. 2. Escaso RR. HH e insuficiente capacitación a pesar de tener los conocimientos falta crear impacto en la población por metodología. 3. Escaso acceso cultural y económico a servicios de salud conocimiento de factores de riesgo en cuanto al nivel de instrucción y tratamientos odontológicos no accesibles. 4. Ausencia de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal, debido a la falta de conciencia en el cuidado de las estructuras dentarias.</p>	<p>Objetivo Específico de la Intervención 1. Fortalecer las capacidades del recurso humano a través de capacitaciones por profesionales especialistas en metodología y dinámica para generar impacto en la población. 2. Fortalecer los conocimientos de medidas preventivas y factores de riesgo por parte de la población. 3. Contribuir al acceso cultural y económico a servicios de salud en cuanto al nivel de instrucción y tratamientos odontológicos no accesibles. 4. Proponer la implementación de normatividad responsabilizando al paciente del autocuidado de su salud bucal.</p>	<p>1. Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo-promocionales 2. Plan de atención estomatológica promocional 3. Plan de atención estomatológica preventiva 4. Implementación de las condicionantes de uso del SIS.</p>

Anexo 2: Glosario de términos

- **PLACA BACTERIANA:** Acumulo de restos de alimentos alrededor de la pieza dentaria.
- **ÍNDICE DE HIGIENE:** Cuantificación de placa bacteriana adherida a los dientes.
- **SALUD BUCAL:** Ausencia de alteraciones patológicas en la cavidad oral de un individuo.
- **CONOCIMIENTO:** Grado de información de un tema que puede haber sido aprendido.
- **EDAD:** Cantidad de años vividos de un individuo.
- **SEXO:** Asignación del genero de un ser humano.
- **INGRESOS:** Cantidad de recaudo financiero.

Anexo 3: Plan de Capacitación para el profesional odontólogo en actividades preventivo-promocionales



PLAN DE DESARROLLO DEL PERSONAL EN SALUD

“FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE LOS PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA EN SALUD BUCAL Y SOCIALIZACIÓN DE LA GUÍA TÉCNICA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL”

I. PRESENTACIÓN:

El Plan de Desarrollo de las Personas – PDP, de la Red de Salud Jauja en el marco por lo dispuesto por la Dirección Regional de Salud Junín, ha sido elaborado teniendo como referencia los objetivos estratégicos institucionales y el proyecto de fortalecimiento de capacidades del personal de Salud a nivel regional.

El objetivo del PDP es potenciar las capacidades, incrementar los conocimientos y desarrollar habilidades que permitan mejorar el desempeño y el cierre de brechas de nuestros servidores civiles, para así contribuir al logro de objetivos estratégicos y mejorar los servicios que ofrecemos a los ciudadanos.

II. Objetivos estratégicos institucionales:

Objetivo Estratégico Institucional	Indicador	meta
Mejorar la calidad de los servicios de salud en la población	Porcentaje de usuarios satisfechos en la atención de consulta externa	80-95%

III. Visión y misión

3.1 Visión

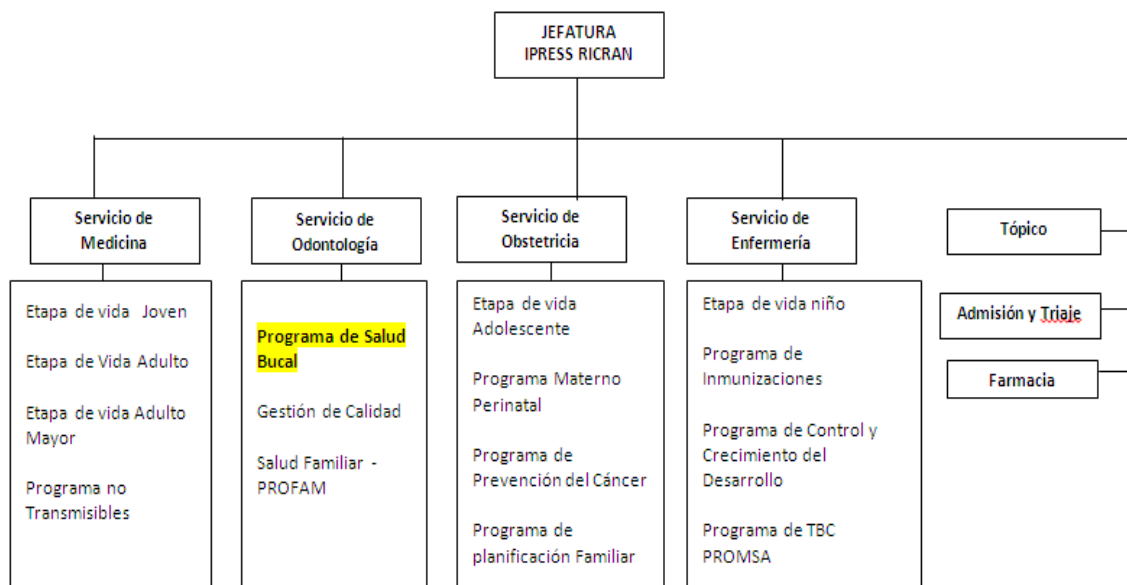
La IPRESS Ricrán, el 2021 brindará atención integral de salud a todas las personas del distrito de Ricrán, satisfaciendo sus necesidades y expectativas mediante servicio acreditado.

3.2 Misión

La IPRESS Ricrán, brinda Salud Integral a la Persona, familia y Comunidad con entornos Saludables, para mejorar la Calidad de Vida de la Población del distrito de Ricrán y Anexos.

IV. Estructura orgánica:

ORGANIGRAMA FUNCIONAL – IPRESS RICRAN



Fuente: PEI IPRESS RICRÁN/Organigrama Funcional IPRESS Ricrán

V. Número de servidores de la entidad

Servidores de la IPRESS Ricrán		
N°	Régimen Laboral	N° Servidores
1	CAP	87
2	CAS - Serums	32
Total		119

Servidores de la IPRESS Ricrán					
Por unidad orgánica					
N°	Dependencia	Régimen laboral (servidores)			Total
		CAP	CAS	SERUMS	
1	Dirección	1			1
2	Servicio Medicina			1	1

3	Servicio de Odontología	27	1	1	29
4	Servicio de Obstetricia	3			3
5	Servicio de Enfermería	40	20	1	61
6	Servicio social	1	5		6
7	Laboratorio		1		1
8	Emergencia – tópico	1	1		2
9	Triage – admisión	10			10
10	Farmacia	1			1
11	Seguros Públicos	2			2
12	Estrategias Sanitarias	1	1		2

VI. Financiamiento

“El costo estimado de las acciones de capacitación programadas para el 2021 asciende a: S/. 17 400.00

Sin embargo, el costo de la ejecución de las actividades contempladas en el presente Plan estará sujetas a la disponibilidad presupuestal del presente año fiscal.

Así mismo, se establecerán alianzas estratégicas con el Microred de Salud Valle Yacus, Red de Salud, Dirección Regional de salud Junín y SERVIR, a fin de realizar acciones de capacitación fijadas en el presente Plan. Entre estas alianzas se cuenta con el apoyo de: MINSA, SERVIR/ENAP, MEF, Gobierno Regional, ONG´s, entre otros.”

VII. Matriz de Plan de desarrollo de las personas (PDP)

N°	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA	PUESTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE CAPACITACIÓN	CANTIDAD TOTAL DE BENEFICIARIOS DE CAPACITACIÓN	MATERIA DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	NOMBRE DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	TIPO DE CAPACITACIÓN	TIPO DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	PRIORIDAD	NIVEL DE EVALUACIÓN	MODALIDAD	OPORTUNIDAD	COSTO TOTAL	
													Directos	Indirectos
1	Red de Salud Jauja/IPRESS Ricrán	* Servicio de Odontología * Oficina ESN Salud Bucal/ESN Daños No Transmisibles	Montoya, Parra, Peña, Ramos, Vargas, Verastegui, Manyari, Soriano, Torres, Blas, Salas, Canchapo ma, Sierra, Calderon, Rivas, Romero, Aguado, Gómez, Quispe, Vasquez, Aliaga, Cordero, Varillas, Espinoza, Franco, Huamani, Oscanoa, Ibarra, Vento	29	B2	Socialización de la Guía técnica de la promoción de la salud y atención preventiva a salud bucal.	Formación Laboral	Taller	B	Reacción, aprendizaje	Presencial virtual	I Trimestre	50	120

N°	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA	PUESTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE CAPACITACIÓN	CANTIDAD TOTAL DE BENEFICIARIOS DE CAPACITACIÓN	MATERIA DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	NOMBRE DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	TIPO DE CAPACITACIÓN	TIPO DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	PRIORIDAD	NIVEL DE EVALUACIÓN	MODALIDAD	OPORTUNIDAD	COSTO TOTAL	
													Directos	Indirectos
2	Red de Salud Jauja/IPRESS Ricrán	* Servicio de Odontología * Oficina ESN Salud Bucal/ESN Daños No Transmisibles	Montoya, Parra, Peña, Ramos, Vargas, Verastegui, Manyari, Soriano, Torres, Blas, Salas, Canchapo ma, Sierra, Calderon, Rivas, Romero, Aguado, Gómez, Quispe, Vasquez, Aliaga, Cordero, Varillas, Espinoza, Franco, Huamani, Oscanoa, Ibarra, Vento	29	D2	Promoción de la Salud Bucal: • Reconocimiento de etapa inicial de la caries dental • Autoevaluación de la cavidad oral.	Formación Laboral	Curso Taller	B	Reacción, aprendizaje	Presencial virtual	I Trimestre	60	220

N°	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA	PUESTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE CAPACITACIÓN	CANTIDAD TOTAL DE BENEFICIARIOS DE CAPACITACIÓN	MATERIA DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	NOMBRE DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	TIPO DE CAPACITACIÓN	TIPO DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	PRIORIDAD	NIVEL DE EVALUACIÓN	MODALIDAD	OPORTUNIDAD	COSTO TOTAL	
													Directos	Indirectos
3	Red de Salud Jauja/IPRESS Ricrán	* Servicio de Odontología * Oficina ESN Salud Bucal/ESN Daños No Transmisibles	Montoya, Parra, Peña, Ramos, Vargas, Verastegui, Manyari, Soriano, Torres, Blas, Salas, Canchapo ma, Sierra, Calderon, Rivas, Romero, Aguado, Gómez, Quispe, Vasquez, Aliaga, Cordero, Varillas, Espinoza, Franco, Huamani, Oscanoa, Ibarra, Vento	29	D2	Promoción de la Salud Bucal: • Importancia de la Higiene Bucal: Cepillado dental y uso correcto de la Pasta dental	Formación Laboral	Curso Taller	B	Reacción, aprendizaje	Presencial virtual	II Trimestre	60	220

N°	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA	PUESTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE CAPACITACIÓN	CANTIDAD TOTAL DE BENEFICIARIOS DE CAPACITACIÓN	MATERIA DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	NOMBRE DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	TIPO DE CAPACITACIÓN	TIPO DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	PRIORIDAD	NIVEL DE EVALUACIÓN	MODALIDAD	OPORTUNIDAD	COSTO TOTAL	
													Directos	Indirectos
4	Red de Salud Jauja/IPRESS Ricrán	* Servicio de Odontología * Oficina ESN Salud Bucal/ESN Daños No Transmisibles	Montoya, Parra, Peña, Ramos, Vargas, Verastegui, Manyari, Soriano, Torres, Blas, Salas, Canchapo ma, Sierra, Calderon, Rivas, Romero, Aguado, Gómez, Quispe, Vasquez, Aliaga, Cordero, Varillas, Espinoza, Franco, Huamani, Oscanoa, Ibarra, Vento	29	E2	Atención preventiva en Salud Bucal.: • Examen Bucal Odontológico • Procedimiento odontológico en piezas dentaria sanas.	Formación Laboral	Taller	B	Reacción, aprendizaje	Presencial virtual	II Trimestre	30	120

N°	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA	PUESTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE CAPACITACIÓN	CANTIDAD TOTAL DE BENEFICIARIOS DE CAPACITACIÓN	MATERIA DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	NOMBRE DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	TIPO DE CAPACITACIÓN	TIPO DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	PRIORIDAD	NIVEL DE EVALUACIÓN	MODALIDAD	OPORTUNIDAD	COSTO TOTAL	
													Directos	Indirectos
5	Red de Salud Jauja/IPRESS Ricrán	* Servicio de Odontología * Oficina ESN Salud Bucal/ESN Daños No Transmisibles	Montoya, Parra, Peña, Ramos, Vargas, Verastegui, Manyari, Soriano, Torres, Blas, Salas, Canchapo ma, Sierra, Calderon, Rivas, Romero, Aguado, Gómez, Quispe, Vasquez, Aliaga, Cordero, Varillas, Espinoza, Franco, Huamani, Oscanoa, Ibarra, Vento	29	E2	Atención preventiva en Salud Bucal.: • Procedimiento odontológico en piezas dentaria en etapa inicial de caries.	Formación Laboral	Taller	B	Reacción, aprendizaje	Presencial virtual	III Trimestre	30	120

N°	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA	PUESTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE CAPACITACIÓN	CANTIDAD TOTAL DE BENEFICIARIOS DE CAPACITACIÓN	MATERIA DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	NOMBRE DE LA ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	TIPO DE CAPACITACIÓN	TIPO DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	PRIORIDAD	NIVEL DE EVALUACIÓN	MODALIDAD	OPORTUNIDAD	COSTO TOTAL	
													Directos	Indirectos
6	Red de Salud Jauja/IPRESS Ricrán	* Servicio de Odontología * Oficina ESN Salud Bucal/ESN Daños No Transmisibles	Montoya, Parra, Peña, Ramos, Vargas, Verastegui, Manyari, Soriano, Torres, Blas, Salas, Canchapo ma, Sierra, Calderon, Rivas, Romero, Aguado, Gómez, Quispe, Vasquez, Aliaga, Cordero, Varillas, Espinoza, Franco, Huamani, Oscanoa, Ibarra, Vento	29	H1	Condicion antes e implicancias en la atención del SIS en Salud Bucal de la población.	Formación Laboral	Curso	B	Reacción, aprendizaje	Presencial virtual	IV Trimestre	20	120

VIII. Matriz de Plan de desarrollo de las personas (PDP)

Indicadores	nivel	Tipo de indicador	Denominación del indicador	Sustento del indicador	Calculo del indicador (Variable 01/Variable02)	Fuente de verificación
Monitoreo	Cumplimiento	Producto	Cumplimiento del PDP	Permite verificar % de cumplimiento de las actividades de capacitación programadas con las actividades realizadas del PDP	N° de capacitaciones realizadas/ N° Capacitaciones programadas	Informe de capacitaciones
	Cumplimiento	Producto	Cobertura de la capacitación	Permite cuantificar el % de Profesionales capacitados frente al total de personas	N° de servidores que recibieron la capacitación / total de personal de la entidad	Lista de asistencia
	Cumplimiento	Insumo	Ejecución presupuestal de la ESN Salud Bucal	Permite realizar el seguimiento a los montos que se invertirán en la capacitación de lo programado y ejecutado.	Presupuesto ejecutado / Presupuesto programado para el PDP x 100	SIAF Informe de avance presupuestal
Evaluación	Efecto	Calidad	Satisfacción de los participantes de la capacitación recibida	Permite medir el grado de satisfacción del personal respecto a la capacitación recibida	N° de servidores que evalúan como BUENO la capacitación recibida / N° de participantes de la capacitación x 100	Ficha de Satisfacción
	Efecto	Resultado	Evaluación de aprendizaje	Permite medir la efectividad de la capacitación	N° de servidores capacitados evaluados con nota	Pruebas de conocimiento

				a través de la evaluación del aprendizaje	aprobatoria/Total de personal capacitado	
	Efecto	Resultado	Evaluación de aplicación de la capacitación	Permite medir el efecto práctico de la capacitación recibida	N°de servidores que aplican lo aprendido / N°total de servidores capacitados x 100	Ficha de Evaluación de transferencia (aplicación de la capacitación)

IX. Anexos

Anexo 1

Formato de asistencia de capacitación

Acción de capacitación :

Docente :

Fecha :

N°	Apellidos y Nombres	Unidad Orgánica	Hora entrada	Hora salida	Firma	Observación

Anexo 02

Formato de Encuesta de satisfacción

NOMBRE DEL CURSO:	
FECHAS:	HORA:
NOMBRE DEL DOCENTE/PONENTE:	

Por favor lea las siguientes afirmaciones y exprese su grado de acuerdo con estas, usando esta escala. Encierre en un círculo sus respuestas:

- 1 = Total acuerdo
- 3= De acuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 4= Total desacuerdo

DIMENSIÓN	INDICADORES	RESPUESTAS
1. Objetivos y contenidos del programa	a. Se cumplieron los objetivos del curso	1 2 3 4
	b. Los contenidos de curso son coherentes con los objetivos del curso	1 2 3 4
	c. Durante el curso se realizaron ejemplos prácticos o ejercicios de aplicación en mis funciones diarias.	1 2 3 4
2. Materiales (Responda solo en caso de haber recibido materiales)	a. Los materiales entregados contienen información relevante para el desarrollo del curso	1 2 3 4
	b. Los materiales permiten profundizar las temáticas del curso	1 2 3 4
3. Recursos audiovisuales	a. Los equipos audiovisuales utilizados contribuyeron a mejorar el aprendizaje del curso	1 2 3 4
4. Instructor	a. Las explicaciones del instructor son claras y comprensibles	1 2 3 4
	b. El instructor generó un ambiente de participación	1 2 3 4
	c. El instructor atendió adecuadamente las preguntas de los participantes	1 2 3 4
	e. El instructor evidenció dominio del tema	1 2 3 4
5. Duración	a. La duración del curso fue apropiada	1 2 3 4
6. Ambiente de aprendizaje	a. Las condiciones ambientales (iluminación, espacio) favorecieron su aprendizaje	1 2 3 4
		1 2 3 4
7. Percepción global	a. El curso de capacitación satisfizo sus expectativas y necesidades	1 2 3 4
	b. Recomendaría este curso a otras personas.	1 2 3 4
8. ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional con respecto a la capacitación recibida?	Respuesta:	
Resultado obtenido		

De 14 a 22 = Muy Malo

De 23 a 30 = Malo

De 31 a 39 = Regular

De 40 a 48 = Bueno

De 49 a 56 = Muy Bueno

Anexo 4: Plan de atención estomatológica promocional



PLAN DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PROMOCIONAL

“MEDIDAS PREVENTIVAS Y FACTORES DE RIESGO EN SALUD BUCAL”

I. DATOS GENERALES:

- a) **Grupo al que va Dirigido:** A madres y padres de familia del Distrito de Ricrán, Provincia de Jauja y Región Junín.
- b) **Lugar del evento:** Domicilio, IPRESS, Barrios y Anexos del Distrito de Ricrán.
- c) **Periodo de ejecución:** Enero – Diciembre
- d) **Tema:** “Medidas preventivas y factores de riesgo en salud bucal”
- e) **Responsable:** Servicio de Odontología de la IPRESS Ricrán.
- f) **Fuente de financiamiento:** Recursos propios del servicio y establecimiento de la IPRESS Ricrán

II. DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA:

Limitado conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo en salud bucal.

III. COMPETENCIAS A FORTALECER:

➤ **Objetivo General:**

Fortalecer los conocimientos de medidas preventivas y factores de riesgo en salud bucal a la población del distrito de Ricrán.

➤ **Objetivo Especifico:**

- ✓ Los padres de familia participantes definirán y reconocerán la importancia medidas preventivas en salud bucal.
- ✓ Los padres de familia participantes reconocerán los diversos factores de riesgo en salud bucal.
- ✓ Los padres de familia participantes reconocerán los beneficios de las medidas preventivas en salud bucal para la familia.
- ✓ Los padres de familia reconocerán los beneficios de las medidas preventivas en salud bucal para la sociedad.

IV. INDICADORES:

- 100% de sensibilización a los padres de familia que participan.
- 100% de asistente identifican la importancia medidas preventivas en salud bucal.

- 100% de asistente identifican reconocen los diversos factores de riesgo en salud bucal.
- 100% de asistentes socializados con las condicionantes para atención del SIS en Salud Bucal.

V. PÚBLICO OBJETIVO:

1. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto para lo cual desarrolla actividades de fortalecimiento de capacidades a docentes a fin de implementar acciones para promover prácticas saludables en salud bucal.
2. MUNICIPIOS: Lidera y fortalece la participación comunitaria a través del Padrón de organizaciones adscritas. Conduce la participación comunitaria para realizar intervenciones que contribuyen a la prevención y control según daño priorizado. Aprueba y garantiza financiamiento al Plan anual articulado y coordinado de actividades, según prioridades sanitarias en el territorio, con la finalidad de mejorar del entorno, y promover prácticas saludables. Monitorea y evalúa
3. INSTITUCIONES EDUCATIVAS: Los docentes incluyen los contenidos temáticos relacionados a la alimentación saludable, instrucción de higiene bucal, salud bucal y prácticas protectoras en sus proyectos de aprendizaje.
4. COMUNIDAD: Participa a través de sus Organizaciones Sociales de Base (OSB) inscritas en el Padrón de Organizaciones comunitarias del Gobierno Local, incluyendo a los Agentes Comunitarios de la salud, proporcionando los resultados de la vigilancia comunitaria, insumo importante para la Sala Municipal de Salud o la que haga sus veces.
5. POBLACION EN GENERAL: Padres y madres de familia del Distrito de Ricrán

VI. CARACTERISTICAS DEL SERVICIOS

6.1. Atención en Promoción de la Salud Bucal

La atención en promoción de la salud bucal es una actividad en la cual la población sea capacitado en la identificación de los factores de riesgo en su hogar, por medio de sesiones educativas y talleres.

Este servicio es propuesto para la implementación del PPr 018, en cuanto a generar una responsabilidad en el autocuidado de la Salud Bucal

6.1.1. Autoevaluación bucal

A. Definición: Procedimiento que involucra las acciones de parte del paciente, en la cual, por medio de sesiones educativas y talleres sea capaz de identificar lesiones cariosas en las estructuras dentarias sin que estas lleguen a ser sintomáticas y decidir acudir a un consultorio odontológico para el tratamiento correspondiente.

B. Población Objetivo: Personas que tengan la capacidad de entender la importancia del autocuidado de la salud bucal, padres de familia y responsables del cuidado de otra persona como padres de familia, adolescentes, adultos y gestantes.

C. Descripción de la Actividad: esta actividad está compuesta por una secuencia de procedimientos que lo realiza el mismo paciente, ya capacitado, en su hogar, en lo que implica la observación minuciosa de su cavidad bucal frente a un espejo facial con una frecuencia de una vez por mes, para la población mayores de los 11 años.

Pasos a seguir:

- Primero el individuo debe fortalecer sus conocimientos en reconocimiento de estructuras de la cavidad bucal e identificación de la caries dental, que será impartida por el profesional cirujano dentista u otro personal de salud capacitado.
- Segundo, se debe realizar el cepillado dental frente a un espejo facial, en el cual se puede observar las estructuras de la boca en especial las piezas dentarias y asegurarnos que el cepillado dental alcance hasta las últimas molares superiores e inferiores.
- Después de realizar el enjuague respectivo, el individuo debe realizar la apertura bucal nuevamente frente al espejo facial e identificar que piezas dentarias muestran caries dental, si en caso el resultado es negativo a la inspección, esto se debe realizar nuevamente una vez al mes.

- Si en caso el resultado es positivo a la inspección debe acudir inmediatamente al consultorio odontológico para el diagnóstico diferencial y el respectivo tratamiento.
- Mediante este procedimiento el individuo se dará cuenta de la importancia de dicha actividad y que no solamente va servir para identificar caries dental, sino también, para conocer mejor cada estructura de su propia cavidad bucal y poder identificar otro tipo de cambios como puede ser erupción de nuevas piezas dentarias, manifestación clínica de otras enfermedades, etc.
- Finalmente, si el individuo se considera sano para salud bucal, debe acudir a la visita odontológica cada 6 meses para la atención preventiva en salud bucal que le corresponde.

VII. RECURSOS DE CAPACITACIÓN:

a) HUMANO – ORGANIZACIÓN:

Profesional del Servicio de Odontología de la IPRESS Ricrán

b) MATERIALES:

MATERIAL:

✓ Útiles de Escritorio	65.00
✓ Material Bibliográfico (Lámina /Rotafolio)	410.00
✓ Fotocopias	50.00
✓ Impresión y anillado de material de taller	20.00
Sub Total	545.00
SERVICIOS:	
a. Movilidad y viáticos	50.00
d. Imprevistos	50.00
Sub Total	100.00
COSTO TOTAL	S/. 645.00

c) FINANCIERO:

Será financiado íntegramente con recursos de la IPRESS.

VIII. PROGRAMA.

A. Municipalidad

TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANT.	RESPONSABLE	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E T	O C T	N O V	D I C
Reunión con equipo de gestión de salud para elaboración e implementación de charlas de promoción.	Reunión	2	Jefe /Equipo de salud	X	X										
Socialización al Consejo Municipal sobre la programación de las charlas	Reunión	1	Jefe /Equipo de salud			X									
Asistencia técnica y metodológica en la ejecución del plan.	Reunión	4	Jefe /Equipo de salud			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Monitoreo y evaluación de las acciones implementadas.	Reunión	3	Jefe /Equipo de salud											X	X

B. Instituciones Educativas

TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANT.	RESPONSABLE	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E T	O C T	N O V	D I C
Coordinación con la UGEL para presentación de la información sobre problemas de salud bucal priorizados locales.	Reunión	2	Personal de salud	X	X	X									X
Incidencia con directivos de instituciones educativas.	Reunión	1	Personal de salud		X	X	X								
Asistencia técnica a los docentes para la implementación de contenidos técnicos de salud bucal en los proyectos de aprendizaje.	Reunión	4	Personal de salud			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluación de la implementación de contenidos	Reunión	3	Personal de salud											X	X

os técnicos de salud bucal.																
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. Organizaciones Comunitarias

TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANT.	RESPONSABLE	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E T	O C T	N O V	D I C
Identificación y priorización de comunidades en riesgo para el desarrollo de charlas en promoción de salud bucal.	Reunión	1	Personal de salud		X										
Socialización con el gobierno local sobre prevalencia de patologías bucales y el impacto en la salud.	Reunión	1	Personal de salud			X									
Identificación de organizaciones comunitarias con base en el padrón de gobierno local.	Reunión	1	Personal de salud			X									
Asistencia técnica a las		2					X	X	X	X	X	X	X	X	

organizaciones comunitarias.															
Acompañamiento a la implementación de la vigilancia comunitaria.	Reunión	2	Personal de salud						X					X	X

“MEDIDAS PREVENTIVAS Y FACTORES DE RIESGO EN SALUD BUCAL”

FECHA	Hora	Contenido Temático	Metodología	Facilitadores	Tiempo
13/07/2019	09:00 a.m.	Reconocimiento de etapa inicial de la caries dental y autoevaluación de la cavidad oral	Expositivo y sesión demostrativa	Cirujano Dentista	60 min.
15/08/2019	11:00 a.m.	Identificación de factores de riesgo: Alimentación cariogénica y hábitos inadecuados en salud bucal.	Expositivo	Cirujano Dentista	45 min.
19/011/2019	11:00 a.m.	Importancia de la Higiene Bucal: Cepillado dental y uso correcto de la Pasta dental	Expositivo y sesión demostrativa	Cirujano Dentista	120 min.
19/011/2019	11:00 a.m.	Condicionantes e implicancias en la atención del SIS en Salud Bucal de la población	Expositivo	Cirujano Dentista	45 min.

Ricrán, julio del 2019

IX. ESQUEMAS CLAVES.

AUTOEXAMEN
<p>Definición: el autocuidado se concibe como la implicación y responsabilidad que cada individuo tiene con el mejoramiento o recuperación de su salud y la influencia positiva para los que le rodean. La práctica del autoexamen bucal protege a todas las personas a partir de la adolescencia, y en especial a las mayores de 50 años, tengan o no dientes y usen o no dentadura postiza. Cualquier persona puede explorar su boca y cuello para comprobar su salud o identificar posibles condiciones preneoplásicas o neoplásicas incipientes, lo que resulta de gran beneficio para su calidad de vida.</p>
Procedimiento:
<p>Previo al autoexamen el paciente debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Motivación: lograr que el paciente se empodere de “Hago esto porque es bueno para mí”. -- Disponer de 5-10 minutos libres cada seis meses. -- Tener privacidad. -- Contar con un espejo facial. -- Poseer conocimiento de la metodología.

El paciente deberá:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavarse bien las manos. <ul style="list-style-type: none"> -- Colocarse frente a un espejo. -- Si tiene prótesis (dentadura postiza), retirársela. 2. Observar y palpar sus labios y la mucosa oral. 3. Observar y palpar la mucosa de los carrillos (partes laterales internas), hasta la encía superior e inferior. 4. Observar y palpar el labio superior, el paladar duro y blando (techo de la boca) y la úvula (campanilla). 5. Sacar la lengua y observarla, mover en todas las direcciones. Palpar la cara superior, los bordes y la punta de esta. 6. Levantar la punta de la lengua. Observar y palpar su cara inferior, el suelo de la boca, los dientes y la encía inferior. 7. Observar su cuello. Comparar ambos lados. Palpar buscando cualquier aumento de volumen, dureza o nódulo. 	
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> · Evitar el tabaco y el alcohol. · Mantener la higiene bucal. · Consumir con frecuencia frutas y vegetales. · Visitar periódicamente al odontólogo. · Concientizar al autoexamen como "Garantía de vida".

EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL	
Definición: es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuáles son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio, las cuales serán compartidas en las charlas de promoción de salud.	
Bebés (0 meses a 2 años). Abarca el inicio aproximado de la erupción dental hasta la erupción completa de la dentición temporal.	
Cuidados en casa Recomendar a los padres o a la madre o responsable del niño: Explicar que, con la erupción de los primeros dientes, la alimentación nocturna (tanta leche materna o de biberón) debe disminuir, hasta eliminarse completamente al año de edad. Recomendar que, a partir de esta etapa, el niño siempre debe dormir con la boca limpia, que debe realizarle la higiene después del último alimento, esto con el propósito de evitar el desarrollo de la caries por alimentación nocturna o de biberón. Los padres, la madre o responsable del niño deberán realizar la higiene en la mañana y antes de dormir (dos veces al día) solo con gasa o una tela suave embebida en agua hervida tibia. Se podrá utilizar cepillo de dientes cuando los molares ya estén presentes e indicar el uso del vaso de aprendizaje a partir de los ocho meses de edad para facilitar el destete. Recomendar el uso de pasta dental sin flúor.	
Cuidados en consultorio <ul style="list-style-type: none"> -- En la primera cita, el profesional odontólogo indica todos los cuidados arriba mencionados. -- Realizar la demostración práctica a los padres, la madre o responsable del niño para luego evaluar en citas posteriores la efectividad de sus cuidados del bebé. -- En cada consulta, se realizará la higiene bucal del bebé con gasa o el propio cepillo del paciente si ya tiene los molares presentes. -- Con criterio de riesgo, se realizarán topicaciones de flúor en barníz. 	
Recomendaciones	Las consultas odontológicas serán mensuales o trimestrales, en caso de alto riesgo de caries (caries de la primera infancia o de biberón).
Niños preescolares (3 a 5 años de edad)	
Cuidados en casa El cepillado dental es responsabilidad absoluta de los padres. A partir de los tres años, se recomienda a los padres o responsables del niño/a el uso de pasta dental con flúor (de no más de	

500 ppm) en una cantidad aproximada a un grano de lenteja (0,15 g) en los dos cepillados, tanto en la mañana como en la noche.

Cuidados en consultorio Profilaxis y fluorización

Control y mantenimiento	Citas odontológicas trimestrales
--------------------------------	----------------------------------

Escolares (6 a 14 años)

Cuidados en casa
A partir de los seis años, se dejará que el niño/a se cepille sus dientes solo/a, siempre abarcando todos sus dientes con la respectiva supervisión de los padres, no es necesaria una técnica sofisticada. Se recomienda el control de los padres. Uso de hilo dental **diario nocturno**. A partir de los seis años ya puede utilizar la pasta dental de adulto (que contiene 1000 ppm).

Cuidados en consultorio:
Profilaxis con pasta fluorada.
Asesoría de la técnica de cepillado.
Se indicará y demostrará el uso del hilo dental y enjuague bucal.
Se realizará topicaciones de flúor o aplicación de flúor gel con cubetas.

Control y mantenimiento	Indicación de control de dieta y citas odontológicas trimestrales.
--------------------------------	--

Anexo 5: Guía Técnica: Promoción de la salud y atención preventiva en salud bucal



**GUÍA TÉCNICA:
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ATENCIÓN
PREVENTIVA EN SALUD BUCAL**

**GUÍA TÉCNICA: PROMOCION DE LA SALUD Y ATENCION PREVENTIVA EN
SALUD BUCAL**

**Lic. María Elizabeth Hinostraza Pereyra
MINISTRO DE SALUD**

DIRECCIÓN GENERAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

**M.C. Coco Raúl Contreras Córdova
DIRECTOR DE LA DIRESA – JUNÍN**

**M.C. Leonardo Vera
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD JAUJA**

**M.C. Zuria Cabrera Navarro
JEFE DE LA MICRO RED VALLE YACUS**

**Obst. Oswaldo Ureta Julcarima
JEFE DE LA IPRESS RICRAN**

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN
2. OBJETIVO GENERAL
 - 2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
3. SERVICIOS
 - 3.1. ATENCIÓN EN PROMOCION DE LA SALUD BUCAL.
 - 3.2. ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
4. POBLACIÓN OBJETIVO
5. CARACTERISTICAS DEL SERVICIO
 - 5.1. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PROMOCION DE LA SALUD BUCAL.
 - Autoevaluación Bucal Dirigida por profesional Odontólogo
 - 5.2. ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
 - Examen Odontológico
 - Instrucción de Higiene Oral
 - Asesoramiento Nutricional
 - Profilaxis dental
 - Aplicación de Sellantes
 - Aplicación de Flúor gel
 - Aplicación de Flúor Barniz
6. FLUJOGRAMA
7. BIBLIORAFÍA

1. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS y MINSA en nuestro país la incidencia de caries dental es alta, afectando a más del 90% de la población en general, siendo más susceptibles a ello los niños, gestantes y adultos mayores del país. En consecuencia, se entiende que este resultado se debe al desconocimiento de los factores de riesgo y formas de prevención de la caries dental por parte de la población y déficit de Recurso humano capacitado para los trabajos de preventivo promocionales en salud bucal. Por lo expuesto, se debería establecer normas para el desarrollo de actividades preventivas tanto para la población como para el profesional cirujano dentista y que involucre el trabajo conjunto de ambos, ya que la caries dental es una enfermedad que se puede prevenir y esta debe ser considerado como una actividad de obligatorio cumplimiento, para lo cual se presenta la siguiente norma técnica.

2. OBJETIVO GENERAL

Disminuir los factores de riesgo importantes para la aparición de caries dental y por consecuencia de enfermedades periodontales.

2.1. Objetivos Específicos

- 2.1.1. Control de factores de riesgo para la caries dental
- 2.1.2. Capacitar a la población en su propia evaluación
- 2.1.3. Fortalecer conocimientos de prevención de caries dental.
- 2.1.4. Generar conciencia en el autocuidado de las piezas dentarias

3. SERVICIOS

3.1. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PROMOCION DE LA SALUD BUCAL

- 3.1.1. Autoevaluación bucal Dirigida por profesional Odontólogo

3.2. ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL

- 3.2.1. Examen Odontológico
- 3.2.2. Instrucción de Higiene Oral.
- 3.2.3. Asesoramiento Nutricional

- 3.2.4. Profilaxis Dental
- 3.2.5. Aplicación de sellantes
- 3.2.6. Aplicación de flúor gel
- 3.2.7. Aplicación de flúor barniz.

4. POBLACIÓN OBJETIVO

La presente Norma Técnica de atención en Promoción de la Salud Bucal y Atención preventiva en Salud Bucal debe cubrir a toda la población asignada por el SIS al establecimiento de salud del primer nivel. Ya sean de régimen contributivo y subsidiado.

5. CARACTERISTICAS DEL SERVICIOS

5.1. Atención Especializada en Promoción de la Salud Bucal

La atención Especializada en promoción de la salud bucal es una actividad en la cual el profesional odontólogo asesorará al usuario en consultorio en la identificación, fortalecimiento y consolidación de conocimientos en cuanto a los factores de riesgo en su hogar, por medio de sesiones demostrativas dirigidas y apoyadas en el producto 2 (Plan de atención estomatológica Promocional: Anexo B)

Este servicio es propuesto para la implementación del PPr 018, en cuanto a generar una responsabilidad en el autocuidado de la Salud Bucal con apoyo y dirección del profesional Odontólogo.

5.1.1. Autoevaluación bucal

A. Definición: Procedimiento que involucra las acciones de parte del paciente, en la cual, por medio de sesiones educativas y talleres (Plan de atención estomatológica Promocional – Anexo B), sea capaz de identificar lesiones cariosas en las estructuras dentarias sin que estas lleguen a ser sintomáticas y decidir acudir a un consultorio odontológico para el tratamiento correspondiente.

- B. Población Objetivo: Usuarios que tengan la capacidad de entender la importancia del autocuidado de la salud bucal, padres de familia y responsables del cuidado de otra persona como padres de familia, adolescentes, adultos y gestantes, que a través del producto 2 hayan tomado consciencia y entendido la importancia del autocuidado, necesitando de esta manera un reforzamiento de dichos conocimientos por el profesional odontólogo.
- C. Descripción de la Actividad: esta actividad está compuesta por una secuencia de procedimientos que lo realiza el mismo paciente ya capacitado; en acompañamiento del profesional odontólogo, en la consulta, lo que implica la observación minuciosa de su cavidad bucal frente a un espejo facial con una frecuencia de una vez por mes, para la población mayores de los 11 años.

Pasos a seguir:

- Primero el individuo debe fortalecer sus conocimientos en reconocimiento de estructuras de la cavidad bucal e identificación de la caries dental, que será impartida por el profesional cirujano dentista.
- Segundo, se debe realizar el cepillado dental frente a un espejo facial, en el cual se puede observar las estructuras de la boca en especial las piezas dentarias y asegurarnos que el cepillado dental alcance hasta las últimas molares superiores e inferiores.
- Después de realizar el enjuague respectivo, el individuo debe realizar la apertura bucal nuevamente frente al espejo facial e identificar que piezas dentarias muestran caries dental, si en caso el resultado es negativo a la inspección, esto se debe realizar nuevamente una vez al mes.

- Si en caso el resultado es positivo a la inspección debe acudir inmediatamente al consultorio odontológico para el diagnóstico diferencial y el respectivo tratamiento.
- Mediante este procedimiento el individuo se dará cuenta de la importancia de dicha actividad y que no solamente va servir para identificar caries dental, sino también, para conocer mejor cada estructura de su propia cavidad bucal y poder identificar otro tipo de cambios como puede ser erupción de nuevas piezas dentarias, manifestación clínica de otras enfermedades, etc.
- Finalmente, si el individuo se considera sano para salud bucal, debe acudir a la visita odontológica cada 6 meses para la atención preventiva en salud bucal que le corresponde.

5.2. Atención preventiva en salud bucal

Conjunto de actividades individuales y colectivas dirigidas a la población atendida para adoptar medidas de prevención, reconociendo y actuando sobre los factores de riesgo individuales y colectivos para lograr la disminución de las enfermedades del Sistema Estomatognático y mejorar la capacidad masticatoria, contribuyendo a disminuir la malnutrición de la población, realizado por el cirujano dentista en los tres niveles de atención. La atención preventiva en salud bucal enmarca una serie de procedimientos consecutivos para lograr objetivo mencionado, esta serie de procedimientos son netamente odontológicos realizados en el consultorio odontológico del establecimiento de salud del primer nivel de atención. Esta serie de procedimientos está compuesta por las siguientes actividades, definidas en el PPr 018 – Anexo 02 como sub productos de la Atención Estomatológica Preventiva

5.2.1. Examen Odontológico

Evaluación bucal completa del estado de salud de los tejidos duros y blandos intraorales y extraorales.

A. Examen clínico extraoral

Se debe inspeccionar la presencia de asimetrías faciales, tumefacciones, cicatrices, cambios de color en zonas de la piel.

1. Articulación temporomandibular (ATM)

Colocar las puntas de los dedos índices en cada meato acústico externo mientras el paciente hace movimientos de apertura y cierre de la boca, detectar desviaciones al lado izquierdo o derecho, limitaciones de movimientos, ruido, chasquido y presencia de dolor.

2. Labios y comisuras labiales

Observar tamaño, color y movilidad, contorno, consistencia de los labios y comisuras, cambios en las características de la piel y mucosas. Describir lo patológico.

3. Senos paranasales

Presionar sobre los senos frontales desde debajo de las prominencias óseas de los ojos, sin ejercer presión sobre los ojos. Posteriormente palpar los senos maxilares presionando con la punta de los dedos pulgares sobre los huesos maxilares situados por debajo de las órbitas y a los lados de la nariz, para detectar anomalías, o sensibilidad sinusal.

4. Músculos masticadores

Con el dedo pulgar intrabucalmente y el índice extraoralmente, seguir trayectoria de músculos masticadores detectando anomalías o puntos dolorosos.

5. Sistema nervioso vascular y linfático

Palpar puntos infraorbitarios, supraorbitario y mentoniano a cada lado para detectar anomalías o puntos dolorosos.

Examinar zona carotidea y cadenas ganglionares.

Palpar las glándulas parótidas y sublinguales detectando anomalías o puntos dolorosos.

B. Examen clínico intraoral

Consta de una inspección visual y de auscultación de las estructuras bucales.

1. Lengua

Examinar forma y movilidad de la lengua, evaluar relación entre tamaño de la lengua y tamaño de la cavidad bucal, examinar en cara dorsal en toda la superficie las papilas, en cara ventral el frenillo lingual, en bordes laterales cualquier anormalidad.

2. Paladar

Examinar tamaño, color, consistencia de paladar duro blando en busca de alteraciones en su cierre, como fisuras o alteraciones en la movilidad, evaluar características de la úvula, de las amígdalas palatinas, pilares y mucosa de la faringe observando el tamaño, color, presencia de úlceras, secreción purulenta o membranas.

3. Piso de boca

Observar en la parte anterior y media las eminencias sublinguales.

Examinar frenillo lingual, conductos de Warton, vestíbulo lingual. Comprobar el flujo de saliva.

4. Carrillos

Inspeccionar conducto parotídeo o de Stenon, buscando su desembocadura a nivel del segundo molar superior, en forma simultánea, realizar palpación de la glándula parótida observando la salida de saliva y las características de esta, así como si hay o no edema o alguna alteración, observar la mucosa yugal, surco vestibular, reborde alveolar, frenillos y mucosa en general tratando de detectar cambios de color, textura, consistencia, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumores, alteraciones de la sensibilidad.

5. Maxilares

Abriendo la boca y con los dedos índice y pulgar, examinar bilateralmente desde la línea media hacia atrás las apófisis alveolares de los maxilares para detectar cualquier anomalía.

6. Estado de la oclusión

Se realizará movimientos de apertura y cierre de la mandíbula, llevar a oclusión relación céntrica; movimientos protrusivos y laterales tanto de lado de trabajo como de balance, detectar la presencia de puntos prematuros de contacto registrando el riesgo de acuerdo al índice de maloclusión de Angle.

C. Evaluación de tejidos dentarios

Con los labios abiertos, examine la disposición de los dientes verificando color, forma, tamaño, número, identificando cualquier patología como presencia de supernumerarios, movilidad, procesos abrasivos, erosivos, problemas patológicos pulpares, raíces abandonadas, fracturas dentales, caries.

Medir el grado de presencia de biopelícula bacteriana y cálculos supra/subgingivales en las superficies dentales utilizando los Índices de Higiene, Oral Simplificada.

Para el diagnóstico gingival se utilizará el Índice de Loe y Silness. Se registrarán los Índice CPOD o ceod según, corresponda.

El Odontograma se registrará de acuerdo al instructivo de la Historia Clínica.

D. Evaluación periodontal

Se realiza a través de:

1. Detección visual de signos clínicos de inflamación de tejidos.
2. Medición del nivel de inserción clínico con una sonda periodontal. Destrucción de pérdidas óseas observadas clínicamente y radiográficamente.

E. Sondaje periodontal.

Para medir una bolsa periodontal, la sonda debe insertarse suavemente en el surco gingival con una presión adecuada,

paralela al eje vertical del diente para luego deslizar en circunferencia alrededor de cada superficie del diente para detectar su configuración y las áreas de penetración más profundas.

El sondaje se realiza en las caras vestibular, mesial palatina o lingual y distal, una pieza por cada fila.

16/17/55

11/21/51

26/27/65

36/37/75

31/41/71

46/47/65

F. FLUOROSIS

Se registrará el grado de fluorosis para lo cual se aplicará el Índice de Deán.

5.2.2. Instrucción de Higiene Oral.

Es un conjunto de conocimientos, actitudes y experiencias enfocadas en diversos procedimientos mecánicos destinados a remover la placa bacteriana y restos de alimentos.

A. HIGIENE BUCAL. -

Cuidados generales

- Cepillado dental con pasta dental. Práctica de técnica de cepillado correcta que abarque todas las caras de los dientes.
- Uso de hilo dental.
- Uso de colutorios bucales.

Cuidados en consultorio

- Limpieza dental (profilaxis).
- Fisioterapia oral y motivación.

Control y seguimiento

Control semestral en los usuarios.

B. CEPILLADO DENTAL. -

Es necesario que el profesional conozca las diferentes técnicas de cepillado para que implemente en su paciente de acuerdo a cada caso. Se recomienda utilizar un cepillo de dientes con cerdas de dureza mediana, de cabeza pequeña que permita una adecuada higiene en las regiones más posteriores de la cavidad bucal, penetrando en áreas interdetales.

En caso de encontrarse en tratamientos de ortopedía y ortodoncia es recomendable utilizar un cepillo de dientes para los dispositivos ortodóncicos. Cepillar la lengua suavemente de atrás hacia delante.

C. USO DEL HILO O SEDA DENTAL. –

- Tome un segmento de hilo dental de unos 30 cm o 40 cm.
- Enrolle una vuelta del hilo en uno de los dedos medios.
- En el dedo medio de la otra mano, enrolle varias vueltas.
- Manipule el hilo con los dedos pulgares e índices.
- Introduzca el hilo entre los dientes (espacios interdetales) con una ligera presión para vencer el punto de contacto hasta llegar a cervical. De esta manera, se evitará que el hilo entre con fuerza y dañe los tejidos gingivales.
- Realice movimientos de vestibular a palatino o lingual saque el hilo dental de cervical hacia el punto de contacto procurando retirar toda la placa. De igual manera actuar en la cara opuesta del diente contiguo.
- Utilizar un segmento de hilo dental nuevo para cada espacio interdental.
- Repita los procedimientos anteriores hasta abarcar todas las piezas dentales.

5.2.3. Asesoramiento Nutricional

Enseñanza impartida mediante metodología comunicacional a la población que incluye material audiovisual y técnicas grupales (socio

drama) fomentando así el análisis, el diálogo y la reflexión sobre un tema identificado con el fin de orientar a los involucrados sobre el cuidado de la Salud Bucal basado en el asesoramiento nutricional. Esta actividad se dirige a niños, adolescentes, joven, adultos, adultos mayores y gestantes.

Definición Operacional: Asesoramiento en la selección/identificación de alimentos (cariogénico y no cariogénico) y hábitos dietéticos como parte del tratamiento y el control de enfermedad periodontal y la caries. Realizado por el cirujano dentista en todos los establecimientos de salud.

Este procedimiento aplica con todos los diagnósticos de examen estomatológico. Frecuencia = 02 veces/año (Caso tratado).

5.2.4. Profilaxis Dental

Procedimiento clínico realizado para remover y eliminar en forma mecánica la placa bacteriana y los cálculos supra y subgingivales del diente.

Administrar una sustancia reveladora de biopelícula bacteriana al paciente. Observar zonas pigmentadas y eliminar biopelícula bacteriana, cálculos supra y subgingivales, manchas, ubicadas en la porción coronal de los dientes con curetas de Gracey y/o ultrasonidos.

Con baja velocidad y con una copa de caucho, aplicar la pasta profiláctica para pulir las superficies del diente.

5.2.5. Aplicación de sellantes

Es una técnica que utiliza un biomaterial adherente a nivel de fosas y fisuras de las piezas dentales. Para evitar la formación de caries dentales.

- Limpiar la superficie que se tratará con un cepillo profiláctico y/o una copa de goma, utilizando pastas abrasivas, controlando que al final la superficie quede bien limpia.

- Aislamiento absoluto o relativo de la(s) superficies que se sellará.
- Se seca la superficie o superficies por sellar con aire comprimido libre de impurezas.
- Grabar de la superficie del diente mediante aplicación de ácido ortofosfórico de acuerdo a las especificaciones del fabricante.
- Lavar de la superficie con agua en forma profusa teniendo especial cuidado, en el caso de aislamiento relativo, de no permitir la contaminación de la superficie grabada.
- Aplicar adhesivo y el sellador extendiéndolo bien a lo largo de la superficie con la ayuda de un micro aplicador para asegurar la penetración del mismo evitando que queden burbujas.
- Fotopolimerizar el material.
- Comprobar con un explorador romo o sonda si ha quedado una superficie lisa, sin ningún tipo de retención o burbujas en el material.
- Retirar el aislamiento (absoluto o relativo usado).
- Comprobar la oclusión.
- Desgastar selectivamente si es necesario.

5.2.6. Aplicación de flúor gel

Procedimiento mediante el cual se incorpora a las superficies dentales una sustancia que contiene flúor en diferentes concentraciones de acuerdo al riesgo.

Una vez realizada la profilaxis de los cuatro cuadrantes, secar las superficies dentales.

Se inserta la cubeta en la boca por el tiempo que indique la casa fabricante, presionándola contra los dientes para asegurar el cubrimiento de los espacios proximales controlando la ubicación de

la cubeta y la absorción con eyector de saliva los excesos del producto.

5.2.7. Aplicación de flúor barniz.

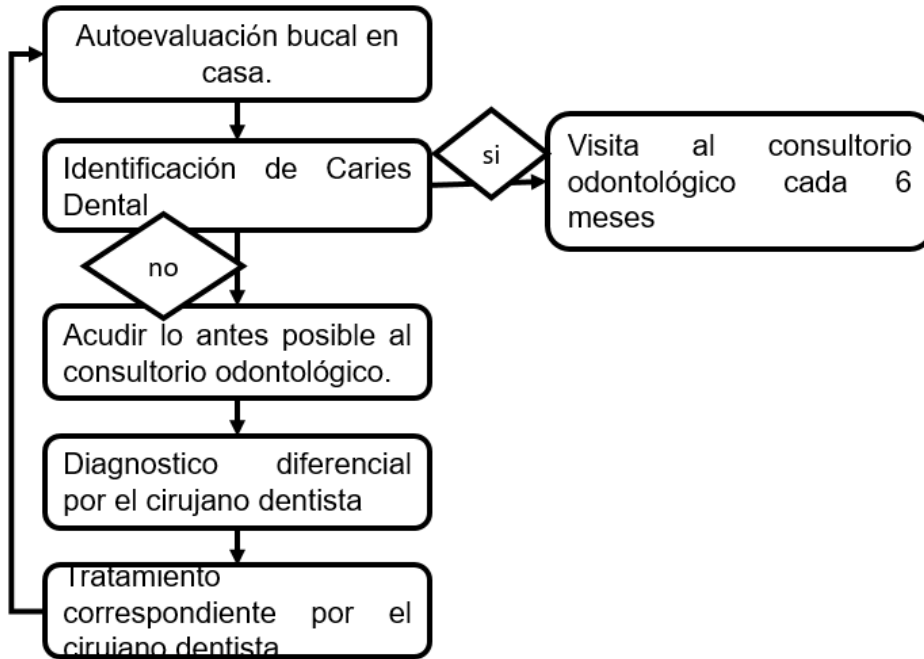
Procedimiento mediante el cual se incorpora a las superficies dentales una sustancia que contiene flúor a manera de barniz en diferentes concentraciones de acuerdo al riesgo.

Una vez realizada la profilaxis de los cuatro cuadrantes, secar las superficies dentales.

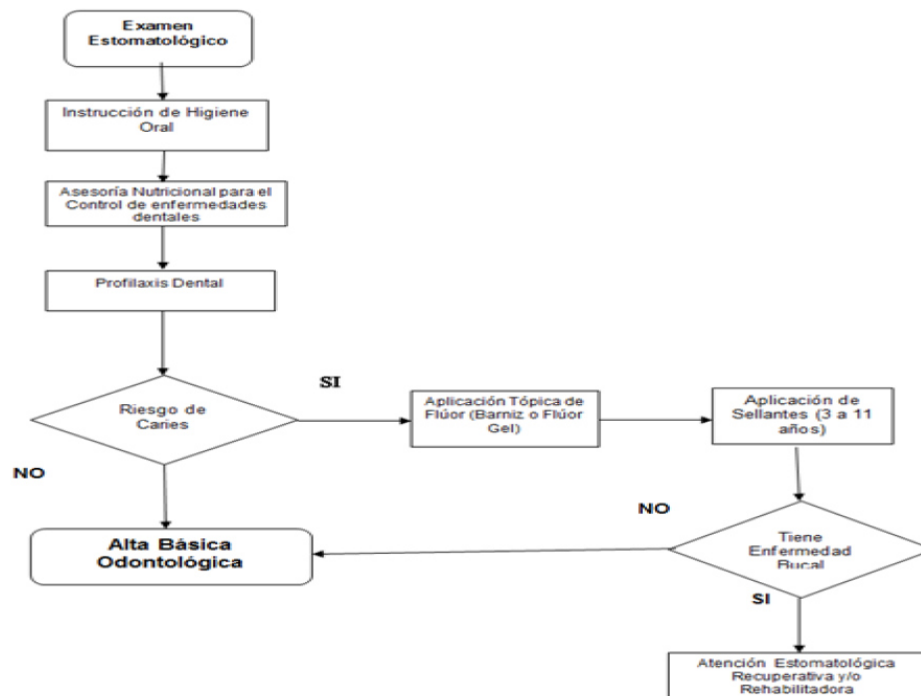
Se procede a realizar el aislamiento relativo e se inicia con el procedimiento de barnizado en los dientes por el tiempo que indique la casa fabricante, presionándola contra los dientes para asegurar el cubrimiento de los espacios proximales controlando el aislamiento relativo y la absorción con eyector de saliva los excesos del producto.

6. FLUJOGRAMA

6.1. ATENCIÓN EN PROMOCION DE LA SALUD BUCAL



6.2. Atención preventiva en salud bucal



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Patricia Castillo Zapata, Evaluación de la Eficacia de dos Métodos Preventivos: Educación en salud oral vs. Sellantes para Prevención de la Caries, en Escolares. Quito 2005.
2. Ramos Mg, Naranjo Mb, Castilo Pz, Balladares Ld, Latacunga Jg, Yerovi Mb, Guia de Prevención de la Caries, Comité Nacional de Protocolización IESS, Quito. Enero 2003.
3. Estrela Carlos, Control de Infecciones en Odontología. Primera Edición, Editorial Artes-Médicas Ltda..., 2005. Sao Paulo-Brasil.
4. Luoma H, Fejerskov O, Thylstrup A. Efecto del fluoruro sobre la placa dental, la estructura del diente y la caries dental. En: Thylstrup A, Fejerskov O. Caries. Ed. Doyma. Barcelona. Edición 2010.
5. Manual para la Atención Odontológica Integral, IESS. Dirección Nacional Médico Social. División Nacional de Atención Médica y Odontológica. Quito.2001
6. Manual de procedimientos en Odonto - Estomatología. El Salvador. 2004
7. Barrancos Mooney J. Operatoria dental. 3ra ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2005
8. Manual de Normas de Salud Oral. Bolivia Octubre – 2006
9. Moncada G. Ursua I. Cariología Clínica Bases Preventivas y Restauradoras 2008.
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Interamericano de Desarrollo. Programa de Salud Oral, Proyecto PRAT, Protocolos Operatorios, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa Regional de Salud Oral, julio 2002. Pag 17, 18, 19,20.
11. Andlaw R J, Rock W P. Manual de Odontopediatria. 4ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003
12. Katz S, Donald J L, Stookey G K. Odontología preventiva en acción. Ciudad de la habana: Editorial científico técnica; 2004

Anexo 6: Implementación de las condicionantes de uso del SIS



**RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE CAMBIOS NORMATIVOS PARA EL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

A. IDENTIFICACION DE LA PROBLEMÁTICA:

Respecto a los procesos de gestión de suscripción, afiliación y gestión de asegurados, se ha identificado que el SIS, al 25 de octubre de 2016, contaba con 17,9 millones de asegurados, de los cuales el 99% se encuentra asegurado al régimen subsidiado (subsidio total del estado) y el 0.2% (36 mil asegurados) se encuentran en el régimen semicontributivo (subsidio parcial del estado). Del total de personas que se encuentran en el régimen subsidiado, 9.1 millones fue afiliado mediante un proceso regular (cumplimiento de condición de pobreza), mientras que 8.2 millones fue afiliado de manera directa según lo dispuesto por normas con rango de ley o decreto supremo (grupo con normas), y medio millón, por encontrarse en el nuevo Régimen Único Simplificado (SIS RUS).

En vista a esto se han vinculado a lo anterior problemas de filtración y afiliación identificándose fallas en la cobertura de la población pobre del SIS.

Según investigaciones del banco mundial con base en ENAHO, el porcentaje de población pobre que está afiliado al SIS paso de aproximadamente un 25% en el año 2006 a poco ms de un 70% el año 2015. Considerando que en el año 2015 se encontraban en situación de pobreza 6,8 millones de personas (21,7% de la población), el SIS tendría pendiente de dar cobertura, mediante el régimen subsidiado, a alrededor de 2 millones de personas pobres; y mediante el régimen semicontributivo a alrededor de 4 millones de peruanos.

- Marco Normativo que dispone la afiliación directa al SIS Subsidiado:

CONDICIÓN DE ACCESO	NORMA	AÑO
Nacional Ecuatoriano	Ley 30255	2014
Centros de atención residencial de niñas, niños y adolescentes	D.LEG. 1164	2013
Escolares Qaliwarma	Ley 30061	2013
CCPP focalizados MIDIS	D.LEG. 1164	2013
Niños entre 0 a 5 años	D.LEG. 1164	2013
Internos INPE	D.LEG. 1164	2013
Gestantes	D.LEG. 1164	2013
Niños entre 0 a 5 años	D.LEG. 1164	2013
Menores de edad de Centros Juveniles	D.LEG. 1164	2013
Personas en situación de calle	D.LEG. 1164	2013
Servicio militar voluntario	Convenio N°046-2012-MINSA	2012
Jueces de Paz	Ley 29824	2012
Bomberos voluntarios	Ley 29695	2011
Juntas vecinales	Ley 29701	2011
Directivos Núcleos Ejecutores	DS 014-2009-SA	2009
Ex trabajadores cesados irregularmente	D.U. N° 025-2008	2008
Pobres decreto 2007 derogado	DS 004-2007-SA	2007
Organizaciones sociales de base	DS 006-2006-SA	2006
Niños wawa wasi	DS 006-2006-SA	2006
Indultados Inocentes	DS 006-2006-SA	2006
Beneficiarios CDH	DS 006-2006-SA	2006
Víctimas de esterilización forzada	DS 006-2006-SA	2006
Víctimas de violencia política 1980-2000	DS 006-2006-SA	2006
Agentes Comunitarios	DS 006-2006-SA	2006
Población Alto Andina	DS 006-2006-SA	2006
Población dispersa de la Amazonía	DS 006-2006-SA	2006
Beneficiarios Plan Integral de Reparaciones	Ley 28592	2005

Fuente: SIS

B. SUGERENCIAS DE MODIFICACIONES A LA NORMATIVA ACTUAL DEL SIS:

En vista a lo desarrollado con anterioridad la presente investigación después de analizar la normativa actual sugiere lo siguiente en pro de las mejoras prestacionales y económicas del sector salud:

- De acuerdo al Informe Final de la comisión interventora del seguro Integral de Salud (SIS):
 - Reorientar los esfuerzos de afiliación, de manera gradual y sostenible, a los 2 millones de peruanos en situación de pobreza (régimen subsidiado) y 4 millones de no pobres (régimen semicontributivo) que requieren de cobertura de riesgos en salud.
 - Facultar al SIS, con una norma de rango de ley, para que todo asegurado al régimen subsidiado por afiliación cuente con clasificación socioeconómica en el PGH o por ser considerado vulnerable.
 - Que el ministerio de trabajo y el MINSA, a través de ESSALUD y el SIS implementen, en el corto plazo, los sistemas y/o aplicativos informáticos que se requieran para transmitir el tiempo real la información de sus asegurados a SUSALUD.
 - Solicitar a las IAFAS que han entregado información insuficiente o inoportuna para la actualización del Registro de Afiliados al aseguramiento universal en salud de la Superintendencia Nacional de Salud, los reembolsos contemplados en el artículo 9° del decreto Legislativo N° 1163.
- A consideración de los autores se propone implementar una estrategia de transición entre los distintos regímenes de financiamiento que administra el SIS no solo considerando la pobreza y la vulnerabilidad, si no también considerando lo siguiente:
 - Uso constante de su seguro integral de salud
 - En esta norma se debe regular que el SIS mantendrá la afiliación del asegurado al régimen subsidiado en tanto el beneficiario cumpla con las disposiciones propuestas en cada programa de

salud en materia preventiva y chequeos anuales así mismo cuando el afiliado no cuente con otro seguro de salud privado.

- Encargar a las instancias correspondientes para la difusión de las nuevas condicionantes y usos del seguro integral de salud a nivel nacional, puesto que, así como es un derecho innato otorgado por constitución, también es un deber propiciar el cuidado y mantenimiento siendo primeros responsables de ello.
- Adoptar medidas de corto plazo para controlar eficazmente los recursos del SIS en todos los establecimientos de salud, mediante la conformación de equipos que evalúe a profundidad sobre los insumos y equipos que se tienen en los establecimientos para proponer una nueva estructura de financiamiento del sector salud y los mecanismos de control; mejorando así la calidad de atenciones, oportunidad de atención y mejores prestaciones de salud a nivel nacional.
- Para el caso de la investigación propiamente dicha; se sugiere actualizar la normativa de uso y reglas de aseguramiento acorde con el uso del SIS, se sugiere que el beneficiario debe asistir a la consulta odontológica 2 veces al año (cada 6 meses) si el mismo es diagnosticado como paciente sano en la consulta odontológica; si en caso el paciente no cuente con este diagnóstico debe cumplir con el plan de tratamiento asignado; al incumplimiento de las medidas se le asignara al régimen de seguro SIS contributivo, perdiendo de esta manera el SIS Subsidiado y promoviendo la responsabilidad personal del mismo paciente en cuanto a salud y autocuidado.

C. OBJETIVOS:

Este informe tiene por objetivo presentar las sugerencias que creemos serán de utilidad para mejorar el gasto en salud y crear conciencia de autocuidado

en el paciente, haciéndolo responsable único de su bienestar, desarrollando los siguientes puntos:

- Identificar la problemática que se viene atravesando en el sector salud y específicamente en el anexo 002 y el Programa Presupuestal 018 correspondiente a Enfermedades no Transmisibles, para la gestión de recursos públicos utilizados en el marco de aseguramiento universal de salud (SIS).
- Evaluar la normativa vigente vinculada al aseguramiento universal subsidiado y contributivo en los aspectos operativos, administrativos, técnicos para la propuesta realizada en el documento.
- Proponer mejoras en la normativa vigente que permita el fortalecimiento de atención universal en sus dos niveles SIS (subsidiado y contributivo) en el marco de los ejes transversales y Pilares Centrales de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública aprobada por Decreto Supremo N° 004-2013- PCM.

D. ESTRUCTURA DEL INFORME PRESENTADO POR LOS AUTORES

El informe está estructurado de la siguiente manera:

- El capítulo I, “Introducción”, presenta los antecedentes del informe y funcionamiento del Seguro Integral de Salud, objetivos y estructura.
- El capítulo II, “Diagnostico”, presenta la normativa revisada, descripción de los procesos del SIS en cuanto IAFAS públicas; y la identificación, para cada uno de estos procesos del SIS y otros temas transversales para la gestión de los recursos públicos utilizados en el marco de aseguramiento universal en salud, con especial énfasis en las condicionantes de uso del mismo.
- El capítulo III, “Conclusiones y Recomendaciones”, Resume los principales hallazgos en cuanto a las modificaciones y mejoras que debe presentar la normativa actual SIS que permitan el fortalecimiento del proceso de aseguramiento universal y la atención de calidad en salud y SIS.
-

E. NORMATIVA REVISADA:

- Ley N° 26842- Ley General de Salud
- Ley N° 27604, Ley que modifica la ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención medica en casos de emergencias y partos.
- Ley 29761, Ley de financiamiento público de los Regímenes Subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en Salud.
- Ley 29951- Ley del presupuesto del sector público para el año fiscal 2013
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la ley de organización y funciones del Ministerio de Salud.
- Texto Único ordenado de la ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por decreto supremo N° 020-2014-SA.
- Decreto Legislativo N° 1154, Decreto Legislativo que autoriza los servicios complementarios en salud.
- Reglamento del decreto legislativo N° 1154, Decreto Legislativo que autoriza los servicios complementarios en salud, aprobado por decreto supremo N° 001-2014-SA.
- Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba las disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 030-4014-SA
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de aseguramiento en Salud (PEAS)
- Reglamento de Organización y funciones del Seguro integral de salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA y sus modificatorias
- Decreto Supremo 010-2016-SA, que aprueba Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas

- Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA; que aprueba el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.
- Reglamento que regula el Procedimiento Especial de Contratación de Servicios de Salud, Servicios de Albergue incluido la alimentación cuando corresponda, y compra, dispensación o expendio de medicamentos esenciales de manera complementaria a la oferta pública, aprobado por Decreto Supremo N° 017- 2014-SA
- Resolución Jefatura N° 071-2012/SIS, que aprueba la Directiva N° 001-2012- SIS/GNF "Directiva que regula el Pago de Procedimientos brindados por un, proveedor público o privado al Asegurado/Inscrito del Seguro Integral de salud.
- Resolución Jefatura N° 148-2012/SIS, que aprobó la "Guía Técnica para el pago por pre liquidación.
- Resolución Jefatura N° 082-2014/SIS, que aprobó el Tarifario de procedimientos Médicos, Quirúrgicos y Estomatológicos (PME) del Seguro Integral de Salud.
- Resolución Jefatura N° 126-20: IS/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA; que regula el proceso de afiliación al régimen subsidiado del SIS.
- Resolución Jefatura N° 134-2015/SIS, que aprueba la Directiva N° 001-2015- SIS/GREP/GNF/GA/OGTI/OGAR-V. O1, Directiva Administrativa que establece los Procesos de Atención y Procedimiento de Pago de las Prestaciones de Salud Brindadas a los Asegurados del Seguro Integral de Salud en Condición de Emergencia por las IPRESS Privadas.
- Resolución Jefatura N° 158-2015-SIS, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del Seguro integral de Salud.
- Resolución Jefatura N° 240-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 0D3-2015/SIS/GRcP-GNF-V-01 "Directiva Administrativa que norma la Implementación de los servicios complementarios en Salud para los asegurados del Seguro integral de Salud"

- Resolución Jefatural N° 241-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 002-2015-SIS/GREP-V.02, "Directiva Administrativa que Regula el Proceso de Evaluación Automática de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud".
- Resolución Jefatural N° 006-2016/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2016aSIS-GREP-V.03, "Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de salud financiadas por el SIS"
- Resolución Jefatural N° 009-2016/SIS, que aprueba las "Guías Técnicas para las Transferencias Financieras en el Primer Nivel de Atención":
- Resolución Jefatural N° 090-2016/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2016-SIS/GNF-V.01 "Directiva Administrativa para el Reconocimiento de la Prestación Económica de Sepelio para los Asegurados a los Regímenes de Financiamiento Subsidiado y Semicoltributivo del Seguro Integral de Salud"
- Resolución Jefatural N° 091-2016/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2016/SIS/GREP-GNF-GA-QGTI-QGAR - V.02; "Directiva Administrativa que establece los Procesos de Atención y Procedimiento de Pago de las Prestaciones de Salud brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud en condición de Emergencia por las IPRESS Privadas".
- Resolución Jefatural N° 151-2016/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 005-2016-SIS/GREP--V. 01, "Directiva Administrativa de Supervisión del Desempeño de las Gerencias Macro Regionales y unidades Desconcentradas Regionales del Seguro Integral de Salud en el marco del Control Prestacional".

F. CONCLUSIONES

En relación con los nuevos enfoques en salud y gestión de procesos, el SIS debe diseñar, modificar su normativa buscando beneficiar a todas las partes involucradas, fortaleciendo puntos débiles y no contemplados en su normativa. Así mismo se debe uniformizar criterios que el SIS considere necesario para crear consciencia de autocuidado y hacer responsable al beneficiario de su salud.

Exigir un mecanismo que garantice que el asegurado se encuentre bien informado de sus beneficios y derechos como también de sus obligaciones, que contribuyan a la mejor calidad de vida, menor gasto en salud, etc.

Elaborar un proyecto de ley en el que se apruebe las modificatorias que sugieren los autores para la normativa y condicionantes de uso del SIS.

11.4 Anexos complementarios

11.4.1 SADCI

A. F-D 1: Déficit relacionado con leyes, reglas, normas y “reglas de juego”.

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
01.1	----	Se considera de gravedad 5 ya que no se evidencian trabas normativas para la aplicación del test.					X
01.2	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento de la existencia de planes de capacitación constante para el profesional odontólogo, en manuales didácticos. 	Para el diseño del plan es considerado con gravedad 5, puesto que bajo el riesgo de omitir algún documento se basa en el planteamiento y la elaboración por parte de los autores y asesores.					X
01.3	<ul style="list-style-type: none"> Reglas laxas y procedimientos lentos para ejecutar decisiones gerenciales como la evaluación y aprobación de planes de trabajo. 	Para la presentación y aprobación del plan es considerado con gravedad 4, ya que dependerá de la aprobación del área de planificación estratégica.				X	
01.4	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación del objetivo del producto de manera implícita y poco clara para todo el personal ejecutor(odontólogos). Carencia de normatividad que faculte al técnico en salud a realizar actividades de promoción, que vayan acorde a los indicadores de desempeño. 	Se encuentra consignado como gravedad 4 es viable ya que el profesional odontólogo y personal técnico están dispuestos a colaborar con las capacitaciones constantes.				X	
01.5	----	Se considera de gravedad 5 ya que la norma apoya a la evaluación post capacitación.					X
02.1	----	Se considera de gravedad 5 ya que no se evidencian trabas normativas para la					X

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
		aplicación del test a la población.					
02.2	• Desconocimiento de la limitación de responsabilidades de nuestros planteamientos en el diseño que vayan en contra del planteamiento de las demás organizaciones	Para el diseño del plan es considerado con gravedad 5, puesto que se concertaran reuniones de coordinación con los involucrados.					X
02.3	• Procedimientos lentos para ejecutar decisiones gerenciales como la evaluación y aprobación de planes de trabajo.	Para la presentación y aprobación del plan es considerado con gravedad 5, ya que dependerá de la aprobación del área de planificación estratégica.					X
02.4	----	Se encuentra consignado como gravedad 4 es viable ya que la normatividad del MINSA apoya a las capacitaciones constantes en promoción de la salud.				X	
02.5	----	Se considera de gravedad 4 ya que debemos evaluar el impacto de las capacitaciones.				X	
03.1	----	Es viable porque las normas contemplan la propuesta de nuevas y actividades, considerado en una gravedad de 4.				X	
03.2	• Reglas laxas y procedimientos lentos para ejecutar decisiones gerenciales como la evaluación y aprobación de planes de trabajo.	Para la presentación y aprobación de la guía técnica es considerado con gravedad 5, ya que dependerá de la aprobación del área de planificación estratégica.					X
03.3	• Desconocimiento a profundidad del producto para la implementación.	Sera viable ya que toda nueva estrategia en salud				X	

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
		se debe realizar las réplicas al personal involucrado.					
03.4	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento del MOF y ROF para la ejecución del plan. 	Se considera con gravedad 4, ya que la implementación y ejecución del plan no presenta trabas normativas y se hará hincapié en la revisión del MOF y ROF.				X	
03.5	<ul style="list-style-type: none"> Carencia de indicadores de desempeño que exijan al profesional odontólogo. Carencia de indicadores de desempeño que considere la productividad del personal técnico. 	Se considera de gravedad 3 ya que la normativa apoya el desarrollo, pero requiere implementación de indicadores..			X		
04.1	<ul style="list-style-type: none"> Inexactitud de información sobre los datos estadísticos o los mismos no son actualizados. 	Es considerado con gravedad 5 ya que la información y análisis es libertad de todo usuario.					X
04.2	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de la ley general de asegurados con el PEAS y la 29761; Ley de financiamiento público de los Regímenes Subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en Salud, que defienden el aseguramiento universal. Especificación en la constitución política Capítulo II sobre los Derechos Sociales y Económicos artículo 7° indica "Todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa y garantizar el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones a través de entidades públicas, privadas o mixta. 	Sera considerado con gravedad 2 ya que presenta impedimento normativo en cuanto a negar el derecho de libre acceso a las prestaciones de salud; sin embargo también el mismo especifica el deber de contribuir a su promoción y defensa , abriéndonos caminos en la implementación de alianzas estratégicas.		X			
04.3	<ul style="list-style-type: none"> El presupuesto asignado por el MEF ya se encuentra 	Es de gravedad 2 ya que representa un				X	

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
	<p>en concordancia con los objetivos estratégicos de la política de Estado formulados por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) lo que dificulta obtener más recursos al PPr0018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El presupuesto asignado a sector salud es de acuerdo a PBI. 	déficit crítico puesto que esta tarea depende del MEF.					
04.4	<ul style="list-style-type: none"> • El monto asignado para espacios publicitarios por cada PPr es en aproximado de 10 000 soles por año, otorgándole mayor importancia a las otras áreas del PPr 0018 como son salud ocular, metaxénicas, etc. 	Es de gravedad 3 ya que se propondrá una distribución equitativa de este monto; así mismo se optara por paquetes de publicidad que sean beneficiosos para el PPr 0018.			X		
04.5	----	No existe traba normativa ya que las IPRESS solo se encargan de ejecutar las normas dadas.					X

B. F-D 2: Déficit relacionados con relaciones interinstitucionales.

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
01.1	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente coordinación entre las redes de salud e IPRESS. Inadecuada priorización de objetivos institucionales. 	Se considera 4 ya que no tenemos dificultades críticas a nivel interinstitucional para la aplicación del pre test.				X	
01.2	<ul style="list-style-type: none"> Incompatibilidad en cuanto a metodología en el diseño de planes entre la red de salud e IPRESS. 	Es de gravedad 4 ya que se evidencia dificultades corregibles y puesto que se sigue la normativa para el diseño institucional.				X	
01.3	<ul style="list-style-type: none"> Extensos trámites burocráticos en el proceso documentario. 	Se considera de gravedad 5 ya que la aprobación será en conjunto con otras oficinas y se realizará el seguimiento adecuado.					X
01.4	<ul style="list-style-type: none"> Desacreditación del programa de salud bucal por parte de los actores dominantes. 	No se presentan dificultades ya que se dio a conocer la importancia del programa en un producto dirigido al profesional.					X
01.5	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente coordinación entre las redes de salud e IPRESS. Inadecuada priorización de objetivos institucionales. 	Se considera 5 ya que no tenemos dificultades a nivel interinstitucional para la aplicación del post test.					X
02.1	<ul style="list-style-type: none"> Mala relación interpersonal y pública entre las diferentes organizaciones. Carencia de interés en el programa salud bucal por parte de las demás instituciones multisectoriales. 	En este punto se considera de dificultad 4 ya que se tendrá que coordinar con otras instituciones para poder reunir a la población y perseguir el mismo objetivo.				X	
02.2	<ul style="list-style-type: none"> Incompatibilidad en el planteamiento de objetivos con las demás organizaciones relacionadas. 	Se considera dificultad 5 por que la elaboración del plan no depende de otras instituciones.					X
02.3	<ul style="list-style-type: none"> Extensos trámites burocráticos en el proceso documentario. 	Se considera 5 ya que la aprobación será en conjunto con otras oficinas de mayor responsabilidad de la misma institución.					X

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
02.4	<ul style="list-style-type: none"> Desacreditación del programa de salud bucal por parte de los actores dominantes. 	Se considera 4 ya que dependemos de la colaboración de otras instituciones para la ejecución.				X	
02.5	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente coordinación entre los organismos multisectoriales y las IPRESS. Inadecuada priorización de objetivos en común. Incompatibilidad en la disponibilidad de tiempo entre los actores involucrados para las capacitaciones. 	Se considera 4 por que se pretende evaluar a la misma cantidad de población capacitada.				X	
03.1	<ul style="list-style-type: none"> No conocer todas las debilidades a nivel organizacional del PPr. Inexistencia de antecedentes similares en el planteamiento de nuevos diseños. 	Consideramos de dificultad 5 ya que depende del planteamiento de los autores y la pericia y experiencia del asesor.					X
03.2	<ul style="list-style-type: none"> Incompatibilidad en cuanto a metodología en el diseño de planes entre la red de salud e IPRESS. 	Es considerado 5 ya que no necesita la aprobación de otras instituciones.					X
03.3	<ul style="list-style-type: none"> Inadecuada programación de capacitación a los profesionales odontólogos. Escasa predisposición del jefe de establecimiento para otorgar permisos a la capacitaciones. 	Consideramos dificultad 5 ya que contamos con un grupo capacitado y un proyecto estructurado con la coordinación de los involucrados .					X
03.4	<ul style="list-style-type: none"> Limitada sensibilización a la población del producto 2 y 3 el que imposibilita la ejecución de la tarea. Priorización de otros programas y actividades diferentes al de salud bucal. 	Se considera 4 ya que necesitaremos la correcta implementación del producto 1,2 y 3 para la ejecución.				X	
03.5	<ul style="list-style-type: none"> Exiguo conocimiento y actualización en la codificación de las diversas actividades realizadas por el profesional odontólogo. 	La obtención de datos del monitoreo no presenta dificultad, porque la extracción de datos es automática con el actual uso de las TICS.					X
04.1	<ul style="list-style-type: none"> Inexactitud de información sobre los datos estadísticos 	Es considerado con gravedad 5 ya que la					X

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
	o los mismos no son actualizados.	información y análisis es libertad de todo usuario.					
04.2	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento de las condicionantes de uso del SIS gratuito. Interpretación inadecuada de la corresponsabilidad del paciente en su salud bucal. Inexistencia de indicadores de desempeño que permitan establecer indicadores. 	Es de dificultad 3 , ya que depende de la aprobación de otras instituciones y estará sujeto a las nuevas modificaciones que se realicen.			X		
04.3	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de proyecto a destiempo. 	Es de dificultad 4 , ya que depende de la aceptación del MEF.				X	
04.4	<ul style="list-style-type: none"> El monto asignado para espacios publicitarios por cada PPr es en aproximado de 10 000 soles por año, otorgándole mayor importancia a las otras áreas del PPr 0018 como son salud ocular, metaxénicas, etc. 	Es de gravedad 3 ya que se propondrá una distribución equitativa de este monto; así mismo se optara por paquetes de publicidad que sean beneficiosos para el PPr 0018.			X		
04.5	----	Dificultad 5 ya que todas las instituciones del MINSA son financiadas por el SIS.					X

C. F-D 3: Déficit relacionados con la estructura organizacional interna distribución de funciones.

Cód. De Tarea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
01.1	<ul style="list-style-type: none"> Recargada labor del profesional odontólogo en el cumplimiento de los indicadores. 	Se considera 5 ya que no tenemos dificultades a nivel organizacional interno para la aplicación del pre test por la coordinación que se tuvo en el área.					X
01.2	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en el cumplimiento de la tarea en el plazo previsto de la incorporación de un nuevo diseño en la normativa, guías y documentos de gestión el que le corresponde a la sede Central del MINSA. 	No se evidencia dificultades puesto que se sigue la normativa para el diseño institucional.					X
01.3	<ul style="list-style-type: none"> Reglas laxas y procedimientos lentos para ejecutar decisiones gerenciales como la evaluación y aprobación de planes de trabajo. 	Se considera 4 ya que la aprobación será en conjunto con la organización interna.				X	
01.4	<ul style="list-style-type: none"> Influencia significativa positiva o negativa en la capacitación del profesional odontólogo a cargo de la Red de Salud. 	No se presentan dificultades ya que es un producto dirigido al profesional.					X
01.5	<ul style="list-style-type: none"> Recargada labor del profesional odontólogo en el cumplimiento de los indicadores. 	Se considera 5 ya que no tenemos dificultades a nivel interno para la aplicación del post test.					X
02.1	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente coordinación entre los organismos multisectoriales y las IPRESS. 	En este punto se considera de dificultad 4 ya que se tendrá que coordinar con otros organismos multisectoriales para la aplicación del pretest.				X	
02.2	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en el cumplimiento de la tarea en el plazo previsto de la incorporación de un nuevo diseño en la normativa, guías y documentos de gestión el que le corresponde a la sede Central del MINSA. 	Se considera dificultad 5 por que la elaboración del plan no depende de otras oficinas.					X
02.3	<ul style="list-style-type: none"> Reglas laxas y procedimientos lentos para ejecutar decisiones gerenciales como 	Se considera 4 ya que la aprobación será dada				X	

Cód. De Tarea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
	la evaluación y aprobación de planes de trabajo.	por oficinas de mayor responsabilidad.					
02.4	<ul style="list-style-type: none"> Influencia significativa positiva o negativa en la capacitación de la población en general en cuanto a la salud bucal y el impacto que traerá consigo. 	Se considera 4 ya que dependemos de la disponibilidad de los otros organismos multisectoriales.				X	
02.5	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente coordinación entre los organismos multisectoriales y las IPRESS. 	En este punto se considera de dificultad 4 ya que se tendrá que coordinar con otros organismos multisectoriales para la aplicación del post test.				X	
03.1	<ul style="list-style-type: none"> Complejidad en el análisis y reestructuración del programa presupuestal. Inexperiencia de los autores en el planteamiento de los productos. 	Consideramos de dificultad 4 ya que precisa de una evaluación de expertos.				X	
03.2	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en el cumplimiento de la tarea en el plazo previsto de la incorporación de un nuevo diseño en la normativa, guías y documentos de gestión el que le corresponde a la sede Central del MINSA. 	Es considerado 4 ya que necesita la aprobación de un equipo técnico y otras oficinas.				X	
03.3	<ul style="list-style-type: none"> Inadecuada programación de capacitación a los profesionales odontólogos. Escasa predisposición del jefe de establecimiento para otorgar permisos a la capacitaciones. 	Consideramos dificultad 5 ya que contamos con un grupo capacitado y un proyecto estructurado.					X
03.4	<ul style="list-style-type: none"> Influencia significativa positiva o negativa en el desarrollo de procedimientos del profesional odontólogo. 	Se considera 5 ya que se ejecutara por el profesional odontólogo capacitado.					X
03.5	<ul style="list-style-type: none"> Recargada labor de los encargados de la digitación del HIS REPORT y falta de actualización en los nuevos códigos. 	La obtención de datos del monitoreo no presenta dificultad, porque la extracción de datos es automática.					X
04.1	<ul style="list-style-type: none"> Inexactitud de información sobre los datos estadísticos o los mismos no son actualizados. 	Es de dificultad 5 por que el análisis es ejecutado por los responsables del servicio de odontología,					X

Cód. De Tarea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
		quienes conocen de la realidad.					
04.2	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en el cumplimiento de la tarea en el plazo previsto de la incorporación de un nuevo diseño en la normativa, guías y documentos de gestión el que le corresponde a la sede Central del MINSA. 	Es de dificultad 5 , ya que no depende de la organización interna.					X
04.3	<ul style="list-style-type: none"> La aprobación de la propuesta del producto le corresponde al MEF y su retraso afectaría el cumplimiento de la tarea dentro del plazo previsto. 	Es de dificultad 5 , ya que no depende de la organización interna, si no del MEF.					X
04.4	<ul style="list-style-type: none"> Limitada participación del equipo de salud bucal en las reuniones de comunicación y áreas públicas. 	Es de dificultad 4 porque esto será necesario el apoyo y consentimiento de otros servicios.				X	
04.5	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento del ROF y MOF en las diferentes organizaciones, dificultándonos en la aplicación del producto. 	Dificultad 4 ya que todas las instituciones del MINSA son financiadas por el SIS y es de obligación del personal conocer estos términos.				X	

D. F-D 4: DCI desde el punto de vista de las políticas de personal

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
01.1	<ul style="list-style-type: none"> Falta de incentivo salarial y no salarial para el profesional odontólogo. Falta de capacidades en TICS por parte del profesional odontólogo. 	Dificultad 5 por que será aplicado al profesional odontológico de la IPRESS con apoyo de todo el personal.					X
01.2	<ul style="list-style-type: none"> Recargo de actividades en las diferentes áreas. 	Consideramos de dificultad 5 porque es realizado por un especialista en gestión.					X
01.3	<ul style="list-style-type: none"> Desinterés de parte de los actores dominantes en el bienestar de sus trabajadores. 	Se considera dificultad 5 ya que no se encuentra dentro de sus funciones la aprobación del plan.					X
01.4	----	Se considera dificultad 5 por que las políticas del personal no impiden la ejecución.					X
01.5	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente incentivo salarial y no salarial para el profesional odontólogo. Inexactitud de capacidades en TICS por parte del profesional odontólogo. 	Dificultad 5 por que la aplicación del post test está dentro de las políticas del personal.					X
02.1	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente incentivo económico o material para el asegurado. 	Dificultad 5 ya que la ejecución está permitida por las políticas del personal.					X
02.2	<ul style="list-style-type: none"> Recargo de actividades en las diferentes áreas. 	Consideramos de dificultad 5 ya que nosotros diseñamos el plan.					X
02.3	<ul style="list-style-type: none"> Desinterés de parte de los actores dominantes en el bienestar de sus trabajadores. 	Es de dificultad 4 por que la aprobación no depende de las políticas del personal.				X	
02.4	----	Dificultad 5 ya que la ejecución está permitida por las políticas del personal.					X
02.5	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente incentivo económico o material para el asegurado. 	Dificultad 5 por que la aplicación del post test está dentro de las políticas del personal.					X
03.1	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente incentivo salarial y no salarial para el profesional odontólogo. 	Consideramos dificultad 5 por que las políticas del personal lo permiten a pesar de las limitaciones.					X

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
	<ul style="list-style-type: none"> Moderadas capacidades en TICS por parte del profesional odontólogo. Moderadas capacidades en actualizaciones en el área. 						
03.2	<ul style="list-style-type: none"> Desinterés de parte de los actores dominantes en el bienestar de sus trabajadores. 	Es de dificultad 5 por que la aprobación no depende de las políticas del personal.					X
03.3	<ul style="list-style-type: none"> Moderadas capacidades en actualizaciones en el área de odontología. 	Dificultad 5 ya que se encuentra dentro de las responsabilidades del profesional.					X
03.4	----	Consideramos dificultad 5 por que las políticas del personal lo permiten.					X
03.5	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente incentivo salarial y no salarial para el profesional digitador del HIS REPORT. 	Dificultad 5 por que las políticas de personal implica acceder a los datos estadísticos para el monitoreo y supervisión.					X
04.1	----	Consideramos de dificultad 5 por que no guarda relación con las políticas de personal.					X
04.2	<ul style="list-style-type: none"> El conocimiento arraigado de la población del concepto salud y aseguramiento universal tendrá que ser reformulado, el cual traerá consigo contrariedades. 	Es de dificultad 3 por que las políticas de personal y derechos consignados en la constitución no se quitaran; tan solo se incrementaran algunas condicionantes.			X		
04.3	El MEF deberá considerar las propuestas presentadas y al mismo tiempo considerar incentivos económicos para ambas partes los mismos que son el profesional y técnico como para la población.	Es de dificultad 2 por que las políticas de personal e incentivos está relacionado con el MEF por el presupuesto que exigiría incrementar.		X			
04.4	----	Dificultad 5 por que está considerado dentro de las políticas de personal.					X
04.5	---	Es de dificultad 4 no están implicadas en la aplicación del ente financiador.				X	

E. F-D 5: Déficit desde el punto de vista de insumos físicos y recursos humanos

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
01.1	<ul style="list-style-type: none"> Limitada disponibilidad de tiempo del personal odontólogo. 	Dificultad 4 ya que depende del área de logística para la adquisición de insumos y recursos humanos.				X	
01.2	<ul style="list-style-type: none"> Restringido número de profesionales en el diseño del plan. 	Dificultad 5 ya que no implica insumos y se contara con la guía y asesoramiento del asesor.					X
01.3	----	Es de dificultad 5 ya que no implica insumos.					X
01.4	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en la adquisición de materiales e insumos para la ejecución del plan. 	Es de dificultad 4 ya que implica de insumos y recurso humano.				X	
01.5	<ul style="list-style-type: none"> Limitada disponibilidad de tiempo del personal odontólogo. 	Es de dificultad 4 ya que implica de insumos y recurso humano.				X	
02.1	<ul style="list-style-type: none"> Limitada disponibilidad de tiempo de la población. 	Es de dificultad 4 ya que implica de insumos y recurso humano.				X	
02.2	<ul style="list-style-type: none"> Restringido número de profesionales en el diseño del plan. Deficiente identificación de gastos e insumos a necesitar. Desconocimiento de materiales con los que se cuentan hasta el momento. 	Es de dificultad 4 ya que se prevé un presupuesto de contingencia.				X	
02.3	----	Es de dificultad 5 ya que no implica insumos.					X
02.4	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en la adquisición de materiales e insumos para la ejecución del plan. 	Es de dificultad 4 ya que implica el uso de insumos y recurso humano.				X	
02.5	<ul style="list-style-type: none"> Limitada disponibilidad de tiempo de la población. 	Es de dificultad 4 ya que implica de insumos y recurso humano.				X	
03.1	<ul style="list-style-type: none"> Restringido número de profesionales en el diseño del plan. 	Es de dificultad 5 ya que no implica insumos solo recurso humano el que se encuentra cubierto por los autores.					X
03.2	----	Es de dificultad 5 ya que no implica insumos.					X

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
03.3	<ul style="list-style-type: none"> • Restringido número capacitadores especialistas en el producto. • Limitado tiempo en la duración de las capacitaciones. • Deficiencias en los materiales para aplicación del producto 3. 	Es de dificultad 3 ya que se ha realizado coordinaciones para la contratación de capacitadores especialistas y en cuanto a la duración de las mismas, teniendo como debilidad la coordinación de materiales a usarse en el producto 3.			X		
03.4	<ul style="list-style-type: none"> • Limitada disponibilidad de tiempo del profesional odontólogo en la atención preventiva. • Minguada contratación de personal para poblaciones extensas y de difícil acceso. 	Es de dificultad 3 ya que implica de insumos y recurso humano.			X		
03.5	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficientes recursos tecnológicos como computadoras, internet, etc. Para el registro de actividades por parte del profesional. 	Es de dificultad 3 ya que implica insumos.			X		
04.1	----	Es de dificultad 5 ya que no implica insumos ni recurso humano.					X
04.2	----	Es de dificultad 5 ya que no implica insumos ni recurso humano.					X
04.3	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel de MEF se requerirá prever la contratación de nuevo personal y mayor presupuesto para las alianzas estratégicas. 	Es de dificultad 3 ya que implica la adquisición de insumos y recurso humano.			X		
04.4	<ul style="list-style-type: none"> • Sera necesario contratar espacios publicitarios y personal especializado en publicidad. 	Es de dificultad 4 ya que implica de insumos y recurso humano contemplados para cada PPr.				X	
04.5	----	Es de dificultad 5 ya que no implica insumos, tan solo Recurso humano que se encuentra dentro de las funciones del profesional odontólogo.					X

F. F-D 6: Déficit relacionados con la capacidad individual de los participantes en las agencias involucradas en el proyecto.

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
01.1	<ul style="list-style-type: none"> • Relativo conformismo y la inercia del personal odontológico con los objetivos del PPr. • Personal no colaborador con el desarrollo del producto. • Jefaturas reacios a conceder el permiso a los profesionales por priorizar otros programas. • Desconocimiento del test. 	Dificultad 5 porque es un trabajo que implica al profesional odontólogo y todas las áreas con reuniones anticipadas para superar estas dificultades.					X
01.2	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de experiencia por parte de los autores. • Celo profesional por parte de los actores dominantes, dificultando el planteamiento del diseño del plan. 	Dificultad 5 ya que está planteado por profesionales capacitados y en cumplimiento a nuestras normas.					X
01.3	----	Dificultad 5 por que se encuentra dentro de la capacidad individual y las agencias involucradas en el proyecto.					X
01.4	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de empoderamiento del profesional odontológico. 	Es de dificultad 5 ya que se encuentra en la capacidad individual y desarrollo de habilidades profesionales.					X
01.5	<ul style="list-style-type: none"> • Relativo conformismo y la inercia del personal odontológico con los objetivos del PPr. • Personal no colaborador con el desarrollo del producto. • Jefaturas reacios a conceder el permiso a los profesionales por priorizar otros programas. • Conformismo del personal en actividades antiguas. • Desconocimiento del test. 	Es de dificultad 5 ya que dependerá de las coordinaciones anticipadas con las áreas involucradas y personal cooperador.					X

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
02.1	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento e inercia de la población en cuanto a temas de salud bucal. Diferencias culturales en cuanto al idioma. Desconocimiento del test. 	Es de dificultad 4 ya que no tendremos una población homogénea, pero se coordinara con actores claves que faciliten la comunicación.				X	
02.2	<ul style="list-style-type: none"> Conformismo del personal en actividades antiguas. Deficiente empoderamiento y confianza en las propias capacidades de los autores. 	Dificultad 5 ya que está asesorado por un experto.					X
02.3	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de celo y antipatía profesional, dificultándonos las relaciones interpersonales. 	Dificultad 5 por que estará a cargo de un equipo externo competente.					X
02.4	<ul style="list-style-type: none"> Falta de empoderamiento del profesional odontológico. Carente colaboración de la población, resultando ignorado el objetivo del producto. 	Es de dificultad 5 por que dependerá de la capacidad del profesional capacitado y las coordinaciones que se realizaron anticipadamente, para evitar estas debilidades.					X
02.5	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento e inercia de la población en cuanto a temas de salud bucal. Diferencias culturales en cuanto al idioma. Desconocimiento del test. 	Es de dificultad 4 ya que dependerá de las habilidades del poblador, además la población no es homogénea, pero se coordinara con actores claves que faciliten la comunicación.				X	
03.1	<ul style="list-style-type: none"> Desconfianza en si mismos de sus capacidades en el área de trabajo. Desconocimiento del test. 	Es de dificultad 5 ya que se encuentra dentro de las capacidad del personal ya capacitado.					X
03.2	<ul style="list-style-type: none"> Inseguridad y falta de decisión por el temor a fallar. Débil cultura de planificación. 	Dificultad 5 por que estará a cargo de agencias involucradas competentes.					X
03.3	<ul style="list-style-type: none"> Uso amplio de tecnicismos que 	Es de dificultad 5 por que dependerá de la capacidad					X

Cód. De Terea	IDENTIFICACIÓN DEL DCI	JUSTIFICACIÓN	Gravedad DCI				
			1	2	3	4	5
	dificultan la correcta interpretación del producto.	del profesional capacitado, el que estará a cargo de un grupo de expertos.					
03.4	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente interés del profesional para la ejecución del plan. 	Es de dificultad 5 ya que dependerá de las habilidades y estrategia de cada profesional comprometido con la ejecución del plan.					X
03.5	<ul style="list-style-type: none"> Abatimiento excesivo por sobre carga de trabajo. Sumisión en la exigencia de derechos. 	Es de dificultad 5 porque se trata de monitoreo a través del HISS REPORT, considerando sus derechos y en horario de trabajo.					X
04.1	----	Es de dificultad 5 por que dependerá de la capacidad del profesional.					X
04.2	----	Dificultad 5 porque depende del análisis de las condicionantes por la agencia involucrada.					X
04.3	<ul style="list-style-type: none"> Débil cultura de planificación. 	Dificultad 5 porque depende del análisis de las condicionantes por la agencia involucrada y la capacidad individual no se ve comprometida.					X
04.4	<ul style="list-style-type: none"> Limitaciones en la empatía e identificación con el producto para su difusión. 	Es de dificultad 5 porque está dentro de la capacidad individual superada.					X
04.5	<ul style="list-style-type: none"> Escaso conocimiento del planteamiento del producto y las modificaciones en las diferentes IPRESS. 	Es de dificultad 5 porque está dentro de la capacidad de la agencia involucrada en capacitaciones al profesional y la consolidación de objetivos..					X

G. F- F 7: Formulario F Sinopsis de la estrategia y plan de acción de desarrollo institucional

Cód. De Terea	Gravedad DCI					IDENTIFICACIÓN DEL DCI	Estrategia y Plan de Acción de Desarrollo Institucional		
	1	2	3	4	5		Decisión Gubernamental	Asistencia Técnica	Otros
04.3		X				El MEF deberá considerar las propuestas presentadas y al mismo tiempo considerar incentivos económicos para ambas partes los mismos que son el profesional y técnico como para la población.	Sustentar adecuadamente las estrategias diseñadas y los productos planteados, demostrando eficiencia de la aplicación de los mismos.	Adaptar los modelos existente en alianzas estratégicas como el de CRED y juntos.	Solicitar una mejora presupuestal para el PPr 0018 de acuerdo al PBI.
04.2		X				<ul style="list-style-type: none"> Existencia de la ley general de asegurados con el PEAS y la 29761; Ley de financiamiento público de los Regímenes Subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en Salud, que defienden el aseguramiento universal. Especificación en la constitución política Capítulo II sobre los Derechos Sociales y Económicos artículo 7° indica "Todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa y garantizar el libre acceso a las 	Sustentar adecuadamente la implementación de condicionantes del SIS gratuito ante las entidades dominantes, explicando que no se retirara el beneficio, solo se adicionara condicionantes.	Se convocara a una reunión con las autoridades SIS para detallar las condicionantes a implementar.	----

Cód. De Terea	Gravedad DCI					INDENTIFICACIÓN DEL DCI	Estrategia y Plan de Acción de Desarrollo Institucional		
	1	2	3	4	5		Decisión Gubernamental	Asistencia Técnica	Otros
						prestaciones de salud y pensiones a través de entidades públicas, privadas o mixta.			
03.5			X			<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de indicadores de desempeño que exijan al profesional odontólogo. • Carencia de indicadores de desempeño que considere la productividad del personal técnico. 	Exponer, sustentar la importancia del rediseño de indicadores de desempeño para el profesional odontólogo para el cumplimiento de los objetivos del producto.	Poner de conocimiento del profesional la inclusión de nuevos indicadores y las nuevas metas y exigencias que deberá cumplir dentro del servicio de salud bucal.	Considerar capacitaciones constantes para fortalecer puntos débiles y al mismo tiempo considerar incentivos para el equipo.
04.4			X			<ul style="list-style-type: none"> • El monto asignado para espacios publicitarios por cada PPr es en aproximado de 10 000 soles por año, otorgándole mayor importancia a las otras áreas del PPr 0018 como son salud ocular, metaxénicas, etc. 	Fundamentar y sustentar el presupuesto en publicidad para el área de salud bucal.	Demostrar con cifras importantes el impacto del programa de salud bucal y sus complicaciones.	----
04.2			X			<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de las condicionantes de uso del SIS gratuito. • Interpretación inadecuada de la corresponsabilidad del paciente en su salud bucal. • Inexistencia de indicadores de desempeño que permitan establecer indicadores. 	Convencer sobre el impacto en salud bucal de las nuevas condicionantes del SIS.	Socializar las nuevas implementaciones del SIS y sus condicionantes; así como dar a conocer las alianzas estratégicas.	----

Cód. De Terea	Gravedad DCI					IDENTIFICACIÓN DEL DCI	Estrategia y Plan de Acción de Desarrollo Institucional		
	1	2	3	4	5		Decisión Gubernamental	Asistencia Técnica	Otros
04.2			X			<ul style="list-style-type: none"> El conocimiento arraigado de la población del concepto salud y aseguramiento universal tendrá que ser reformulado, el cual traerá consigo contrariedades. 	----	Establecer técnicas metodológicas de impacto para convencer a la población.	Servimos de los actores intermedios para tener un acercamiento a la población.
03.3			X			<ul style="list-style-type: none"> Restringido número capacitadores especialistas en el producto. Limitado tiempo en la duración de las capacitaciones. Deficiencias en los materiales para aplicación del producto 3. 	----	Efectivizar el número de capacitadores, numero de reuniones y realización de los mismos en lugares estratégicos optimizando los recursos disponibles.	----
03.4			X			<ul style="list-style-type: none"> Limitada disponibilidad de tiempo del profesional odontólogo en la atención preventiva. Minguada contratación de personal para poblaciones extensas y de difícil acceso. 	----	Optimizar tiempos de atención promocional y preventiva, otorgándole importancia también al área de perfeccionamiento profesional.	----
03.5			X			Insuficientes recursos tecnológicos como computadoras, internet, etc. Para el registro de actividades por parte del profesional.	----	Verificar los recursos con los que se cuenta y elaborar planes de redistribución, considerando proximidad y	----

Cód. De Terea	Gravedad DCI					IDENTIFICACIÓN DEL DCI	Estrategia y Plan de Acción de Desarrollo Institucional		
	1	2	3	4	5		Decisión Gubernamental	Asistencia Técnica	Otros
								similitud de programas.	
04.3			X			A nivel de MEF se requerirá prever la contratación de nuevo personal y mayor presupuesto para las alianzas estratégicas.	Demostrar la falta de recurso humano en el área de personal profesional odontológico en las diferentes IPRESS.	----	----