

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

Título de la Tesis:

Relación entre la malla curricular y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud de los estudiantes del último semestre de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito, año 2014.

Darwin Vicente Luna Chonata

**Jorge Aurelio Albán Villacís MD, MPH, ME, PhD (c)
Director de Tesis**

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Máster en Salud Pública

Quito, mayo 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Título de la Tesis:

**Relación entre la malla curricular y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre
Atención Primaria de Salud de los estudiantes del último semestre de las Facultades
de Odontología de las Universidades de Quito, año 2014.**

Darwin Vicente Luna Chonata

Jorge Albán Villacís MD., MPH., ME, Ph.D. (c)
Director de la Tesis

Ramiro Echeverría MD., MPH.,
Miembro del Comité de Tesis

Fadya Orozco MD., Ph.D.,
Directora del programa

Fernando Ortega MD., MA, Ph.D.,
Decano del Colegio de Salud Pública

Víctor Viteri Breedy, Ph.D.,
Decano del Colegio de Postgrados

Quito, mayo 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Darwin Vicente Luna Chonata

C. I.: 1717753980

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas que me han apoyado a lo largo de este camino, que empezó como una idea leve y ahora se plasma en estas páginas, sobre todo gracias a la guía de mis profesores, ahora mis amigos, que aportan cada día con medios para el accionar de la Salud Pública del país.

Con particular agrado, quiero dedicar este esfuerzo a Cecilia, por su insistencia diaria y el apoyo en todos los sentidos, durante este maravilloso proceso, parte de la vida y un peldaño más, que compartimos juntos durante este corto tiempo, que pasó como una estrella fugaz en medio de una noche sin luz.

Además, dedicar a mi padre que ya no está entre nosotros y a mi madre, porque gracias a ellos y su guía, he logrado llegar a este peldaño de la vida y de mi formación, y a las personas que compartieron su tiempo durante este estudio, que permitirá dejar una idea más clara de la formación de Odontólogos en Atención Primaria en Quito.

AGRADECIMIENTOS

Al agradecer, pienso en muchas personas, sin embargo, estoy seguro, que siempre quedarán nombres fuera de la lista, que quizá sería más larga que la lista de espera de los diferentes seguros de salud, por lo que para mí es importante en este momento agradecer a todos quienes son y han sido parte de mi vida, en especial en estos tres últimos años, gracias por permitirme convivir y compartir con ustedes los diferentes momentos que se quedan guardados en el corazón, gracias a mi comité de tesis, por la paciencia en este proceso, que ha permitido desarrollar esa semilla plantada, hasta que dé este primer fruto.

Quiero agradecer especialmente a Cecilia, quién fue la responsable de esta aventura, gracias por ver más allá de lo evidente y ser esa amiga y compañera incondicional que conocí hace muchos años atrás, te amo y agradezco a Dios, por tu existencia y por permitirme vivir toda esta experiencia maravillosa.

RESUMEN

El presente estudio expone la relación entre malla curricular y conocimientos, actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud de los estudiantes del último semestre de las facultades de odontología de las universidades de Quito, porque la constitución del 2008 fundamenta el sistema nacional de salud en APS y la OMS recalca la necesidad de personal suficientemente capacitado para apoyar y aplicar la APS. Para tal efecto se ha planteado un estudio descriptivo, de tipo cuantitativo y diseño transversal, complementado con una investigación cualitativa, para obtener una perspectiva más clara del problema, la recolección de datos se realizó en la población de cada facultad y constó de una encuesta a los estudiantes y una entrevista a los responsables de cada cátedra sobre todo de los que contribuyen a la elaboración de las mallas, conjuntamente con entrevistas a estudiantes voluntarios y finalmente, una revisión de los syllabus de las facultades.

Los resultados más sobresalientes de esta investigación, fueron que la APS no es el eje transversal en las mallas de las facultades investigadas, ya que constituye el 17% al 25% del total de cada malla, la que se orienta mayoritariamente hacia la curación de la enfermedad. Temas relacionados a la APS se tratan en materias como Odontopediatría o Salud Pública; se determinó una influencia de la carga horaria en el 45,9% de conocimiento; 79,8% de actitud favorable y 66,9% de prácticas. El Plan Operativo Anual, fue el tema con menor Conocimientos, Actitudes y Prácticas.

Palabras Clave: Formación de recursos humanos en odontología, Atención Primaria de Salud, Conocimientos, Actitudes, Prácticas, Estudiantes de odontología.

ABSTRACT

The present study describes the relationship between curriculum and knowledge, attitudes and practices on Primary Health Care; in students of dental schools that stay in last semester in the universities of Quito, because our National Health System is based in Primary Health Care by the Constitution of 2008, and World Health Organization emphasizes the need to have staff sufficiently trained to support and implement the Primary Health Care. For this purpose is development a descriptive study, quantitative with cross-sectional design, complemented by qualitative research, to obtain a clearer picture of the problem, data collection was performed on the population of each dental school and consisted of a survey students and an interview with the heads of each chair especially those that contribute to the development of the net, along with interviews with student volunteers and finally, a review of the syllabus of the dental schools.

The main results of this investigation were that Primary Health Care (PHC) is not the transverse axis in the curricula of the schools studied, constituting 17% to 25% of each curriculum, which is oriented healing disease. Topics related to PHC are discussed in subjects such as Public Health or Child Dentistry. An influence of workload was determined in 46% of knowledge; 79% of practices and 67% of positive attitude. The Annual Operating Plan was topic with less Knowledge, Attitudes and Practices in students.

Keywords: Human resources training in dentistry , Primary Health Care , Knowledge, Attitudes , Practices , Students of dentistry.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CAPÍTULO 1	24
1. INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	24
1.1. Antecedentes	26
1.2. El Problema	35
1.3. Justificación	36
1.4. Alcance	38
CAPÍTULO 2	39
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	39
2.1. Definición de Términos	39
2.2. Contexto y Marco Teórico	41
2.2.1. Malla Curricular.	41
2.2.2. Atención Primaria de Salud.	47
2.3. Hipótesis	62
2.4. Pregunta de Investigación	63
2.5. Objetivos	63
CAPÍTULO 3	65
3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	65
3.1. Diseño del proyecto	65

3.2. Herramienta de investigación utilizada	65
3.3. Universo y Muestra	67
3.4. Criterios de Inclusión	71
3.5. Criterios de Exclusión	71
3.6. Análisis de Datos	72
3.6.1. Recolección de datos.	72
3.6.2. Tabulación y Análisis.	75
3.6.3. Seguridad y Almacenamiento de Datos.	76
CAPÍTULO 4	78
4. RESULTADOS Y HALLAZGOS	78
4.1. Análisis de las Mallas Curriculares	78
4.2. Conocimientos en APS	81
4.3. Actitudes hacia la APS	149
4.4. Prácticas en Atención Primaria de Salud	170
4.5. Discusión	191
CAPÍTULO 5	197
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	197
5.1. Conclusiones	197
5.2. Recomendaciones	198
REFERENCIAS	202
ANEXOS	212

TABLAS

	Página
Tabla 1. Comparación entre mallas curriculares de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito participantes.	79
Tabla 2. Comparación de los ejes transversales de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito participantes.	80
Tabla 3. Percepción de los Estudiantes: Clases relacionadas a la Prevención de la Enfermedad.	82
Tabla 4. Percepción de los Estudiantes: Clases relacionadas con la Promoción de la Salud.	83
Tabla 5. Conocimiento del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC).	85
Tabla 6. Conocimiento: ¿Quién creó el BPOC?	86
Tabla 7. Conocimiento sobre los tres componentes del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC).	87
Tabla 8. Conocimiento sobre la Definición de APS.	89
Tabla 9. Conocimiento de la Definición del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), del MSP.	90
Tabla 10. Conocimiento sobre la existencia del Plan Nacional de Salud Oral, o algún Programa relacionado con la Salud Oral, del MSP.	91
Tabla 11. Conocimiento del propósito del Cepillado Dental.	93
Tabla 12. Conocimiento sobre la Duración del Cepillado Dental.	94

Tabla 13. Conocimiento sobre la Técnica de Cepillado Dental que recomienda el MSP.	95
Tabla 14. Percepción del Conocimiento de las Diferentes Técnicas de Cepillado Dental.	96
Tabla 15. Descripción de una Técnica de Cepillado Dental.	97
Tabla 16. Conocimiento sobre Cuando enseñar a las personas la Técnica de Cepillado.	99
Tabla 17. Conocimiento de la Edad, a partir de la cual se puede enseñar a otras personas la técnica de cepillado dental.	100
Tabla 18. Conocimiento del Propósito del Uso del Hilo Dental.	102
Tabla 19. Conocimiento de la Técnica del Uso del Hilo Dental.	103
Tabla 20. Conocimiento de la edad de inicio del uso del hilo dental.	104
Tabla 21. Conocimiento de los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud Oral.	105
Tabla 22. Conocimiento de Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.	106
Tabla 23. Conocimiento de los Momentos para Enseñar sobre Beneficios de Lactancia Materna y Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.	107
Tabla 24. Conocimiento de la Definición de Dieta Cariogénica.	108
Tabla 25. Conocimiento de la Definición de Dieta No Cariogénica.	109
Tabla 26. Conocimiento respecto del tipo de Dieta de ciertos Alimentos.	110
Tabla 27. Conocimiento sobre el Método para Diagnosticar Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal de las Familias.	112
Tabla 28. Conocimientos sobre Criterios de Diagnóstico de Hábitos y	113

Comportamientos Saludables en Salud Bucal de las Familias.

Tabla 29. Conocimiento del Diagnóstico del Control de Placa Bacteriana dentro de la Familia.	115
Tabla 30. Conocimiento de Diagnóstico de Limpieza de Encías dentro de la Familia.	116
Tabla 31. Conocimientos sobre el Diagnóstico de la Regularidad del Cepillado Dental dentro de la Familia.	117
Tabla 32. Conocimientos sobre el Diagnóstico de la Técnica de Cepillado dentro de la Familia.	118
Tabla 33. Conocimiento del Diagnóstico del Uso periódico del Hilo Dental dentro de la Familia.	119
Tabla 34. Conocimiento de la Definición de la Técnica de Restauración Atraumática (ART).	121
Tabla 35. Conocimiento del Propósito de la Técnica de Restauración Atraumática (ART).	122
Tabla 36. Conocimiento sobre los Pasos de la Técnica ART.	124
Tabla 37. Conocimiento sobre los Momentos Ideales para realizar la Técnica ART.	125
Tabla 38. Conocimientos sobre el Objetivo Principal de la Fluorización con Barniz en Niños.	127
Tabla 39. Conocimiento sobre los Pasos para aplicar Flúor Barniz.	128
Tabla 40. Conocimiento de la Edad Inicial para Aplicar Flúor Barniz en Niños.	129
Tabla 41. Conocimientos sobre el Objetivo de la Aplicación de Flúor Gel	130

Acidulado.

Tabla 42. Conocimiento del Procedimiento para Aplicar Flúor Gel Acidulado.	131
Tabla 43. Conocimiento de los Momentos para Aplicar Flúor Gel Acidulado.	132
Tabla 44. Conocimiento de los Pasos para Aplicar Sellantes de Fotocurado.	134
Tabla 45. Conocimientos de los Momentos para Aplicar Sellantes de Fotocurado.	135
Tabla 46. Conocimiento de los Pasos para Detectar Placa Bacteriana en Dientes.	137
Tabla 47. Conocimiento de los Momentos para Detectar Placa Bacteriana.	138
Tabla 48. Conocimiento de la Definición del Plan Operativo de Actividades.	140
Tabla 49. Conocimiento de los Pasos para Elaborar el POA.	140
Tabla 50. Conocimientos de los Momentos para Elaborar el POA.	142
Tabla 51. Conocimientos sobre APS de los estudiantes de último semestre de las Facultades de Odontología de Quito.	144
Tabla 52. Porcentajes promedio de Conocimiento sobre APS, por pregunta.	146
Tabla 53. Actitudes hacia el trabajo voluntario en zonas rurales del Ecuador.	149
Tabla 54. Actitudes hacia el Diagnóstico de Hábitos Saludables en Salud Bucal dentro de la Familia.	151
Tabla 55. Actitudes hacia la Educación sobre los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud Oral.	153
Tabla 56. Actitudes hacia la comunicación, educación y consejería sobre Nutrición y Micronutrientes Influyentes en la Salud Oral.	154
Tabla 57. Actitudes hacia la comunicación, educación y consejería sobre Dieta No Cariogénica.	155
Tabla 58. Actitudes hacia la Enseñanza de la Técnica de Cepillado.	157

Tabla 59. Actitudes hacia la Detección de Placa Bacteriana.	158
Tabla 60. Actitudes hacia la Aplicación de Sellantes.	159
Tabla 61. Actitudes hacia la Aplicación de Flúor Gel.	160
Tabla 62. Actitudes hacia la Aplicación de Flúor Barniz.	162
Tabla 63. Actitudes sobre realizar la Técnica ART.	163
Tabla 64. Actitudes hacia la Elaboración del POA.	164
Tabla 65. Actitud de los estudiantes del último semestre de las Facultades de Odontología hacia la APS, en las Universidades participantes de Quito.	167
Tabla 66. Actitudes hacia los Elementos de la APS.	168
Tabla 67. Prácticas del Trabajo Voluntario en Zonas Rurales del Ecuador.	170
Tabla 68. Prácticas en Diagnósticos de Hábitos Saludables en Salud Oral dentro de la Familia.	172
Tabla 69. Prácticas sobre Enseñanza de los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud Oral.	173
Tabla 70. Prácticas en Enseñanza sobre Nutrición y Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.	175
Tabla 71. Prácticas en Enseñanza sobre Dieta No Cariogénica.	176
Tabla 72. Prácticas en Enseñanza de la Técnica de Cepillado Dental.	177
Tabla 73. Prácticas en Detección de Placa Bacteriana.	178
Tabla 74. Prácticas en Aplicación de Sellantes.	179
Tabla 75. Prácticas de aplicación de la Técnica ART.	180
Tabla 76. Prácticas en Aplicación de Flúor Gel.	181
Tabla 77. Prácticas de Aplicación de Flúor Barniz.	182

Tabla 78. Prácticas en Elaboración del POA.	183
Tabla 79. Total de Prácticas en APS de los estudiantes encuestados.	185
Tabla 80. Prácticas en Actividades de APS.	186
Tabla 81. Relación entre Mallas Curriculares y CAP sobre APS.	188

FIGURAS

	Página
Figura 1. Total de Créditos orientados hacia la Atención Primaria de Salud de las Mallas Curriculares.	79
Figura 2. Orientación de los Créditos hacia la APS.	82
Figura 3. Percepción: Clases relacionadas a la Prevención de la Enfermedad.	82
Figura 4. Percepción: Clases relacionadas con la Promoción de la Salud.	83
Figura 5. Conocimiento sobre el Paquete Básico de Atención Oral (BPOC).	85
Figura 6. Conocimiento: ¿Quién creó el BPOC?	86
Figura 7. Conocimiento sobre los Componentes del BPOC.	87
Figura 8. Conocimiento de la Definición de Atención Primaria de Salud.	89
Figura 9. Conocimiento de la Definición del MAIS – FCI del MSP.	90
Figura 10. Conocimiento sobre la existencia del Plan Nacional de Salud Oral, o algún Programa relacionado con la Salud Oral, del MSP.	91
Figura 11. Conocimiento del propósito del Cepillado Dental.	93
Figura 12: Conocimiento sobre la Duración del Cepillado Dental.	94
Figura 13. Conocimiento de la Técnica de Cepillado Dental del MSP.	95
Figura 14. Percepción del Conocimiento de las Diferentes Técnicas de Cepillado Dental.	96
Figura 15. Descripción de una Técnica de Cepillado Dental.	98

Figura 16. Conocimiento sobre Cuando enseñar a las personas la Técnica de Cepillado.	99
Figura 17. Conocimiento de la Edad, a partir de la cual se puede enseñar a otras personas la técnica de cepillado dental.	101
Figura 18. Conocimiento del propósito del Uso del Hilo Dental.	102
Figura 19. Conocimiento de la Técnica del Uso del Hilo Dental.	103
Figura 20. Conocimiento de la edad de inicio del uso del hilo dental.	104
Figura 21. Conocimientos de los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud Oral.	105
Figura 22. Conocimiento de Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.	106
Figura 23. Conocimiento de los Momentos para Enseñar sobre Beneficios de Lactancia Materna y Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.	107
Figura 24. Conocimiento de la definición de Dieta Cariogénica.	108
Figura 25. Conocimiento de la Definición de Dieta No Cariogénica.	109
Figura 26a. Conocimiento respecto del tipo de Dieta de ciertos Alimentos.	110
Figura 26b. Identificación del tipo de Dieta.	111
Figura 27. Conocimiento sobre el Método para Diagnosticar Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal de las Familias.	112
Figura 28. Conocimientos sobre Criterios de Diagnóstico de Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal de las Familias.	114
Figura 29. Conocimiento del Diagnóstico del Control de Placa Bacteriana dentro de la Familia.	115
Figura 30. Conocimiento de Diagnóstico de Limpieza de Encías dentro de la	116

Familia.

Figura 31. Conocimientos sobre el Diagnóstico de la Regularidad del Cepillado 117

Dental de las Familias.

Figura 32. Conocimientos sobre el Diagnóstico de la Técnica de Cepillado dentro 119
de la Familia.

Figura 33. Conocimiento del Diagnóstico del Uso periódico del Hilo Dental 120
dentro de la Familia.

Figura 34. Conocimiento de la Definición de la Técnica de Restauración 121
Atraumática (ART).

Figura 35. Conocimiento del Propósito de la Técnica de Restauración 123
Atraumática (ART).

Figura 36. Conocimiento sobre los Pasos de la Técnica ART. 124

Figura 37. Conocimiento sobre los Momentos Ideales para realizar la Técnica 126
ART.

Figura 38. Conocimientos sobre el Objetivo Principal de la Fluorización con 127
Barniz en Niños.

Figura 39. Conocimiento sobre los Pasos para aplicar Flúor Barniz. 128

Figura 40. Conocimiento de la Edad Inicial para Aplicar Flúor Barniz en Niños. 129

Figura 41. Conocimientos sobre el Objetivo de la Aplicación de Flúor Gel 130
Acidulado.

Figura 42. Conocimiento del Procedimiento para Aplicar Flúor Gel Acidulado. 131

Figura 43. Conocimiento de los Momentos para Aplicar Flúor Gel Acidulado. 133

Figura 44. Conocimiento de los Pasos para Aplicar Sellantes de Fotocurado. 134

Figura 45. Conocimiento de los Momentos para Aplicar Sellantes de Fotocurado.	136
Figura 46. Conocimientos de los Pasos para Detectar Placa Bacteriana en Dientes.	137
Figura 47. Conocimiento de los Momentos para Detectar Placa Bacteriana.	138
Figura 48. Conocimiento de la Definición del Plan Operativo de Actividades.	140
Figura 49. Conocimientos de los Pasos para Elaborar el POA.	141
Figura 50. Conocimiento de los Momentos para Elaborar el POA.	142
Figura 51. Conocimientos sobre APS de los estudiantes de último semestre de las Facultades de Odontología de Quito. Puntajes alcanzados sobre 45 puntos.	145
Figura 52. Nivel de Conocimiento en APS de los estudiantes de último semestre de las 3 Universidades participantes en el estudio.	148
Figura 53. Actitudes hacia el trabajo voluntario en zonas rurales del Ecuador.	150
Figura 54. Actitudes hacia el Diagnóstico de Hábitos Saludables en Salud Bucal en la Familia.	152
Figura 55. Actitudes hacia la Educación sobre los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud Oral.	153
Figura 56. Actitudes hacia la comunicación, educación y consejería sobre Nutrición y Micronutrientes Influyentes en la Salud Oral.	154
Figura 57. Actitudes hacia la comunicación, educación y consejería sobre Dieta No Cariogénica.	156
Figura 58. Actitudes hacia la Enseñanza de la Técnica de Cepillado.	157
Figura 59. Actitudes hacia la Detección de Placa Bacteriana.	159
Figura 60. Actitudes hacia la Aplicación de Sellantes.	160

Figura 61. Actitudes hacia la Aplicación de Flúor Gel.	161
Figura 62. Actitudes hacia la Aplicación de Flúor Barniz.	162
Figura 63. Actitudes sobre realizar la Técnica ART.	163
Figura 64. Actitudes hacia la Elaboración de un POA.	165
Figura 65. Actitudes de los estudiantes del último semestre de Odontología de Quito hacia la APS.	167
Figura 66. Actitudes hacia la APS	169
Figura 67. Prácticas del Trabajo Voluntario en Zonas Rurales del Ecuador.	171
Figura 68. Prácticas en Diagnósticos de Hábitos Saludables en Salud Oral dentro de la Familia.	172
Figura 69. Prácticas sobre Enseñanza de los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud Oral.	174
Figura 70. Prácticas en Enseñanza sobre Nutrición y Micronutrientes que Influyen en Salud Oral.	175
Figura 71. Prácticas en Enseñanza sobre Dieta No Cariogénica.	176
Figura 72. Prácticas en Enseñanza de la Técnica de Cepillado Dental.	177
Figura 73. Prácticas en Detección de Placa Bacteriana.	178
Figura 74. Prácticas en Aplicación de Sellantes.	179
Figura 75. Práctica de aplicación de la Técnica ART.	180
Figura 76. Prácticas en Aplicación Flúor Gel.	181
Figura 77. Prácticas de Aplicación de Flúor Barniz.	182
Figura 78. Prácticas en Elaboración del POA.	184
Figura 79. Total de Prácticas en APS de los estudiantes encuestados.	185

Figura 80. Prácticas en APS por universidad.	187
Figura 81. Relación entre Mallas Curriculares y Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en APS.	189

ANEXOS

	Página
Anexo A: Operacionalización de Variables	212

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La Atención Primaria de Salud (APS) es “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos... prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables,...al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar” (OMS, 1978), este concepto debía haber sido promovido en todos los países, sin embargo en muchos no se implementó, sino hasta hace poco; como es el caso del Ecuador.

En el año 2008, la Constitución de la República del Ecuador estableció como mandato, en el artículo 360 que los niveles de salud, se basarán en la Atención Primaria de Salud, volviéndose imperativo que todas las universidades del país formen personal de salud con conocimientos, actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud, como eje transversal en sus mallas curriculares, en especial en Quito, por ser la ciudad de la sierra en la que se registran mayor porcentaje de odontólogos graduados en el año 2006 (Consejo Nacional de Salud [CONASA], Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud [CONARHUS], Observatorio de Recursos Humanos en Salud [ORHUS] y Organización Panamericana de la Salud Representación Ecuador [ECU-OPS], 2008) y la ciudad con mayor oferta académica en odontología del país¹.

¹*Buscador de Oferta Académica Vigente en Universidades y Escuelas Politécnicas del Ecuador.*
Disponible en: <http://app.senescyt.gob.ec/BuscadorOfertaAcademicaWeb/faces/index.xhtml>

El artículo 360 de la Constitución del 2008, indica que el Sistema Nacional de Salud garantizará “la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud...” (MSP, 2008), a partir de ello se estableció el Modelo de Atención Integral de Salud, en base a la Atención Primaria de Salud renovada, en la que, al igual que en la Ley Orgánica de salud en el artículo 196 indica que la autoridad sanitaria nacional tendrá en cuenta “las necesidades nacionales y locales, para promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación” (Ley Orgánica de Salud [LOS], 2012), que en concordancia de estas necesidades, “define el Plan de Formación y Capacitación del Talento Humano en coordinación con las universidades” (MSP, 2012).

La información es limitada, a pesar de la búsqueda exhaustiva, sobre cómo se está formando a los Odontólogos en el Ecuador; El Plan Nacional de Salud Bucal, el cual se encuentra contemplado en el Modelo de Atención Integral de Salud, señala que “El entrenamiento deberá ser amplio, para que la atención odontológica esté en coordinación con la salud en general y con los planes nacionales de salud” (Ayala, Pinto, Raza, y Herdoíza, 2009), dentro de lo cual establece que es importante elaborar un “Programa de Capacitación para los profesionales odontólogos, en coordinación con las universidades” (Ayala et al., 2009), además de “promover, desarrollar y fortalecer los recursos humanos odontológicos mediante la implementación del programa de capacitación y actualización”, y la “participación interinstitucional para la elaboración de mallas curriculares a nivel de pregrado y postgrado de acuerdo a la realidad nacional” (Ayala et al., 2009), por lo que es indispensable que tanto los estudiantes de último semestre de las facultades de odontología

de las universidades de Quito y los docentes de las mismas, se encuentren capacitados en los conocimientos sobre Atención Primaria de Salud, acatando el mandato constitucional y colaborando en la ejecución del modelo de atención integral de salud vigente en nuestro país.

El Sistema Nacional de Salud, definido como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” (OMS, 2005), integrará a todas las instituciones públicas, privadas y comunitarias del país, en estrecha relación con el Modelo de Atención, plantea que los odontólogos formen parte del Equipo Básico de Salud, por lo que necesitan Conocimientos, que se conviertan en Actitudes y Prácticas en Atención Primaria de Salud, base del modelo de atención vigente.

1.1. Antecedentes

1.1.1. Malla Curricular.

La malla curricular constituye una respuesta a los cuestionamientos educativos sobre qué enseñar, cómo hacerlo y cómo mejorar la enseñanza (Bellack, 1969, p. 284), y relacionada con las evoluciones biológica y cultural del ser humano, que lo definen como un ser social, incluso en su formación (Aranda y Salgado, 2005).

En 1965 ya se hablaba sobre un “conocimiento imperfecto en la historia educacional que afectó adversamente la planificación de las mallas curriculares en la crisis de la educación” (Goodlad, citado por Bellack, 1969, p. 283), a lo largo de la historia, luego de

diversos análisis y con ciertas teorías y profesionales relacionados con las mallas curriculares, se ha desarrollado la educación superior estadounidense (Bellack, 1969), pasando de un extremo al otro en diferentes aspectos de fondo (Bastedo, citado por Altbach, Berdal y Gumport, 2005, p. 462); en general, los registros históricos documentales más relevantes sobre este tema, están relacionados con ese país, en cuya universidad temprana, la única malla curricular para todos los estudiantes de distintas carreras, fue influenciada fuertemente por la Universidad Medieval Inglesa en el siglo XVII (Bastedo, citado por Altbach et al., 2005, p. 463).

En 1968, el historiador británico Charlton analizó la influencia de los conceptos básicos y modos de investigación históricos en la teorización de la malla curricular (Bellack, 1969).

1.1.1.1. *Malla Curricular en Odontología.*

“La historia de la Odontología se asocia con la historia del dolor” (RTM S. A., 1902), probablemente “cuando el hombre Neandertal sufrió dolores dentales, tuvo necesidad de que él o algunos de sus semejantes le extrajeran la pieza dentaria, costumbre que aún se utiliza en algunas tribus primitivas” (Ardila, 2009), y probablemente no tuvieron ninguna capacitación previa, incluso se han hallado prótesis del año 400 a. C. o dientes ferulizados del año 500 a. C. en diferentes lugares del mundo, así como registros de prácticas de un tipo de medicina religiosa especializada en órganos como ojos, dientes, etc., en Egipto del siglo V a.C. (RTM S.A., 1902), ya en esos casos el conocimiento se transmitió de generación en generación.

Es reciente la profesionalización de la Odontología, porque antes no existía una capacitación formal con programas académicos como sucede en la actualidad, sino que era considerada como un oficio, en la edad media y a la llegada de los conquistadores, fue practicada por barberos (Palma y Sánchez, 2007; Ardila, 2009). Hay registros que se estableció el “Tribunal Protobarberato” en Sevilla como disposición de los reyes en el año 1500, para facultar “a los barberos mayores para examinar a los barberos que pretendieran ejercer” (Palma y Sánchez, 2007).

En Francia se crean los Reales Colegios de Cirugía, “dentistas, cirujanos dentistas, cirujanos sangradores y sacamuelas, practicaban la odontología” (Palma y Sánchez, 2007). Se recurrió a una “fundamentación biomédica, a mediados del siglo XX, para la formación y ejercicio de la Odontología” (Ardila, 2009), transformándola de oficio a profesión, desarrollándose de es “un proceso de enseñanza – aprendizaje relacionando al maestro con sus alumnos a través de la cultura, en diferentes eslabones como el accionar de las asociaciones gremiales, las relaciones con el Estado, con otras profesiones y ocupaciones del campo de la salud” (Ardila, 2009) hasta que se inserta finalmente en la Universidad, que surgen “paralelamente al desarrollo de la tecnología y las herramientas y con ellas los títulos, los cuales tuvieron no solo un origen basado en el derecho romano, sino también, un origen de orden social” (Ardila, 2009).

De esta manera, los estudios de odontología se pueden relacionar a los de medicina, para tomar en consideración el Reporte Flexner de 1910 sobre la precaria educación médica en Estados Unidos y Canadá, que definió los estándares de la educación médica y generó el

reordenamiento del sistema (Ramírez, 2010), además, se considera resaltante, la declaración del Rappleye Report de 1932 sobre los estudios de medicina, que manifiesta que no tienen la capacidad de producir un médico, sino que “sólo pueden ofrecer oportunidades para que el estudiante obtenga un conocimiento elemental sobre las ciencias médicas y su aplicación a los problemas de salud” (Ramírez, 2010), mencionando que “en un programa educativo, los elementos decisivos son el estudiante y el maestro, nunca el curriculum” (Ramírez, 2010).

En los años 90, en El Salvador ya se observaba una discrepancia en los enfoques formativos de las universidades, en las facultades de odontología, por un lado, una Universidad, incorporando los conceptos de APS y atención integral, y por otro lado, la Universidad privada, formando odontólogos, dentro del “paradigma hegemónico de una práctica...elitista, visión fragmentaria y con poca o ninguna capacidad de creación, donde la información, la memorización y la repetición se siguen usando como métodos de transmisión del conocimiento” (López, 1990).

En 1994, se implementó “el programa de Educación Dental Orientada a la Comunidad (CODE)” (Universidad de Medicina y Odontología de Nueva Jersey - New Jersey Dental School [UMDNJ-NJDS], citada por De Castro, Matheson, Panagakos, Stewart y Feldman, 2003), innovando de esta forma la malla curricular tradicional, sin distinciones con respecto a las actitudes hacia el Servicio Comunitario y la tendencia a ejercer en zonas desatendidas, entre los egresados del programa tradicional y del CODE (De Castro et al., 2003).

1.1.2. Atención Primaria de Salud.

El Informe de Marc Lalonde en 1974 sobre la salud en Canadá, formula 2 objetivos generales dirigidos a reducir los riesgos en lugar de curar enfermedad, (reconociendo que dichos riesgos son altos) y a mejorar la accesibilidad de una buena atención de salud, (aceptando que dicho acceso no era en ese momento satisfactorio) ; para lograr el cumplimiento de estos objetivos se propuso 5 estrategias que básicamente se enfocaron a la promoción de la salud, a la regulación federal para reducir peligros para la salud, a la investigación para resolver problemas de salud, a la eficiencia del cuidado de salud y a elevar el nivel de salud de esa población por medio de establecimiento de objetivos y metas en coordinación con otros (Lalonde, 1974).

En la Declaración de Alma Ata, en la Antigua Unión Soviética (URSS) del 6 al 12 de septiembre de 1978 se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, la cual declaró “que el estado de salud de centenares de millones de personas en el mundo es inaceptable, en particular en los países en desarrollo, más de la mitad de la población mundial no recibe una asistencia de salud adecuada” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978), por lo cual consideraron la “necesidad de una acción urgente de todos los gobiernos, de todo el personal de salud, de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (OMS, 1978).

En esta declaración se tomaron en cuenta varios aspectos, como son: ¿cuál es la definición de la salud?, la existencia de la desigualdad inaceptable en el estado de salud, la

importancia del “desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, para alcanzar el grado máximo de salud para todos” (OMS, 1978), el derecho y el deber del pueblo de participar en el proceso de su atención de salud, la obligación de los gobiernos de “cuidar la salud de sus pueblos” (OMS, 1978), y declara que “uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (OMS, 1978), para conseguir esta meta planteada como parte del desarrollo de acuerdo al espíritu de la justicia social, la conferencia indicó que la clave es la Atención Primaria de Salud (OMS, 1978).

La Atención Primaria de Salud, como estrategia lanzada en 1978 en Alma Ata, “comprende y afecta a todo el sistema de salud y a toda la población, que debe cumplir con los requisitos de impacto, equidad, eficiencia social, articulación intersectorial y cooperación” (Rodríguez, 1997), específicamente, el concepto de APS se aplica “como estrategia del subsistema de atención estomatológica” (Rodríguez, 1997) .

La APS renovada del 2007, fue propuesta observando que no se logró la meta de Salud para Todos en el año 2000, y propone el mecanismo de “la transformación de los sistemas de salud, de modo que la APS desempeña un papel central en ellos” (Ramírez, 2010).

1.1.2.1. Aplicación de la APS en el Ecuador.

El 16 de junio de 1967 se crea el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador, tomando en cuenta “a la salud estomatológica como parte de la salud integral de las personas” (Ayala, Pinto, Raza y Herdoíza, 2009), con una práctica individualista, compleja, costosa, dependiente de lo tecnológico y dando servicios con baja cobertura, “orientados a una restauración limitada y no hacia la atención integral de la salud” (Ayala et al., 2009). En 1970 se crea el Plan Nacional de Salud Rural como requisito para que los egresados de Medicina, Odontología, Enfermería y Obstetricia inscriban sus títulos, en 1972 se crea el Departamento de Odontología Rural y en 1973 la División Nacional de Odontología logrando desarrollar programas para fluorar el agua potable, refuerzan e incorporan programas preventivos y se impulsa a formar personal de salud con criterios de calidad, productividad y cobertura (Ayala et al., 2009).

En 1986 se crea la Dirección Nacional de Estomatología (DNE) del MSP con departamentos de Fomento y Prevención; y Evaluación y Monitoreo, constituyendo el ente rector de la Odontología pública hasta el año 2003, cuando se reestructura sin constar como proceso la DNE y luego al realizar la normatización del Sistema Nacional de Salud, se consolida como eje transversal de atención por ciclos de vida al Área de Salud Bucal (Ayala et al., 2009).

En el año 2006 se promulga la “Ley Orgánica de Salud”, vigente hasta la fecha, que “ejerce un importante rol para la aplicación del nuevo Modelo de Atención que está siendo aplicado en las unidades de salud” (Encalada, 2012).

En respuesta a la renovación de la APS, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, después de 29 años de propuesta la APS como estrategia en Alma Ata, en su Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar Comunitario e Intercultural del año 2007, indica que "la estrategia de atención primaria de salud renovada se orienta a solucionar los principales problemas de salud de la comunidad, mediante la prestación de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación" (Encalada, 2012), además del fomento de la red de servicios y sus sistemas de referencia y contra referencia.

La Constitución del Ecuador del 2008 en algunos artículos menciona a la salud, y a diferencia de la constitución de 1998 "establece el Sistema Nacional de Salud desde el punto de vista de su función y conformación, garantiza los niveles de salud con base en la APS y menciona la Red Pública de Salud como parte del mismo (incluyendo a la seguridad social)" (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2008), "la Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art.32), reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos" (MSP, 2012), respaldando el Buen Vivir.

"Tanto la Constitución Política como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que la estrategia de Atención Primaria de Salud, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud" (MSP, 2012).

En junio del 2009, como parte del proceso de normatización del Sistema Nacional de Salud, el Área de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) elabora “el Plan Nacional de Salud Bucal, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria” (Ayala et al., 2009), con un enfoque a la promoción y prevención, aclarando que se establece “un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica... a fin de mejorar la calidad de salud y vida, eliminando las disparidades sanitarias” (Encalada, 2012).

Finalmente, el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural del año 2012, que rige para el Sistema Nacional de Salud en el Ecuador, indica la necesidad de formación de recurso humano en salud teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, así, “la Autoridad Sanitaria Nacional en concordancia con las necesidades del país define el Plan de Formación y Capacitación del Talento Humano” (MSP, 2012) y que “en coordinación con las Universidades implementa la Carrera Sanitaria, la educación continua y los procesos de certificación y re certificación” (MSP, 2012) y que la estrategia es “promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación” (Ley Orgánica de Salud [LOS], 2012), y en el Plan Nacional de Salud Bucal, indica que es importante tomar en cuenta la “Participación interinstitucional para la elaboración de mallas curriculares a nivel de pregrado y postgrado de acuerdo a la realidad nacional” (Ayala et al., 2009).

1.2. El Problema

Se realiza la presente investigación, en vista que la OMS recalca “la necesidad de disponer de personal capacitado en número suficiente para el apoyo y la prestación de la atención primaria de salud” (OMS, 1978), y siendo la Odontología parte de las ciencias de la salud, debe ser incluida en la orientación de los servicios con enfoque en APS, para “mejorar la equidad en el acceso a los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos de salud, con... énfasis en atención preventiva” (Nebot, Rosales y Borrell, 2009).

Es importante recordar que el reciente mandato constitucional vigente desde el 2008, indica que el Sistema Nacional de Salud se basará en la Atención Primaria, además de ser un requerimiento del modelo de atención de salud vigente, en el cual se señala la importancia de “contar con personal altamente capacitado, motivado y comprometido, que responda a las necesidades del sector público y privado” (MSP,2012), por lo cual se genera la necesidad de innovación en el ámbito de la Educación Superior del país.

El presente trabajo de investigación, contó con el apoyo de las autoridades de diferentes facultades de odontología de las universidades de Quito, y tiene el objetivo de establecer la relación entre la malla curricular y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Atención Primaria de Salud en los estudiantes del último semestre de dichas instituciones formadoras de recursos humanos, de acuerdo a los requerimientos actuales del país, de esta forma servirá como base a otros estudios que complementen este trabajo, ya que en el Ecuador, la información en el área es limitada, y por ende, aportará con nuevos conocimientos para los tomadores de decisiones en las Facultades de Odontología de las

universidades del Ecuador, en donde se guiarán para que la APS sea el eje transversal de sus mallas curriculares, en el nuevo contexto de cambios que se vienen dando en la educación superior y en la Salud Pública del Ecuador. Además se beneficiará a la población porque van a tener la oportunidad de acceder a servicios de salud buco dentales de calidad, con calidez y visión en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

De la misma forma, este estudio podría ser utilizado por el Ministerio de Salud para proponer a las universidades la formación del recurso humano en odontología con conocimientos, actitudes y prácticas en APS, con el objetivo de “garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión; aplicación de las normas, protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico por ciclos de vida y niveles de atención” (MSP, 2012), así, se beneficia el Estado, puesto que por medio de las acciones de la promoción y prevención de la salud bucal, se mitigará las enfermedades bucodentales de la población, disminuyendo la inversión en la curación de esas enfermedades, y en especial de la caries que es la “enfermedad crónica más frecuente del hombre moderno” (Solana, Reyes, Rivero y Licea, 2010).

1.3. Justificación

Se realiza la presente investigación, en vista de la imperiosa necesidad del Ecuador, de disponer de suficiente personal capacitado para apoyar y dar prestación de APS, además que el mandato constitucional vigente desde el 2008, indica a la APS como base del Sistema Nacional de Salud.

El propósito del presente estudio es obtener tablas de frecuencia sobre los contenidos de APS en las mallas curriculares, con la encuesta se podrá realizar la estimación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre APS de los participantes. Finalmente, con la entrevista, identificar el porqué de los resultados cuantitativos obtenidos.

La trascendencia científica del estudio es determinar los conocimientos, actitudes o prácticas sobre APS de los estudiantes de odontología, y de esta forma generar nuevo conocimiento para establecer una línea de base en ésta área.

La trascendencia social, es guiar a los tomadores de decisiones de las facultades de odontología de las universidades de Quito, fomentando la evaluación y refuerzo de sus mallas curriculares para la formación de recurso humano con conocimientos, actitudes y prácticas sobre APS, base del modelo de atención y mandato establecido en la Constitución.

Es factible la realización de la investigación, ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades de las diferentes facultades de odontología de las universidades de Quito, gracias a los requerimientos de innovaciones para la educación superior del Ecuador.

En base a los resultados obtenidos de la investigación, se describirá los elementos estructurales y funcionales que debería tener una propuesta de malla curricular para las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito, con la Atención Primaria de Salud como eje transversal de la misma.

1.4. Alcance

Se tomó en cuenta para el estudio las facultades de odontología de las Universidades Técnica Equinoccial (UTE), Internacional (UIDE), San Francisco de Quito (USFQ), de las Américas (UDLA) y Central del Ecuador (UCE), ubicadas en la ciudad de Quito, que actualmente ofertan la carrera de forma legal y están registradas en la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SENESCYT)².

²*Buscador de Oferta Académica Vigente en Universidades y Escuelas Politécnicas del Ecuador.*
Disponible en: <http://app.senescyt.gob.ec/BuscadorOfertaAcademicaWeb/faces/index.xhtml>

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Definición de Términos

2.1.2. Actitud.

“Reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia alguien o algo” (Olson y Zanna, citados por Gutiérrez, 2014).

2.1.3. Atención Primaria de Salud (APS).

“Asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país” (OMS, 2014).

2.1.3.1. Atención Primaria de Salud Renovada (APS-r).

“Es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud” (MSP, 2012).

2.1.4. Conocimientos.

“Creencias cognitivas, confirmadas, experimentadas y contextualizadas del conocedor sobre el objeto, condicionadas por el entorno, potenciadas y sistematizadas por las capacidades del conocedor” (Pavez, 2000).

2.1.5. Eje Transversal.

“Conocimiento de carácter interdisciplinario que permite formar profesionales integrales al desarrollar temas integradores relacionados con el medio ambiente, la salud, la sociedad, los valores, entre otros” (Universidad de Los Andes [ULA], 2012).

2.1.6. Odontología.

“Especialidad médica que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático” (Del Río, 2013).

2.1.7. Práctica.

“Destreza adquirida con el ejercicio de un arte o facultad, que en una profesión se hace bajo la dirección de un maestro, uso continuado, costumbre o estilo, método que sigue uno en una cosa” (García – Pelayo, 1964).

2.2. Contexto y Marco Teórico

2.2.1. Malla Curricular.

Los Parámetros Tecno – curriculares son “Normas que regulan los aspectos externos y observables del plan de estudio” (ULA, 2012), con los cuales debe estar acorde las características del diseño curricular en cuanto a diferentes criterios como son la Denominación de la carrera, si hubiese Menciones, el Área de Conocimiento a la cual se adscribe la carrera, ejemplo área de la salud, el Título a otorgar y si es el caso, las menciones, además del Régimen de Estudios, la Modalidad, la Duración de la carrera dependiendo del régimen de estudio, la Duración de los períodos de estudio, la Carga Horaria de las Unidades Curriculares y la Carga Crediticia de la Carrera (ULA, 2012).

Los ejes transversales de la malla curricular, como una forma de definirlos, son:

Conocimientos de carácter interdisciplinario que permiten formar profesionales integrales al desarrollar, a través de varias unidades curriculares de un plan de estudio, temas integradores relacionados con el medio ambiente, la salud, la sociedad, los valores, entre otros; pero sin incrementar su contenido (ULA, 2012).

Estos ejes guían el perfil de profesionales que se forma en las universidades y son especificados gracias a la Estructura Micro curricular (ULA, 2012).

“La estructura curricular se entiende como un conjunto de componentes organizadores en relación con los fines de la educación, contenidos, experiencias formativas, recursos y valoraciones, a partir de las cuales se definen los planes de estudio” (Facultad de Educación, Pontificia Universidad Javeriana [FE - PUJ], 2014), consiste en “la columna vertebral de los procesos formativos, pues de ella depende la orientación, la selección, la organización y la distribución de los conocimientos y de las prácticas que contribuyan con la formación profesional” (FE – PUJ, 2014), la construcción de esa malla curricular implica analizar la misión, visión y valores de la institución que constituyen sus principios orientadores, identificar principios y criterios del modelo pedagógico para tener claridad sobre concepciones de currículo, enseñanza, aprendizaje, didáctica y rol del estudiante; así como los relacionados con docencia, aprendizaje, extensión, investigación y producción de conocimiento, y finalmente, identificar competencias transversales, básicas y específicas de la institución (Panqueva, citado por García L., 2007).

Un crédito, en la enseñanza universitaria es la “unidad de valoración de una asignatura o un curso, equivalente a un determinado número de horas lectivas” (Real Academia Española, 2014), se refiere además al “volumen de trabajo que un estudiante debe realizar en sus asignaturas, ampliando el espacio de acción, incluso al ámbito virtual” (Pizarro y Valenzuela, 2013).

Por lo tanto es importante el análisis de las mallas curriculares para observar cual es el eje transversal de las facultades de Odontología de las universidades de Quito, y dentro de los criterios para comparar mallas curriculares están los siguientes:

El número de créditos; la distribución porcentual de los créditos en los ciclos; el número de créditos obligatorios, optativos y electivos; el porcentaje de flexibilidad del currículo; el número de créditos orientados a la formación investigativa y a las prácticas; las modalidades y los métodos planteados; los requisitos de grado; el diseño de la malla curricular y la información contenida en ella (García L., 2007).

2.2.1.1. Malla Curricular en el Ecuador.

Con respecto a las mallas curriculares para las entidades públicas y particulares de educación superior del país, La Ley de Educación Superior Vigente, la menciona como elemento tácito de esas instituciones y sus ofertas académicas, además de ser uno de los requisitos para la creación de Universidades y Escuelas Politécnicas (Ley Orgánica de Educación Superior [LOES], 2010).

2.2.1.2. Malla Curricular en Odontología.

A nivel mundial, la OMS, con su “Centro Colaborador en la Universidad de Nijmegen en los Países Bajos, trabajando en los principios de atención primaria de salud bucodental” (Karim, Mascarenhas y Dharamsi, 2008)), han desarrollado un servicio comunitario “asequible y sostenible llamado el Paquete Básico de Atención Oral (BPOC, por sus siglas en inglés), para funcionar con un mínimo de recursos para el efecto máximo y no requiere un taladro dental o electricidad” (Karim, et al., 2008), adaptable para satisfacer las necesidades comunitarias, y fácil de enseñar a personas que no tengan relación con la odontología, para convertirlos en “el principal recurso para la promoción de la salud bucal y la atención curativa simple en sus comunidades” (Karim, et al., 2008).

Las mallas curriculares para la educación dental en instituciones de Estados Unidos y Canadá, son orientadas a rediseños para incorporar “principios de aprendizaje basados en competencias y métodos de evaluación, o eliminar del currículo material obsoleto y periféricamente relevante” (Kassebaum, Hendricson, Taft y Haden, 2004), además de fomentar “colaboración educativa entre la odontología y las otras profesiones de la salud, con énfasis curricular más en la interacción de los problemas dentales y médicos” (Kassebaum et al., 2004), orientando para realizar y dictar “cursos de ciencia básica hacia la fisiopatología de la enfermedad con el método Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)” (Kassebaum et al., 2004), con ideas de exponer a los alumnos desde el primer año hasta el último de la carrera, a la realidad de la salud oral de pacientes, basando la toma de decisiones clínicas con base en la evidencia, organizando equipos de práctica de grupo en los años clínicos, usando las clínicas comunitarias para formación de estudiantes, con la tecnología de información en la web para enriquecer el aprendizaje (Kassebaum et al., 2004), sin tomar en cuenta las recomendaciones de la OMS, FDI (Federación Dental Internacional) o de investigaciones que respalden la formación de odontólogos, en acciones de promoción para la salud, preventivas y curativas adaptables a cualquier medio y fáciles de socializar, reforzando las mallas curriculares existentes (Karim, et al., 2008).

En la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la malla curricular de la Facultad de Odontología para la formación de Cirujanos Dentistas, aprobado en el 2003, contiene diversas asignaturas relacionadas con la Atención Primaria a lo largo de la carrera, como Educación para la Salud Bucal (primer año), Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal I (primer año) y II (segundo año), de un total de 43 cátedras que reciben a lo largo de los 5 años que dura la carrera (Facultad de Odontología, Universidad Nacional

Autónoma de México [FO – UNAM], 2013), observándose que se mantiene el modelo de educación, dentro del paradigma hegemónico, al igual que lo encontrado en El Salvador en 1990, relacionado además, con una investigación realizada sobre conocimientos y actitudes en APS bucal (POHC, por sus siglas en inglés), de la cual se obtuvo la siguiente conclusión:

Para desarrollar los profesionales dentales que tienen la capacidad de tratar las poblaciones marginadas, las instituciones académicas dentales en países desarrollados y en desarrollo tienen que evaluar críticamente sus programas de educación dental preventiva. Es necesario que haya un mayor énfasis en la implementación de un curso global de la salud oral en todos los niveles pre doctorales para poner de relieve los problemas mundiales de salud oral e incluir los principios de la atención primaria de salud bucodental y el paquete básico de atención oral. (Karim, et al., 2008)

“El Modelo Médico Hegemónico (MMH) incluye a la biomedicina, ...o medicina científica, respaldada por criterios científicos y políticos como la forma correcta de entender y atender a la enfermedad, permitiendo evidenciar su racionalidad ideológica y técnica” (Ospina y Bellamy, 2011), sin embargo, este modelo de atención de salud, “se mostró incapaz de satisfacer eficientemente las demandas de la población” (Sánchez, Drumond y Lacerda, 2008).

En el Ecuador, como mandato constitucional, desde el año 2008, el Sistema Nacional de salud, se basa en la Atención Primaria de salud, por lo que en el Plan Nacional de Salud Bucal se establece la “participación interinstitucional para la elaboración de mallas curriculares a nivel de pregrado y postgrado de acuerdo a la realidad nacional” (Ayala, et al., 2009).

...las facultades de odontología del país han realizado esfuerzos en preparar integralmente al personal profesional de salud bucal para hacer frente a la creciente demanda de atención de la población. Sin embargo, la práctica profesional reproduce los conocimientos y actitudes generados en la atención individualizada, lo que ha llevado a utilizar técnicas complejas y costosas mediante las cuales solo una mínima parte de la población nacional tiene acceso real a los servicios odontológicos.

El recurso humano de odontología se sigue formando en las universidades con una carga de nuevas tecnologías, cada vez más costosa y que los prepara para un libre ejercicio más no para una práctica en salud pública. El enfoque primordial del plan de estudio ha sido siempre la enseñanza de procedimientos destinados a aliviar el dolor, la infección y a ofrecer un tratamiento con fines de restauración y rehabilitación. Los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos con los que se cuentan actualmente, exigen la expansión de la base científica en la formación del profesional odontológico para integrar más estrechamente a otras disciplinas de la ciencia de la salud. (MSP, 2010, p. 17)

Por todo lo mencionado, se observa que el mandato constitucional, genera situaciones conflictivas frente al modelo médico hegemónico predominante en la formación y práctica de los profesionales de la salud oral, por lo que se necesita “cambiar los modelos de enseñanza y de prestación de servicios odontológicos y desarrollar una nueva estrategia de atención donde la promoción y la prevención de las enfermedades bucodentales sea lo primordial” (MSP, 2010), logrando complementar “la práctica de salud sobre la base de las necesidades de la población...la carrera de odontología debe evolucionar tomando en cuenta al individuo, la familia y la comunidad...hacia las cuales se proyectará la atención integral de salud, incluyendo la bucal” (MSP, 2010), por lo tanto, es imperativo que “la docencia, el servicio y el gremio odontológico, conjuntamente con los organismos privados y públicos” (MSP, 2010), busquen opciones transformadoras, “con prácticas ...menos costosas y programas preventivos masivos que sirvan a toda la población ecuatoriana para mejorar su salud bucodental” (MSP, 2010), siendo muy importantes en este proceso, por lo

que se requiere en las facultades de Odontología, profesores formados en Atención Primaria de Salud.

...en el 2010 se realizó en Loja, desde el sector académico, la construcción de la propuesta de constitución del Sistema Nacional de Investigación en Salud. Con la Ley Orgánica de Educación Superior Ciencia y Tecnología expedida ese mismo año, se conformó la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, entidad que lidera las actividades en ese campo. Además, en el marco de esta ley las universidades han modificado su malla curricular en las carreras de la salud, colocando la atención primaria como un tema central y priorizando la investigación científica (OPS/OMS, citadas por MSP, 2010).

2.2.2. Atención Primaria de Salud.

Definida como la “asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables” (OMS, 1978), ésta estrategia fue concebida para ponerla “al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978).

En Alma Ata se estableció que esta APS forme parte integrante del sistema nacional de salud, como función central y núcleo principal, y del desarrollo social y económico global de la comunidad, representando el “primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud” (OMS, 1978), de esta forma llevando lo más cerca que sea posible, ésta atención de salud al lugar de residencia y

trabajo de las personas, constituyendo el “primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria” (OMS, 1978).

El Séptimo, Octavo y Noveno puntos de la declaración de Alma Ata, mencionan lo siguiente sobre la APS, para alcanzar la meta “Salud para todos en el año 2000” (OMS, 1978):

VII

La atención primaria de salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondiente; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido

posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en el personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completa y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe adjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación primaria de salud en todo el mundo (OMS, 1978, Págs.: 4 - 6).

2.2.2.1. APS en el Ecuador.

La Constitución vigente del Ecuador en su artículo 360, indica lo siguiente:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (Constitución del Ecuador, 2008).

“La Ley Orgánica de Salud está vigente y ejerce importante rol para la aplicación del nuevo Modelo de Atención que está siendo aplicado en las unidades de salud, y resalta la Atención Primaria de Salud” (Encalada, 2012), este modelo “está especialmente destinado a todo personal de salud, señalando que la salud y el enfoque de la Atención Primaria de Salud APS-R están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable” (MSP, 2012), además afirma que esta estrecha relación “trasciende el sentido de generación de riqueza económica pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras” (MSP, 2012), igualmente, revela que “la Autoridad Sanitaria Nacional en concordancia con las necesidades del país define el Plan de Formación y Capacitación del Talento Humano, y que en coordinación con las Universidades implementa la Carrera Sanitaria, la educación continua y los procesos de certificación y re certificación” (MSP, 2012), estableciendo la asignación de tiempo las funciones, actividades para el odontólogo del equipo integral.

Se señala que la atención odontológica integral a la población, “presenta un amplio marco en el desarrollo de la atención primaria de salud, porque el odontólogo está más íntimamente relacionado con el médico de la familia que otros especialistas, debido a las características específicas de la atención odontológica” (Rodríguez, 1997), las cuales, por su naturaleza, tienen “un amplio contenido de atención primaria y con más del 90 % de carácter ambulatorio” (Rodríguez, 1997).

El Informe sobre la salud en el mundo publicado en el 2008 por la OMS tuvo como centro de atención la APS y se tituló La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. En él se estableció que después de Alma Ata, la APS ha sido interpretada en algunos lugares como la atención para los pobres o que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención.

La OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y su desarrollo en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud: cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables y liderazgo. En este sentido las reformas se consideran necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia “la salud para todos” (OPS, 2013).

La APS es “la atención en salud basada en métodos prácticos, científicamente respaldados y socialmente aceptados que estará al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad” (MSP, 2012), sin embargo, uno de los principales desafíos actuales en cuanto a los recursos humanos en las Américas, incluyendo al Ecuador, es que existen “carencias en la formación de recursos humanos e investigación en salud pública desde una perspectiva y enfoque de la atención a las necesidades del sector” (OMS, 2013), que actualmente tiene el enfoque a la APS, y a pesar de ello, “la formación universitaria del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de APS” (Ramírez, 2010), porque actualmente “la formación de Recursos Humanos en Salud (RHS) está orientada a la medicina curativa con foco en los hospitales y la especialidad” (OPS, 2013), en lugar de alinearla con la APS, que incluye una perspectiva a la prevención de la enfermedad y la promoción para la salud.

Las razones que justificaron la adopción de una estrategia renovada para la APS fueron: los nuevos desafíos demográficos, epidemiológicos y ambientales; el desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la efectividad de la atención primaria; y el reconocimiento de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad y reducir las inequidades en salud. Incluso, se considera que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos (OPS, 2013).

Para enfrentar los problemas que se presentan en el intento de alcanzar la cobertura universal, se requiere un gran número de profesionales capacitados en atención primaria y planificar recurso humano basándose en las necesidades de la población, entre otras estrategias planteadas acorde a la realidad de los países (Ramírez, 2010), como la propuesta que exterioriza que “para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían la APS harán falta políticas ambiciosas en materia de recursos humanos” (OMS, 2008).

2.2.2.2. Atención Primaria de Salud Bucal (POHC).

Los principios de la POHC (Atención Primaria de Salud Bucal), son: Equidad, Prevención, Participación Comunitaria, Tecnología apropiada y Enfoque Intersectorial (Karim, et al., 2008), las cuales tienen las siguientes indicaciones:

Principios de la Atención Primaria de Salud Bucal (POHC).

Equidad	Los servicios de salud oral deberían llegar a todas las personas.
Prevención	La prevención de la enfermedad oral es más costo – efectivo (rentable) que el tratamiento de la enfermedad.
Participación Comunitaria	Empoderar a la comunidad para resolver sus propios problemas de salud oral tendrá un mayor efecto a largo plazo. Para ello se requiere el reclutamiento de una gran fuerza de trabajo incluyendo a los maestros, los trabajadores sanitarios de la comunidad y voluntarios.
Tecnología apropiada	Implementar la atención mediante tecnología que sea asequible y responda a las necesidades de salud oral de la población.
Enfoque Intersectorial	Crear un ambiente positivo para la mejorar la salud de la comunidad mediante la participación de diversos sectores (salud, educación, líderes de la comunidad).

Fuente: (Karim, et al., 2008)

En base a los mismos, la OMS trabajó para crear el BPOC (Paquete Básico de Atención Oral), para trabajar con los mínimos recursos y lograr los máximos resultados, adaptable específicamente para satisfacer las necesidades de una comunidad, y lo más impactante es que un odontólogo capacitado en este paquete, puede capacitar al personal no dental (auxiliar médico y dental locales), que incluye trabajadores comunitarios de la salud (TCS) y profesores, como parte integral de los principios y el paquete mencionados, pudiendo convertirse en el recurso central para la promoción de la salud bucal y la atención curativa simple en sus comunidades (Karim, et al., 2008).

Se ha argumentado de forma convincente que un enfoque de determinantes sociales es crucial para el establecimiento de un marco estratégico de la población que pone de relieve la necesidad de examinar la "causa de la causa" subyacente o condiciones sociales que dan lugar a la distribución desigual de la salud oral y la enfermedad (Karim, et al., 2008).

Al existir un mayor número de Trabajadores Comunitarios de Salud, capacitados en diferentes actividades médicas como vacunación, planificación familiar o tratamiento de lesiones menores, frente al menor número de odontólogos, en los países en desarrollo, y en las comunidades más necesitadas, están en la capacidad necesaria para aprender BPOC y promover POHC (Karim, et al., 2008).

El Paquete Básico de Atención Oral consiste en lo siguiente:

Paquete Básico de Atención Oral (BPOC).

Tratamiento Oral Urgente (TOU / OUT)	Alivio del dolor de los abscesos, primeros auxilios para las infecciones orales y referencia de casos complicados.
Pasta Dental con Flúor Accesible (PDFA / AFT)	Disponibilidad de pasta de dientes que contenga flúor, que es la medida preventiva más eficaz contra la caries.
Tratamiento de Restauración Atraumática (ART)	Para la caries, extracción manual de la caries con instrumentos manuales y rellenando con un material restaurador que libera fluoruro. Sin que el taladro dental o la succión estén involucrados, y el diente se salva en lugar de extraerse.

Fuente: (Karim, et al., 2008).

La FDI (Federación Dental Internacional), “está abogando por el marco de POHC con el BPOC como una herramienta esencial para el desarrollo de programas y proyectos que los países anfitriones pueden aceptar, pagar, y sostener” (Karim, et al., 2008). El Tratamiento de Restauración Atraumática (ART), “es una técnica simplificada de atención odontológica que remueve los tejidos dentales enfermos usando solo instrumentos manuales y restaura las cavidades con cemento de Ionómero de Vidrio, no requiere

anestesia ni equipo” (MSP, 2011), además se recomienda su uso para aplicación de sellantes de Ionómero de Vidrio, de una forma no invasiva.

2.2.2.2.1. Atención Primaria de Salud Bucal en el Ecuador.

En el Ecuador, la curación de enfermedades “en los individuos, familias y comunidades a través de acciones de recuperación en personas enfermas, es la tónica de la odontología” (MSP, 2010, p.16), a pesar de lo cual, no se descarta “la posibilidad de recurrencia de problemas bucales mientras no se enfoque en recurrir a acciones de promoción y prevención que son las acciones fundamentales de la atención primaria de salud” (MSP, 2010). Los servicios de salud bucal, se basan en los siguientes lineamientos:

- Énfasis a las acciones preventivas y curativas que demanda la población.
- Tratamiento de emergencia.
- Cobertura de atención odontológica, especialmente en beneficio de los grupos prioritarios como la madre – niño y escolares, donde se puede realizar un tratamiento programado y de gran impacto.
- Descentralización con miras a que las unidades operativas cuenten con los materiales, insumos y biomateriales odontológicos necesarios para la atención de la población. (MSP, 2010, p.18)

“Las políticas del MSP han estado dirigidas en los últimos años a la atención de poblaciones de las zonas urbanas, urbano – marginales y rurales, a través de programas específicos donde se puede acceder a los servicios de forma gratuita” (MSP, 2010, p.17), en el Modelo de Atención vigente en el Ecuador, indica las funciones, actividades extramurales y en la consulta para el odontólogo del equipo integral de salud, las actividades extramurales son las siguientes:

Promoción de la salud bucal

- Diagnóstico de hábitos y comportamientos saludables en salud bucal dentro de la familia.
- Comunicación, educación y consejería a las madres, o representantes de la familia en:
 - Importancia de la lactancia materna
 - Seguridad alimentaria: nutrición, micronutrientes y dieta no cariogénica
 - Hábitos saludables en salud bucal: limpieza de dientes y encías, técnica de cepillado, control de placa bacteriana, utilización del hilo dental.
 - Otros de acuerdo a la necesidad.

(MSP, 2012, p. 154)

Prevención de las principales patologías

- Detección de placa bacteriana y enseñanza de técnica de cepillado
- Aplicación de sellantes (si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad)
- Aplicación de flúor gel acidulado al 2%. Aplicación de flúor laca (flúor barniz).
- Aplicación de la técnica ART (Técnica de Restauración A traumática) si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad.

(MSP, 2012, p. 155)

En la Consulta, las funciones asignadas al odontólogo, son:

- Elaborar la programación local en su unidad operativa de acuerdo a lo que establece el modelo de atención vigente para los diferentes ciclos de vida y dar a conocer al Director de la unidad operativa y al odontólogo del área.
- Ejecutar el Programa Nacional de Salud Bucal según las normas del primer nivel atención.
- Ser el responsable del registro del sistema de información, la recolección y análisis de los datos de las actividades odontológicas cumplidas y presentar el informe al nivel superior.
- Responsabilizarse de la conservación y mantenimiento del equipo, instrumental y biomateriales entregados y solicitar oportunamente su reposición.
- Coordinar con los directores de las escuelas, personal docente, padres de familia y líderes comunitarios, para la ejecución del programa de salud bucal en escolares.

- Concurrir obligatoriamente a las reuniones técnico administrativas convocadas por los niveles jerárquicos superiores.
 - Supervisar al personal auxiliar odontológico asignado a la unidad operativa.
 - Coordinar las actividades con los demás miembros del equipo de salud.
 - Cumplir con las demás actividades relacionadas a su cargo y demás que por ley y reglamento le fueren asignadas por sus superiores.
- (MSP, 2012)

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su Modelo de Atención Integral de Salud, orientado a la atención primaria, así como en las Protocolos de Atención en Salud Bucal para el Primer Nivel de Atención, señala al cepillado dental dentro de los hábitos saludables que se pueden diagnosticar, o enseñar a las madres y mujeres embarazadas y población en general, como parte de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que el odontólogo puede realizar, además define a este procedimiento como “la forma mecánica de eliminación de placa bacteriana y restos alimenticios, cuya duración aproximada no debe ser menor a cinco minutos” (MSP, 2011; MSP, 2012).

Actualmente existen diferentes técnicas de cepillado que los odontólogos pueden enseñar a sus pacientes, sobre todo si diagnostica que “su técnica es defectuosa” (Loscos, Aguilar, Cañamás y Ibáñez, 2005), es imprescindible que el profesional en salud bucal conozca “las distintas técnicas de cepillado aceptadas actualmente para el control de placa de forma correcta, y decidir cuál es la más adecuada para el nivel intelectual y edad del paciente” (Loscos, et al., 2005), dentro de las más conocidas se encuentran las siguientes:

Movimientos Horizontales:

- ✓ Zapatero (Horizontal)
- ✓ Starkey

Movimientos Vibratorios:

- ✓ Charters
- ✓ Hirschfeld
- ✓ Bass
- ✓ Stillman

Movimientos Verticales:

- ✓ Leonard (Del Rojo al Blanco)
- ✓ Bass Modificado
- ✓ Stillman Modificado
- ✓ Barrido (Deslizante)
- ✓ Smith – Bell (Fisiológica)
- ✓ Roll, rotatoria, de giro o rodillo (Rolling – Strike)

Movimientos Circulares o Rotatorios:

- ✓ Fones
- ✓ Charters Modificado

(Loscos, et al., 2005)

El Ministerio de Salud Pública en sus diferentes documentos, indica una técnica de cepillado general, con una angulación de 45 grados entre la encía y el diente como la de Stillman, con movimientos rotatorios y detrás de los dientes anteriores, especifica que se debe inclinar el cepillo y cambiar a un movimiento vertical de arriba hacia abajo, usando la parte delantera del cepillo, como señala la de Fones, y un movimiento de adelante hacia atrás sobre las superficies masticatorias, como la de Zapatero; a diferencia de las técnicas existentes, señala el cepillado de adelante hacia atrás de la lengua, para “eliminar las bacterias que producen el mal aliento” (MSP, 2012). De la misma manera, se indica la técnica de uso de hilo dental, para prevención de “formación de caries interproximales (entre los dientes) y las enfermedades periodontales, principales problemas de salud bucal de la población” (MSP, 2011), otro conocimiento básico que deben tener los odontólogos, para realizar además promoción de la salud, además que su uso debe empezar desde los 6

años de edad, “porque el hilo dental permite acceder a zonas donde el cepillo de dientes no alcanza” (MSP, 2011; MSP, 2012).

Para la detección de placa bacteriana en dientes, se emplea el Índice de Higiene Oral Simplificado, más conocido como “IHOS” (Green y Ver millón, citados por Gómez y Morales, 2012), o se puede pigmentar los dientes con una pastilla o sustancia reveladora de placa, de esta forma, se puede realizar educación para la salud, como una de las técnicas de promoción de la salud. Los objetivos y las técnicas de aplicación de flúor barniz, a partir de los 6 meses de edad, cuando erupcionan las primeras piezas dentarias, y flúor en gel acidulado al 2%, desde los 6 años de edad, así como sellantes de foto curado, y los momentos idóneos para la aplicación de los mismos, están publicados en los documentos publicados por el MSP.

Los micronutrientes más conocidos que influyen en la salud bucal son el Flúor y el Calcio, sin embargo, se conoce que “los estados moderados de malnutrición, particularmente las deficiencias de proteínas y otros micronutrientes como vitaminas, zinc y hierro pueden influir en la cantidad y composición de la saliva limitando el efecto protector que esta tiene en la cavidad bucal” (Quiñones, Pérez, Ferro, Martínez y Santana, 2008), las mal oclusiones en cambio, “ocupan el tercer lugar como problemas de salud oral” (OMS, citado por Merino, 2003), por lo que, con respecto a los beneficios de la lactancia materna, se conoce lo siguiente:

Es indiscutible el beneficio desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo y psicológico, ... para la madre como para el hijo. Son poco conocidos los efectos de la lactancia materna sobre el desarrollo del aparato bucal, y su relación con las posibles alteraciones dentofaciales.

Luego de la revisión de la literatura, se puede concluir que la lactancia materna además de los múltiples beneficios que tiene sobre la madre y el hijo, supone un estímulo muy importante en el desarrollo y crecimiento de todas las estructuras del aparato bucal y del sistema respiratorio del recién nacido:

1. Madurando adecuadamente las funciones del aparato bucal.
2. Produciendo los estímulos de desarrollo necesarios para el crecimiento Máxilo –mandibular.
3. Previene la instauración de hábitos viciosos de succión y deglución (Merino, 2003).

“La simple inoculación de bacterias cariogénicas no generan por sí la caries dental, siendo necesaria la presencia de un sustrato cariogénico” (Guzmán, 2007), una dieta con “potencial cariogénico” (López, 2006), a menudo denominada Dieta Cariogénica, por lo general, “los hidratos de carbono de absorción rápida de la dieta tienen un efecto cariogénico local” (López, 2006), por lo que, “se define una dieta cariogénica aquella de consistencia blanda con alto contenido de hidratos de carbono, especialmente azúcares fermentables” (Escudero, 2012).

Se revisó la bibliografía sobre el potencial cariogénico de los alimentos, se determinó por la evidencia científica cuáles son cariogénicos y cuáles no, de esta forma se determinó que dentro de la dieta cariogénica, se puede tomar en cuenta al pan, galletas, glucosa, fructosa, dulces como los caramelos o chupetes, azúcar, miel, cereales refinados como el arroz, (Escudero, 2012; Chaves, 2014; Barroso, Guinot, Barbero y Bellet, 2011), las tabletas de chocolate comercial (Aguirre y Vargas, 2012), frutos secos (Barroso, et al., 2011), manzanas (Riveros, 2008), que pueden producir “niveles de caries

apreciables, ...igual o más que la sacarosa...” (Melgar, et al, 2004). Por otro lado, dentro de los alimentos no cariogénicos (dieta con poca o ninguna capacidad para producir caries), se registran los vegetales, xilitol como el que se está contenidos en chicle o goma de mascar sin azúcar, carne, queso (Pérez, citado por Escudero, 2012; Costa, Alves y Hubbe, 2004; Barroso, et al., 2011), el chicle común, por la estimulación del “flujo salival, y por ende aumenta sus propiedades protectivas” (Walsh, 2008), la leche, que “es el mejor alimento para una dentadura sana” (Riveros, 2008), y las verduras, a las que “la mayoría de los autores no los considera cariogénicos” (Guzmán, 2007).

El Plan Operativo de Actividades (POA), es el método para establecer objetivos a cumplir y realizar la programación operativa, que está incluida en la planificación estratégica para el desarrollo de actividades, que permitan alcanzar los objetivos planteados por parte de las unidades operativas (MSP, 2012), y dentro de éstas unidades, se incluye el área odontológica, por lo que se requiere que “todo el personal que conforme el equipo integral de salud tenga un perfil óptimo de desempeño que integre actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación” (MSP, 2012), por lo que es importante que además tengan conocimientos para realizar la planificación de su área, el odontólogo, como parte de este equipo, dentro de sus actividades a realizar en consulta, está el “elaborar la programación local en la unidad operativa...” (MSP, 2012), siendo necesario el conocimiento para realizar la solicitada planificación y programación. Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se las puede realizar en cualquier momento durante la práctica odontológica, sea en el consultorio dental frente al paciente o sus familiares, o en las salidas comunitarias, dentro del ámbito de trabajo extramural, en las visitas domiciliarias y/o durante la participación en el llenado de las fichas familiares

(MSP, 2012). Con respecto de la elaboración del Plan Operativo de Actividades (POA), dentro del proceso de elaboración de la “programación local en su unidad operativa” (MSP, 2012), se consideran los siguientes pasos:

1. Análisis Situacional (Diagnóstico Situacional).
2. Priorización y selección de problemas (Listado de problemas priorizados).
3. Análisis de causa efecto e identificación de soluciones (Árbol de problemas).
4. Misión y Visión del plan.
5. Estrategias del plan (Marco Lógico).
6. Programación de las Intervenciones (Marco Lógico).
7. Análisis y construcción de viabilidad (Plan de Salud viable para su ejecución).
8. Diseño de la ejecución y seguimiento del Plan (POA anual y plan de seguimiento sistematizado).
9. Evaluación y rendición de cuentas del Plan de Salud.

(MSP Y CONASA, 2007)

2.3. Hipótesis

Existe relación entre la malla curricular y los conocimientos actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud de los estudiantes del último semestre de las facultades de Odontología de las Universidades de Quito.

2.3.1. Hipótesis Específicas del Estudio (Presunciones del Autor y Supuestos).

Se presume que la malla curricular se relaciona con los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud de los estudiantes del último semestre de las facultades de odontología de las universidades de Quito.

Se estima determinar que, en las facultades de Odontología, al tener en sus mallas curriculares altos contenidos de APS, los estudiantes del último semestre tendrán mayores conocimientos, actitudes y prácticas en esa área del conocimiento de la Salud Pública.

2.4. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre la malla curricular y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud de los estudiantes del último semestre de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito?

2.5. Objetivos

2.5.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre la malla curricular y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud de los estudiantes del último semestre de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito, en el año 2014, mediante el análisis de mallas curriculares, encuestas a estudiantes del último semestre y entrevistas a docentes y estudiantes voluntarios.

2.5.2. Objetivos Específicos.

1. Determinar si la Atención Primaria de Salud es un eje transversal en las mallas curriculares de las facultades de Odontología de las Universidades de Quito, realizando un análisis a profundidad de los contenidos de las materias, en el año 2014.
2. Describir los contenidos sobre Atención Primaria de Salud que existen actualmente en las mallas curriculares en las facultades de Odontología de las Universidades de Quito, en el año 2014.
3. Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud, aplicando una encuesta a los estudiantes del último semestre de las facultades de Odontología de las Universidades de Quito, en el año 2014.
4. Analizar la incidencia de la carga horaria de la malla curricular en los conocimientos actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud de los estudiantes del último semestre de las facultades de Odontología de las Universidades de Quito, complementando con entrevistas a estudiantes voluntarios y docentes, en el año 2014.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño del Proyecto

La presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño transversal. Se realizó una investigación de campo, recolectando datos en la realidad en la que ocurren, es decir, directamente en las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito. Se complementa el estudio, con elementos de la investigación cualitativa para tener una perspectiva más clara del problema.

3.2. Herramienta de Investigación Utilizada

Se realizó una encuesta a los estudiantes del último semestre de las facultades de Odontología de las Universidades de Quito sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas en Atención Primaria de Salud, relacionadas con su carrera y una entrevista a los docentes responsables de cada cátedra que contribuyen a la elaboración de las mallas curriculares, sobre éstas y su contenido de APS, así como a estudiantes del último semestre que participaron voluntariamente, una entrevista a profundidad sobre sus Conocimientos, Actitudes y Prácticas en APS y los contenidos sobre ésta durante su carrera, y finalmente, una revisión documental de las mallas curriculares de las facultades de odontología, para determinar los contenidos de APS en ellas, realizando una inspección a fondo de los

syllabus de cada materia, revisando los temas relacionados con Atención Primaria, para determinar el contenido de APS de las Mallas, y sus ejes centrales. La encuesta y los parámetros para la revisión documental de mallas curriculares, se realizó en base a la correspondiente operacionalización de variables (Anexo A).

La Encuesta comprendió de cuatro partes:

1. Datos Previos: 6 preguntas de las cuales, 4 son sobre los criterios de inclusión y exclusión, y 2 son relacionadas a la percepción del estudiante si ha recibido o no clases a lo largo de su carrera, relacionadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
2. Conocimientos: 46 preguntas, sobre diversos temas de Salud Oral, relacionados con APS, específicamente con promoción y prevención, basados en el instrumento de la investigación sobre el BPOC (Karim et al., 2008), además, documentos del MSP del Ecuador.
3. Actitudes: 12 preguntas con escala de Likert, sobre sus gustos hacia actividades relacionadas con la APS, para que seleccionen entre 1 (Totalmente en Desacuerdo) y 5 (Totalmente De Acuerdo).
4. Prácticas: 12 preguntas sobre sus experiencias pre profesionales relacionadas con actividades relacionadas a la prevención y promoción, componentes de la Atención Primaria de Salud.

Además, se realizaron entrevistas a profundidad, como estaba previsto metodológicamente, a estudiantes, para validar la información obtenida.

La fuente de datos Primaria, es la información obtenida a través de la aplicación de las encuestas y de las entrevistas; y la fuente secundaria, fueron las mallas curriculares, syllabus de las materias y una exhaustiva revisión bibliográfica.

3.3. Universo y Muestra

En el 2006, se graduaron 185 odontólogos en las universidades de Quito (CONASA, et al., 2008), sin embargo el dato más actualizado es el de la Universidad Central del Ecuador que indica que se graduaron 258 odontólogos en el periodo septiembre 2010 – agosto 2011 (Universidad Central del Ecuador [UCE], 2012), a diferencia del 2006 en el que se graduaron de esta universidad 106 odontólogos (CONASA et al., 2008), por lo que se estima que en el periodo septiembre 2010 – agosto 2011 proporcionalmente se graduaron 436 odontólogos de las universidades de Quito. Se estimó que el número de graduados de las facultades de odontología en Quito en el período 2013 – 2014, es de 500, que si se divide proporcionalmente para 2 semestres por período, se estima que el universo de estudiantes del último semestre de esas facultades sea 250.

Inicialmente se solicitó el número de los estudiantes matriculados en el último semestre de cada facultad, determinando la población real en 226, distribuida de la siguiente manera:

Estudiantes de último semestre de Odontología de las Universidades Incluidas en el estudio.

Universidad	Estudiantes matriculados (Octubre 2014)	Porcentaje
U0 (Universidad que no participó)	25	11,1%
U1 (Universidad 1)	170	75,2%
U2 (Universidad 2)	3	1,3%
U3 (Universidad 3)	28	12,4%
U4 (Sin estudiantes de último semestre)	0	0%
Población Total	226	100%

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor

De las 5 universidades con Facultades de Odontología, una reportó no tener estudiantes en el último semestre, la segunda universidad, tras haber leído y analizado la petición, informó que en este momento no sería posible como Escuela poder colaborar, porque el proceso de acreditación que se avecina exige de todo el personal docente, administrativo y de los estudiantes cierto compromiso que impediría permitir todas las facilidades que el estudio exige, por lo que al final participaron 3 facultades en el estudio, permitiendo la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, durante el mes de octubre del 2014, en el cual, todas estaban en período de clases, con el compromiso de mantener la confidencialidad de los datos y de las instituciones participantes, por lo que aleatoriamente se asignó un código a cada Facultad (U1, U3, etc.).

Determinando el porcentaje real de las tres Universidades participantes en el siguiente, para efecto de la muestra requerida:

Estudiantes del último semestre de Odontología en Universidades

Participantes.

Universidad	Estudiantes matriculados (Octubre 2014)	Porcentaje
U1 (Universidad 1)	170	84,58%
U2 (Universidad 2)	3	1,49%
U3 (Universidad 3)	28	13,93%
Población Total	201	100%

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor

Se calculó la muestra requerida con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde,

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza

P= probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q= probabilidad de fracaso

D= precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

Si se desconoce la proporción esperada, se tendría que utilizar el criterio conservador ($p = q = 0,5$), lo cual maximiza el tamaño de la muestra.

Entonces, se tomaría en cuenta los siguientes valores:

- N = 226

- $Z_{\alpha}^2 = 1,645$ (ya que la seguridad es del 90%)
- $p =$ proporción esperada (en este caso $50\% = 0,5$)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0,5 = 0,5$)
- $d =$ se desea un 5% de precisión $= 0,05$

De la población total, es decir 226 estudiantes de las 5 facultades de Quito (Universo), se determinó la muestra requerida para la presente investigación, con la fórmula indicada, determinando una muestra requerida de no menos 124 estudiantes de las 3 facultades participantes con los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se aplicó las encuestas, de lo cual se obtiene la fracción de muestreo de $124/226 = 1/1,82 = 0,55$.

La técnica usada fue la de muestreo probabilístico, estratificado porcentual, que se delimitó dependiendo del número de estudiantes del último semestre por cada universidad, según el porcentaje de la tabla de las 3 Universidades participantes, requiriendo la siguiente cantidad de estudiantes por facultad:

Muestra requerida para el estudio.

Universidad	Porcentaje Requerido	Estudiantes Requeridos	Estudiantes Matriculados
U1 (Universidad 1)	84,58%	105	170
U2 (Universidad 2)	1,49%	2	3
U3 (Universidad 3)	13,93%	17	28
Muestra requerida Total	100%	124	201

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

3.4. Criterios de Inclusión

Facultades de Odontología que tengan estudiantes en su último semestre de carrera (noveno o décimo), o en el último año de la misma (quinto).

Estudiantes del último semestre en el que reciban por lo menos una clase presencial de las facultades de odontología de las universidades de Quito.

Que hayan cursado su carrera desde el primer semestre en la misma facultad.

3.5. Criterios de Exclusión

Se descartaron del estudio estudiantes de semestres previos que puedan estar recibiendo clases del último semestre por avances y los que no hayan cursado su carrera desde el primer semestre en la misma facultad o que hayan estudiado en otras universidades o facultades, alguno de los semestres intermedios o materias relacionadas con la carrera de Odontología.

3.6. Análisis de Datos

3.6.1. Recolección de Datos.

Para la aplicación del estudio se contó con 2 recursos humanos, Odontólogos con experiencia en la aplicación de los instrumentos, quienes tienen conocimientos en APS, que se encargaron de gestionar y aplicar los instrumentos de recolección de datos en cada institución. Los recursos institucionales con los que se contó son las autorizaciones de las 3 facultades de Odontología de las Universidades de Quito, para ingresar a los cursos de los estudiantes seleccionados y realizar la aplicación de la encuesta, además de realizar las entrevistas a los docentes responsables de elaborar las mallas curriculares y a los estudiantes que deseen ser entrevistados, de cada facultad.

Los instrumentos fueron revisados y aprobados por el Tutor de la Tesis, y el Lector de la misma, quienes, como expertos en APS sugirieron modificar y eliminar ciertas preguntas, para tener más precisión en los resultados obtenidos, además se consultó con una Odontóloga, Magíster en Salud Pública, con varios años de experiencia y profesora de Universidad, sobre la encuesta, quién indicó no tener ninguna objeción de las preguntas y que a su parecer están bien planteadas, incluso mencionó “Que sería interesante saber los resultados que se obtendrán de ella”.

La prueba piloto se realizó durante el mes de Septiembre de 2014, finalizando el semestre abril – septiembre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central, previa autorización por su máxima autoridad, a dos grupos con similares características de la

población a estudiar, determinando la mejor forma de aplicar el instrumento de estudio y que las preguntas sean entendibles, al primer grupo, 10 estudiantes de sexto semestre, se aplicó en clases, durante un tiempo determinado para su aplicación, mientras que el segundo grupo, fue de 15 de los estudiantes de noveno semestre, durante sus horas destinadas a atender pacientes en las clínicas de su facultad, ya que no existía la posibilidad de aplicarles en una de las clases que ya habían finalizado y habían rendido los exámenes finales, observando en este último grupo que hubo mayores sesgos en sus respuestas, como que en el mayor número de preguntas, señalaron que no conocían de esos temas, o dejaban en blanco, sin responder; mientras que en el grupo de sexto semestre, la mayor parte de las preguntas no contestadas por el segundo grupo, fueron desarrolladas, para su evaluación.

Con respecto a la comprensión de las preguntas, hubieron ciertas dudas, como que no conocían las siglas, o a qué tipo de galletas se refería en la parte de alimentos cariogénicos, si de sal o de dulce, sin embargo, corroboradas por la intervención de los expertos que dieron sus criterios, se colocó entre paréntesis lo que significaban las siglas, por ejemplo APS (Atención Primaria de Salud), y con respecto a las galletas, lo que se refiere en la literatura, es a galletas en general, sea de sal o de dulce, por lo que no se cambió esa palabra.

La recolección de los datos se llevó a cabo durante el mes de octubre del 2014 en cada una de las instituciones, durante la primera etapa del ciclo académico correspondiente, es decir, casi recién iniciado el semestre en todas las Facultades, posterior a la aprobación final del instrumento con todas las modificaciones, por parte del Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Para la aplicación se solicitó a cada

facultad el espacio físico y tiempo, destinados específicamente para aplicar el instrumento a sus estudiantes del último semestre, con la presencia de un testigo de cada una de ellas, se entregó a cada estudiante para que sean llenadas por ellos mismos, con total sinceridad y previamente aceptada su participación en el estudio, con su firma en el consentimiento informado.

Posterior a filtrar a la población con los criterios de inclusión y exclusión, se decidió aplicar la encuesta al 100% de la población a estudiar, de la cual, aceptaron participar voluntariamente 135 estudiantes del último semestre de la carrera de Odontología en las 3 Universidades participantes de la ciudad de Quito, 3 de la U2 (2,22%), 11 de la U3 (8,15%) y 121 de la U1 (89,63%).

Las encuestas, así como las entrevistas fueron opcionales, lo cual fue informado desde el inicio a los participantes, siendo su participación voluntaria, y se recalcó el hecho de que su identidad se mantendrá en anonimato en toda la investigación, así como el de sus instituciones, al momento de presentar los resultados.

Se realizó la revisión de cada uno de los syllabus de las materias que dictan en las dos facultades de odontología que proporcionaron esta información, ya que en la tercera facultad (U3), indicaron sus autoridades que “por problemas de confidencialidad de la información”, no aceptaron facilitar la información para el presente estudio, solamente se analizó la malla curricular, publicada en la página web de la universidad y la información proporcionada por el estudiante y los docentes entrevistados sobre las materias en las que dictan temas relacionados con la Atención Primaria de Salud, determinando el número total

de créditos, por lo que se realizó una estimación del porcentaje de los mismos que está orientado hacia la APS, y sus ejes transversales.

3.6.2. Tabulación y Análisis.

El recurso técnico, es el paquete estadístico R Studio, software libre, por lo que no se requirió de licencia para su aplicación. En este programa se realizó el almacenamiento y la tabulación de los datos cuantitativos obtenidos de las encuestas y del análisis de las mallas curriculares, así como realizar cruces de variables.

Se evaluó las 45 preguntas sobre Conocimientos, de forma cuantitativa, asignando un valor de 1 punto a cada pregunta, que significa el 100% de conocimiento sobre ese tema, existiendo la posibilidad de determinar exactamente qué porcentaje de conocimiento tienen los estudiantes participantes, estipulando el rango de conocimientos regulares entre 0,1 y 0,9 en cada Pregunta. Las preguntas no evaluadas fueron las de percepción, que incluyó las relacionadas con clases sobre prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y la primera pregunta sobre si conocen el Paquete Básico de Atención Oral (BPOC).

Tres preguntas de conocimientos se calificaron sobre más de un punto, para el análisis individual: la pregunta respecto de las técnicas de cepillado que conocen, se calificó sobre 12 puntos, que corresponden a 12 de las 14 técnicas de cepillado propuestas, los conocimientos sobre si los alimentos planteados eran Cariogénicos o No Cariogénicos, fue calificada sobre 15 puntos, dando el valor de un punto por cada acierto de los 15 alimentos planteados, finalmente, la pregunta que indagaba sobre la importancia de la

lactancia materna en salud oral, se calificó sobre un punto si mencionaban algo relacionado con el desarrollo de los maxilares, y si mencionaron el aporte de inmunoglobulinas o calcio al sistema del niño, se otorgó 0,25 extra, no contemplados dentro de la calificación sobre 1 punto de esa pregunta. Sin embargo, para el cómputo global sobre conocimientos, se calificó cada pregunta sobre 1 punto.

3.6.3. Seguridad y Almacenamiento de Datos.

En el momento de la recolección de datos, no fue necesario solicitar la identidad de los participantes, porque se agruparon por universidad, asegurando la confiabilidad de los resultados para su análisis y publicación, previo consentimiento informado de las autoridades de las Facultades investigadas. No se registró ningún dato personal en archivos o bancos, y se prohibió hacerlo al equipo humano de trabajo.

Se adoptaron medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales, como el manejo personal de los mismos, bajo estricto celo profesional, de modo de evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, detectando desviaciones, intencionales o no de información, sea por acción humana o por el medio técnico utilizado. Se aplicaron las siguientes medidas para mantener segura la información proporcionada:

Cada formulario, tiene un código, para proteger la privacidad del participante y de la Universidad, no son necesarios los datos personales de ninguna persona, ni los datos institucionales de ninguna Facultad para la presente investigación.

Los datos se guardan bajo estricta seguridad física y virtual durante el análisis, en el escritorio de la oficina del investigador principal, bajo llave, y en una computadora con clave de acceso personalizada.

Estos datos se guardarán durante el tiempo que dure la investigación y su aprobación, hasta su publicación, para lo que se estima un tiempo aproximado de 6 meses a partir de la recolección de datos, el nombre de los participantes ni de las Universidades, no serán mencionados en las publicaciones o reportes de la investigación, una vez finalizado el tiempo, se eliminarán los datos físicamente quemándolos, y virtualmente, eliminándolos totalmente de la computadora, a la que se formateará posterior a la investigación.

El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a los expedientes en caso de necesidad por problemas de seguridad o ética en el estudio.

La información es manejada de la siguiente manera: se tabularon los datos y se presentará una copia del trabajo final en el decanato de cada facultad, y se enviarán a los correos electrónicos de los participantes que los proporcionaron para este fin (proporcionados independiente de la encuesta o entrevista, en una hoja aparte).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y HALLAZGOS

Los resultados de la presente investigación se estructuran por grupos, primero el análisis de las mallas curriculares, luego, los conocimientos actitudes y prácticas de los estudiantes encuestados sobre APS, analizando con el cruce de variables, y finalmente, se realiza la Discusión, en base a la hipótesis y los objetivos, comparando con otros estudios similares. Se presenta tablas y gráficos de cada uno de los resultados y hallazgos identificados.

4.1. Análisis de Mallas Curriculares

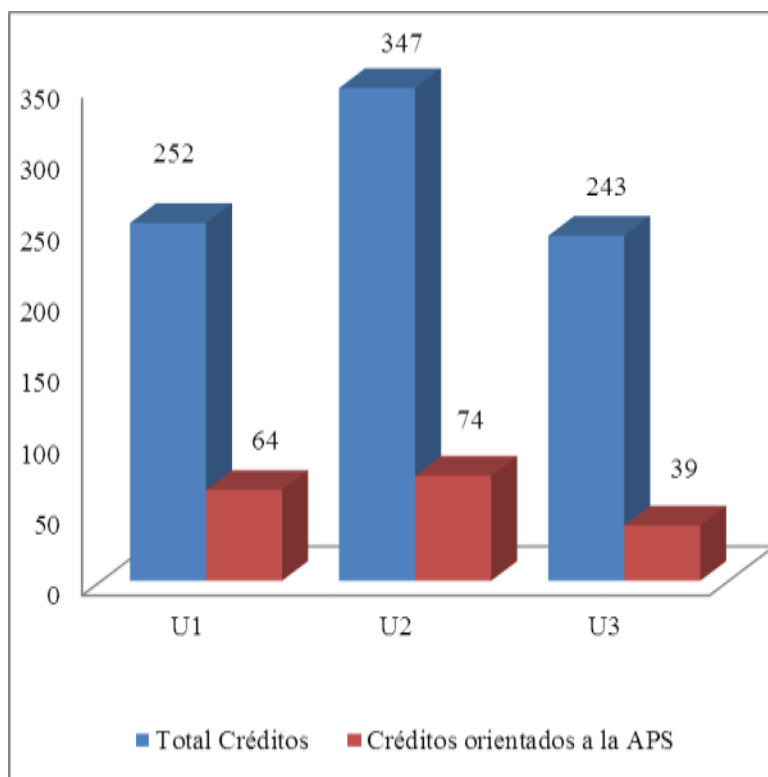
Se analizó cuáles son los ejes transversales de cada malla curricular en base a un análisis a profundidad de todos los syllabus de cada materia que compone las mallas estudiadas, es decir, cuáles se insertan en todos los niveles de la formación de profesionales de la odontología, así se encontró que en la U1 y U2, el eje transversal principal es el profesional, en cambio que de la U3, son las Clínicas Odontológicas, como la de adultos, o de las diferentes especialidades de la carrera, en los tres casos, los ejes están relacionados con la práctica odontológica en general, de lo cual se determinó que el 17% -25% es orientado a la APS. Cabe recalcar que de la malla curricular de la Universidad 3, se realizó un estimado, en vista que no proporcionó el acceso respectivo a los syllabus correspondientes a sus materias.

Tabla 1. Comparación entre mallas curriculares de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito participantes.

	<i>Total Materias</i>	<i>Total Materias orientadas hacia la APS</i>	<i>Total Créditos</i>	<i>Total de Créditos orientados hacia la APS</i>	<i>Porcentaje de créditos orientado hacia la APS</i>
U1	60	19	252	64	25%
U2	177	40	347	74	21%
U3	72	12	243	39	16%*
* Estimación de acuerdo a la malla y entrevistas de la U3.					

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 1. Total de Créditos orientados hacia la Atención Primaria de Salud de las Mallas Curriculares.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

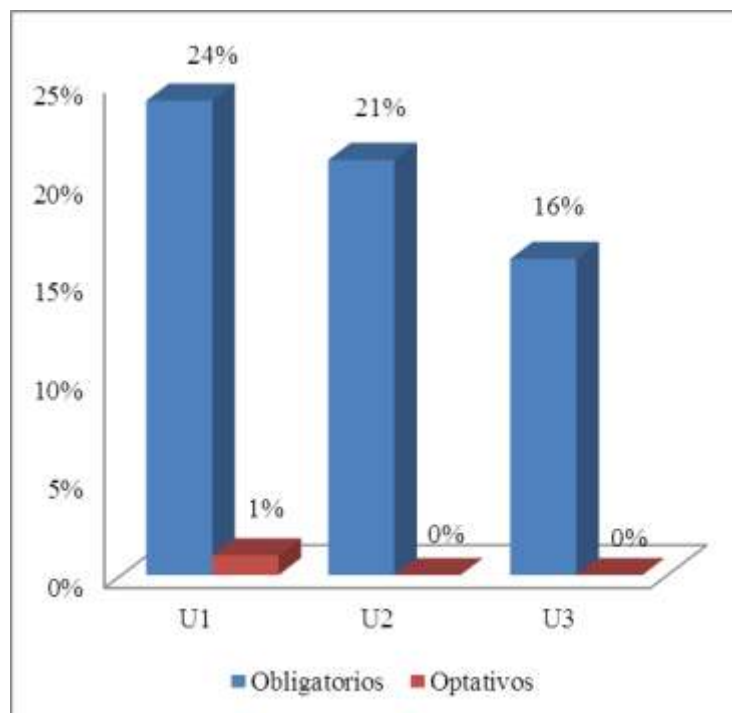
Las Facultades de Odontología participantes, tienen materias relacionadas con la Atención Primaria de Salud, como Salud Pública, que dictan en las universidades 1 y 3, Promoción de la Salud en la U3, y Clínica de Prevención en la U2, sin embargo, al revisar el syllabus de esta última materia, su contenido no tenía ningún tema relacionado con la Atención Primaria, todo lo contrario, está orientado al desarrollo clínico operativo de curación. En las tres Universidades topan algunos de los temas de Odontología relacionados con la APS, que se toparon en las encuestas, como lactancia materna, técnicas de cepillado, etc., en diferentes materias como Odontopediatría, Periodoncia, Operatoria Dental. En ninguna malla se contempla la enseñanza del BPOC (Paquete Básico de Atención Bucal), sin embargo fomentan el trabajo en la comunidad, realizando prácticas en zonas rurales del Ecuador, las cuales están relacionadas con los ejes transversales respectivos. Cabe recalcar que se realizó una estimación de la malla curricular de la Universidad 3, en vista que no proporcionó acceso a los syllabus de sus materias.

Tabla 2. Comparación de los ejes transversales de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito participantes.

	<i>Total de créditos orientados a APS</i>	<i>Tipo de Créditos orientados hacia la APS</i>						<i>Eje transversal</i>
		<i>Obligatorios</i>		<i>Optativos</i>		<i>Electivos</i>		
		<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>	
U1	64	60	24	4	1	0	0	Profesional 40%
U2	74	74	21	0	0	0	0	Profesional 85%
U3	39	39*	16	0	0	0	0	Clínicas Odontológicas 43%
* Estimación de acuerdo a la malla y entrevistas de la U3.								

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 2. Orientación de los Créditos hacia la APS.



Fuente: Investigación, Elaborado: Autor.

El análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas en Atención Primaria de Salud de los estudiantes encuestados, se realizó de las 2 universidades con mayor número de alumnos, es decir, la universidad 1 y la universidad 3, en vista que el número de estudiantes matriculados en el último semestre de la carrera en la U2, fue de 3, a pesar que si respondieron la encuesta.

4.2. Conocimientos en APS

Se analizó las respuestas de cada una de las preguntas sobre conocimientos en Atención Primaria de salud en las universidades 1 y 2.

4.2.1. Percepción de aprendizaje de APS en la Universidad.

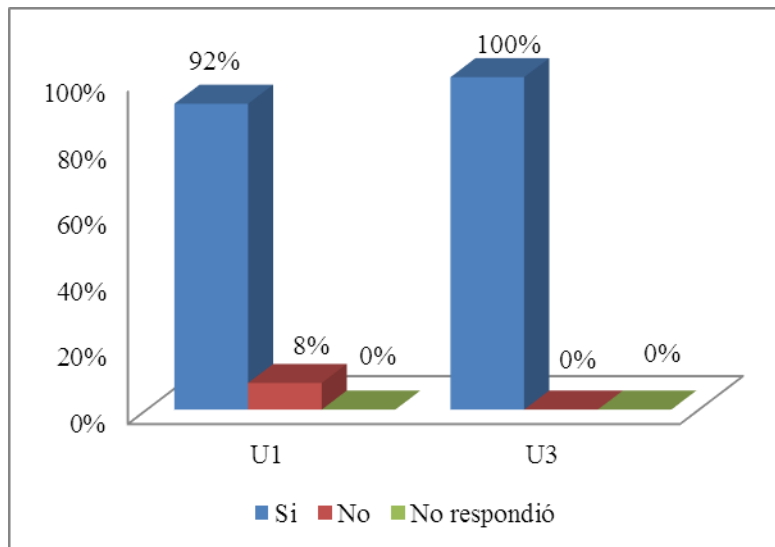
Las dos primeras preguntas eran sobre la percepción que tenían, si han recibido clases relacionadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en alguna materia a lo largo de su carrera, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 3. Percepción de los Estudiantes: Clases relacionadas a la Prevención de la Enfermedad.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	111	92	10	8	0	0
U3	11	100	0	0	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 3. Percepción: Clases relacionadas a la Prevención de la Enfermedad.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

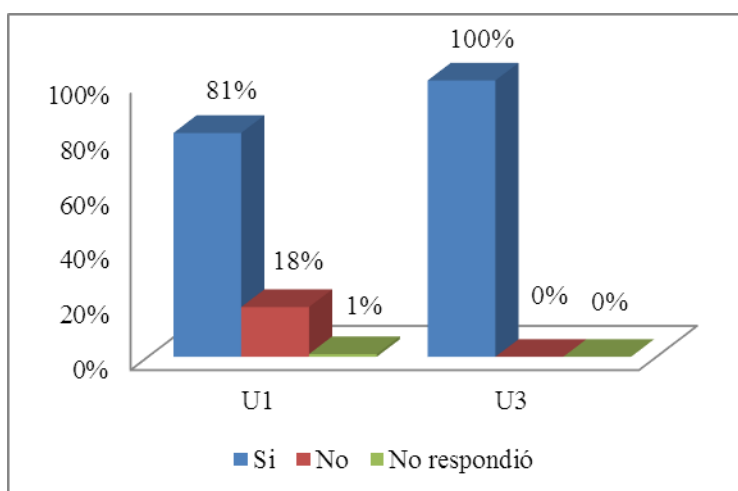
Se observa que el 92% de estudiantes encuestados de la universidad 1, y el 100% de la U3, indicaron haber recibido clases relacionadas con la prevención de la enfermedad, el 8% de la U1 indicó no haber recibido clases relacionadas con la prevención de la enfermedad, corroborando lo encontrado en las mallas curriculares, que en algunas materias, contemplan temas relacionados con esta área de la APS. Según las entrevistas, este tema “es el punto de inicio, antes que se produzca la enfermedad”, aclararon también que hay algunas materias que enfocan componentes de prevención.

Tabla 4. Percepción de los Estudiantes: Clases relacionadas con la Promoción de la Salud.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	98	81	22	18	1	1
U3	11	100	0	0	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 4. Percepción: Clases relacionadas con la Promoción de la Salud.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los estudiantes encuestados, el 81% de la U1 y el 100% de la U3, indicaron haber recibido clases relacionadas con la promoción de la salud a lo largo de su carrera, en concordancia con lo encontrado en las mallas curriculares, mientras que el 18% de la universidad 1 indicó no haber recibido ninguna clase, y el 1% de la misma universidad no respondió la pregunta. Sin embargo, esto no quiere decir que en todas las materias hayan recibido clases relacionadas con esta área de la APS. Según las entrevistas, la promoción de la salud, es “marketing, es decir, promocionar la higiene bucal, el cepillado dental”, “hacer campañas, educación, charlas educativas, técnicas de cepillado”, lo cual indica que no se comprende exactamente a la Promoción de la Salud como el “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud, ...acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades” (OMS, 1986). Otras entrevistas indicaron que se comprende a la Promoción de la Salud como “establecer estrategias que permitan dar a conocer la forma en que las personas tengan que manejarse, para minimizar los problemas de salud oral, como caries..., mejorar los índices de higiene oral, porque probablemente lo que ocurre es el desconocimiento de la prevención”, manteniendo la verticalidad del concepto de la enseñanza profesional – paciente, en lugar de la horizontalidad, a fin de proporcionar los medios, de acuerdo a cada realidad.

4.2.2. Conocimiento del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC)

La primera pregunta de la encuesta sobre conocimientos, fue: ¿Conoce sobre el Paquete Básico de Atención Oral (BPOC)?, con opción a responder Si o No, por lo que, para corroborar la respuesta, se incluyó dos preguntas del cuestionario de información sobre Salud Oral Global (Karim et al., 2008): ¿Sabe quién creó el Paquete Básico de

Atención Oral (BPOC)?³y “Mencione los tres componentes del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC)” (Karim et al, 2008), para de esta forma, obtener una idea clara del nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de este tema.

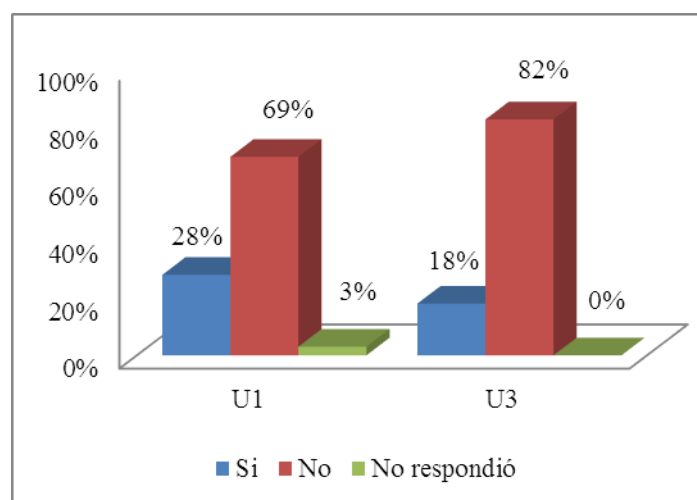
El 28% de la U1, y el 18% de la U3, indicaron conocer el Paquete Básico de Salud Oral, señalando lo contrario de lo encontrado en la revisión de las mallas curriculares, que no se enseña este tema relacionado a la APS en salud oral.

Tabla 5. Conocimiento del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC).

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	34	28	84	69	3	3
U3	2	18	9	82	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 5. Conocimiento sobre el Paquete Básico de Atención Oral (BPOC).



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

³Encuesta sobre Conocimientos de las iniciativas mundiales con respecto a la APS en Odontología (Karim et al., 2008), traducido al español y modificado.

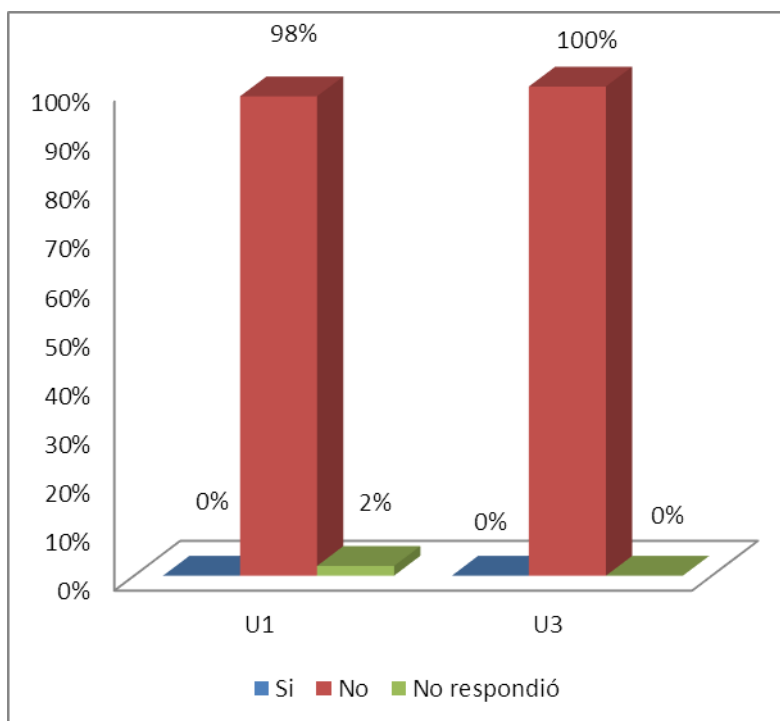
Al preguntar si saben quién creó el BPOC, y solicitar que mencionen los tres componentes del paquete en mención, los porcentajes obtenidos en la pregunta anterior, que era de percepción, variaron, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 6. Conocimiento: ¿Quién creó el BPOC?

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	0	0	119	98	2	2
U3	0	0	11	100	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 6. Conocimiento: ¿Quién creó el BPOC?



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

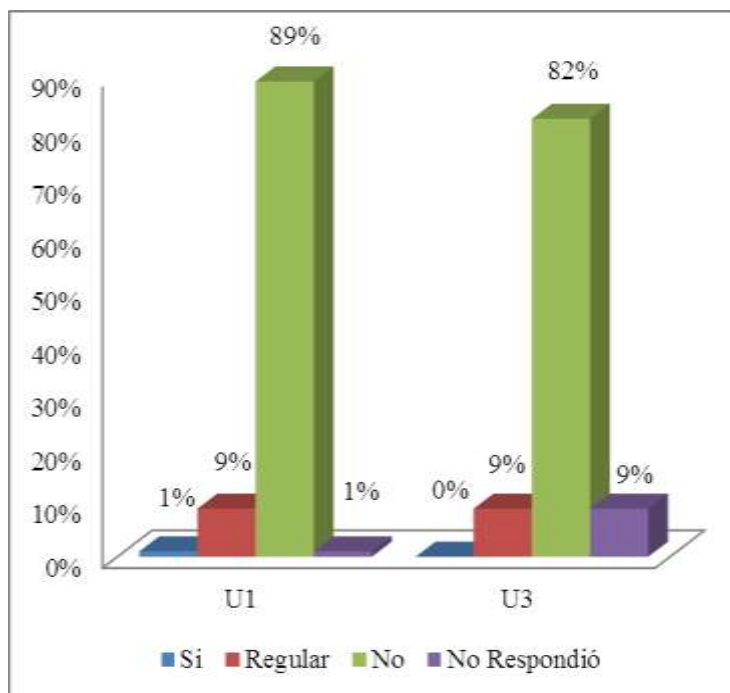
Ninguno de los estudiantes encuestados indicó conocer quién creó el BPOC, el 2% de la Universidad 1 no respondió esta pregunta, dejándola en blanco, concordando con lo obtenido del análisis de mallas curriculares y con las entrevistas realizadas, en las que señalaron que ni siquiera sabían de la existencia de este paquete básico creado por la OMS.

Tabla 7. Conocimiento sobre los tres componentes del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC).

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>Regular</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	1	1	11	9	108	89	1	1
U3	0	0	1	9	9	82	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 7. Conocimiento sobre los Componentes del BPOC.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

La percepción de algunos estudiantes, fue que los elementos del Paquete en mención, consistía en los instrumentos básicos para chequeo dental, es decir, espejo bucal, pinza algodonerera y explorador, otros indicaron directamente que no conocían el paquete, el 1% de la U1 no respondió, dejando en blanco esta pregunta, mientras que, el 9% de la U1, demostraron un conocimiento regular de estos elementos, nombrando uno o dos de ellos correctamente, como Pasta Dental o el Tratamiento de Restauración Atraumática (ART), 1 estudiante de la Universidad 1 (1%), demostró conocer los tres componentes, incluido el Tratamiento Oral Urgente.

En las entrevistas, los estudiantes indicaron que no conocen este Paquete, sin embargo, mencionaron que algunos de ellos, participan en grupos voluntarios de investigación en otras entidades educativas, y que gracias a los bancos de preguntas que tienen para el examen del SENESCYT, les “ha tocado investigar ciertos temas” que, según su percepción, no les enseñaron en la Facultad, concordando de esta manera con los resultados obtenidos en estas preguntas y con el análisis de mallas curriculares.

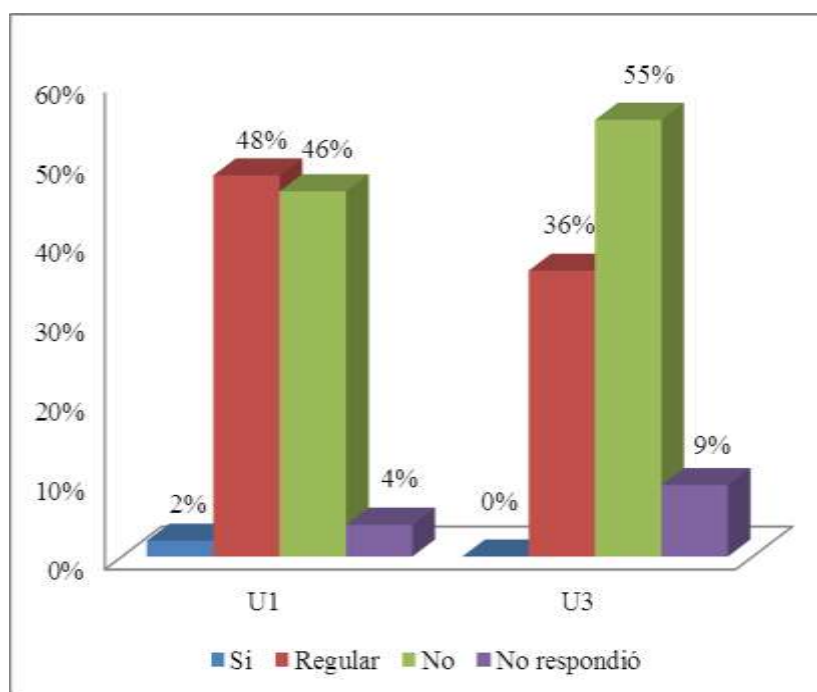
4.2.3. Conocimiento de APS y su aplicación en la Salud Oral del Ecuador.

Se realizó 3 preguntas con relación a este tema, dos preguntas, sobre el significado o definición de APS y del Modelo de atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS – FCI), y una pregunta respecto del conocimiento del Plan Nacional de Salud Bucal, Protocolos de Atención de Salud Bucal en Primer Nivel o del Programa Nacional de Salud Bucal del MSP.

Tabla 8. Conocimiento sobre la Definición de APS.

	<i>Si</i>	%	<i>Regular</i>	%	<i>No</i>	%	<i>No respondió</i>	%
U1	2	2	58	48	56	46	5	4
U3	0	0	4	36	6	55	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 8. Conocimiento de la Definición de Atención Primaria de Salud.

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

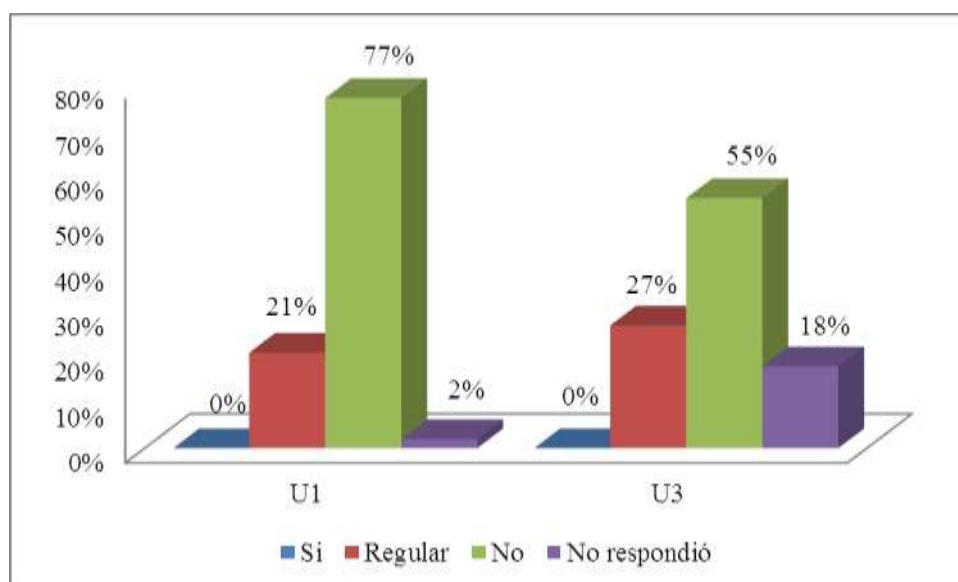
El 48% de estudiantes de la U1 y el 36% de la U3, demostraron tener un conocimiento regular sobre la definición de Atención Primaria de Salud (APS), correspondiente a las calificaciones entre 0,1 y 0,9, mientras que el 2% de la Universidad 1 conoce exactamente que es la APS (2 estudiantes encuestados), coincidiendo con la orientación del 17% - 25% de las mallas curriculares hacia la APS.

Tabla 9. Conocimiento de la Definición del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), del MSP.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>Regular</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	0	0	26	21	93	77	2	2
U3	0	0	3	27	6	55	2	18

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 9. Conocimiento de la Definición del MAIS – FCI del MSP.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Ningún estudiante encuestado de las tres facultades indicó conocer exactamente qué es el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del MSP, el 21% de la U1, y el 27% de la U3, tienen conocimientos regulares o una leve idea, respecto de la definición del MAIS (calificaciones: 0,1 – 0,9), que algunos estudiantes y profesores entrevistados, indicaron no conocerlo, otros, señalaron conocer que es una normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), un estudiante entrevistado indicó que es un “modelo dirigido al tratamiento preventivo, hacia un tratamiento integral hacia la comunidad, para detectar

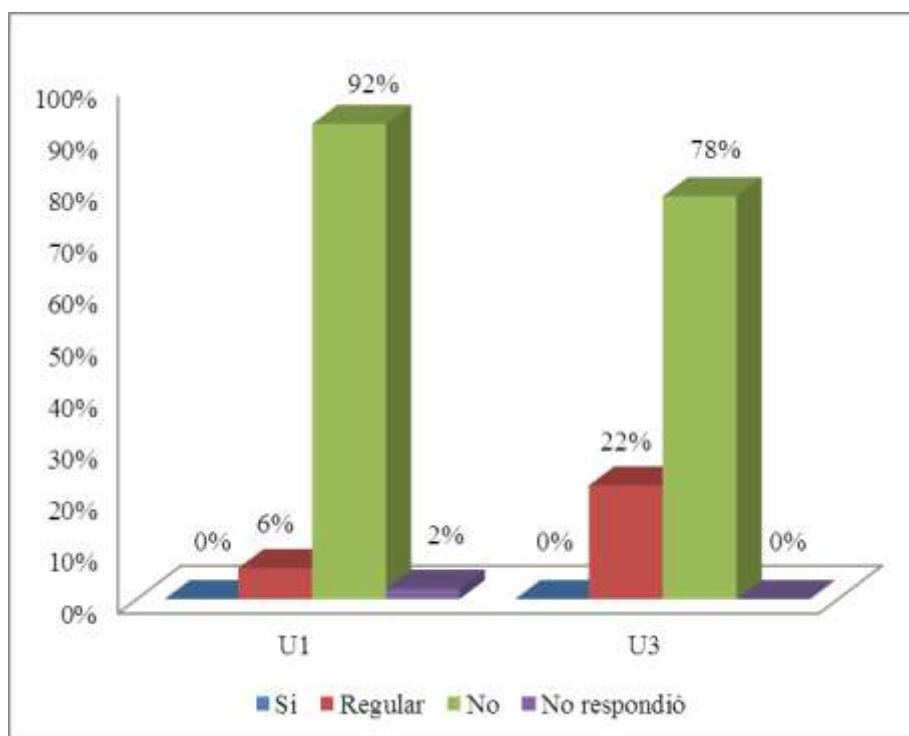
enfermedades que afectan al sistema estomatognático y que son importantes ser correctamente diagnosticadas para tener un control de salud general”.

Tabla 10. Conocimiento sobre la existencia del Plan Nacional de Salud Oral, o algún Programa relacionado con la Salud Oral, del MSP.

	<i>Si</i>	%	<i>Regular</i>	%	<i>No</i>	%	<i>No respondió</i>	%
U1	0	0	7	6	111	92	3	2
U3	0	0	2	22	7	78	0	0

Fuente: Investigación; Elaboración: Autor.

Figura 10. Conocimiento sobre la existencia del Plan Nacional de Salud Oral, o algún Programa relacionado con la Salud Oral, del MSP.



Fuente: Investigación; Elaboración: Autor.

Sobre el Plan Nacional de Salud Oral u otro programa relacionado con la Salud Oral, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), ningún estudiante encuestado indicó conocerlo, el 6% de la U1 y el 22% de la U3, tienen un conocimiento regular respecto de estos programas en el país (calificación: 0,1 – 0,9).

4.2.4. Conocimientos sobre Promoción de la Salud en Odontología.

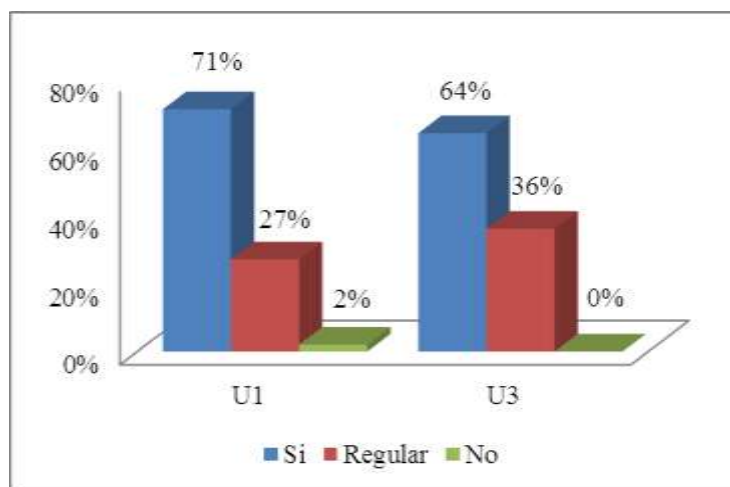
Se realizaron preguntas sobre promoción de salud oral, enfocadas en diferentes temas, como el Diagnóstico, la Comunicación, Educación y Consejería, en temas como el Cepillado Dental, el Uso del Hilo Dental, Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal dentro de la familia, Lactancia Materna, Seguridad Alimentaria (Nutrición, Micronutrientes y Dieta No Cariogénica).

Sobre el Cepillado Dental, se indagó los conocimientos de los estudiantes participantes, sobre para qué sirve el cepillado dental (propósito), cuántos minutos debe durar (Duración), las técnicas existentes, y la enseñanza a otras personas (Comunicación y Educación). La Técnica de Cepillado, a más de ser parte del componente de Educación y Comunicación, en Promoción de la Salud, también es considerada como parte de las acciones de Prevención de Enfermedad, sin embargo, se realiza el análisis de los resultados sobre los conocimientos respecto de esta enseñanza, como parte principal de la Promoción de la Salud, y de los conocimientos sobre Cepillado Dental.

Tabla 11. Conocimiento del propósito del Cepillado Dental.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>Regular</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
U1	86	71	33	27	2	2
U3	7	64	4	36	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 11. Conocimiento del propósito del Cepillado Dental.

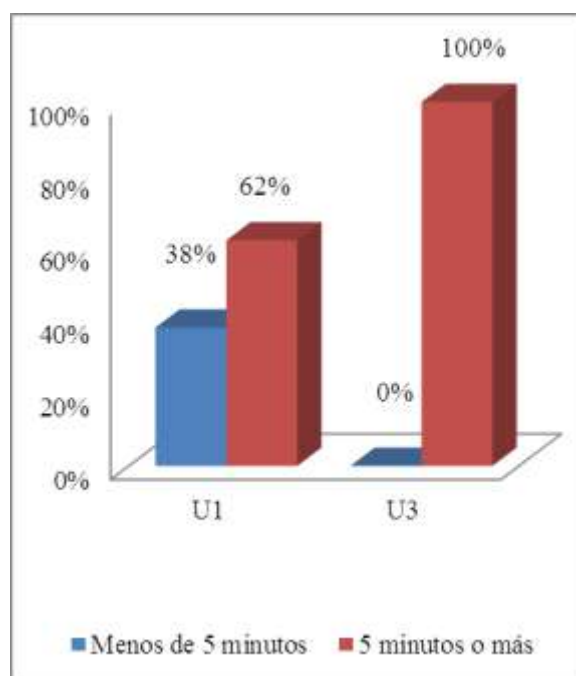
Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 71% de estudiantes encuestados de la universidad 1 y el 64% de la universidad 3, demostraron tener conocimiento sobre el propósito del cepillado dental, indicando que sirve para la “eliminación de placa bacteriana y restos alimenticios” (MSP, 2012), mientras que el 27% de la U1 y el 36% de la U3, tienen un conocimiento regular respecto de este tema (calificación: 0,3 – 0,9), señalando propósitos generales, como la prevención de caries. En las entrevistas, indicaron que se enseña sobre Cepillado Dental en asignaturas como Periodoncia, Cariología, Operatoria Dental, u Odontopediatría y que “incluso existen investigaciones que hacen los estudiantes en relación a eso”, enfocados en pruebas con cepillos, pastas dentales del mercado.

Tabla 12. Conocimiento sobre la Duración del Cepillado Dental.

	<i>Menos de 5 minutos</i>	<i>%</i>	<i>5 minutos o más</i>	<i>%</i>
U1	46	38	75	62
U3	0	0	11	100

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 12: Conocimiento sobre la Duración del Cepillado Dental.

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

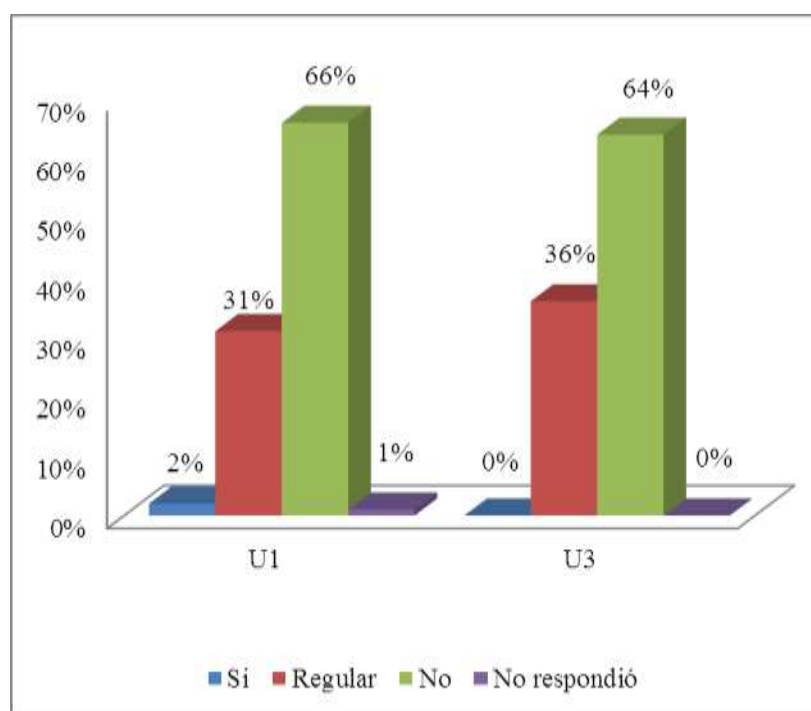
El 38% de estudiantes encuestados de la universidad 1, indicó que el cepillado debe durar menos de 5 minutos, mientras que todos los estudiantes encuestados de la universidad 3 y el 62% de estudiantes de la U1, indicaron que el cepillado debe durar “no menos de 5 minutos” (MSP, 2012), señalando las opciones “5 minutos” o “6 minutos o más” en esta pregunta de la encuesta.

Tabla 13. Conocimiento sobre la Técnica de Cepillado Dental que recomienda el MSP.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>Regular</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	3	2	37	31	80	66	1	1
U3	0	0	4	36	7	64	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 13. Conocimiento de la Técnica de Cepillado Dental del MSP.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Respecto de la técnica de cepillado dental desarrollada por el MSP, el 2% de la universidad 1 (3 estudiantes encuestados), demostró conocerla, mientras que el 31% de la U1, demostró un conocimiento regular de esta técnica (calificaciones entre 0,1 y 0,9 sobre 1 punto), detallando algunos de los pasos que incluye esta técnica, como el cepillado de la

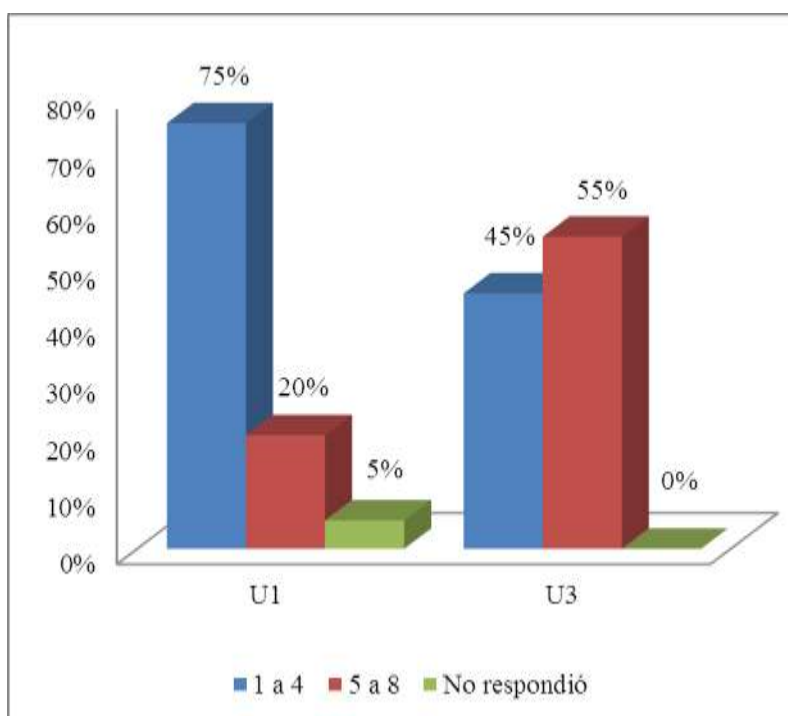
lengua. Ningún estudiante encuestado de la universidad 3, indicó conocer la mencionada técnica.

Tabla 14. Percepción del Conocimiento de las Diferentes Técnicas de Cepillado Dental.

	<i>1 - 4</i>	<i>%</i>	<i>5 - 8</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	91	75	24	20	6	5
U3	5	45	6	55	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 14. Percepción del Conocimiento de las Diferentes Técnicas de Cepillado Dental.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se planteó 13 técnicas de cepillado, para que los estudiantes encuestados indiquen su percepción de cuáles son las que conocen, adicionando una opción, con la denominación de “otra”, para que indiquen qué técnica adicional conocen, sin embargo, el número máximo de técnicas que indicaron conocer fue 8, por lo cual se estableció dos rangos: 1 – 4 y 5 – 8, para el reporte de los resultados obtenidos.

El 75% de estudiantes encuestados de la universidad 1 y el 45% de la universidad 3, indicaron conocer de 1 a 4 técnicas de cepillado dental, mientras que el 20% de la U1 y el 55% de la U3, señalaron conocer de 5 a 8 técnicas. La técnica que los estudiantes encuestados indicaron conocer en mayor frecuencia, fue la técnica de Bass.

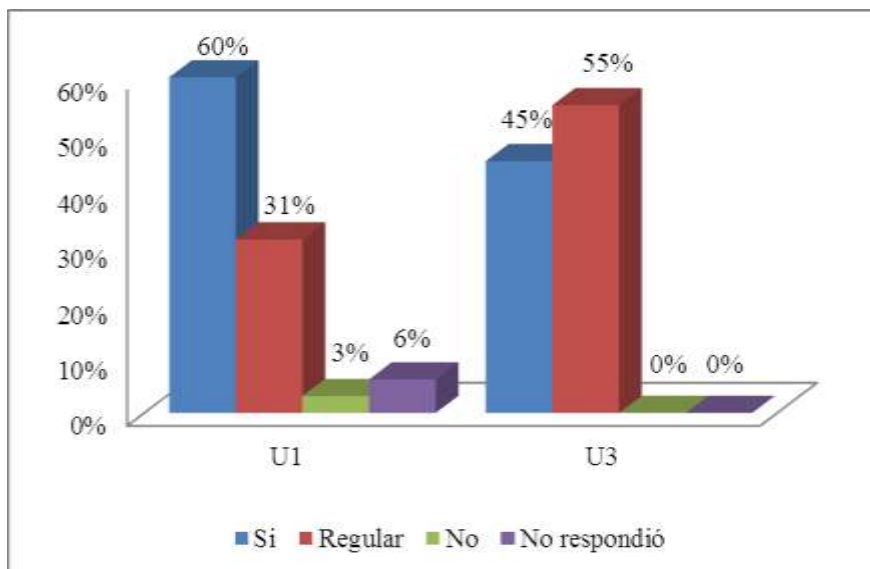
Para corroborar lo indicado anteriormente, se solicitó que describan una técnica de cepillado dental, calificando esta pregunta sobre 1 punto si describieron correctamente la técnica indicada antes de la descripción, si no indicaron una técnica específica, se determinó, a qué técnica de cepillado dental corresponde, o si comprende los pasos que tienen en común la mayor parte de las técnicas revisadas en la literatura.

Tabla 15. Descripción de una Técnica de Cepillado Dental.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>Regular</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	73	60	37	31	4	3	7	6
U3	5	45	6	55	0	0	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 15. Descripción de una Técnica de Cepillado Dental.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 60% de estudiantes encuestados de la universidad 1 y el 45% de la universidad 3, demostraron un conocimiento completo de la técnica de cepillado descrita, mientras que el 31% de la U1 y el 55% de la U3 presentaron un conocimiento regular de la técnica de cepillado descrita, describiendo una mezcla de diferentes técnicas de cepillado dental (calificaciones: 0,1 – 0,9), con deficiencias en ciertos puntos críticos, como la orientación e inclinación del cepillo con respecto de la encía. En las entrevistas, señalaron que es importante el conocimiento de la técnica de cepillado correcta, porque “se describen algunas técnicas y algunas son indicadas cuando un paciente presenta alguna patología específica”, y al realizar cepillados agresivos, “pueden afectar más los tejidos bucales, agravando la enfermedad”, por lo que, la técnica recomendada, es una “que no sea traumática ni que afecte a las encías, causando recesiones gingivales”, otra persona entrevistada indicó que recomienda y enseña la técnica de Bass Modificada, en base a un estudio que realizó un Profesor de su Facultad, indicando que es la más utilizada y efectiva,

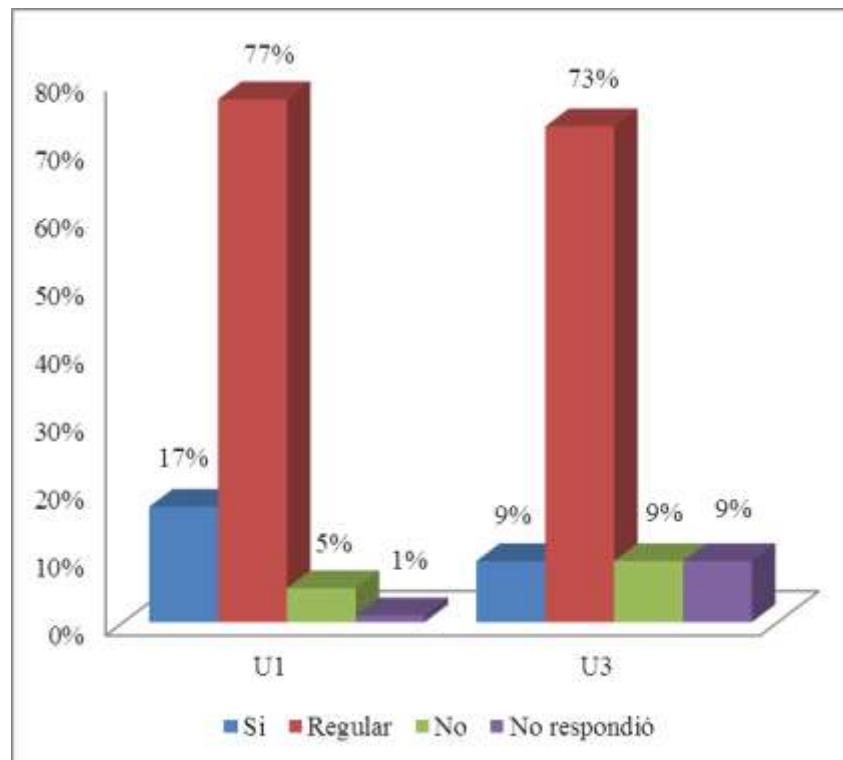
a diferencia de las técnicas descritas en mayor porcentaje por los estudiantes encuestados, que fueron la de Bass, Charters y Leonard.

Tabla 16. Conocimiento sobre Cuando enseñar a las personas la Técnica de Cepillado.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>Regular</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	21	17	93	77	6	5	1	1
U3	1	9	8	73	1	9	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 16. Conocimiento sobre Cuando enseñar a las personas la Técnica de Cepillado.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 17% de estudiantes encuestados de la U1 y el 9% de la universidad 3, demostraron su conocimiento sobre los momentos en los que se deben enseñar la técnica de cepillado, tomando en cuenta el ámbito clínico y el comunitario, mientras que el 77% de la universidad 1 y el 73% de la U3, presentaron un conocimiento regular de este tema (calificación: 0,1 – 0,9), enfocándose solamente en el ámbito clínico, al atender pacientes, en ciertos tipos de pacientes como los niños o mujeres embarazadas, o solamente en el ámbito comunitario, delimitando el área indicada, como campo de acción del Odontólogo para desarrollar esta actividad.

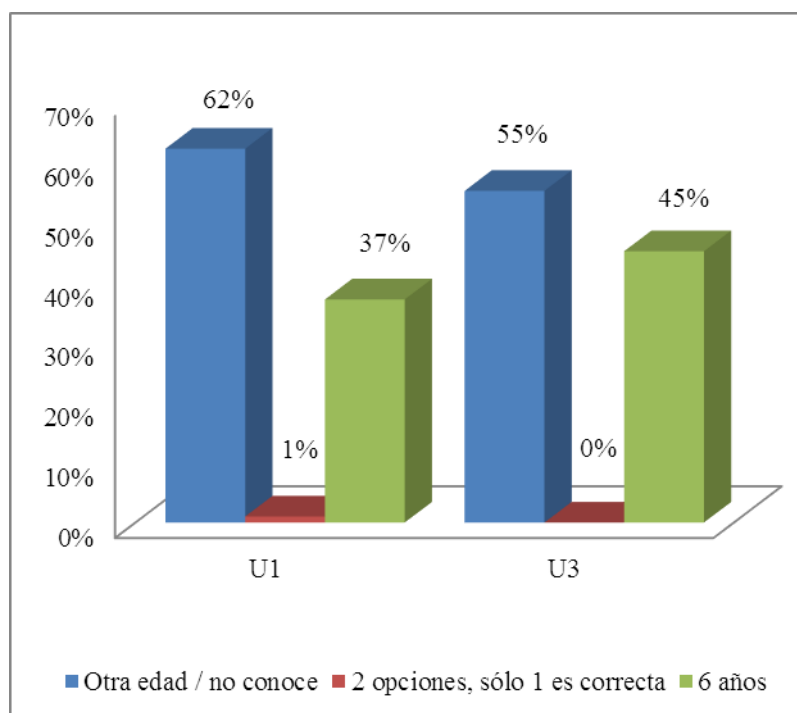
Según las entrevistas, en concordancia con el análisis de mallas, en las salidas comunitarias, realizan la práctica de la enseñanza de la técnica de cepillado, generalmente a niños, por medio de charlas, con medios audiovisuales y demostración en un macro modelo o “fantoma”, en el cual realizan la técnica que enseñan.

Tabla 17. Conocimiento de la Edad, a partir de la cual se puede enseñar a otras personas la técnica de cepillado dental.

	Otra edad / no conoce	%	2 opciones, sólo 1 es correcta	%	6 años	%
U1	75	62	1	1	45	37
U3	5	55	0	0	6	45

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 17. Conocimiento de la Edad, a partir de la cual se puede enseñar a otras personas la técnica de cepillado dental.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los estudiantes encuestados, el 37% de la universidad 1 y el 45% de la universidad 3 indicaron la edad recomendada para iniciar la enseñanza de la técnica cepillado, es los 6 años (MSP, 2012), mientras que el 1% de la U1, no conocía a ciencia cierta la edad, por lo que escogió a más de la respuesta correcta, otra opción. En las entrevistas, indicaron que, en las prácticas que realizan en la comunidad, preparan medios audiovisuales tomados de internet, para enseñar a los niños la técnica de cepillado, sin embargo, los resultados indican que no todos tienen claro desde que edad pueden iniciar la enseñanza de la técnica de cepillado a los niños, causando mayor riesgo de acumulación de placa bacteriana y de padecimiento de Caries Dental.

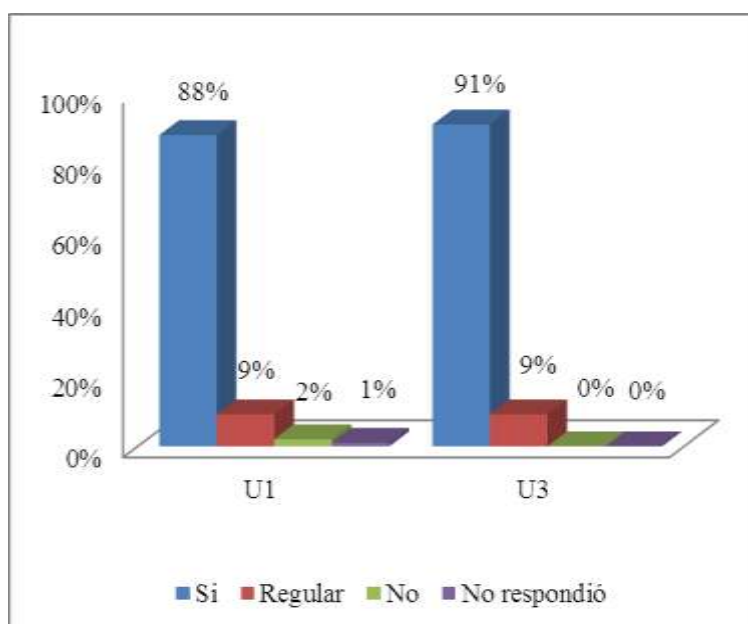
Sobre el uso del hilo dental, de igual manera que con el Cepillado Dental, se formuló varias preguntas orientadas hacia el propósito (¿para qué sirve...?), la técnica, y la enseñanza a otras personas, entre las más importantes.

Tabla 18. Conocimiento del Propósito del Uso del Hilo Dental.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>Regular</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	107	88	11	9	2	2	1	1
U3	10	91	1	9	0	0	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 18. Conocimiento del propósito del Uso del Hilo Dental.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los estudiantes encuestados, el 88% de la U1 y el 91% de la U3, conocen exactamente para qué sirve el uso del hilo dental, es decir, para el retiro de la placa bacteriana interdental y “prevenir la formación de caries interproximales y enfermedades

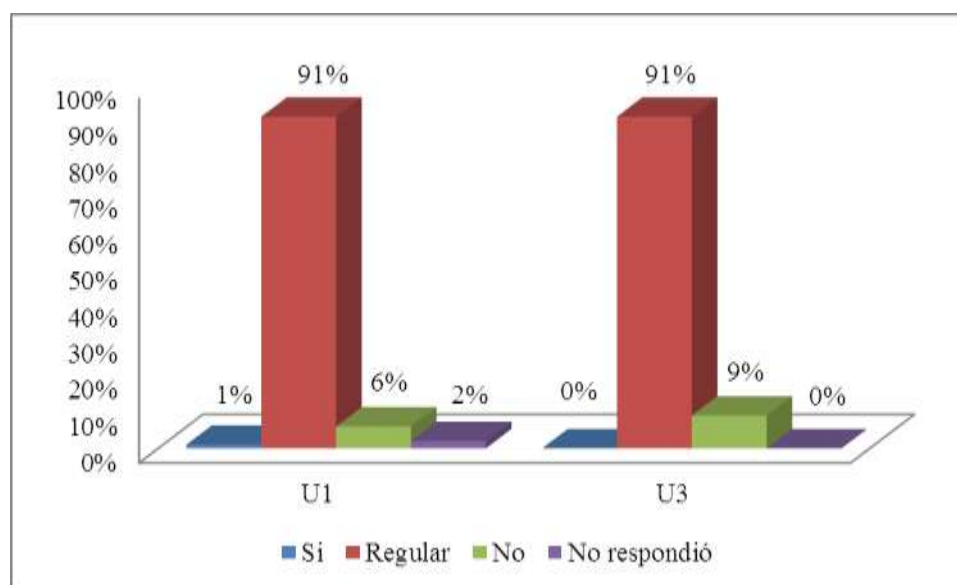
periodontales” (MSP, 2011), mientras que el 9% de la U1 y de la U3, tienen un conocimiento regular respecto de este tema (calificación: 0,5 a 0,9 sobre 1 punto), indicando un propósito no tan claro.

Tabla 19. Conocimiento de la Técnica del Uso del Hilo Dental.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	1	1	110	91	8	6	2	2
U3	0	0	10	91	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 19. Conocimiento de la Técnica del Uso del Hilo Dental.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

En las tres universidades participantes, el 1% de estudiantes encuestados de la universidad 1 describió completamente la técnica de uso del hilo dental, mientras que el 91% de la U1 y de la U3, demostraron un conocimiento regular de la técnica correcta del uso del hilo dental, de acuerdo a lo que se tomó como parámetro, que es la técnica descrita

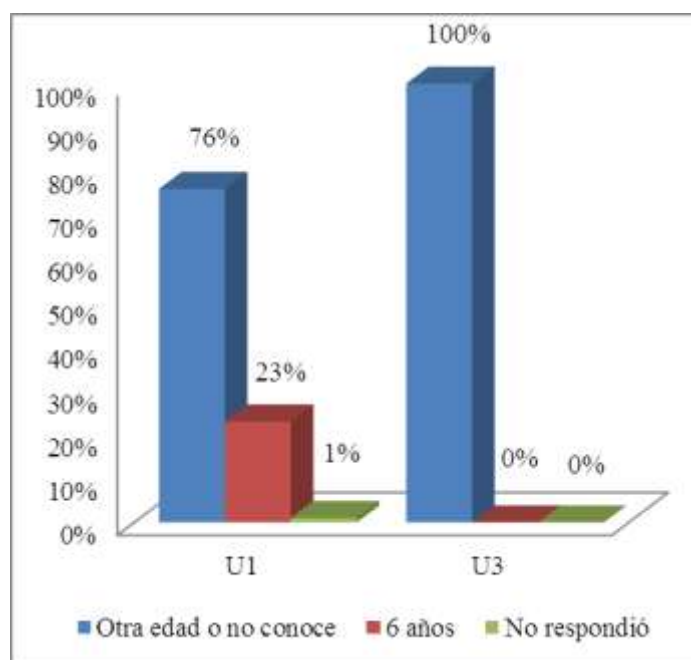
en documentos del MSP, lo que incide en lo que enseñan a otras personas sobre este tema, incentivando la práctica de una técnica deficiente que permita la producción de caries en las caras interproximales de las piezas dentales.

Tabla 20. Conocimiento de la edad de inicio del uso del hilo dental.

	Otra edad o no conoce	%	6 años	%	No respondió	%
U1	92	76	28	23	1	1
U3	11	100	0	0	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 20. Conocimiento de la edad de inicio del uso del hilo dental.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 23% de estudiantes encuestados de la universidad 1, definió los 6 años como la edad a la que se debe iniciar el uso del hilo dental, en concordancia con lo indicado por el MSP en sus diferentes documentos relacionados con la Salud Bucal. Esto significa que

mientras más tarde recomienden como profesionales a otras personas, iniciar el uso del hilo dental, el niño tendrá más riesgo de padecer caries interdental o patologías periodontales.

Tabla 21. Conocimiento de los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud

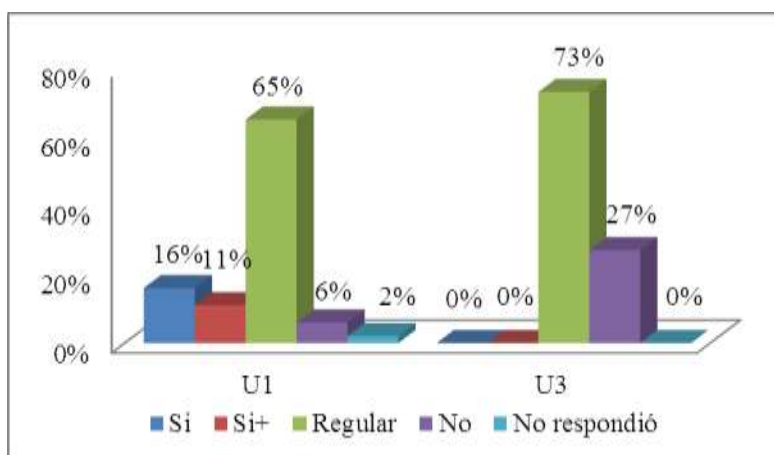
Oral.

	<i>Si</i>	%	<i>Si+</i>	%	<i>Regular</i>	%	<i>No</i>	%	<i>No respondió</i>	%
U1	20	16	13	11	79	65	7	6	2	2
U3	0	0	0	0	8	73	3	27	0	0
<i>Si+ = 1,25 o más</i>										

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 21. Conocimientos de los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud

Oral.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Respecto de los beneficios de la lactancia materna en la salud oral, el 16% de los estudiantes encuestados de la U1, conocen a la perfección que son el desarrollo de los maxilares, la correcta deglución y fonación, el 11%, de la universidad 1, a más de conocerlos indicaron conocer alguno de los beneficios al organismo, como el aporte de

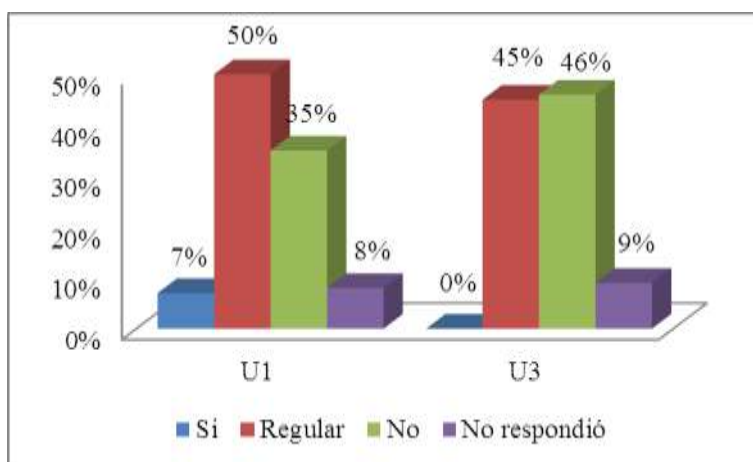
inmunoglobulinas o calcio al organismo del niño; el 73% de la U3 y el 65% de la U1 tienen conocimientos regulares respecto del beneficio de la lactancia materna a la salud oral o al organismo en general (calificación: 0,2 – 0,9). Esto influye en el riesgo de malformaciones óseas en los niños, y patologías asociadas, como la mal oclusión o el apiñamiento dental.

Tabla 22. Conocimiento de Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	8	7	61	50	42	35	10	8
U3	0	0	5	45	5	46	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 22. Conocimiento de Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 7% de los estudiantes encuestados de la U1 indicó conocer ampliamente qué micronutrientes influyen en la salud oral, se tomó como parámetro de calificación, 5 micronutrientes como mínimo de todos los revisados en la literatura, el 100% de la U2, el 50% de la U1 y el 45% de la U3 tiene conocimientos regulares sobre qué micronutrientes influyen, es decir, mencionaron 4 o menos (calificación: 0,1 – 0,9).

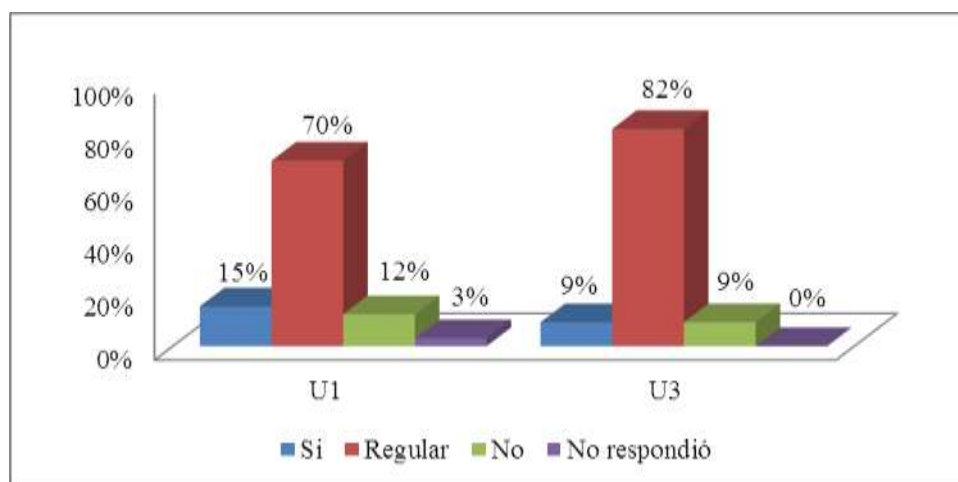
Los Micronutrientes más conocidos por los estudiantes encuestados, fueron el Calcio y el Flúor, micronutrientes esenciales en el desarrollo del aparato estomatognático, y que se enseñan en materias como Bioquímica, como parte de la malla curricular de las Facultades.

Tabla 23. Conocimiento de los Momentos para Enseñar sobre Beneficios de Lactancia Materna y Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	18	15	85	70	14	12	4	3
U3	1	9	9	82	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 23. Conocimiento de los Momentos para Enseñar sobre Beneficios de Lactancia Materna y Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

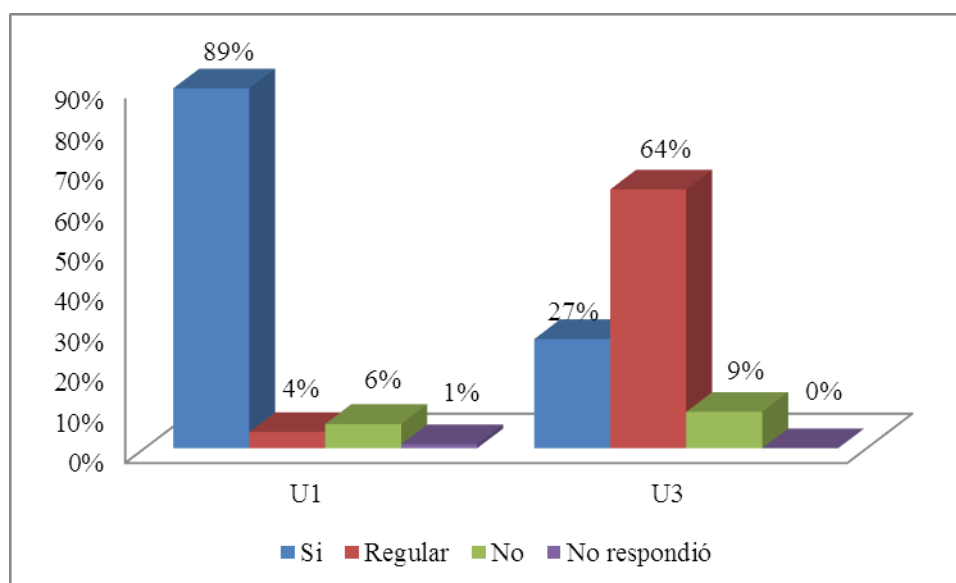
Respecto de los momentos para enseñar sobre el beneficio de la lactancia materna en salud oral, y los micronutrientes influyentes en ella, el 15% de estudiantes participantes de la universidad 1 y el 9% de la U3 demostraron conocer en qué momentos se puede realizar las indicadas actividades de promoción de la salud oral, tomando en cuenta el ámbito clínico y comunitario, mientras que el 70% de la U1 y el 82% de la U3, tienen conocimientos regulares respecto de este tema (calificación: 0,4 – 0,9), mencionando uno de los 2 ámbitos indicados, en mayor porcentaje, el clínico, en concordancia con los ejes transversales de las mallas curriculares analizadas, que son los profesionales y clínicos.

Tabla 24. Conocimiento de la Definición de Dieta Cariogénica.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	108	89	5	4	7	6	1	1
U3	3	27	7	64	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 24. Conocimiento de la definición de Dieta Cariogénica.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

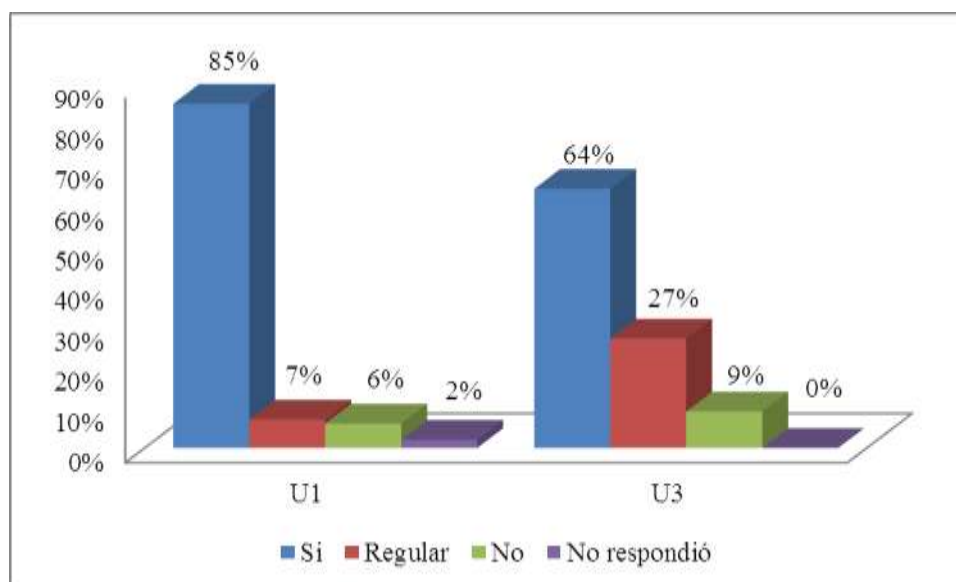
El 89% de estudiantes participantes de la universidad 1 y el 27% de la universidad 3 conocen la definición de dieta cariogénica; el 4% de la U1 y el 64% de la U3 demostraron un conocimiento regular de esta definición, con ideas confusas (calificación: 0,4 – 0,9). Este conocimiento es importante, para dar un adecuado criterio, que les permita a las personas decidir sobre su dieta personal y familiar, con el fin de evitar riesgos de enfermedades bucodentales, como la caries. Al tener un conocimiento regular, influye en el aumento de riesgo de padecer caries dental.

Tabla 25. Conocimiento de la Definición de Dieta No Cariogénica.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	103	85	8	7	8	6	2	2
U3	7	64	3	27	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 25. Conocimiento de la Definición de Dieta No Cariogénica.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

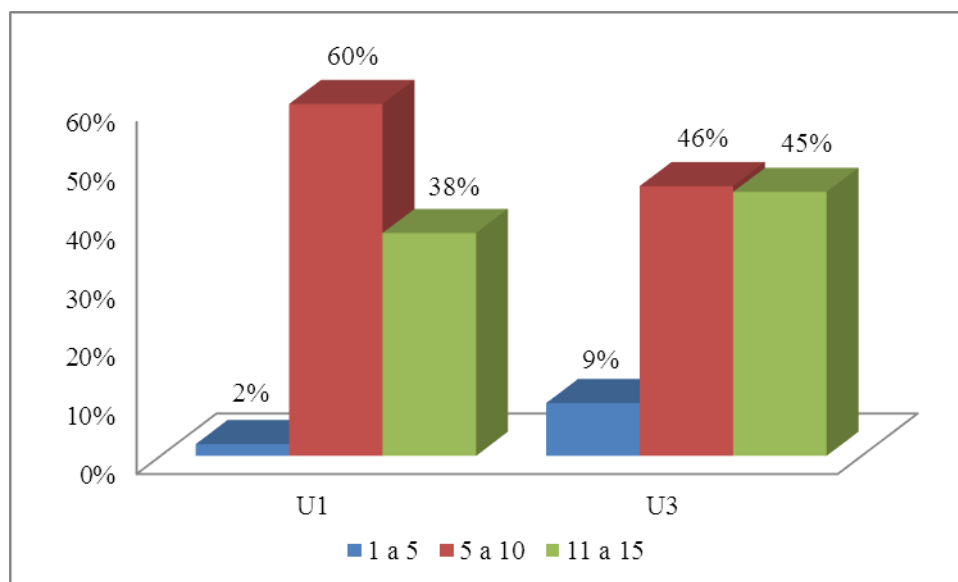
El 85% de estudiantes participantes de la universidad 1 y el 64% de la universidad 3 conocen que es la dieta no cariogénica; el 7% de la U1, y el 27% de la U3 demostraron un conocimiento regular de esta definición, con ideas confusas respecto del tema (calificación: 0,2 – 0,9). Al confundir dieta cariogénica con la que no es, se proporciona una información confusa a las personas que reciben el criterio profesional del odontólogo, influyendo en el riesgo de caries dental.

Tabla 26. Conocimiento respecto del tipo de dieta de ciertos Alimentos.

	1-5	%	6-10	%	11-15	%
U1	2	2%	73	60%	46	38%
U3	1	9%	5	46%	5	45%

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 26a. Conocimiento respecto del tipo de dieta de ciertos Alimentos.

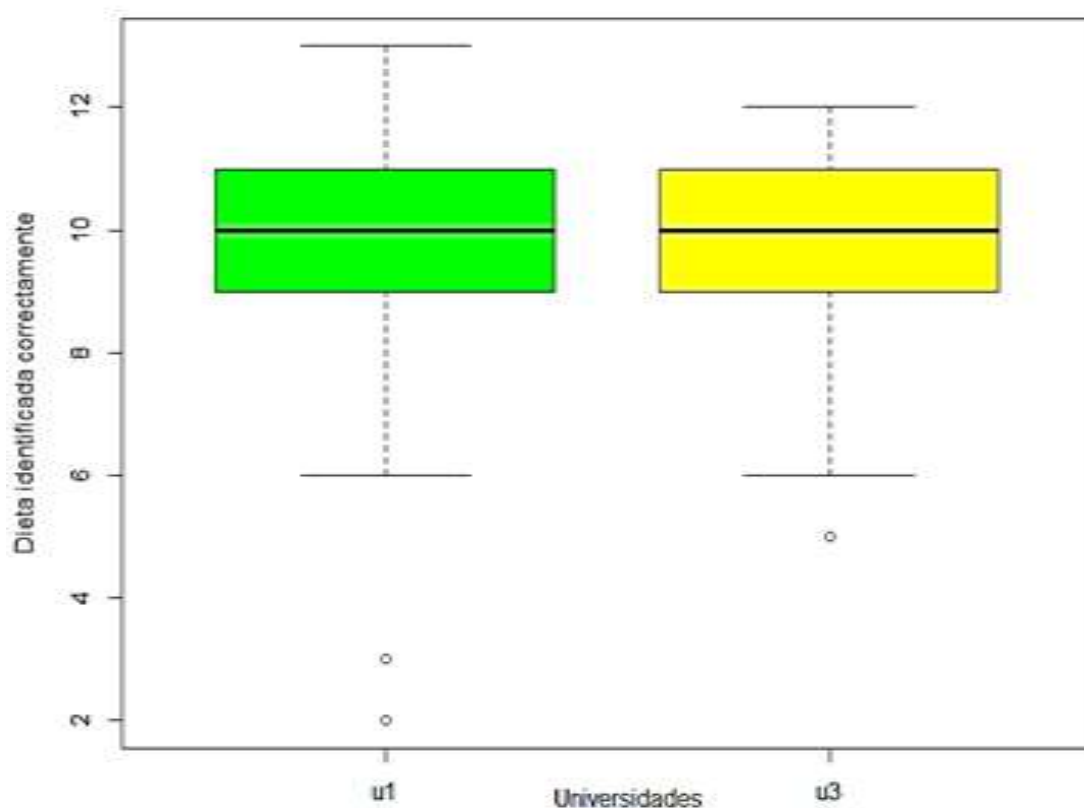


Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observa que el 60% de los estudiantes que fueron encuestados la universidad 1 y el 46% de la universidad 3 conocen si entre 6 y 10 alimentos son dieta cariogénica o no

cariogénica. El 38% de la U1 y el 45% de la U3 conocen el tipo de dieta de 11 a 15 alimentos, de los 15 propuestos.

Figura 26b. Identificación del tipo de Dieta.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los 15 alimentos propuestos, los Estudiantes identificaron correctamente a que dieta pertenecen, en promedio 9,8 alimentos, de los cuales, en la U1 identificaron 9,9 alimentos en promedio (media), y la media en la U3 fue de 9,6 alimentos, en cambio que la moda al igual que la mediana de todos los estudiantes encuestados fue de 10 alimentos, con una desviación estándar (Sd) de 1,79 y una varianza (Var) de 3,2. La Universidad 1 presentó una mediana de 10 (Sd=1,7 y Var=3), al igual que la U3 (Sd=2,3 y Var=5,5).

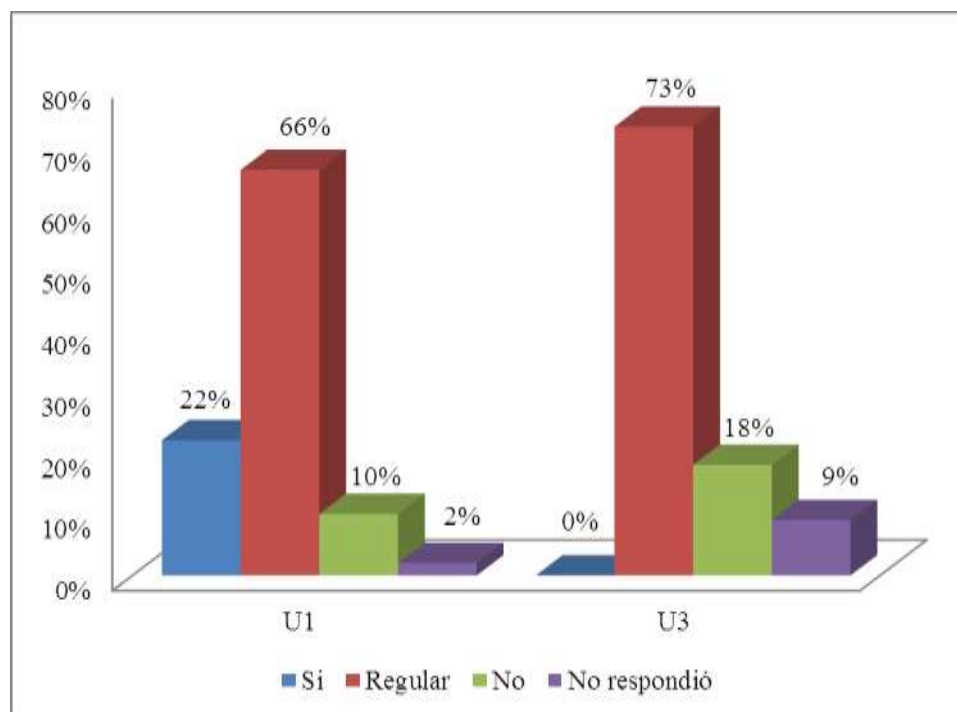
Se definió, que dentro de los syllabus de las materias, los temas relacionados con el tipo de dieta de alimentos, se imparte en la materia de Operatoria Dental, como parte del proceso de Caries Dental.

Tabla 27. Conocimiento sobre el Método para Diagnosticar Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal de las Familias.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	26	22	80	66	12	10	3	2
U3	0	0	8	73	2	18	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 27. Conocimiento sobre el Método para Diagnosticar Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal de las Familias.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 22% de estudiantes de la universidad 1 indicó conocer cómo determinar hábitos y comportamientos saludables en salud bucal dentro de las familias, tomando en cuenta criterios de aplicación en la práctica clínica y en la comunitaria.

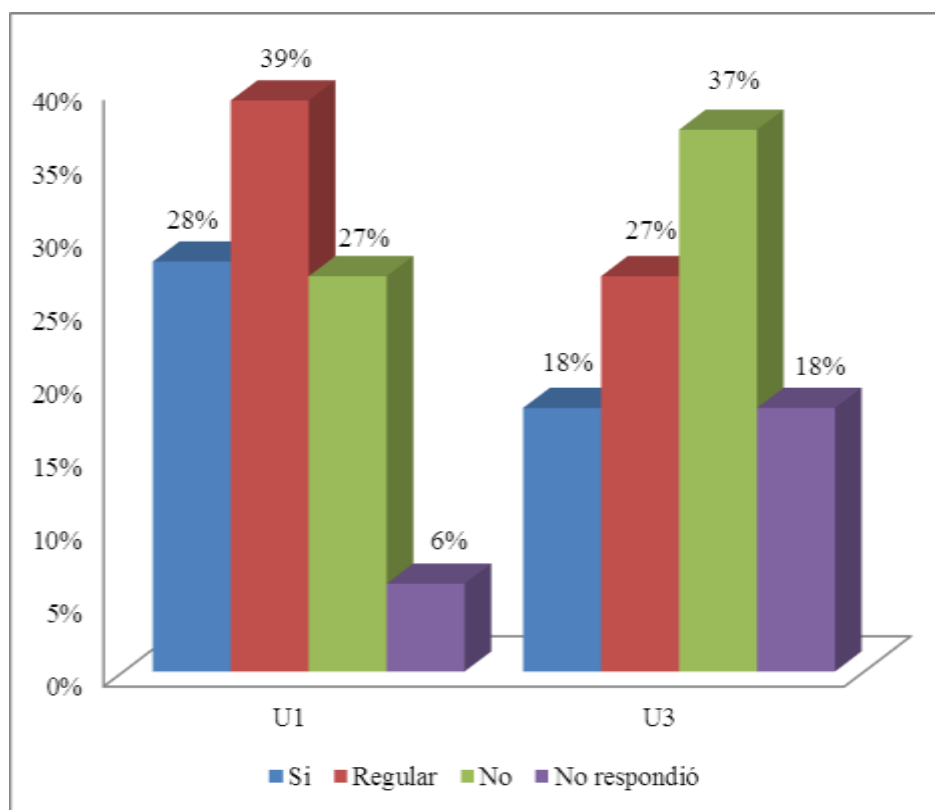
El 73% de la U3 y el 66% de la U1, demostraron un conocimiento regular respecto de la determinación de los hábitos indicados (calificación: 0,2 a 0,9), enfocándose mayoritariamente a la práctica clínica, observándose un bajo porcentaje que toma en cuenta la práctica comunitaria, a pesar que en las mallas curriculares, existen prácticas comunitarias, sin embargo éstas prácticas consisten en llevar el equipo portátil y dar atención de prevención o curación de enfermedades, y no realizar ninguna actividad de promoción de la salud.

Tabla 28. Conocimientos sobre Criterios de Diagnóstico de Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal de las Familias.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	34	28	47	39	33	27	7	6
U3	2	18	3	27	4	37	2	18

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 28. Conocimientos sobre Criterios de Diagnóstico de Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal de las Familias.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

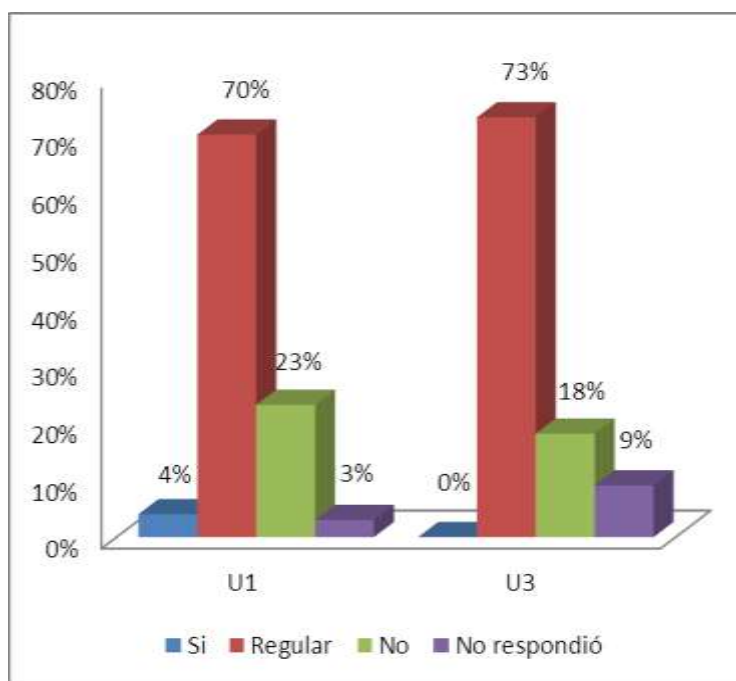
Las encuestas realizadas indican que el 28% de estudiantes participantes de la U1 y el 18% de la U3 conocen los criterios de diagnóstico de los hábitos y comportamientos saludables en salud bucal en la familia, el 33% de la universidad 1 y el 27% de la universidad 3, demostraron tener un conocimiento regular de los indicados criterios de diagnóstico (calificación: 0,2 – 0,9), mencionando mayoritariamente la técnica de cepillado dental y el uso del hilo dental, además del control de placa bacteriana. Además indicaron otros factores que influyen en la salud oral, como la dieta no cariogénica y lactancia materna.

Tabla 29. Conocimiento del Diagnóstico del Control de Placa Bacteriana dentro de la Familia.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	5	4	84	70	28	23	4	3
U3	0	0	8	73	2	18	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 29. Conocimiento del Diagnóstico del Control de Placa Bacteriana dentro de la Familia.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 4% de estudiantes encuestados de la universidad 1 tiene conocimiento sobre como diagnosticar el control de placa bacteriana en las familias, tomando en cuenta la práctica clínica y la comunitaria, el 73% de la U3 y el 70% de la U1, demostraron tener un

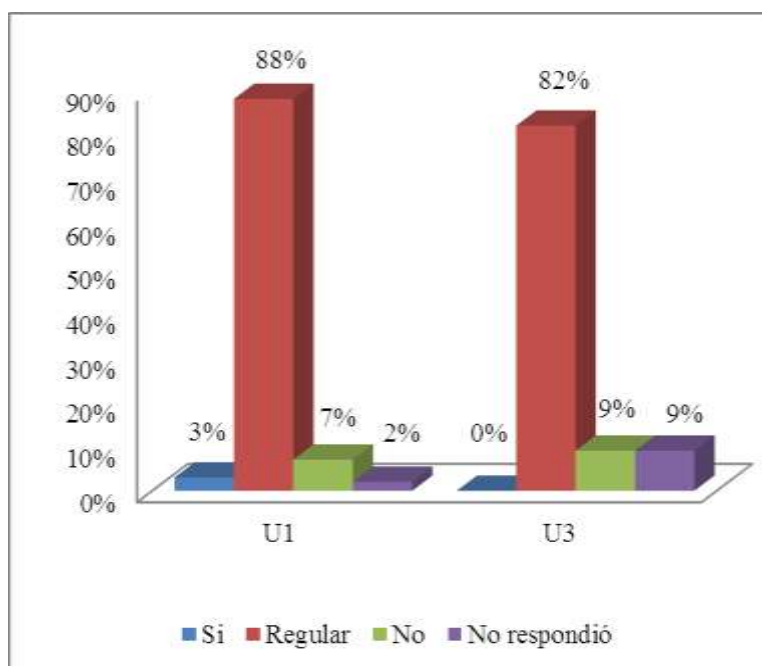
conocimiento regular respecto de este tema del diagnóstico de hábitos saludables dentro de la familia (calificación: 0,2 – 0,9). Las personas entrevistadas, indicaron no conocer el método que el MSP utiliza para estos diagnósticos, que es el llenado de las fichas familiares, ni haber practicado este tipo de diagnósticos en ámbitos comunitarios, en concordancia con los resultados de la encuesta.

Tabla 30. Conocimiento de Diagnóstico de Limpieza de Encías dentro de la Familia.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	3	3	106	88	9	7	3	2
U3	0	0	9	82	1	9	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 30. Conocimiento de Diagnóstico de Limpieza de Encías dentro de la Familia.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

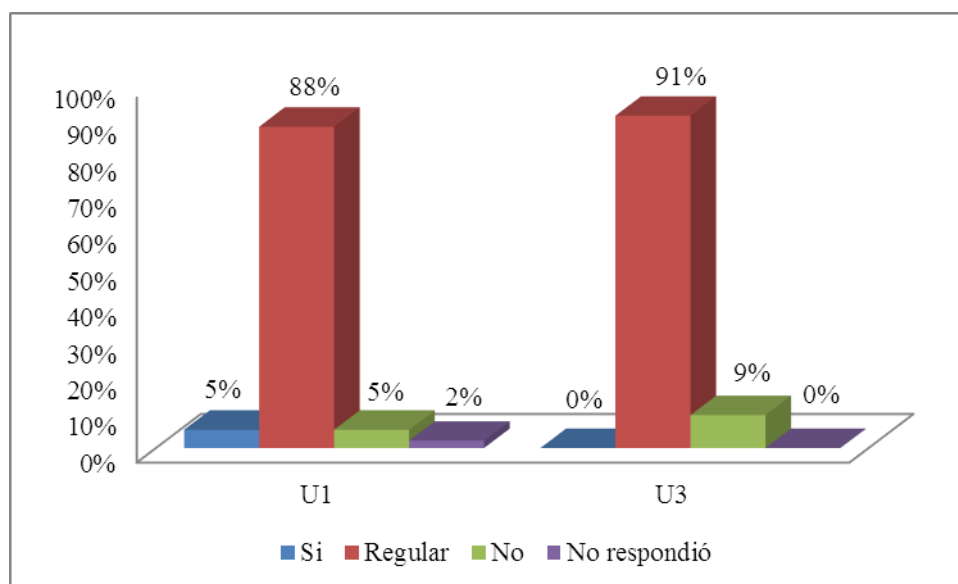
De los estudiantes encuestados, el 3% de la universidad 1 tiene conocimiento sobre cómo realizar un correcto diagnóstico de la limpieza de encías, de los miembros de una familia, mientras que el 88% de la U1 y 82% de la U3, demostraron tener conocimientos regulares respecto de este tema (calificaciones: 0,3 – 0,9), mencionando mayoritariamente la práctica clínica, que la comunitaria y la anamnesis.

Tabla 31. Conocimientos sobre el Diagnóstico de la Regularidad del Cepillado Dental dentro de la Familia.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	6	5	107	88	6	5	2	2
U3	0	0	10	91	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 31. Conocimientos sobre el Diagnóstico de la Regularidad del Cepillado Dental de las Familias.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observa que de los estudiantes encuestados, el 5% de la Universidad 1 tiene conocimiento respecto del diagnóstico de la regularidad del cepillado dental dentro de la familia; mientras que el 88% de la U1 y el 91% de la Universidad 3, demostraron tener conocimientos regulares respecto de este tema (calificación: 0,3 – 0,9).

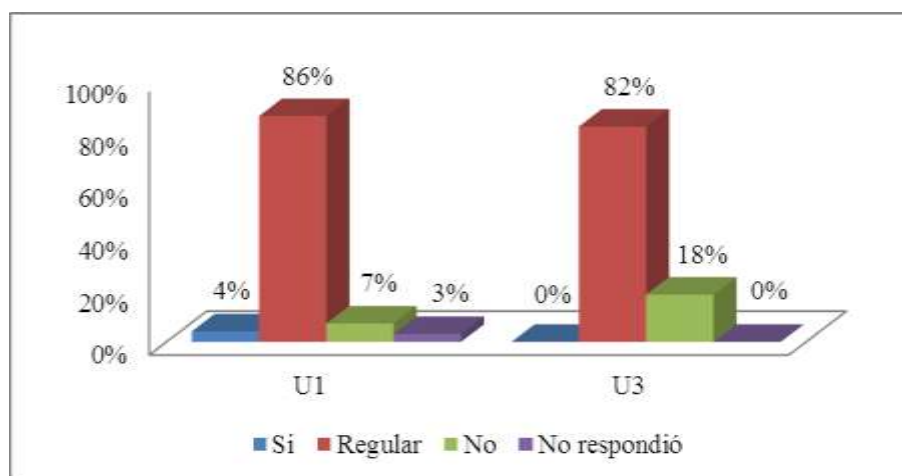
Dentro de las formas de diagnosticar, mencionadas por los estudiantes encuestados, estuvieron: preguntar a los pacientes directamente y realizar el control de placa bacteriana en la consulta dental.

Tabla 32. Conocimientos sobre el Diagnóstico de la Técnica de Cepillado dentro de la Familia.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	5	4	104	86	9	7	3	3
U3	0	0	9	82	2	18	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 32. Conocimientos sobre el Diagnóstico de la Técnica de Cepillado dentro de la Familia.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

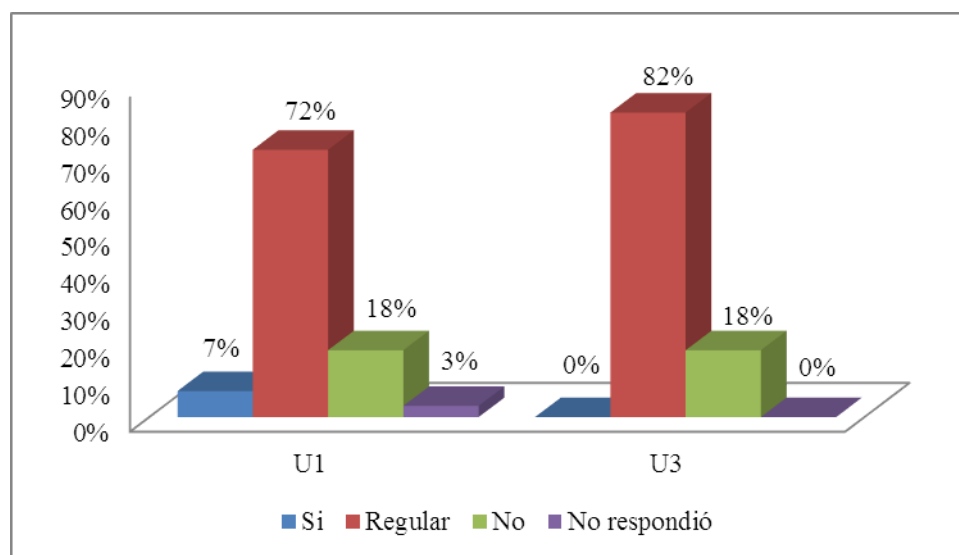
De los estudiantes encuestados, el 4% de la Universidad 1 tiene conocimiento sobre el diagnóstico de la técnica de cepillado correcta dentro de la familia, el 88% de la U1 y el 82% de la Universidad 3, demostraron tener conocimientos regulares respecto de este tema (calificación: 0,3 – 0,9), mencionando métodos como la anamnesis o realizar preguntas al jefe del hogar, incluso pedir a los miembros de la familia, que demuestren “como se cepillan los dientes”.

Tabla 33. Conocimiento del Diagnóstico del uso periódico del Hilo Dental dentro de la Familia.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	8	7	87	72	22	18	4	3
U3	0	0	9	82	2	18	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 33. Conocimiento del Diagnóstico del uso periódico del Hilo Dental dentro de la Familia.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observa que de los estudiantes encuestados, el 7% de la U1 conoce sobre el diagnóstico en las familias del uso periódico del hilo dental. El 82% de la universidad 3, tiene un conocimiento regular (calificación: 0,2 – 0,9), indicando métodos como las encuestas, el solicitar que demuestren la técnica, la exploración clínica, revisando caries interproximales o realizando la Anamnesis del paciente.

4.2.5. Prevención de la Enfermedad.

Las preguntas formuladas con respecto a la prevención de la enfermedad, como parte de la APS en Salud Bucal, fueron en base a la Detección de Placa Bacteriana, aplicación de Sellantes, Aplicación de la técnica ART, Flúor Gel y Flúor Barniz.

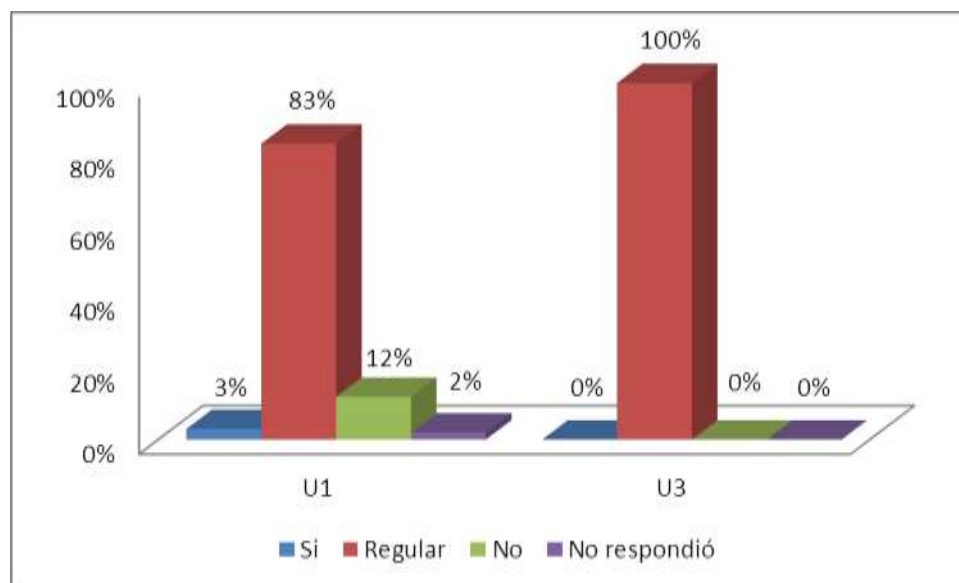
Respecto de la Enseñanza de la técnica del Cepillado Dental, se lo analizó como parte de la Promoción de la Salud, sin embargo, cabe señalar, que es una acción en común de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud.

Tabla 34. Conocimiento de la Definición de la Técnica de Restauración Atraumática (ART).

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	3	3	100	83	15	12	3	2
U3	0	0	11	100	0	0	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 34. Conocimiento de la Definición de la Técnica de Restauración Atraumática (ART).



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 3% de los estudiantes encuestados de la universidad 1, definió correctamente la técnica ART, mientras que el 100% de la U3 y el 83% de la U1, presentaron un conocimiento regular (calificación: 0,1 al 0,9 sobre 1 punto) respecto de la definición de la técnica en mención, mencionando algún aspecto de la misma, como por ejemplo que sirve para realizar tratamientos restaurativos sin instrumental rotatorio (turbina), o que sirve para colocación de sellantes, algunos sin especificar de qué tipo, y otros, especificando que son sellantes de Ionómero de Vidrio. Según las entrevistas y la revisión de mallas curriculares, se da este tema en materias como Odontopediatría u Operatoria Dental, sin embargo, estudiantes entrevistados indicaron que sintieron que “fue muy poco lo que se recibió sobre el tema”, corroborando de esta forma los datos cuantitativos.

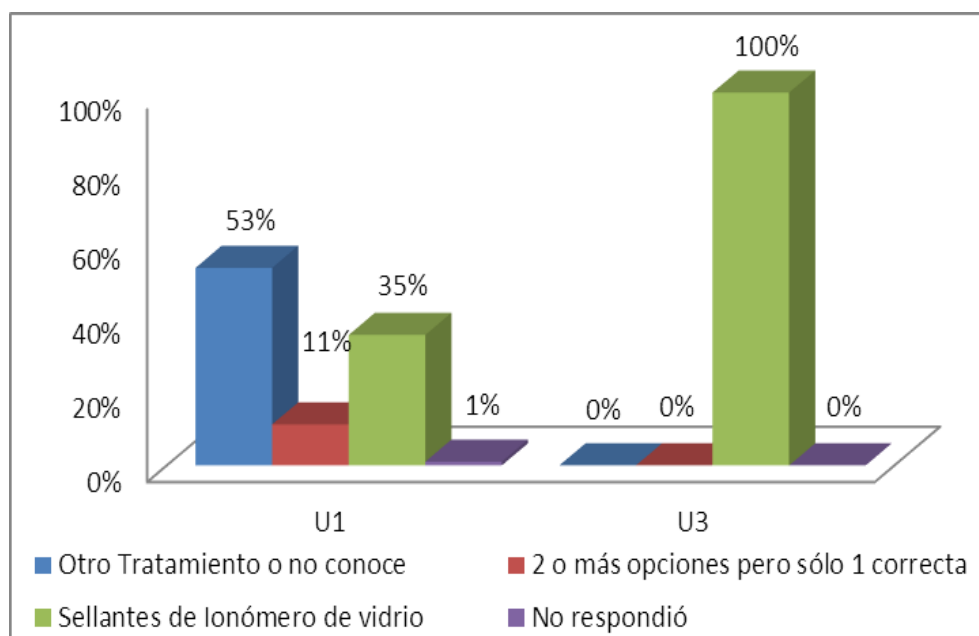
Tabla 35. Conocimiento del Propósito de la Técnica de Restauración

Atraumática (ART).

	Otro Tratamiento o no conoce	%	2 o más opciones pero sólo 1 correcta	%	Sellantes de Ionómero de vidrio	%	No respondió	%
U1	64	53	14	11	42	35	1	1
U3	0	0	0	0	11	100	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 35. Conocimiento del Propósito de la Técnica de Restauración Atraumática (ART).



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

La técnica ART, se realiza para aplicar sellantes y para realizar tratamientos de restauración sin instrumentos rotatorios, los dos procedimientos con Ionómero de Vidrio, sin embargo, se propuso una sola respuesta correcta que era “Aplicar Sellantes de Ionómero de Vidrio”, para evitar confusiones de parte de los estudiantes encuestados y reducir el sesgo. De los estudiantes encuestados de las tres universidades, el 35% de la U1 y el 100% de la U3 indicaron correctamente el propósito de la técnica ART, sin embargo, el 11% de la universidad 1, presentó un conocimiento regular respecto del propósito de esta técnica, puesto que a más de seleccionar la respuesta correcta, seleccionaron otra respuesta que es una de las incorrectas, como “Restauraciones con Resina” o “Profilaxis”. Estos resultados corroboran el conocimiento regular de los estudiantes participantes respecto de esta técnica,

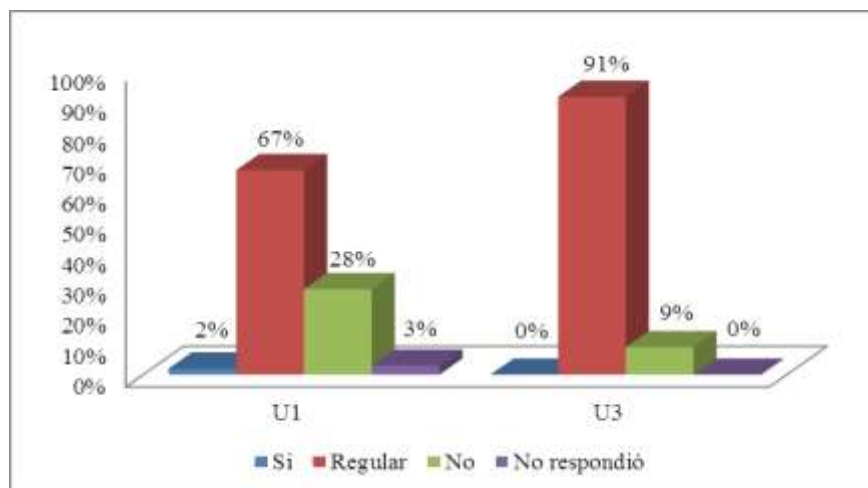
parte del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC), contemplado como parte de la Atención Primaria de Salud Bucal.

Tabla 36. Conocimiento sobre los Pasos de la Técnica ART.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	3	2	80	67	34	28	3	3
U3	0	0	10	91	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 36. Conocimiento sobre los Pasos de la Técnica ART.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se consideró como respuestas válidas, los pasos tanto para aplicación de sellantes, como para restauración, los dos procedimientos, con Ionómero de Vidrio. Del total de estudiantes encuestados de las 3 universidades, el 2% de la universidad 1 demostró conocer el procedimiento completo para realizar la técnica ART, sea para restauración o para aplicación de sellantes con ionómero de vidrio, en cambio, el 91% de la U3 y el 67% de la

U1, presentaron un conocimiento regular respecto del procedimiento de la técnica en mención (calificación: 0,1 a 0,9).

El conocimiento regular de esta técnica para realizar cualquiera de los dos procedimientos en mención, provoca fracasos en los indicados tratamientos de prevención, realizados por los profesionales, generando que se complique la lesión cariosa, incluso hasta llegar a lesión pulpar y pérdida de las piezas dentales en edades tempranas.

Tabla 37. Conocimiento sobre los Momentos Ideales para realizar la Técnica

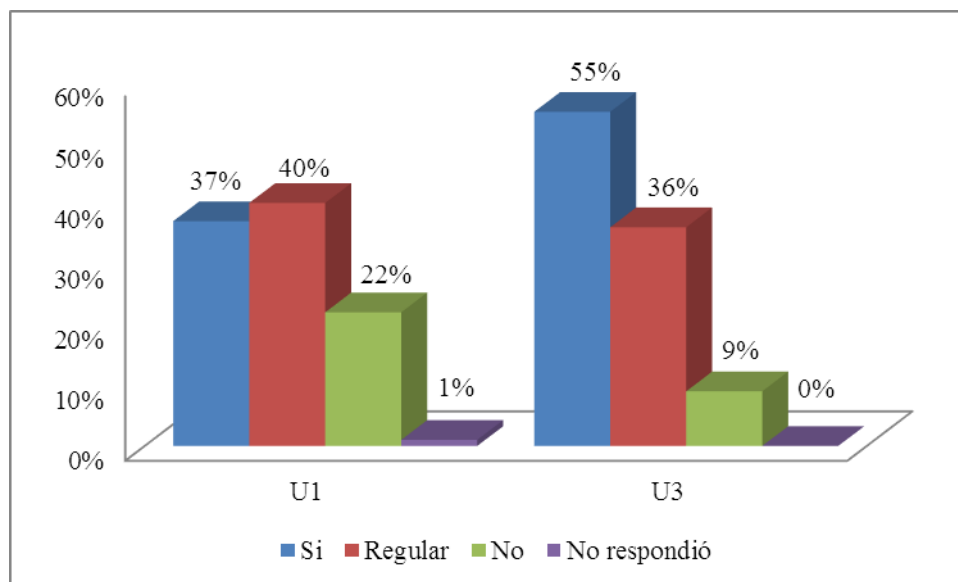
ART.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	45	37	48	40	27	22	1	1
U3	6	55	4	36	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 37. Conocimiento sobre los Momentos Ideales para realizar la Técnica

ART.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

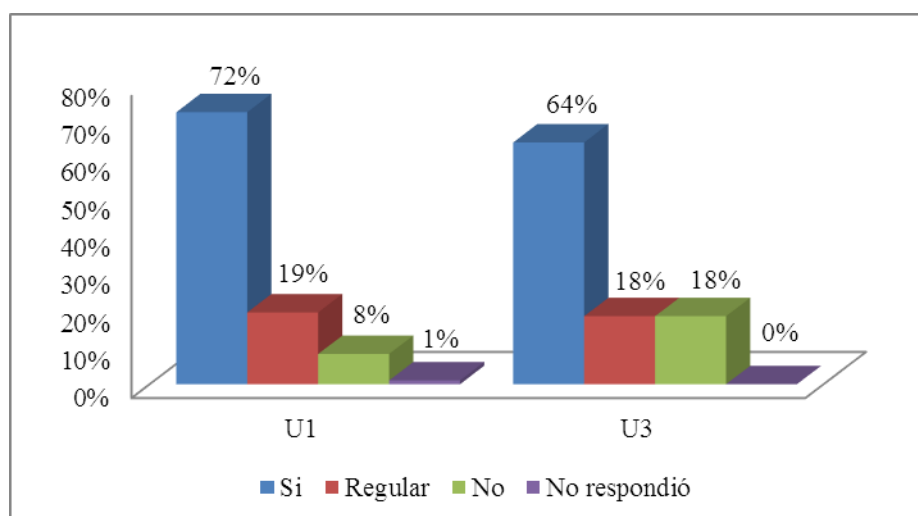
Las encuestas revelaron que el 37% de estudiantes participantes de la universidad 1 y el 55% de la universidad 3 conocen qué momentos son los ideales para aplicación de la técnica ART, indicando por ejemplo, en caso de primeros molares definitivos sanos, en zonas rurales o en caso de una lesión inicial de caries, mientras que el 40% de la U1 y el 36% de la U3, demostraron un conocimiento regular respecto de este tema (calificación: 0,2 a 0,9), señalando otros casos no tan claros, como el miedo dental, en cualquier momento o en zonas donde no exista electricidad. Esto señala que los futuros profesionales, realizarán la técnica ART, en momentos no propicios, que produzca complicaciones a futuro en los tratamientos realizados, y se agrava, si realiza tratamientos que no se realizan con esta técnica, como la restauración con resina.

Tabla 38. Conocimientos sobre el Objetivo Principal de la Fluorización con Barniz en Niños.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	87	72	23	19	10	8	1	1
U3	7	64	2	18	2	18	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 38. Conocimientos sobre el Objetivo Principal de la Fluorización con Barniz en Niños.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los estudiantes encuestados, el 72% de la U1 y el 64% de la U3, demostraron su conocimiento sobre el objetivo de la fluorización con barniz en niños, que es “reducir a la mitad la presencia de caries” (MSP, 2011) o prevención de la patología en mención, mientras que el 19% de la universidad 1 y el 18% de la universidad 3, tienen un conocimiento regular respecto de este tema (calificación: 0,2 a 0,9 sobre 1 punto). Se

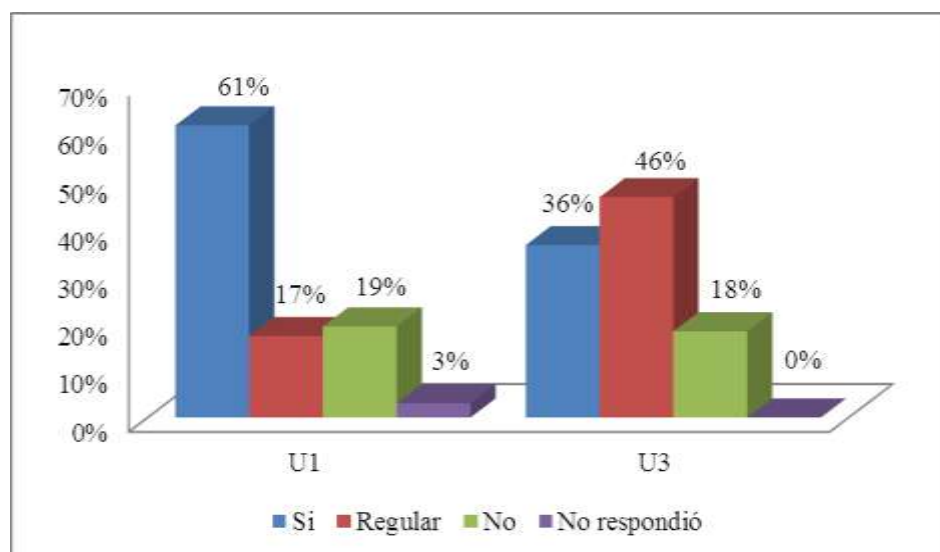
corroboró con las entrevistas, que esta técnica para aplicar en niños, no se incluye dentro de las mallas curriculares de algunas facultades de odontología.

Tabla 39. Conocimiento sobre los Pasos para aplicar Flúor Barniz.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	74	61	21	17	23	19	3	3
U3	4	36	5	46	2	18	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 39. Conocimiento sobre los Pasos para aplicar Flúor Barniz.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Las encuestas indicaron que el 61% de estudiantes de la universidad 1, y el 36% de la universidad 3, conocen exactamente el procedimiento para colocar flúor barniz, el 17% de la U1 y el 46% de la U3, demostraron un conocimiento regular de este tema (calificación: 0,1 – 0,9). Es indispensable el conocimiento preciso de todos los pasos para este tratamiento de prevención, en vista que, por omisión o equivocación de alguno de

ellos, se reduce el efecto del mismo, aumentando el riesgo de caries, en especial en los niños, cuando tienen una dieta altamente cariogénica.

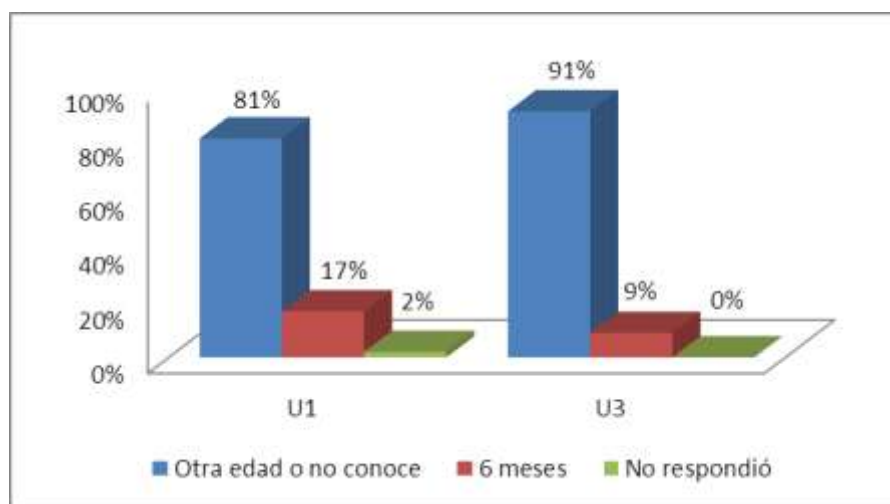
Un estudiante entrevistado mencionó que había aprendido la técnica para aplicar flúor barniz en niños, con un profesor de la cátedra de Odontopediatría de otra universidad, porque en toda la carrera no se mencionó en ninguna materia la indicada técnica, y gracias a su pasantía en el consultorio del mencionado docente, tuvo la oportunidad de adquirir el conocimiento de los pasos para la indicada técnica.

Tabla 40. Conocimiento de la Edad Inicial para Aplicar Flúor Barniz en Niños.

	Otra edad o no conoce	%	6 meses	%	No respondió	%
U1	98	81	20	17	3	2
U3	10	91	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 40. Conocimiento de la Edad Inicial para Aplicar Flúor Barniz en Niños.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se determinó que el 17% de estudiantes encuestados de la universidad 1 y el 9% de la U3, conocen que los 6 meses, es la edad de inicio para aplicar flúor barniz en niños, para prevenir caries dental, reduciendo hasta la mitad su presencia o previniendo su aparición. Esta presentación de Flúor, se puede aplicar desde la aparición del primer diente temporal en niños, es decir, desde los 6 meses de edad, si no se lo realiza desde esa edad, aumenta el riesgo de aparición de caries dental en niños, sobre todo, cuando tienen una dieta alta en azúcares (dieta cariogénica).

Tabla 41. Conocimientos sobre el Objetivo de la Aplicación de Flúor Gel

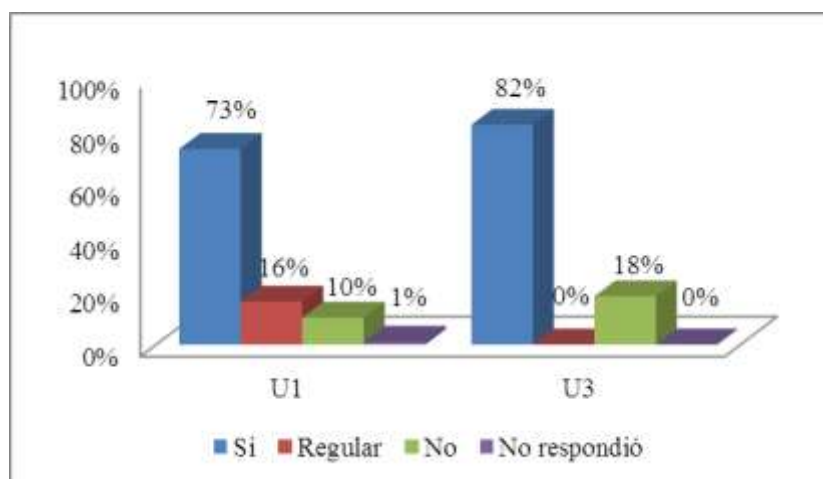
Acidulado.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	89	73	19	16	12	10	1	1
U3	9	82	0	0	2	18	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 41. Conocimientos sobre el Objetivo de la Aplicación de Flúor Gel

Acidulado.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Respecto del objetivo de la aplicación del flúor gel, el 73% de los estudiantes encuestados de la U1 y el 82% de la U3, demostraron conocer que es “reducir a la mitad la presencia de caries” (MSP, 2011) o prevención de la indicada patología, el 16% de la universidad 1 presentó un conocimiento regular de este objetivo.

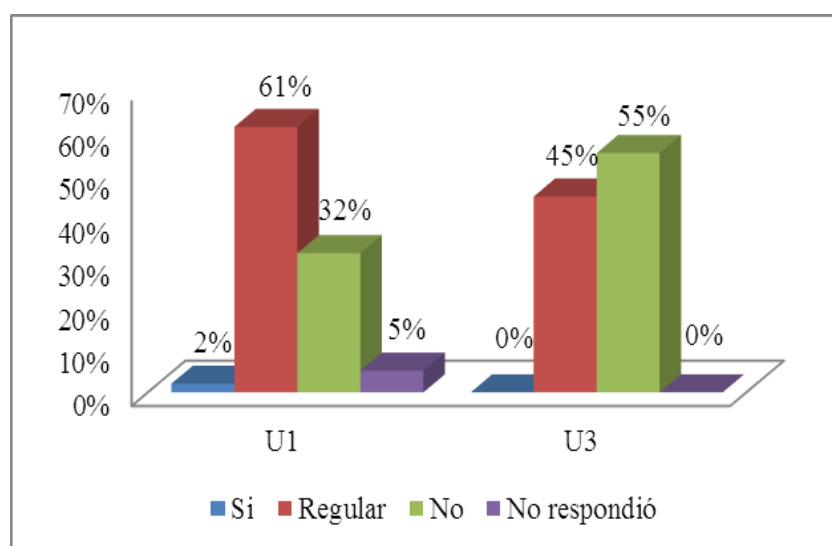
Estos resultados corroboran lo analizado en las mallas curriculares, que este conocimiento es tomado en cuenta en algunas materias, y es uno de los que se enfatiza en la práctica clínica y comunitaria, lo que fue descrito en las entrevistas.

Tabla 42. Conocimiento del Procedimiento para Aplicar Flúor Gel Acidulado.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	2	2	74	61	39	32	6	5
U3	0	0	5	45	6	55	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 42. Conocimiento del Procedimiento para Aplicar Flúor Gel Acidulado.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los estudiantes encuestados, el 2% de la U1 demostró conocer el procedimiento completo de aplicación de flúor gel acidulado al 2%, para garantizar una efectividad de la técnica aplicada, mientras que el 61% de la universidad 1 y el 45% de la universidad 3, demostraron un conocimiento regular del mencionado procedimiento (Calificación: 0,2 – 0,9), omitiendo pasos claves, como la profilaxis previa, el aislamiento para evitar el contacto de la saliva o en lugar de usar cubetas, indicaban aplicar con torundas de algodón o permanecer menos del tiempo indicado.

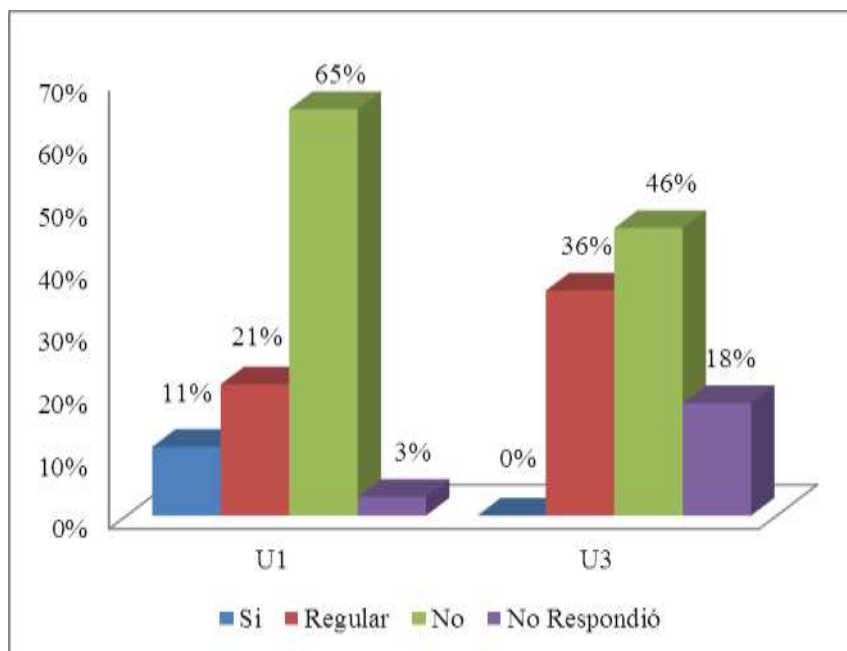
A pesar que es un tema que se enseña en varias materias de la malla curricular durante la carrera en las diferentes facultades de odontología, se observa que los pasos para aplicar la indicada técnica son conocidos en un nivel intermedio, presentando diferentes versiones, causando que el tratamiento preventivo fracase, por el contacto de la saliva con el producto y el menor tiempo de aplicación.

Tabla 43. Conocimiento de los Momentos para Aplicar Flúor Gel Acidulado.

	Si	%	Regular	%	No	%	No Respondió	%
U1	13	11	25	21	79	65	4	3
U3	0	0	4	36	5	46	2	18

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 43. Conocimiento de los Momentos para Aplicar Flúor Gel Acidulado.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

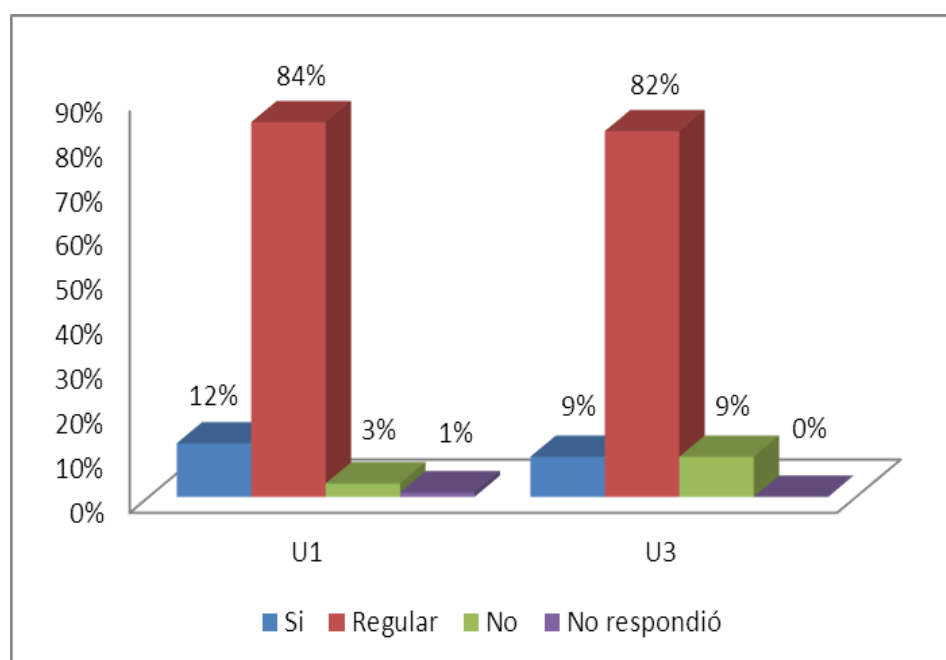
Las encuestas reportaron que el 11% de los estudiantes de la universidad 1 conocen los momentos que se puede aplicar el flúor gel, tanto en la práctica clínica como en la comunitaria, mientras que el 36% de la U3 y 21% de la U1 demostraron un conocimiento regular de los momentos para la indicada aplicación (Calificación: 0,4 – 0,9), tomando en cuenta la práctica clínica individualizada, indicando que se realiza posterior a la profilaxis, en menor porcentaje, algunos estudiantes mencionaron la práctica comunitaria y en escuelas, de forma colectiva.

Es importante el conocimiento de esta técnica, sobre todo, sus pasos y los momentos en los que puede ser aplicada, para obtener el mejor resultado, logrando el objetivo de prevenir o reducir a la mitad la presencia de caries dental en los niños.

Tabla 44. Conocimiento de los Pasos para Aplicar Sellantes de Fotocurado.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	15	12	101	84	4	3	1	1
U3	1	9	9	82	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 44. Conocimiento de los Pasos para Aplicar Sellantes de Fotocurado.

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

La aplicación de Sellantes de Fotocurado, “es una técnica de prevención de la caries dental, con preparación mínima y efectiva” (MSP, 2011), que consiste en colocar sobre las fosas y fisuras de los molares sanos, un sellante que se Foto polimeriza con luz halógena, se realiza posterior a la profilaxis de la pieza dental, con aislamiento relativo y succión de saliva.

Del total de estudiantes encuestados, el 12% de la U1 y el 9% de la U3 conocen todo el procedimiento requerido para aplicar sellantes de fotocurado, mientras que el 84% de la universidad 1 y el 82% de la U3, demostraron tener conocimientos regulares respecto del procedimiento en mención (Calificación: 0,3 – 0,9), omitiendo pasos importantes, como el aislamiento, o la profilaxis previa.

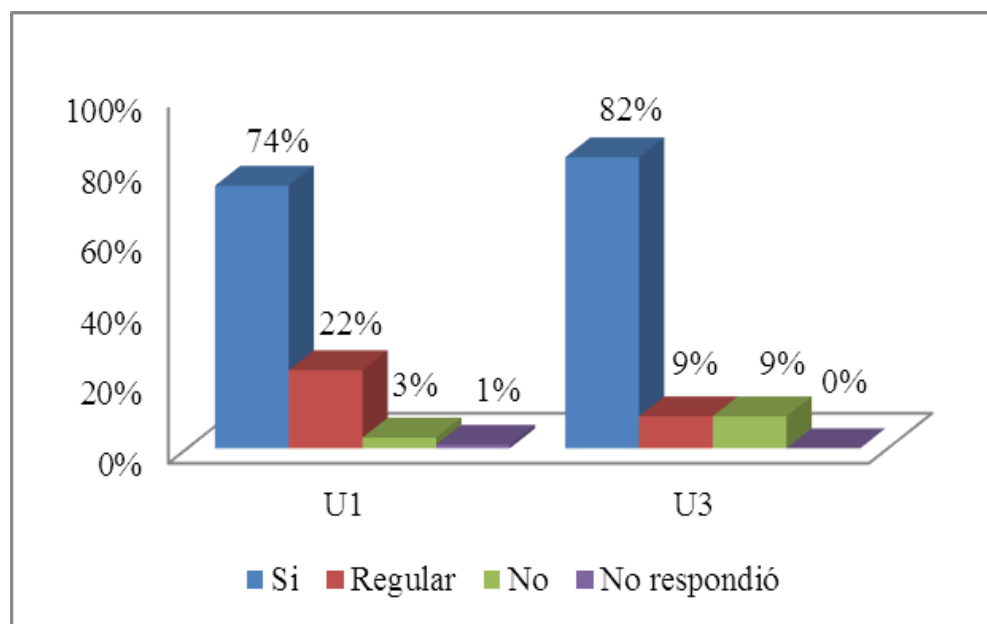
El no realizar alguno de los pasos de la indicada técnica, aumenta el riesgo del fracaso de la misma, produciendo que se convierta en un reservorio de restos de alimentos, y aumente el riesgo de caries dental.

Tabla 45. Conocimientos de los Momentos para Aplicar Sellantes de Fotocurado.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	90	74	26	22	4	3	1	1
U3	9	82	1	9	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 45. Conocimiento de los Momentos para Aplicar Sellantes de Fotocurado.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se encontró que el mayor porcentaje de los estudiantes encuestados de las universidades, conocen los momentos para aplicar sellantes de foto curado (74% de la U1 y 82% de la U3), tomando en cuenta el ámbito clínico y comunitario, además de mencionar que se realiza cuando los molares están sanos, por otro lado, el 22% de la universidad 1 y el 9% de la U3 tienen conocimientos regulares de los momentos en mención (calificación: 0,5 – 0,9), tomando en cuenta en mayor porcentaje el ámbito clínico, o indicando que se realiza en casos de lesiones cariosas iniciales.

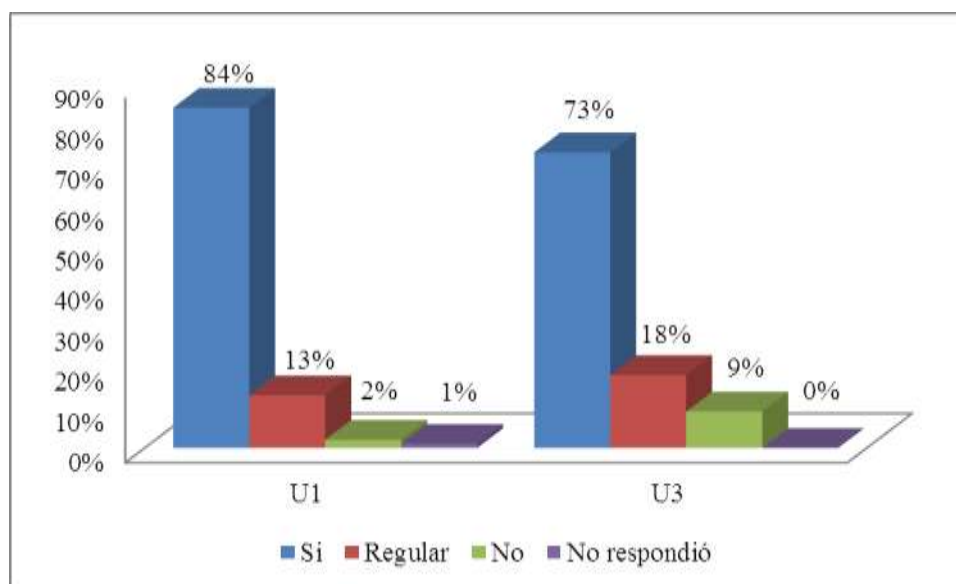
Estos resultados encontrados se contraponen con el bajo porcentaje determinado que conoce exactamente todos los pasos requeridos para este procedimiento, lo cual tiene mayor influencia en el fracaso por el manejo inadecuado del material, en vista que todo está relacionado, para garantizar el éxito del tratamiento preventivo.

Tabla 46. Conocimiento de los Pasos para Detectar Placa Bacteriana en Dientes.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	102	84	16	13	2	2	1	1
U3	8	73	2	18	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 46. Conocimientos de los Pasos para Detectar Placa Bacteriana en Dientes.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor

El 84% de los estudiantes encuestados de la universidad 1 y el 73% de la U3 conoce el procedimiento para detección de placa bacteriana, mencionando el uso de revelador de placa, el IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificada), o los dos métodos, mientras que el 13% de la U1 y el 18% de la U3, demostraron conocimiento regular respecto al tema (calificación: 0,2 – 0,9), mencionando métodos no encontrados en la literatura, como

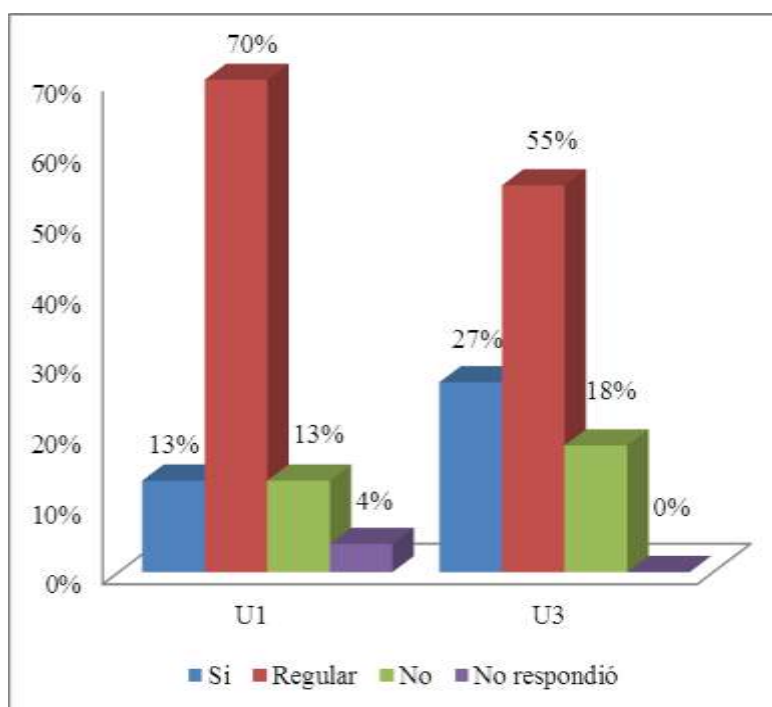
“revisar la cantidad de placa bacteriana en los dientes con un explorador”, sin embargo se otorgó alguna calificación, por mencionar algún paso del IHOS, o indicar que usa el revelador de placa para el procedimiento.

Tabla 47. Conocimiento de los Momentos para Detectar Placa Bacteriana.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	16	13	84	70	16	13	5	4
U3	3	27	6	55	2	18	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor

Figura 47. Conocimiento de los Momentos para Detectar Placa Bacteriana.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 13% de los estudiantes encuestados de la universidad 1 y el 27% de la U3 conoce en qué momentos se puede realizar la detección de placa bacteriana, mencionando la

práctica clínica y la comunitaria, o indicando que en cualquier momento se puede realizar, el 70% de la U1 y el 55% de la U3, demostraron conocimiento regular respecto al tema (calificación: 0,1 – 0,9), tomando en cuenta a la práctica clínica en mayor porcentaje, o indican que se puede realizar una sola vez, al inicio del tratamiento dental.

Al realizar la detección de placa bacteriana, se realiza el control del riesgo de caries que tiene la persona o la familia, de ser el caso, al no tomarla en cuenta como principio fundamental para el trabajo clínico o comunitario del profesional, se pierde un instrumento valioso para la prevención de caries dental u otras patologías como las que afectan al periodonto, que son originadas por las bacterias patógenas que forman parte de la indicada placa bacteriana.

4.2.6. Plan Operativo de Actividades.

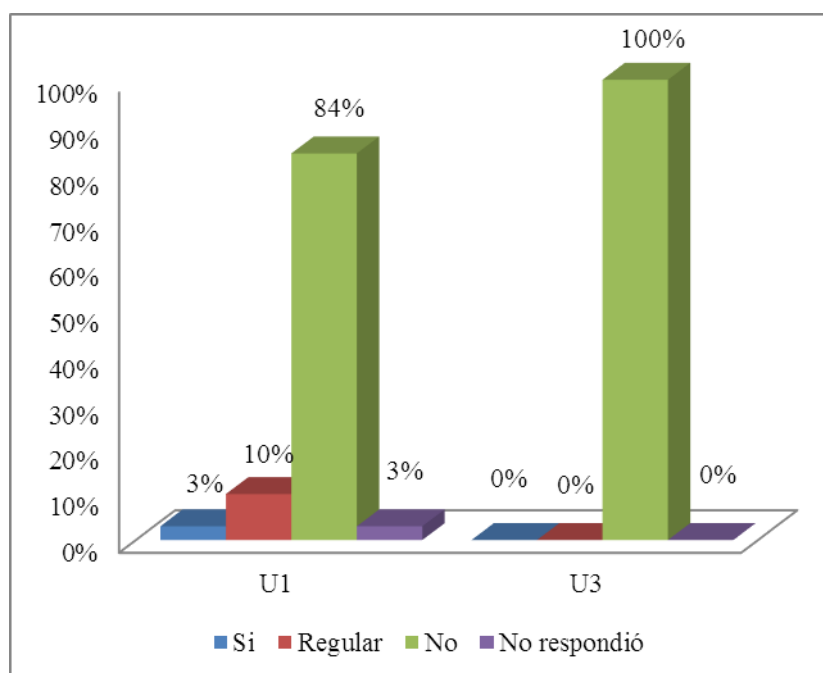
Se incluyó algunas preguntas para determinar el conocimiento que los estudiantes participantes tienen sobre este tema, para realizar estrategias en conjunto con el equipo integral de salud, al iniciar su año de salud rural en una unidad operativa del MSP.

Se indagó respecto del conocimiento sobre la definición, los pasos y el o los momentos para aplicar el Plan Operativo de Actividades (POA).

Tabla 48. Conocimiento de la Definición del Plan Operativo de Actividades.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	3	3	12	10	102	84	4	3
U3	0	0	0	0	11	100	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 48. Conocimiento de la Definición del Plan Operativo de Actividades.

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El mayor porcentaje de estudiantes encuestados en las universidades participantes, no conocen la definición del Plan Operativo de Actividades (POA), o piensan que es la planificación para atender pacientes en el consultorio, o para los tiempos para realizar los diversos tratamientos Odontológicos. Esto corrobora lo definido en la revisión de mallas curriculares y entrevistas, que este tema no es incluido en las materias a lo largo de la carrera.

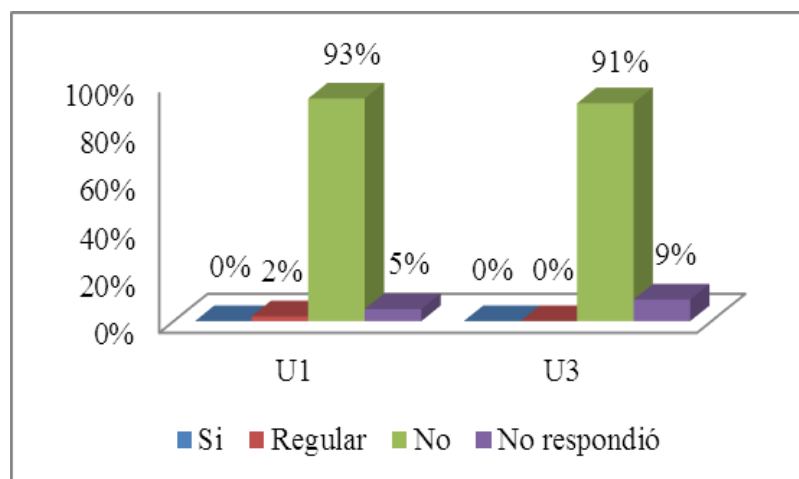
El 3% de la U1 conoce exactamente qué es el POA y el 10% de la misma universidad tienen una leve idea, o conocimiento regular de la definición del indicado plan (calificación: 0,2 – 0,9), señalando ciertos aspectos del mismo, por ejemplo, que se utiliza para realizar programaciones de actividades extramurales, que sirve para establecer objetivos o que sirve para planificar las actividades durante un año.

Tabla 49. Conocimiento de los Pasos para Elaborar el POA.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	0	0	3	2	112	93	6	5
U3	0	0	0	0	10	91	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 49. Conocimientos de los Pasos para Elaborar el POA.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De igual manera que en la pregunta anterior, el 2% de estudiantes encuestados de la U1 tiene un conocimiento regular del procedimiento para elaborar el POA (calificación: 0,2

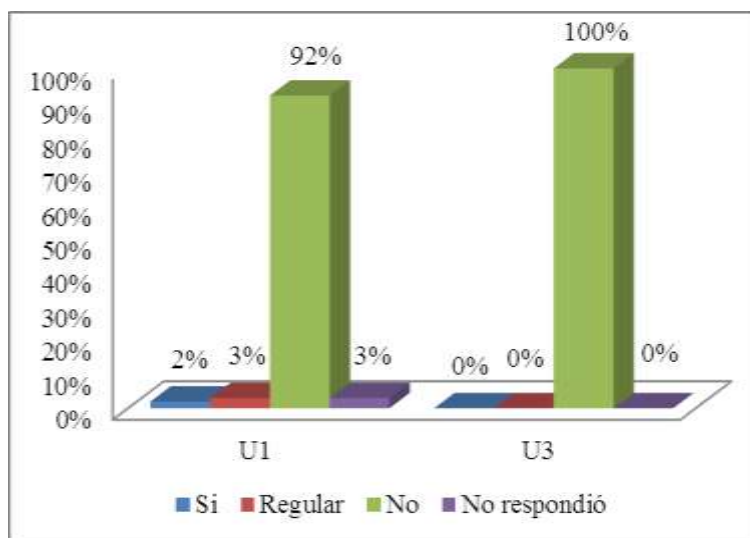
a 0,9), mencionando pasos como el diagnóstico situacional, el Marco Lógico, Ejecución o la evaluación. Por lo tanto, los estudiantes encuestados, como futuros profesionales irán con una leve idea de este conocimiento a cumplir su año de salud rural en una unidad operativa del MSP, realizando en un mayor porcentaje, actividades de curación y rehabilitación dentro del consultorio.

Tabla 50. Conocimientos de los Momentos para Elaborar el POA.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	2	2	4	3	111	92	4	3
U3	0	0	0	0	10	100	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 50. Conocimiento de los Momentos para Elaborar el POA.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los estudiantes encuestados de las universidades participantes, el 2% de la U1 conoce claramente en qué momentos elaborar un POA, mencionando el inicio de

actividades operativas en una unidad de salud, o al principio del año, para establecer objetivos a alcanzar, incluso, relacionando con la práctica privada y el trabajo intra y extramural, con acciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación. El 3% de la misma universidad 1, demostró tener un conocimiento regular de este tema (Calificación: 0,4 – 0,9), mencionando circunstancias como el año de salud rural, o para realizar atención en la comunidad.

Se determinó de esta forma que los conocimientos sobre el POA, son los que en menor porcentaje tienen los estudiantes de las universidades participantes.

4.2.7. Conocimientos sobre APS de los Estudiantes de último semestre de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito Participantes.

Se evaluó cada una de las 45 preguntas de Conocimientos, sobre un punto. Las tres preguntas de conocimientos que inicialmente se calificaron sobre más de un punto, se promediaron, para que cada una sea calificada sobre un punto, de la siguiente manera:

- La pregunta de percepción respecto de las técnicas de cepillado conocidas, que se calificó sobre 12 puntos, se tomó en cuenta solamente 12 de las 14 técnicas propuestas para calificar sobre un punto, es decir, que los que indicaron conocer 12 técnicas de cepillado, tuvieron la calificación de un punto en esa pregunta.
- Los conocimientos sobre los alimentos planteados, para definir si eran Cariogénicos o No Cariogénicos, fue calificada sobre 15 puntos, los cuales se promediaron sobre un punto, para la sumatoria total.

- La pregunta que indagaba sobre la importancia de la lactancia materna en salud oral, se calificó sobre un punto si mencionaban algo relacionado con el desarrollo de los maxilares, sin embargo, si mencionaban el aporte de inmunoglobulinas o calcio, se otorgó 0,25, por lo cual se promedió sobre 1,25 para otorgar la calificación respectiva sobre un punto en esa pregunta, es decir, si tenían 1,25, esto equivalía a 1 punto.

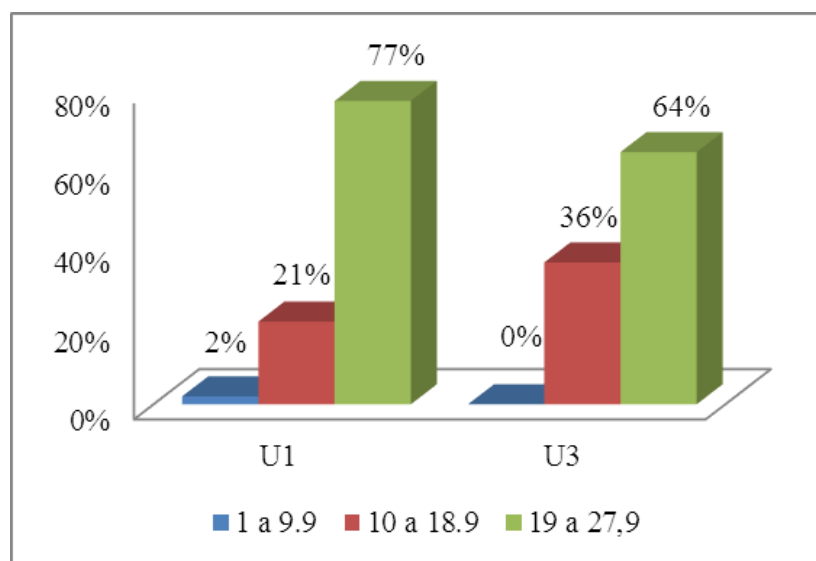
De esta manera, se calificó los conocimientos sobre APS, sobre 45 puntos, sin embargo, ningún estudiante encuestado, alcanzó la máxima puntuación, siendo la calificación más alta 27,4 puntos (61% de conocimientos en APS), por lo cual se dividió en tres rangos: de 1 a 9,9 puntos sobre 45, de 10 a 18,9 y de 19 a 27,9 puntos, para presentar los resultados correspondientes a los conocimientos de APS de los Estudiantes encuestados.

Tabla 51. Conocimientos sobre APS de los estudiantes de último semestre de las Facultades de Odontología de Quito.

Puntaje total sobre 45 puntos						
	1 a 9,9	%	10 a 18,9	%	19 a 27,9	%
U1	3	2	25	21	93	77
U3	0	0	4	36	7	64

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor

Figura 51. Conocimientos sobre APS de los estudiantes de último semestre de las Facultades de Odontología de Quito. Puntajes alcanzados sobre 45 puntos.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Del total de estudiantes encuestados en las universidades participantes, el 2% de la U1 alcanzó un puntaje entre 1 y 9,9 puntos sobre 45, el 21% de la misma U1 y el 36% de la universidad 3, alcanzaron la calificación de 10 a 18,9, demostrando un porcentaje de conocimiento en APS entre el 22% y 42%.

El 77% de estudiantes encuestados de la universidad 1 y el 64% de la U3, presentó el 42% - 62% de conocimientos en APS en Odontología. Por lo tanto, los estudiantes de último semestre de las Facultades de Odontología de las universidades de Quito participantes, tienen un conocimiento regular de APS, correspondiente al 46% en promedio, frente al 17% a 25% de las mallas curriculares que está orientado hacia la APS.

Tabla 52. Porcentajes promedio de Conocimiento sobre APS, por pregunta.

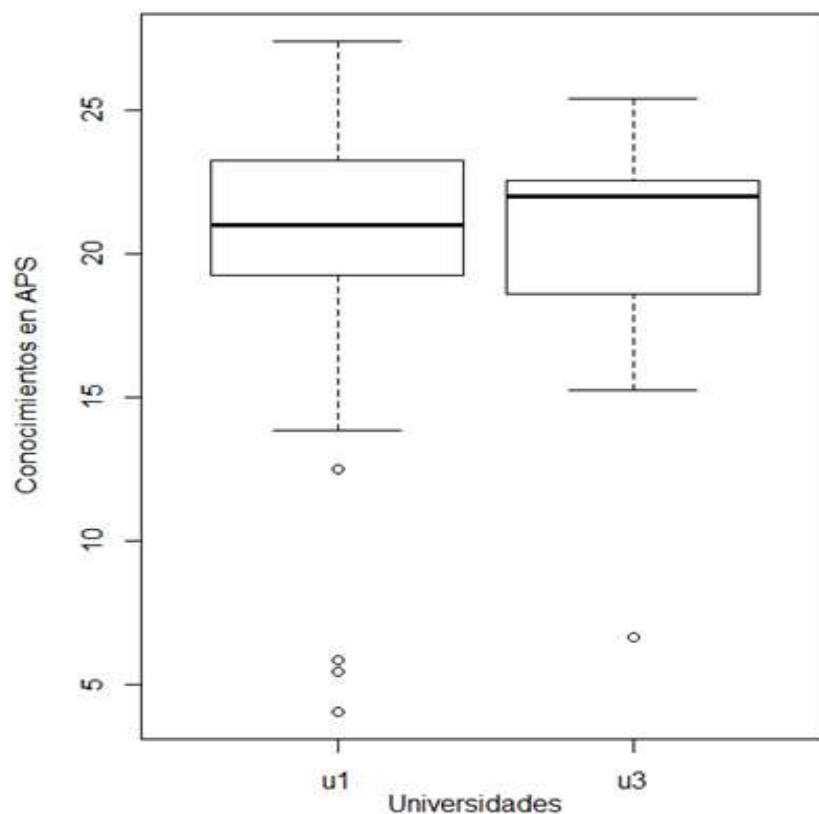
PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO	UNIVERSIDAD 1	UNIVERSIDAD 3
Quién creó el BPOC	0%	0%
Componentes BPOC	4%	2%
Definición APS	15%	8%
Definición MAIS – FCI	6%	5%
Plan Nacional Salud Oral - MSP	1%	2%
Objetivo Cepillado Dental	90%	92%
Duración Cepillado Dental	38%	0%
Técnica Cepillado Dental MSP	14%	14%
Técnicas de Cepillado que conocen	24%	40%
Descripción Técnica Cepillado Dental	78%	81%
Objetivo Hilo Dental	95%	99%
Edad para inicio de uso del Hilo Dental	23%	0%
Técnica Uso Hilo Dental	23%	55%
Definición ART	23%	40%
Objetivo ART	23%	100%
Técnica ART	23%	45%
Objetivo Flúor Barniz	23%	80%
Objetivo Flúor Gel	23%	82%
Técnica Flúor Barniz	23%	67%
Técnica Flúor Gel	23%	22%
Técnica Sellantes fotocurado	23%	66%
Definición POA	23%	0%
Pasos POA	23%	0%
Beneficio Lactancia Materna en Salud Bucal	23%	16%
Micronutrientes que influyen en Salud Bucal	23%	24%
Definición Dieta Cariogénica	23%	85%
Definición Dieta No Cariogénica	23%	81%
Técnica Detección de Placa Bacteriana	23%	87%

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO	UNIVERSIDAD 1	UNIVERSIDAD 3
Hábitos Saludables en Salud Bucal que se pueden diagnosticar dentro de la Familia	23%	39%
Criterios de Diagnóstico Hábitos Saludables en Salud Bucal	23%	41%
Determinación de tipo de Dieta (Cariogénica o No Cariogénica)	23%	64%
Métodos para Diagnóstico Regularidad del Cepillado Dental	54%	52%
Métodos para Diagnóstico Limpieza correcta de encías	51%	43%
Métodos para Diagnóstico Técnica correcta de Cepillado	51%	45%
Métodos para Diagnóstico Control correcto de Placa Bacteriana	41%	36%
Métodos para Diagnóstico Uso Periódico de Hilo Dental	45%	45%
Momentos para Comunicación, Enseñanza y Consejería Lactancia M., Nutrición, Micronutrientes y Dieta No Cariogénica.	61%	64%
Momentos para Detección de Placa Bacteriana	48%	57%
Momentos para Enseñanza de la Técnica Cepillado	60%	48%
Momentos Aplicación Sellantes	90%	86%
Momentos para aplicar Flúor Gel	25%	31%
Momentos para aplicar ART	63%	85%
Momentos para elaborar un POA	3%	0%
Edad de Inicio de Enseñanza Técnica Cepillado Dental	38%	55%
Edad Inicio aplicación Flúor Barniz	17%	9%
Porcentaje de Conocimiento promedio sobre APS	46%	44%

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 52. Nivel de Conocimiento en APS de los estudiantes de último semestre de las 3 Universidades participantes en el estudio.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

La media del nivel de conocimiento en APS de los estudiantes de último semestre en las facultades de odontología de las universidades de Quito participantes, es 20,68 sobre 45 puntos de la Universidad 1 y 19,9 de la U3, en cambio, la mediana es 21 con una distribución estándar (Sd) de 3,8 y una varianza (Var) de 14,47 en la universidad 1 y la universidad 3, presentó una mediana de 22 (Sd = 5,1 y Var = 27).

Se determinó de esta forma un 45% en promedio de conocimiento promedio sobre APS de los estudiantes encuestados en las universidades participantes.

4.3. Actitudes hacia la APS

De la misma forma que con los conocimientos, los resultados, se presentan en grupos, de acuerdo al Paquete Básico de Atención Oral (BPOC) la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el POA. Al final se realiza el análisis de las actitudes en conjunto hacia la APS.

4.3.1. Paquete Básico de Atención Oral (BPOC).

Se consultó a los estudiantes encuestados, en base si les gustaría trabajar como voluntario en un entorno intercultural y en una comunidad rural del Ecuador, con sus habilidades y conocimientos dentales como estudiante dental superior o futuro dentista (Karim et al., 2008)⁴.

Las actitudes hacia la técnica ART, se analizan como parte de las acciones de prevención de la enfermedad.

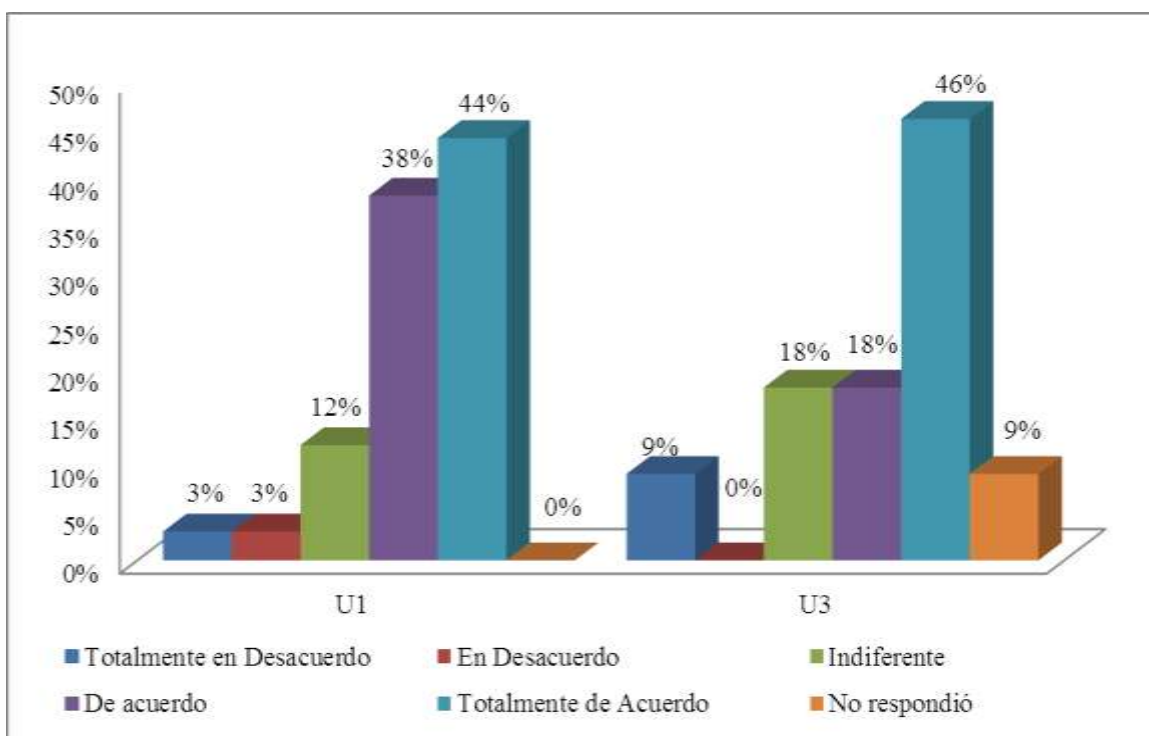
Tabla 53. Actitudes hacia el trabajo voluntario en zonas rurales del Ecuador.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	3	3	4	3	15	12	46	38	53	44	0	0
U3	1	9	0	0	2	18	2	18	5	46	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

⁴Encuesta sobre Conocimientos de las iniciativas mundiales con respecto a la APS en Odontología y su interés hacia ellas, traducido al español, modificado y adaptado a la realidad del Ecuador.

Figura 53. Actitudes hacia el trabajo voluntario en zonas rurales del Ecuador.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 44% de estudiantes encuestados de la U1 y el 46% de la U3, indicaron estar totalmente de acuerdo con el trabajo voluntario en un entorno y comunidades rurales del Ecuador, a pesar que ninguno conoce que esto es la esencia del BPOC, ya que fue diseñado precisamente para el trabajo en Odontología en las indicadas zonas. El 38% de la U1 y el 18% de la U3, indicaron estar de acuerdo con este enunciado.

Esta mayoría de estudiantes encuestados con actitudes favorables hacia el trabajo en comunidades o zonas rurales, es la base de futuros profesionales que apliquen la APS en

sus actividades profesionales, si cuentan con la capacitación suficiente, aplicándola en las zonas rurales donde trabajen.

4.3.2. Promoción de la Salud.

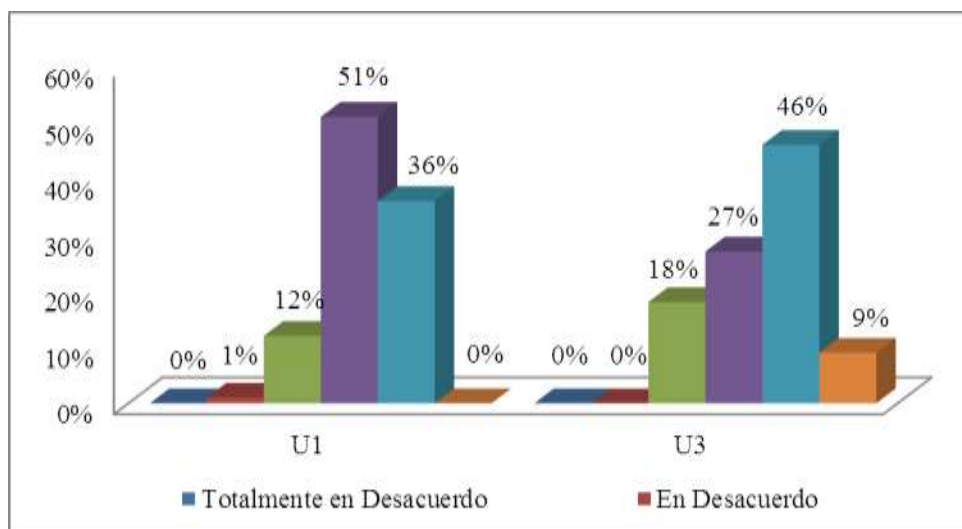
En esta sección se analiza las actitudes hacia diagnosticar hábitos y comportamientos saludables en Salud Bucal dentro de la familia, y hacia comunicar, educar y aconsejar a madres y mujeres embarazadas. Se solicitó que indiquen del 1 al 5, sus actitudes hacia las actividades en mención.

Tabla 54. Actitudes hacia el Diagnóstico de Hábitos Saludables en Salud Bucal dentro de la Familia.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	0	0	1	1	15	12	61	51	44	36	0	0
U3	0	0	0	0	2	18	3	27	5	46	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 54. Actitudes hacia el Diagnóstico de Hábitos Saludables en Salud Bucal en la Familia.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observa que, de los estudiantes encuestados de las universidades, el 36% en la universidad 1 y el 46% de la universidad 3, están totalmente de acuerdo con esta actividad de la APS, así como el 51% de la universidad 1 y el 27% de la U3, indicaron estar de acuerdo, mostrando de esta manera, una actitud altamente favorable hacia el diagnóstico de hábitos saludables en salud bucal en la familia, a pesar que en un porcentaje alto presentaron tener conocimientos regulares respecto de este tema, lo que concuerda con el 12% de la U1, y el 18% de la U3, que indicaron una actitud indiferente frente al enunciado y el 1% de la U1 que indicó estar en desacuerdo.

Se observa al igual que con el trabajo voluntario en zonas rurales, que se mantiene las actitudes favorables hacia elementos de la APS.

Tabla 55. Actitudes hacia la Educación sobre los Beneficios de la Lactancia

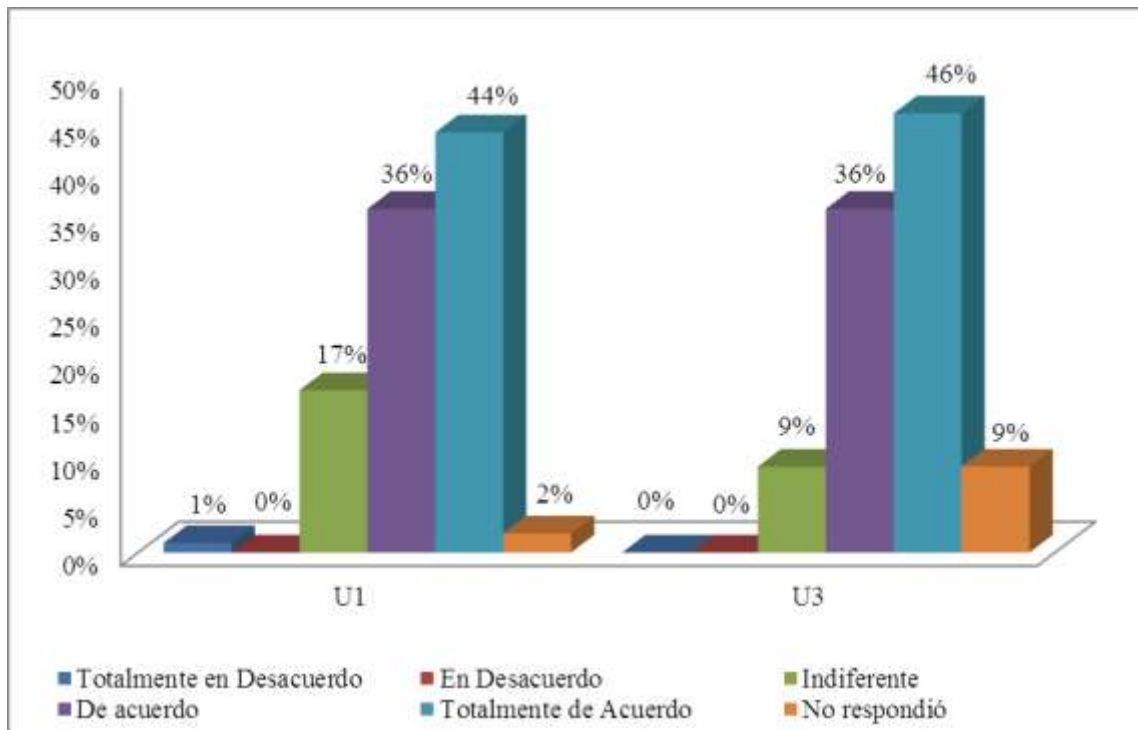
Materna en Salud Oral.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	1	1%	0	0%	21	17%	44	36%	53	44%	2	2%
U3	0	0%	0	0%	1	9%	4	36%	5	46%	1	9%

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 55. Actitudes hacia la Educación sobre los Beneficios de la Lactancia

Materna en Salud Oral.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observa que, de los estudiantes encuestados de las universidades participantes, el 44% de la universidad 1 y el 46% de la universidad 3, mostraron estar totalmente de acuerdo con respecto de la comunicación, educación y consejería sobre los beneficios de la lactancia materna a las madres, el 36% de las universidades 1 y 3 indicaron estar de

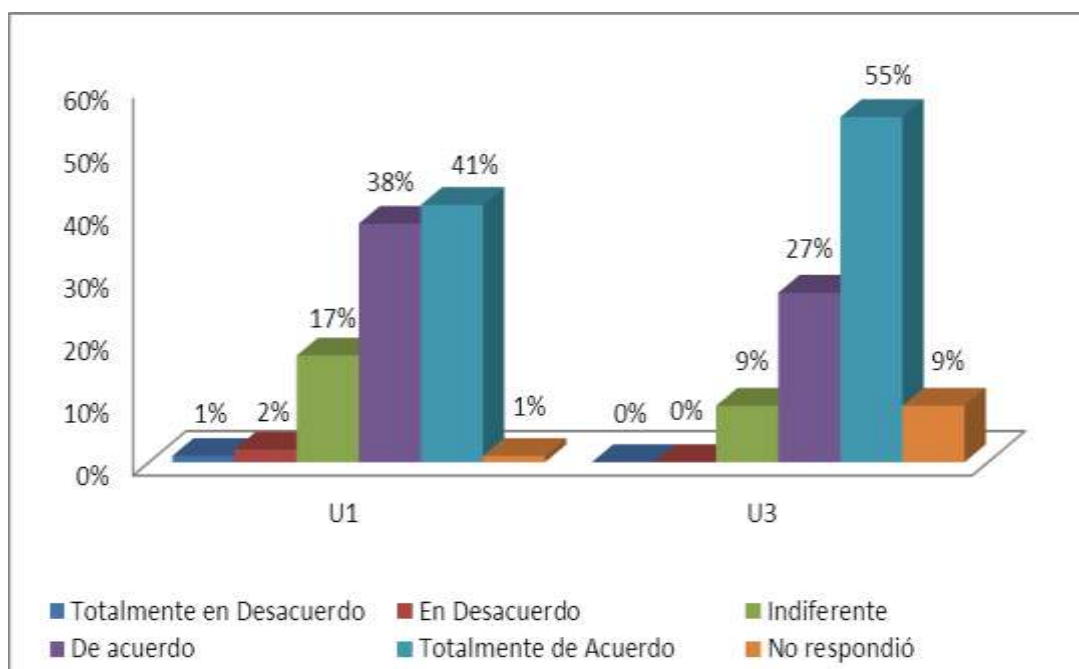
acuerdo y el 17% de la U1, y el 9% de la U3, indicaron una actitud indiferente frente al enunciado.

Tabla 56. Actitudes hacia la comunicación, educación y consejería sobre Nutrición y Micronutrientes Influyentes en la Salud Oral.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	1	1	3	2	21	17	46	38	49	41	1	1
U3	0	0	0	0	1	9	3	27	6	55	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 56. Actitudes hacia la comunicación, educación y consejería sobre Nutrición y Micronutrientes Influyentes en la Salud Oral.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De las universidades participantes, el 41% de estudiantes encuestados en la universidad 1 y el 55% de la universidad 3, mostraron estar totalmente de acuerdo con la comunicación, educación y consejería sobre nutrición y micronutrientes relacionados con la Salud Oral, el 38% de la U1 y el 27% de la U3, indicaron estar de acuerdo, el 9% de la U3 y 17% de la U1 se mostraron indiferentes frente al enunciado en mención.

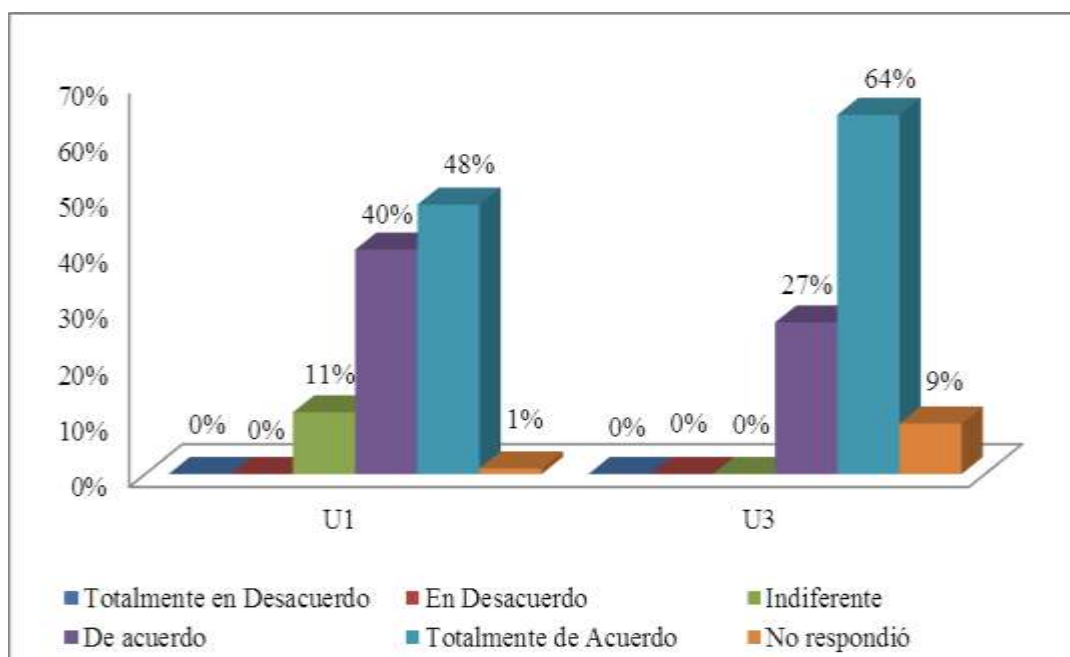
Determinando de esta forma, una actitud favorable de parte del mayor porcentaje de estudiantes encuestados, corroborando lo indicado en las entrevistas, a pesar que no conocen exactamente cuáles son estos micronutrientes y se observó que los incluyen en algunas asignaturas a lo largo de la carrera en las mallas curriculares analizadas.

Tabla 57. Actitudes hacia la comunicación, educación y consejería sobre Dieta No Cariogénica.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	0	0	0	0	13	11	48	40	58	48	2	1
U3	0	0	0	0	0	0	3	27	7	64	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 57. Actitudes hacia la comunicación, educación y consejería sobre Dieta No Cariogénica.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observa que, a pesar que los estudiantes encuestados en las tres universidades presentaron en mayor porcentaje, un conocimiento regular, el 40% de la U1 y el 27% de la U3, indicaron estar de acuerdo, el 48% de la U1 y el 64% de la universidad 3, están totalmente de acuerdo, presentando de esta manera, una actitud altamente favorable hacia la comunicación, educación y consejería sobre dieta no cariogénica. El 11% de la U1 demostró una actitud indiferente con respecto al tema.

4.3.3. Prevención de la Enfermedad.

De la misma forma, se solicitó a los estudiantes encuestados, que indiquen del 1 al 5, sus actitudes hacia actividades de prevención de diferentes patologías del aparato

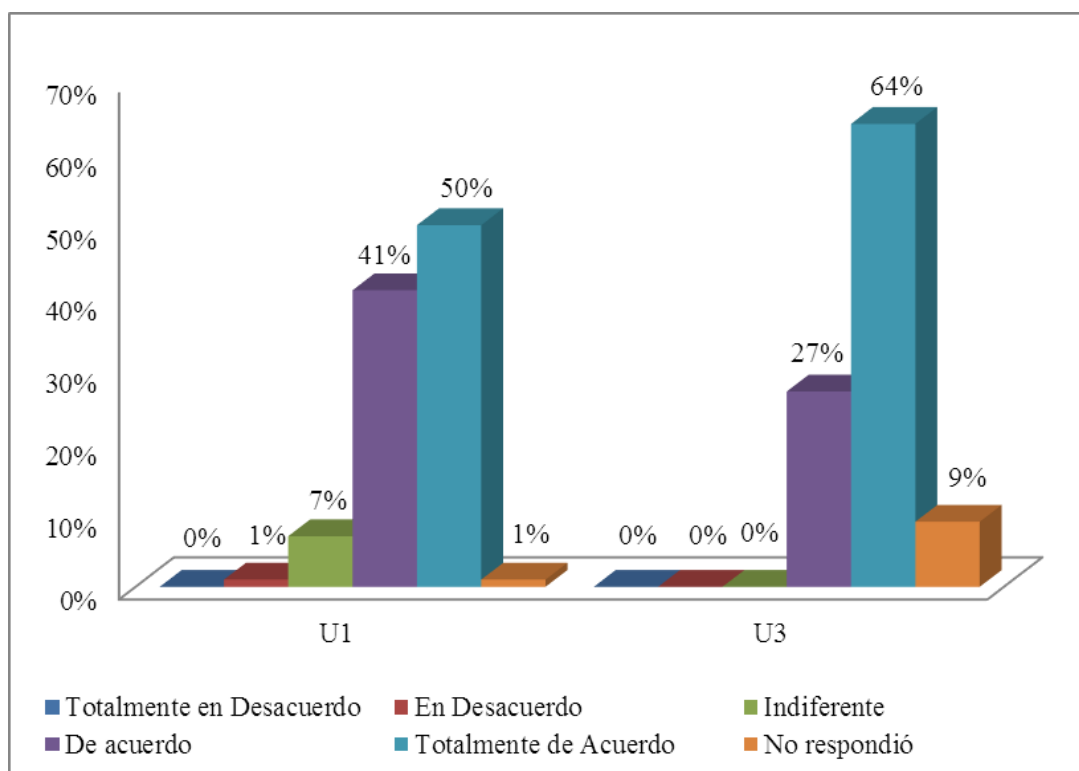
estomatognático, como la enseñanza de la técnica de cepillado dental, detección de placa bacteriana, aplicación de flúor en sus diferentes presentaciones, aplicación de sellantes y de la técnica ART.

Tabla 58. Actitudes hacia la Enseñanza de la Técnica de Cepillado.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	0	0	1	1	8	7	50	41	61	50	1	1
U3	0	0	0	0	0	0	3	27	7	64	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 58. Actitudes hacia la Enseñanza de la Técnica de Cepillado.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

A pesar que el mayor porcentaje de estudiantes encuestados, indicó tener un conocimiento regular sobre las diferentes técnicas de cepillado dental, y todo lo pertinente a la enseñanza de la técnica que consideren pertinente, sus actitudes son favorables hacia la indicada enseñanza, observando que, de los estudiantes encuestados de las universidades, el 50% de la U1 y el 64% de la U3, indicaron estar totalmente de acuerdo sobre enseñar la técnica de cepillado, el 41% de la U1 y el 27% de la U3, indicaron estar de acuerdo, y el 7% de la universidad 1 se mostró indiferente hacia el enunciado en mención.

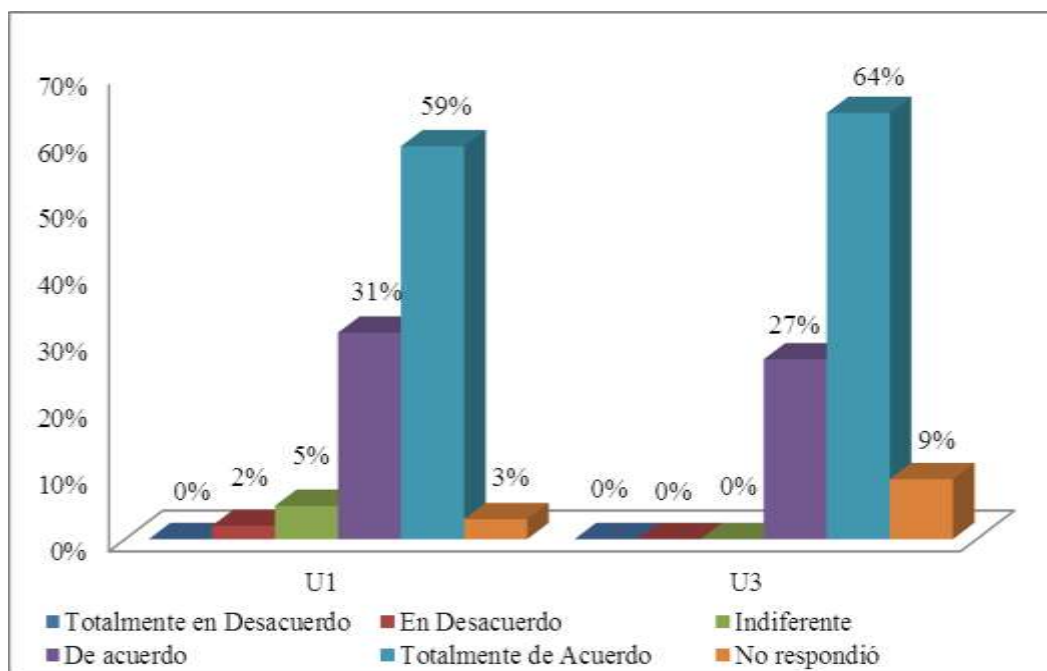
Se observa que es importante definir un mayor porcentaje de los contenidos en las mallas curriculares, para orientarlos hacia la enseñanza de las diferentes técnicas de cepillado a los estudiantes de las Facultades de Odontología, en vista que esta práctica será altamente repetitiva durante su ejercicio profesional, con pacientes, familiares, y toda persona o comunidad que lo requiera, generando una importante actividad de promoción para la salud y prevención de la enfermedad.

Tabla 59. Actitudes hacia la Detección de Placa Bacteriana.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	0	0	2	2	6	5	38	31	71	59	4	3
U3	0	0	0	0	0	0	3	27	7	64	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 59. Actitudes hacia la Detección de Placa Bacteriana.



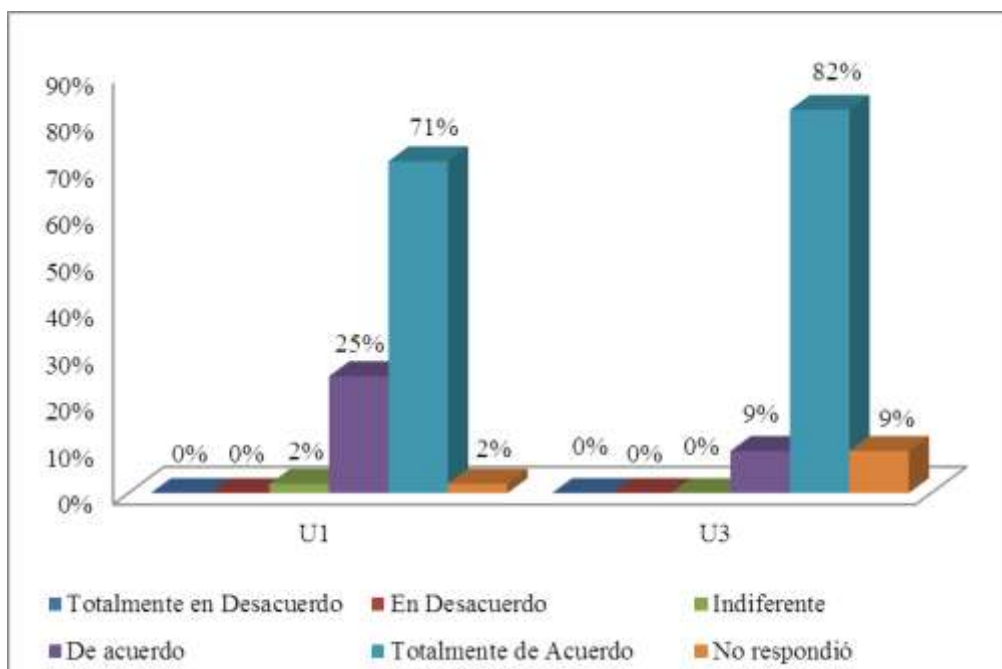
Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los estudiantes encuestados en las tres universidades participantes, el 59% de la universidad 1 y el 64% de la universidad 3, mostraron estar totalmente de acuerdo con respecto a la detección de placa bacteriana. El 31% de la U1, y el 27% de la U3 indicaron estar de acuerdo con este enunciado, mientras que el 5% de la U1 presentó una actitud indiferente hacia el tema.

Tabla 60. Actitudes hacia la Aplicación de Sellantes.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	0	0	0	0	3	2	30	25	86	71	2	2
U3	0	0	0	0	0	0	1	9	9	82	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 60. Actitudes hacia la Aplicación de Sellantes.

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

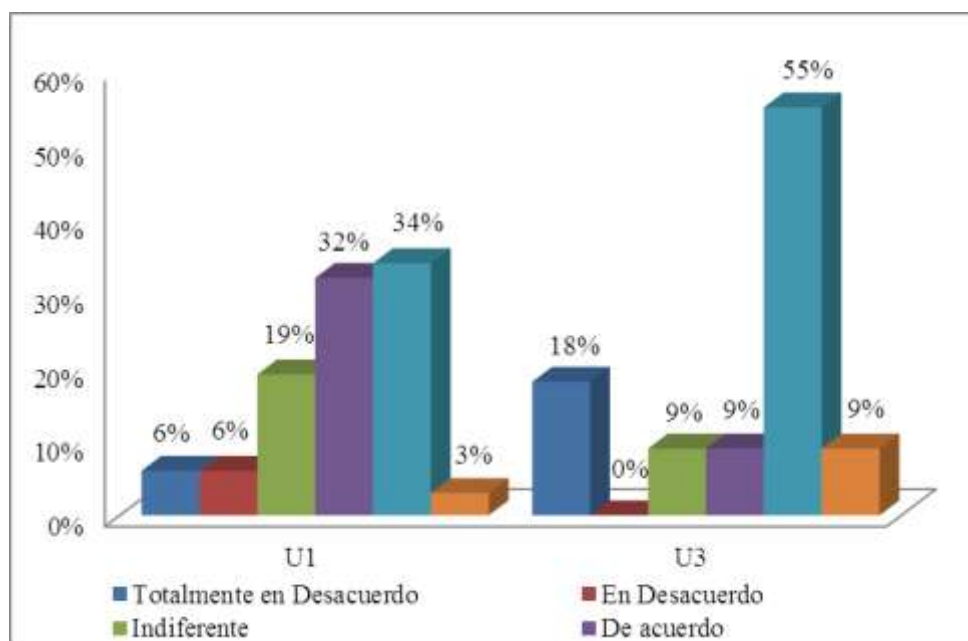
Se observa que, de los estudiantes encuestados en las universidades participantes, el 71% de la universidad 1 y el 82% de la universidad 3, estuvieron totalmente de acuerdo, el 25% de la U1 y el 9% de la U3, indicaron estar de acuerdo con la aplicación de sellantes. El 2% de la U1 mostró una actitud indiferente hacia esta actividad, demostrando una actitud favorable, contrastando con el conocimiento regular de los pasos para realizar esta técnica que presentaron, y con el porcentaje de las mallas orientado a la misma.

Tabla 61. Actitudes hacia la Aplicación de Flúor Gel.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	7	6	7	6	23	19	39	32	41	34	4	3
U3	2	18	0	0	1	9	1	9	6	55	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 61. Actitudes hacia la Aplicación de Flúor Gel.



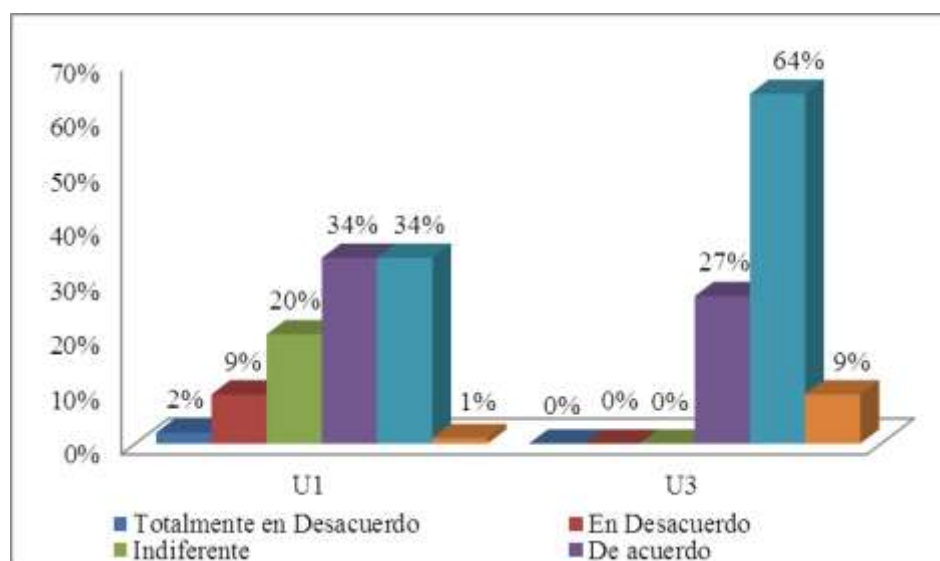
Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

En las universidades participantes, el 34% de los estudiantes encuestados de la universidad 1 y el 55% de la universidad 3, mostraron estar totalmente de acuerdo, el 32% de la U1 y el 9% de la U3 indicaron estar de acuerdo, presentando actitudes favorables hacia la aplicación de flúor gel, tomando en cuenta que presentaron un conocimiento regular y el porcentaje de las mallas orientado a la enseñanza de los pasos de esta técnica a los estudiantes, al igual que otros temas relacionados con la APS. El 19% de la U1 y el 9% de la universidad 3 mostraron una actitud indiferente con respecto al tema, el 6% de la universidad 1 está en desacuerdo y el 18% de la universidad 3, junto con el 6% de la U1 están en total desacuerdo con esta actividad.

Tabla 62. Actitudes hacia la Aplicación de Flúor Barniz.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	3	2	11	9	24	20	41	34	41	34	1	1
U3	0	0	0	0	0	0	3	27	7	64	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 62. Actitudes hacia la Aplicación de Flúor Barniz.

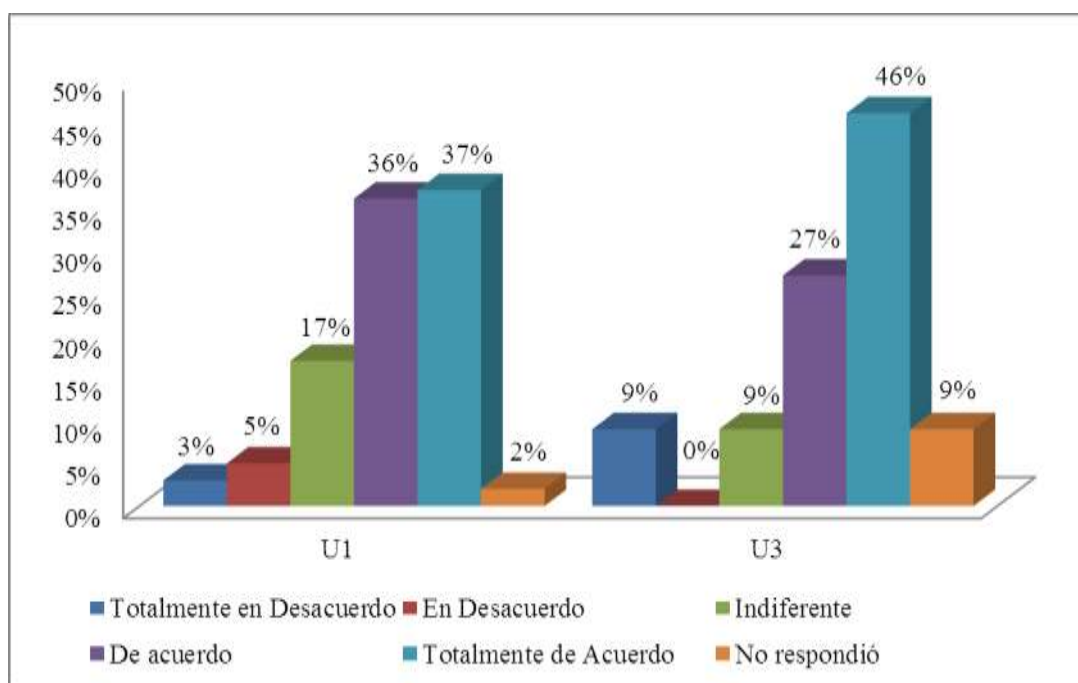
Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observa que, de las universidades, el 34% de estudiantes encuestados en la universidad 1 y el 64% en la universidad 3, estuvieron totalmente de acuerdo, el 34% de la U1 y el 27% de la U3 indicaron estar de acuerdo con la aplicación de flúor barniz, al igual que con la aplicación de flúor gel, en contraposición de los conocimientos demostrados de los pasos para ello. El 20% de la Universidad 1 demostró una actitud indiferente, mientras que el 9% de la universidad 1 está en desacuerdo con el enunciado en mención.

Tabla 63. Actitudes sobre realizar la Técnica ART.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	3	3	6	5	21	17	43	36	45	37	3	2
U3	1	9	0	0	1	9	3	27	5	46	1	9

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 63. Actitudes sobre realizar la Técnica ART.

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observa que, de los estudiantes encuestados en las universidades, el 37% de la universidad 1 y el 46% de la universidad 3, mostraron estar totalmente de acuerdo, el 36% de la U1 y el 27% de la U3 indicaron estar de acuerdo con realizar la técnica ART. El 17% de la U1 y el 9% de la U3 tienen una actitud indiferente con respecto al tema, mientras que el 5% de la universidad 1 está en desacuerdo y el 9% de la universidad 3, junto con el 3%

de la U1, están en total desacuerdo con la indicada actividad. Por lo tanto, se observó un alto porcentaje de personas con actitud favorable hacia esta actividad.

4.3.4. Plan Operativo Anual (POA).

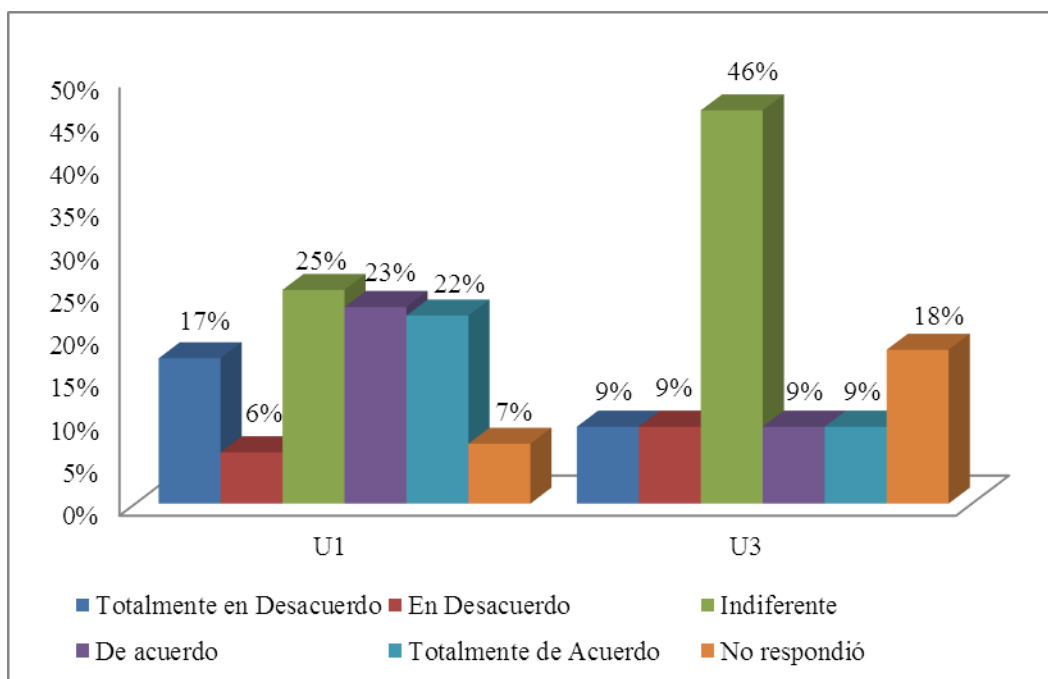
Se realizó el análisis de las actitudes de los estudiantes encuestados hacia la elaboración del Plan Operativo anual (POA), conocimiento que los estudiantes demostraron tener en menor porcentaje que de los demás temas relacionados a la APS y que en las entrevistas y la revisión de las mallas curriculares, se determinó que se tomaba en cuenta en un nivel bajo en ciertas asignaturas a lo largo de la carrera.

Tabla 64. Actitudes hacia la Elaboración del POA.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%	No respondió	%
U1	20	17	7	6	30	25	28	23	27	22	9	7
U3	1	9	1	9	5	46	1	9	1	9	2	18

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 64. Actitudes hacia la Elaboración de un POA.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observa que en las universidades participantes, se encontró que solamente el 22% de estudiantes encuestados de la universidad 1 y el 9% de la universidad 3, estuvieron totalmente de acuerdo con elaborar el Plan Operativo de Actividades, el 23% de la universidad 1 y el 9% de la universidad 3, indicaron estar de acuerdo con esta actividad, sin embargo, el conocimiento que demostraron tener fue en un bajo porcentaje. El 25% de la U1 y el 46% de la U3 mostraron una actitud indiferente, mientras que el 6% de la universidad 1 y el 9% de la universidad 3 están en desacuerdo, así como el 17% de la U1 y el 9% de la U3 están totalmente en desacuerdo con elaborar un POA, en concordancia con el porcentaje de las mallas orientado hacia este conocimiento.

4.3.5. Actitudes de los estudiantes encuestados de las tres Universidades participantes, hacia la Atención Primaria de Salud.

Las actitudes sumadas, fueron estimadas en un rango entre 12 y 60, correspondiente a las respuestas individuales entre 1 y 5 (1 = 12; 5 = 60), que al ser 12 preguntas sobre esta área, se determinó dicho rango como total de preguntas, para la sumatoria y promedio total, se tomaron en cuenta todas las respuestas, incluso las no contestadas, a las cuales se les dio un valor de 0, si en alguna opción, la calificación es menos de 12, probablemente no contestó una o más preguntas, de lo que se obtiene el siguiente rango de porcentajes, correspondientes a cada actitud hacia la Atención Primaria de Salud, de parte de los Estudiantes encuestados:

Porcentajes totales de las Actitudes hacia la APS, equivalentes a cada valor de la escala de Likert.

Puntajes totales alcanzados	Porcentaje asignado	Actitud hacia la APS	
0 – 17	0% – 29%	Totalmente en Desacuerdo	(TD)
18 – 29	30% - 49%	En Desacuerdo	(D)
30– 41	50% - 69%	Indiferente	(I)
42 – 53	70% - 89%	De Acuerdo	(A)
54 – 60	90% - 100%	Totalmente de Acuerdo	(TA)

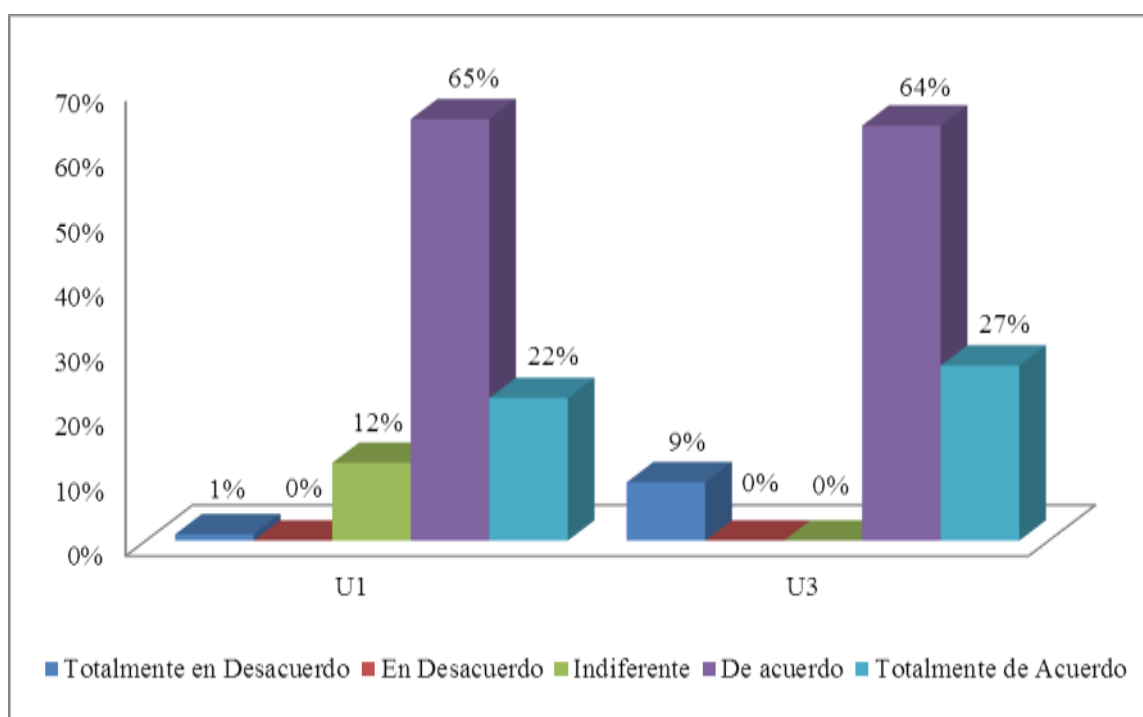
Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Tabla 65. Actitud de los estudiantes del último semestre de las Facultades de Odontología hacia la APS, en las Universidades participantes de Quito.

	TD	%	D	%	I	%	A	%	TA	%
U1	1	1	0	0	14	12	79	65	27	22
U3	1	9	0	0	0	0	7	64	3	27

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 65. Actitudes de los estudiantes del último semestre de Odontología de Quito hacia la APS.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 65% de la U1 y el 64% de la U3, indicaron estar de acuerdo con los diferentes enunciados relacionados a la Atención Primaria de Salud, a pesar de tener un conocimiento regular de ellos, el 27% de la U3 y el 22% de la U1, están totalmente de acuerdo, mientras

que el 12 % de la universidad 1, tiene una actitud indiferente hacia la APS, el 9% de la U3 y el 1% de la U1, es decir 2 de los 135 estudiantes encuestados, están en total desacuerdo con la APS.

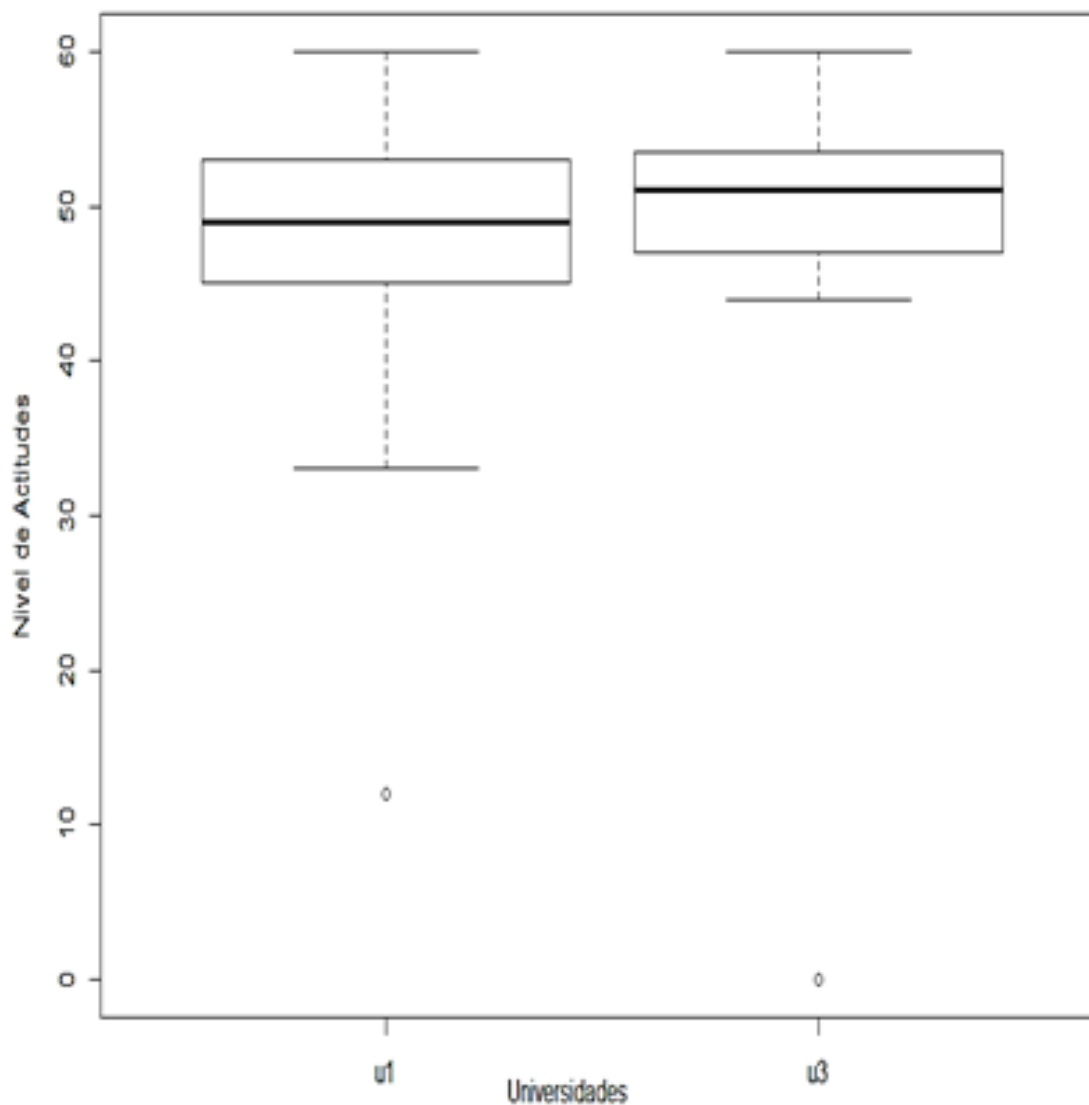
Tabla 66. Actitudes hacia los Elementos de la APS.

ACTIVIDADES DE APS	U1	U3
Trabajo Voluntario en Zonas Rurales	De Acuerdo	De Acuerdo
Diagnósticos de Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal dentro de las Familias	De Acuerdo	De Acuerdo
Enseñanza de técnica de cepillado	De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
Comunicar, educar y aconsejar a las madres sobre lactancia materna	De Acuerdo	De Acuerdo
Comunicar, educar y aconsejar a las madres sobre nutrición, y micronutrientes	De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
Comunicar, educar y aconsejar a las madres sobre dieta no cariogénica	De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
Detectar placa bacteriana	Totalmente De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
Aplicar Sellantes	Totalmente De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
Aplicar Flúor Gel	De Acuerdo	De Acuerdo
Aplicar Flúor Barniz	De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
Aplicar la técnica ART	De Acuerdo	De Acuerdo
Elaboración del POA	Indiferente	Indiferente
Total Actitudes en APS	De Acuerdo	De Acuerdo

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

La media del total de actitudes hacia la APS de los estudiantes de último semestre en las facultades de odontología de las universidades participantes, es 48,95 sobre 60 puntos (82%) de la U1 y 46,9 (78%) de la u3.

Figura 66. Actitudes hacia la APS



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

La mediana es 49 puntos sobre 60 (82%), con una distribución estándar (Sd) de 6,7 y una varianza (Var) de 45,3 en la universidad 1 y en la universidad 3, se presentó una mediana de 51 (Sd = 16,2 y Var = 262,89). La moda de las universidades participantes fue 48.

4.4. Prácticas en Atención Primaria de Salud.

Se realiza el análisis de las 12 prácticas en APS, planteadas a los estudiantes de último semestre encuestados, de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito participantes, agrupadas por categorías, al igual que en los análisis anteriores.

4.4.1. Prácticas en Zonas Rurales del Ecuador.

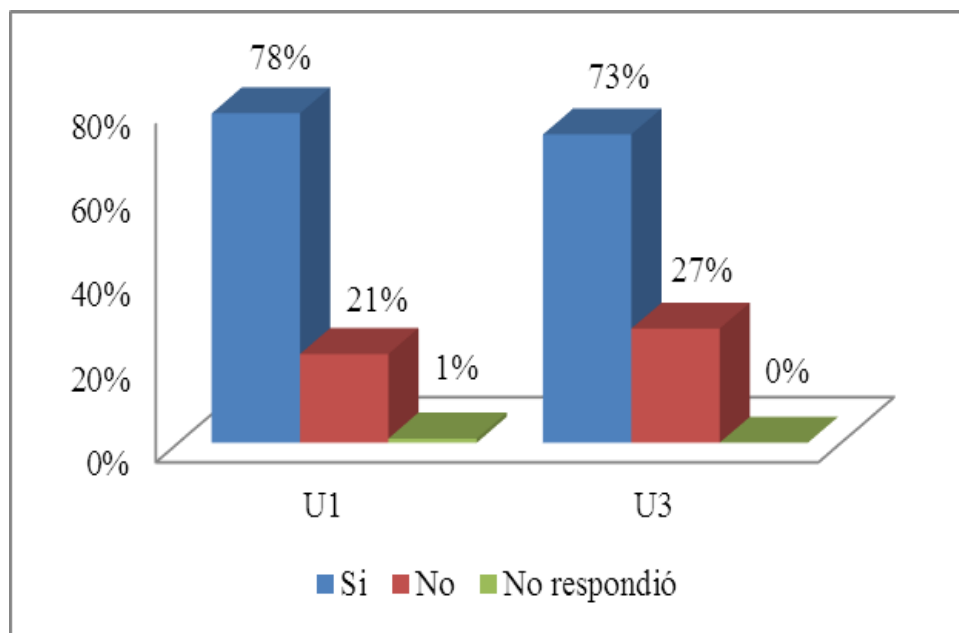
Como parte del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC), se planteó esta pregunta a los estudiantes participantes.

Tabla 67. Prácticas del Trabajo Voluntario en Zonas Rurales del Ecuador.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	94	78	26	21	1	1
U3	8	73	3	27	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 67. Prácticas del Trabajo Voluntario en Zonas Rurales del Ecuador.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 78% de estudiantes encuestados de la U1 y el 73% de la U3, indicaron haber trabajado voluntariamente en zonas rurales del Ecuador, en concordancia con el porcentaje de las mallas curriculares orientado hacia las prácticas comunitarias en estas zonas. Un estudiante de la universidad 1 no respondió la pregunta.

4.4.2. Promoción de la Salud.

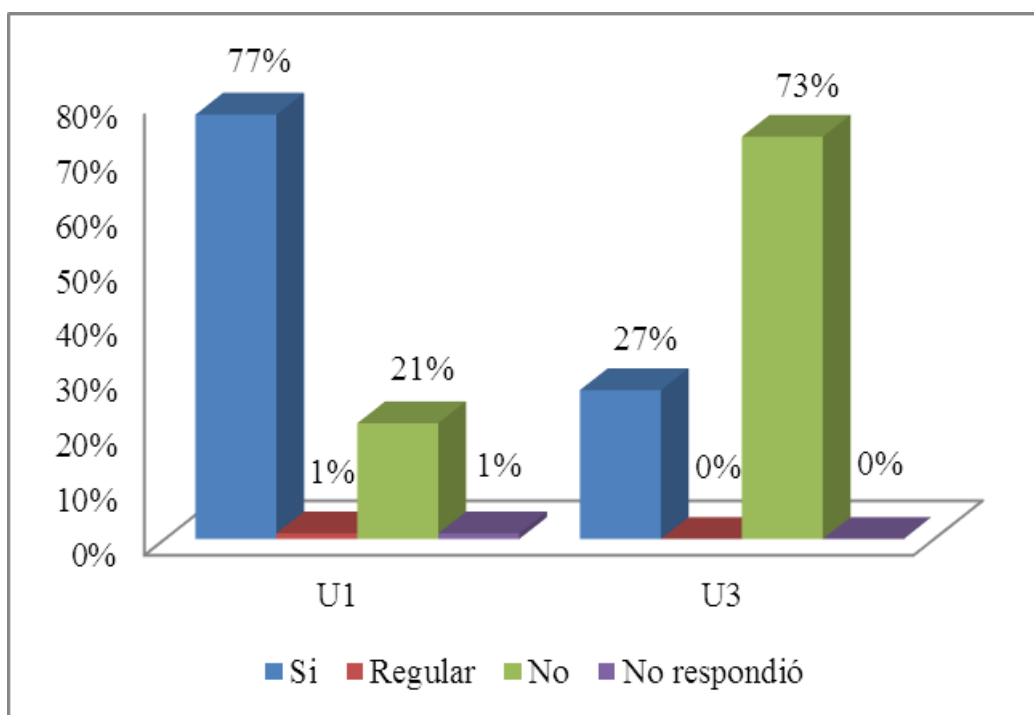
Este análisis, se realiza enfocándose en los resultados obtenidos, respecto de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Promoción de la Salud, de los estudiantes encuestados.

Tabla 68. Prácticas en Diagnósticos de Hábitos Saludables en Salud Oral dentro de la Familia.

	Si	%	Regular	%	No	%	No respondió	%
U1	93	77	1	1	25	21	2	1
U3	3	27	0	0	8	73	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 68. Prácticas en Diagnósticos de Hábitos Saludables en Salud Oral dentro de la Familia.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 77% de estudiantes encuestados de la U1 y el 27% de la universidad 3 indicaron haber realizado prácticas de diagnóstico de hábitos saludables en salud oral en las familias,

mientras que el 1% de la universidad 1, respondió si y no en la pregunta sobre prácticas de esta actividad (0,5), por lo que se representó como práctica regular.

Los resultados de esta pregunta, concuerdan con lo determinado en la revisión de mallas curriculares, que señala que este tema es tomado en cuenta en un porcentaje menor a lo largo de la carrera, así como lo afirmado por las personas entrevistadas, y a pesar que se realizan prácticas comunitarias, en palabras de un estudiante entrevistado, no realizan este tipo de prácticas de diagnóstico, sino más prácticas clínicas.

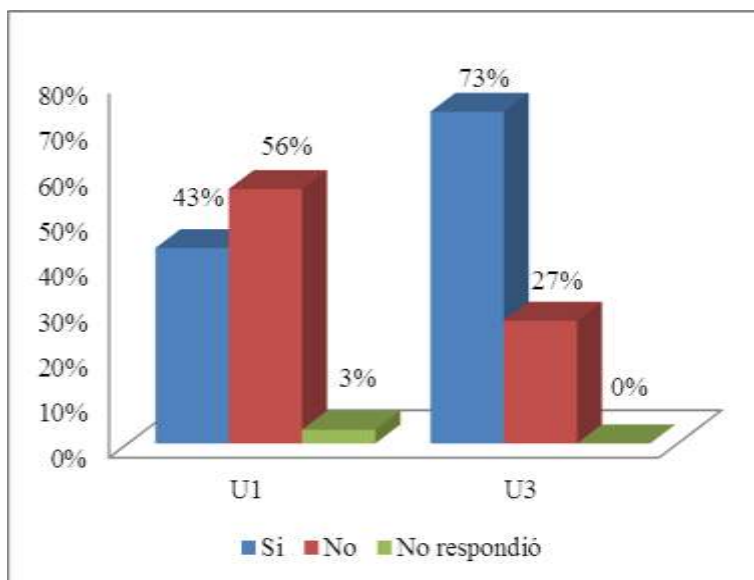
Al no tener claro qué hábitos pueden diagnosticar ni los métodos para hacerlo, las prácticas que, los estudiantes indicaron realizar, disminuyen su efectividad, a pesar de las actitudes favorables que presentan.

Tabla 69. Prácticas sobre Enseñanza de los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud Oral.

	Si	%	No	%	No respondió	%
U1	52	43	68	56	1	3
U3	8	73	3	27	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 69. Prácticas sobre Enseñanza de los Beneficios de la Lactancia Materna en Salud Oral.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los estudiantes encuestados en las universidades participantes, el 43% de la U1 y el 73% de la U3, indicaron haber enseñado respecto de los beneficios de la lactancia materna a la salud oral, a pesar que sus conocimientos sean regulares, y sus actitudes favorables.

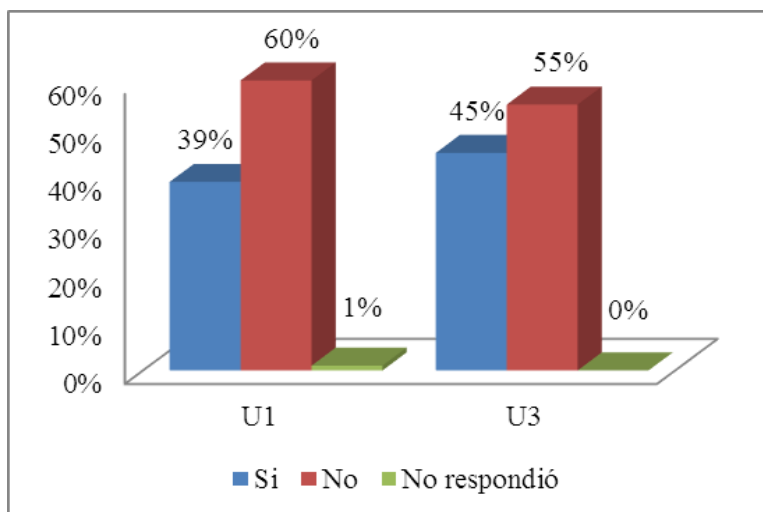
Por lo tanto, el mensaje enseñado será el básico, sobre todo respecto de los beneficios al sistema inmune de los niños, promoviendo de alguna forma la lactancia materna entre las personas que los rodean.

Tabla 70. Prácticas en Enseñanza sobre Nutrición y Micronutrientes que Influyen en la Salud Oral.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	47	39	73	60	1	1
U3	5	45	6	55	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 70. Prácticas en Enseñanza sobre Nutrición y Micronutrientes que Influyen en Salud Oral.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

El 39% de estudiantes encuestados de la U1 y el 45% de la universidad 3, señalaron haber enseñado respecto de nutrición y micronutrientes que influyen en salud oral.

Estos resultados se comparan con los conocimientos regulares y las actitudes favorables respecto de este tema, demostrados por los estudiantes encuestados, que de alguna forma lograrán una promoción de la salud en este ámbito, por lo tanto, al aumentar

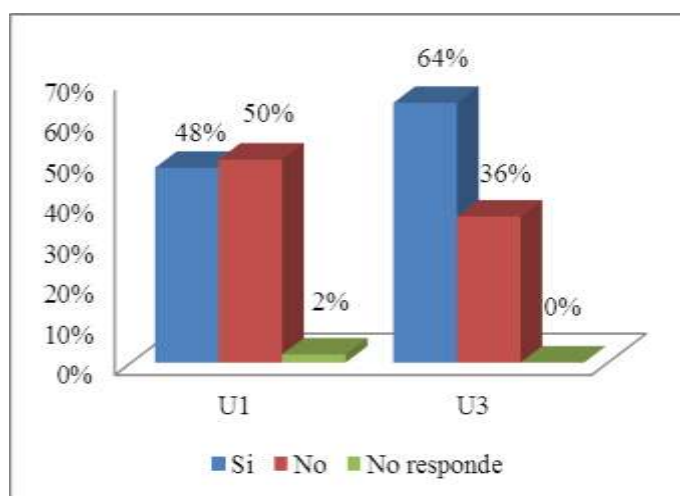
las cátedras en la que se incluya este conocimiento, se logrará un mejor efecto en esta actividad.

Tabla 71. Prácticas en Enseñanza sobre Dieta No Cariogénica.

	Si	%	No	%	No responde	%
U1	58	48	61	50	2	2
U3	7	64	4	36	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 71. Prácticas en Enseñanza sobre Dieta no Cariogénica.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observó que del total de estudiantes encuestados en las universidades participantes, el 48% de la U1 y el 64% de la universidad 3 indicaron haber realizado prácticas de enseñanza sobre dieta no cariogénica.

Los resultados se contrastan con los conocimientos regulares y las actitudes favorables de los estudiantes encuestados, generando una transmisión de esa información

regular sobre este y los demás temas de la Promoción para la Salud en odontología, con las personas que los rodean, como pacientes y/o comunidades.

4.4.3. Prevención de Enfermedades en Odontología.

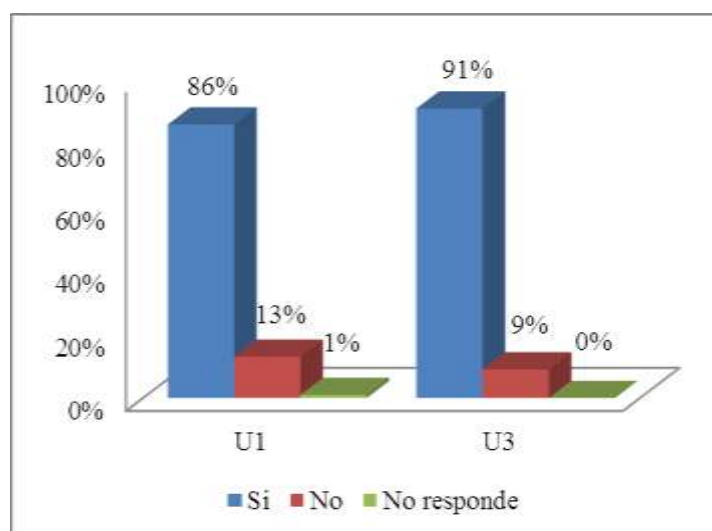
Se toma en cuenta todos los elementos de esta área de la APS para el análisis correspondiente respecto de las prácticas de los estudiantes encuestados de la Universidades participantes.

Tabla 72. Prácticas en Enseñanza de la Técnica de Cepillado Dental.

	Si	%	No	%	No responde	%
U1	104	86	16	13	1	1
U3	10	91	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 72. Prácticas en Enseñanza de la Técnica de Cepillado Dental.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

En las universidades participantes, el 86% de estudiantes encuestados de la U1 y el 91% de la universidad 3, indicaron haber enseñado la técnica de cepillado. Un estudiante de la universidad 1, no respondió esta pregunta.

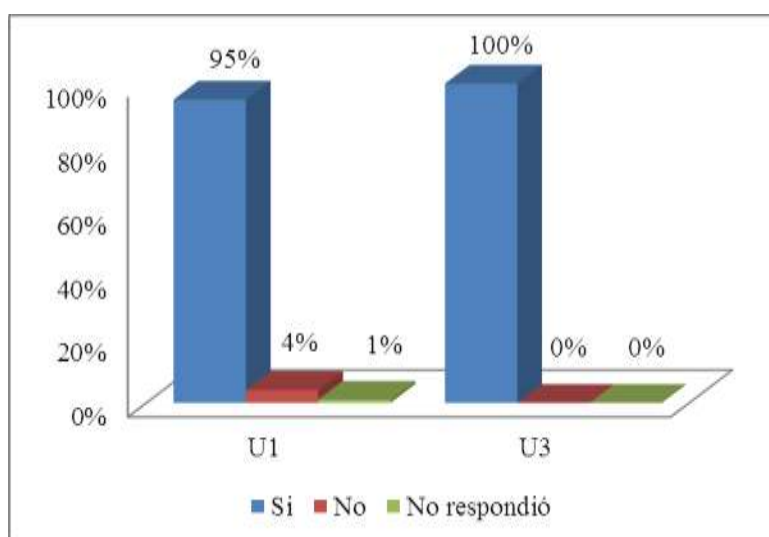
Frente a los conocimientos regulares de las técnicas de cepillado, se observa la misma situación analizada en las actitudes hacia esta técnica de prevención de caries y enfermedades periodontales.

Tabla 73. Prácticas en Detección de Placa Bacteriana.

	Si	%	No	%	No respondió	%
U1	115	95	5	4	1	1
U3	11	100	0	0	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 73. Prácticas en Detección de Placa Bacteriana.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

En las universidades participantes, el 95% de estudiantes encuestados de la U1 y el 100% de la universidad 3, indicaron haber realizado detección de placa bacteriana. Un estudiante de la universidad 1, no respondió esta pregunta (1% de la U1).

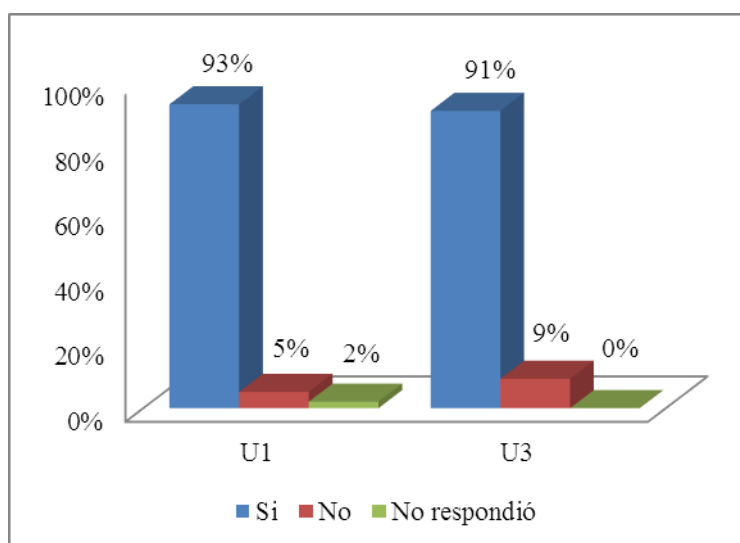
Los datos se contrastan con los de conocimientos y corroboran los de actitudes, indicando que si realizan esta actividad, lo hacen de manera breve en su práctica clínica, sin embargo en la práctica comunitaria, es menos probable que lo realicen.

Tabla 74. Prácticas en Aplicación de Sellantes.

	Si	%	No	%	No respondió	%
U1	113	93	6	5	2	2
U3	10	91	1	9	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 74. Prácticas en Aplicación de Sellantes.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

De los estudiantes encuestados en las universidades participantes, el 93% de la U1 y el 91% de la universidad 3, indicaron haber aplicado sellantes. 2 estudiantes, no respondieron esta pregunta (2% de la U1).

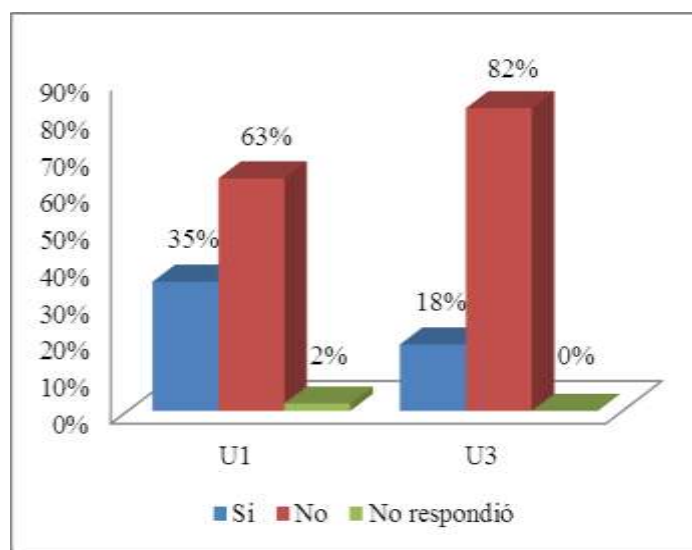
Según los conocimientos analizados, existe un riesgo alto que los sellantes colocados por los estudiantes encuestados, fracasen y se genere caries dental en los dientes tratados.

Tabla 75. Prácticas de aplicación de la Técnica ART.

	Si	%	No	%	No respondió	%
U1	43	35	76	63	2	2
U3	2	18	9	82	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 75. Práctica de aplicación de la Técnica ART.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observó en las universidades participantes, que el 35% de estudiantes encuestados de la U1 y el 18% de la universidad 3, indicaron haber realizado la técnica ART. 2 estudiantes de la universidad 1, no respondieron esta pregunta.

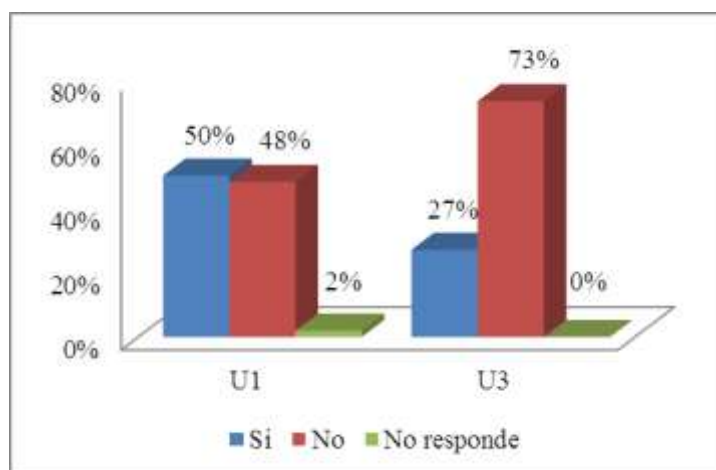
Este porcentaje levemente alto de estudiantes que indicaron no haber realizado el ART, corrobora lo analizado en las mallas curriculares y complementa el conocimiento regular respecto de esta técnica, generando que al aplicarla de una manera incompleta, influya en el aumento de riesgo de caries dental en los dientes.

Tabla 76. Prácticas en Aplicación de Flúor Gel.

	Si	%	No	%	No responde	%
U1	61	50	58	48	2	2
U3	3	27	8	73	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 76. Prácticas en Aplicación Flúor Gel.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observó que el 50% de estudiantes encuestados de la U1 y el 27% de la universidad 3, indicaron haber realizado prácticas de aplicación de flúor gel.

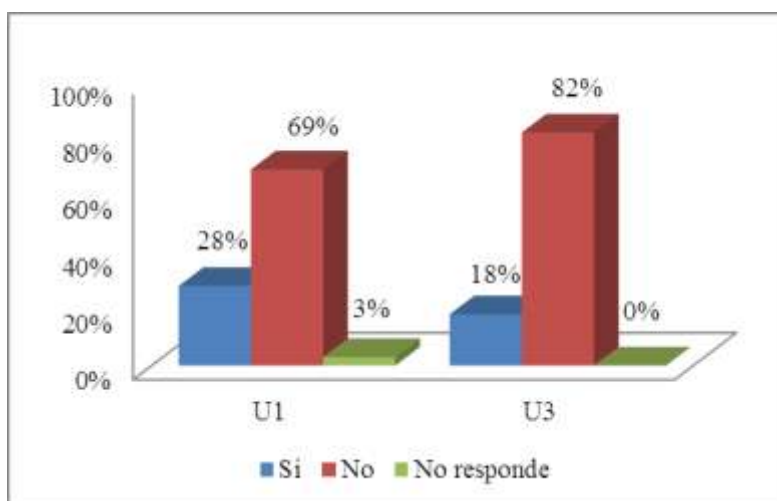
A pesar que tienen un conocimiento regular, las prácticas de esta técnica son altas, por lo que es importante que se aumente la teoría en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a la par de la práctica, y se supervise el trabajo realizado por los estudiantes, que sea bajo normas establecidas, para obtener el mejor resultado.

Tabla 77. Prácticas de Aplicación de Flúor Barniz.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No responde</i>	<i>%</i>
U1	34	28	84	69	3	3
U3	2	18	9	82	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 77. Prácticas de Aplicación de Flúor Barniz.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observó en las universidades participantes, que el 35% de estudiantes encuestados de la U1 y el 18% de la universidad 3, indicaron haber realizado aplicación de flúor barniz. 3 estudiantes no respondieron esta pregunta, el 3% de la U1.

Es imprescindible que se tome en cuenta también esta técnica de fluorización, en vista que amplía el campo de acción, a niños desde los 6 meses de edad, sobre todo en la asignatura de Odontopediatría, y en las prácticas clínicas y comunitarias, generando un mayor conocimiento respecto de este tema, generando una actitud favorable y mayores prácticas profesionales, logrando una mayor eficiencia en la prevención de la caries dental en niños menores de 6 años.

4.4.4. Prácticas sobre el Plan Operativo Anual.

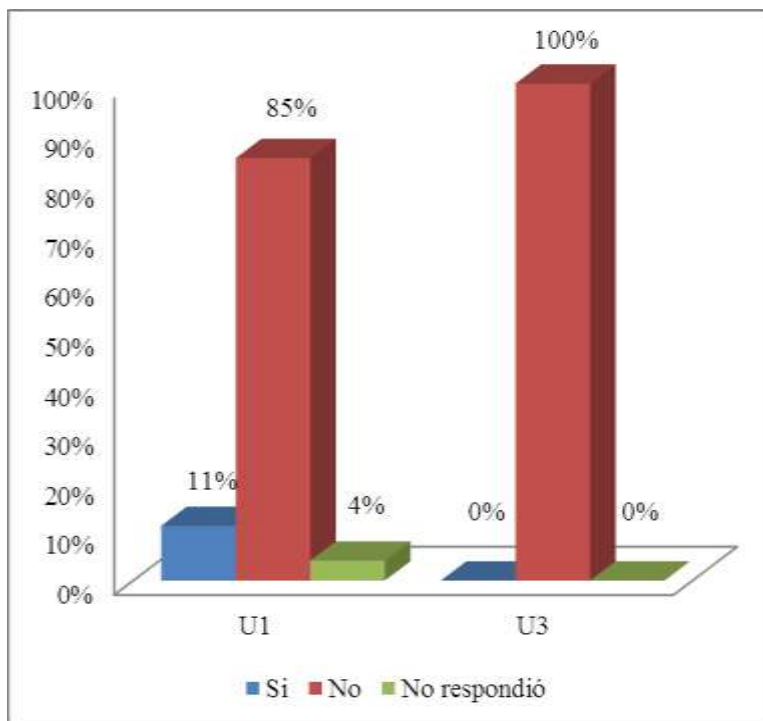
Se estima que las prácticas, en concordancia con el porcentaje de conocimientos sobre este tema, sean regulares o bajas, por lo cual se analiza a continuación los resultados de esta pregunta realizada a los estudiantes encuestados.

Tabla 78. Prácticas en Elaboración del POA.

	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No respondió</i>	<i>%</i>
U1	13	11	103	85	5	4
U3	0	0	11	100	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 78. Prácticas en Elaboración del POA.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observó que el 11% de estudiantes encuestados de la U1 indicó haber elaborado un Plan Operativo Anual (POA). 5 estudiantes no respondieron esta pregunta, el 4% de la U1.

Este porcentaje está acorde a las estimaciones realizadas inicialmente, determinando al Plan Operativo de Actividades, como la práctica que menos la han realizado los estudiantes encuestados. Según las entrevistas, en una de las universidades ya se ha implementado en los syllabus de materias como Administración o Salud Pública, la enseñanza de este tema, en una versión reciente de la malla, aplicada a los estudiantes desde el primer semestre, desde el año 2010, por lo que los estudiantes encuestados, tuvieron la malla anterior, la que fue revisada para determinar lo planteado en el estudio.

4.4.5. Prácticas en APS de los Estudiantes Encuestados.

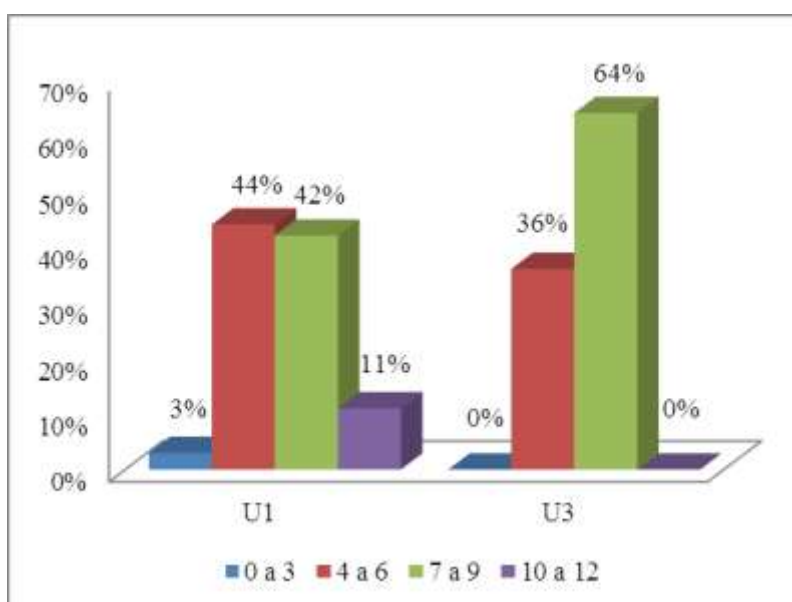
Las prácticas en APS, se evaluaron sobre 12 puntos, porque se tomaron en cuenta las 12 prácticas, con un promedio individual sobre 1 punto de cada práctica, siendo 0 que no tiene prácticas en APS y 1 que si las tiene, valorando en conjunto sobre el 100%, que significa que tiene todas las prácticas mencionadas en la encuesta (1x12 = 12 prácticas = 100%).

Tabla 79. Total de Prácticas en APS de los estudiantes encuestados.

	0 - 3	%	4-6	%	7-9	%	10-12	%
U1	4	3	53	44	51	42	13	11
U3	0	0	4	36	7	64	0	0

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Figura 79. Total de Prácticas en APS de los estudiantes encuestados.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se dividió por rangos, para el análisis del total de prácticas en promedio por cada universidad, 0 a 3, 4 a 6, 7 a 9 y 10 a 12. Se encontró que el 3% de la U1, reportaron entre 0 y 3 de las 12 prácticas planteadas, el 44% de la U1 y el 36% de la U3, tiene el 33% - 57% de prácticas en APS (4 – 6 prácticas). El 42% de la U1 y el 64% de la U3 indicaron haber realizado 7 a 9 prácticas en Atención Primaria de Salud, mientras que el 11% de la universidad 1 indicó haber realizado de 10 a 12 prácticas en APS (83% - 100% de prácticas en APS).

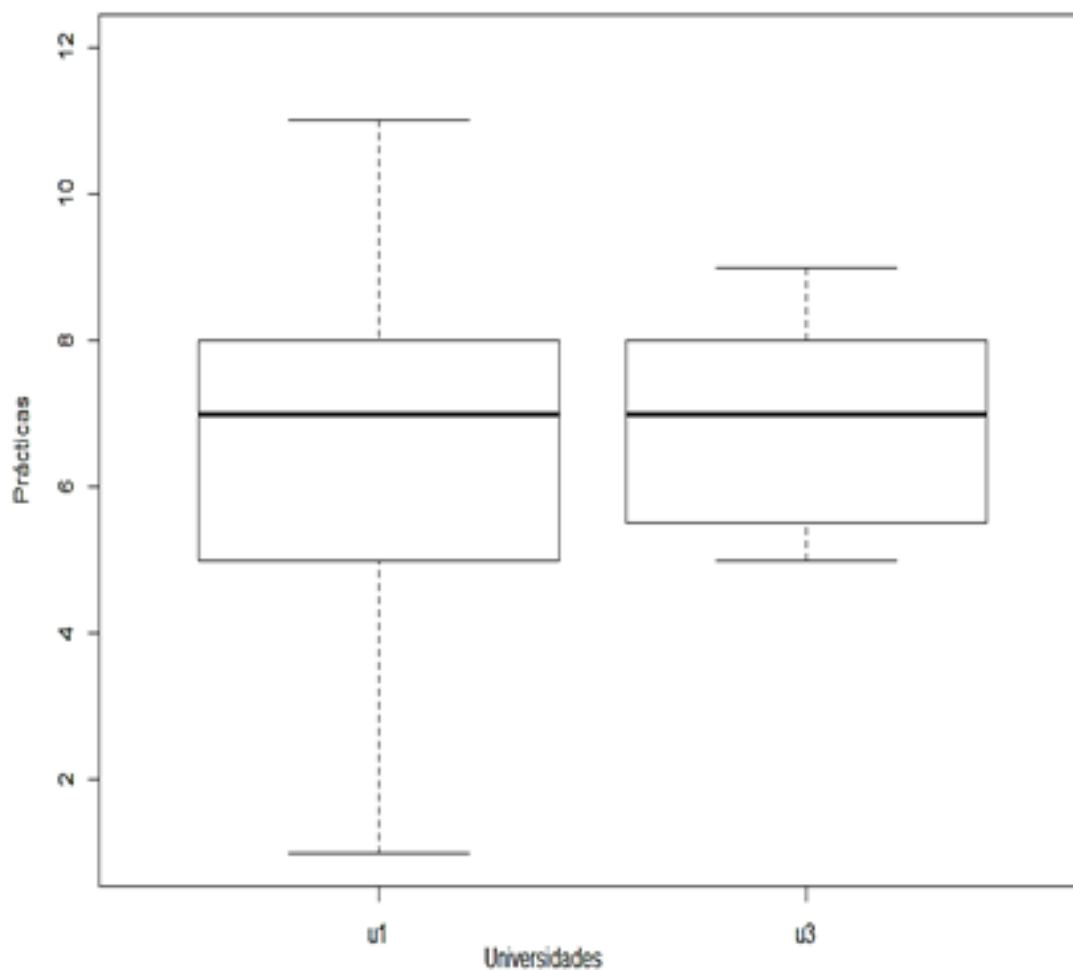
Tabla 80. Prácticas en Actividades de APS.

PRÁCTICAS	U1	U3
Diagnósticos de Hábitos y Comportamientos Saludables en Salud Bucal dentro de la Familia	79%	73%
Trabajo Voluntario en Zonas Rurales	78%	91%
Comunicar, educar y aconsejar a las madres sobre lactancia materna	43%	73%
Comunicar, educar y aconsejar a las madres sobre nutrición, y micronutrientes	39%	45%
Comunicar, educar y aconsejar a las madres sobre dieta no cariogénica	49%	64%
Detectar placa bacteriana	96%	100%
Enseñanza de técnica de cepillado	87%	91%
Aplicar Sellantes	95%	91%
Aplicar Flúor Gel	51%	27%
Aplicar Flúor Barniz	29%	18%
Aplicar la técnica ART	36%	18%
Elaboración del POA	11%	0%
Total Actitudes en APS	58%	58%

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

La media del total de prácticas en APS de los estudiantes de último semestre en las facultades de odontología de las universidades participantes, es 7 de 12 prácticas (58%) en la universidad 1 y en la universidad 3. En promedio, han realizado un 67% de prácticas en APS.

Figura 80. Prácticas en APS por universidad.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor

La mediana de las prácticas en Atención Primaria es 7 con una distribución estándar (Sd) de 2,04 y una varianza (Var) de 4,17 en la universidad 1 y en la U3 se presentó una

mediana de 7 ($Sd = 1,5$ y $Var = 2,29$). La moda en las 3 universidades participantes fue de 5 prácticas.

4.4.6. Análisis Mallas Curriculares y Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Estudiantes Encuestados de las Facultades de Odontología de las Universidades Participantes.

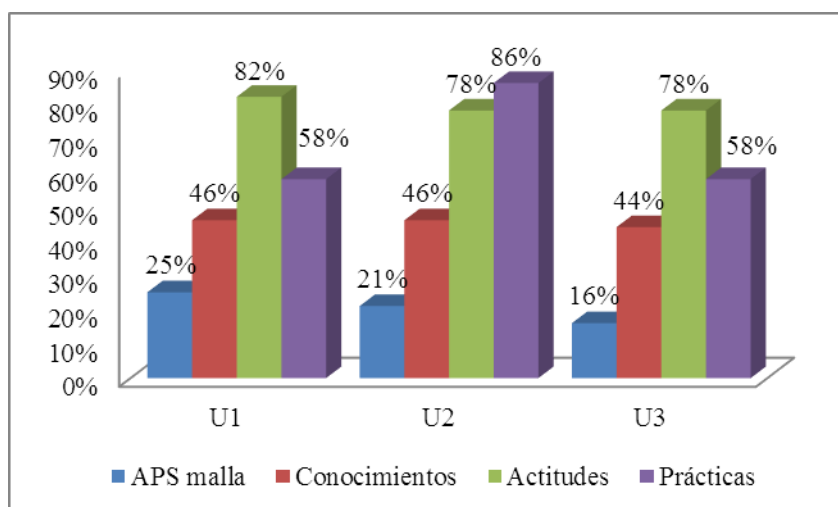
Se determinó el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) globales, promediando los puntajes obtenidos y calculando el porcentaje correspondiente a cada punto, los conocimientos sobre 45 puntos, las actitudes sobre 60 y las prácticas sobre 12 puntos, determinando el porcentaje promedio por universidad, para el análisis en conjunto con los porcentajes de las mallas curriculares.

Tabla 81. Relación entre Mallas Curriculares y CAP sobre APS.

	APS malla	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
U1	25%	46%	82%	58%
U2	21%	46%	78%	86%
U3	16%*	44%	78%	58%
* Estimación de acuerdo a la malla y entrevistas de la U3.				

Fuente: Investigación, Elaboración: Autor

Figura 81. Relación entre Mallas Curriculares y Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en APS.



Fuente: Investigación, Elaboración: Autor.

Se observó que la Universidad 2 tiene más carga curricular que las demás Universidades, presentando un total de 347 créditos, sin embargo, tiene el 21% de esta malla, orientado hacia la enseñanza de temas sobre Atención Primaria de Salud. La Universidad 1, en cambio tiene el 25% de sus 252 créditos, orientado hacia la APS, y sus estudiantes demostraron tener un 46% de conocimientos, 82% de actitud favorable y 58% de prácticas en promedio en esta área. Los estudiantes encuestados de la U3, indicaron en promedio, el 44% de conocimientos en APS, 78% de actitud favorables y 58% de prácticas, frente al 16% de los 243 créditos de la malla, orientado hacia la Atención Primaria⁵.

Determinándose que existe un acercamiento de datos entre las tres universidades participantes, que mantienen un nivel bajo de orientación de la malla hacia la APS, y sus

⁵Estimación de acuerdo a la malla y entrevistas de la U3, en vista que la Universidad no permitió el acceso a los syllabus de sus materias.

estudiantes presentan conocimientos regulares, sin embargo, actitudes favorables y prácticas intermedias sobre Atención Primaria de Salud relacionada con la Odontología, corroborándose con los datos obtenidos de las entrevistas realizadas.

Para las personas entrevistadas, la promoción de la salud es un tipo de marketing, que se realiza a la población, para estimular que acudan a la consulta dental a “curarse los dientes” o consiste en dar charlas o realizar pancartas para “enseñarles como tienen que cuidar su salud oral”. En una de las Universidades, se está reformulando su malla curricular, existiendo una versión actual, que toma en cuenta materias nuevas como prevención, o promoción de la salud, enseñando en una de sus materias el Plan Operativo de Actividades, y otras herramientas para planificación de actividades, que actualmente se están usando, e incluso, según la docente a cargo del desarrollo de esta malla, quién no es Odontóloga de profesión, es importante alinear los contenidos de las mallas con la realidad del Ecuador, sus necesidades, y el mandato constitucional actual, así como con los requerimientos del ente Rector del Sistema Nacional de Salud, y el órgano regulador de la Educación Superior, que actualmente está evaluando a los egresados de las Universidades, y uno de los criterios es la promoción de la salud, que en palabras de un estudiante entrevistado, no recibió en la Universidad, sin embargo, “les toca prepararse para las pruebas que van a rendir”.

Actualmente se estableció la Red de Facultades de Odontología del Ecuador, con el fin de homologar sus Mallas Curriculares, alineadas con la demanda constitucional actual, por lo que están dando más amplitud a la Prevención de la Enfermedad dentro de los contenidos que establecen como importantes para incorporar en la formación de los

profesionales de la salud oral, incluso, algunas autoridades de las diferentes facultades, indicaron en la reunión sostenida en octubre del 2014, que no tenían conocimiento de la normativa actual del Ministerio de Salud Pública en relación a Odontología, en vista que los representantes del MSP, en la mencionada reunión indicaron la existencia de protocolos de atención de Salud Oral para el primer nivel, los que fueron actualizados en el 2014 y se incorporó los protocolos para segundo y tercer nivel de atención para las diferentes especialidades de la Odontología, además intercambiaron y socializaron documentos como el estudio epidemiológico en Salud oral en escolares, realizado en el 2009, documento completo al que hasta ese momento no habían tenido acceso las Facultades, sino solo a un reporte de la OMS, estimulando de esta manera el trabajo intersectorial entre las Facultades de Odontología y el Rector del Sistema Nacional de Salud, que hasta ese momento, se observó que había sido limitado.

4.5. Discusión

Con relación al Paquete Básico de Atención Oral (BPOC), se observó que a pesar que inicialmente algunos estudiantes encuestados indicaron conocer el mencionado paquete, ninguno demostró conocer quién es su autor, y un bajo porcentaje tenía leve idea de sus componentes, de forma parecida que los resultados del estudio del 2008 de Karim et al. Sin embargo, de la misma forma que en el indicado estudio, la mayoría de los estudiantes encuestados manifestó su interés en ser voluntario con sus servicios profesionales en el ámbito rural del Ecuador, y se observa que un porcentaje considerable, ha realizado prácticas en este ámbito.

Por lo tanto, gracias a los resultados obtenidos, se observa la necesidad de incluir en las mallas curriculares de las Facultades de Odontología, un curso sobre “Salud Oral Global para exponer a los estudiantes a los problemas de Salud Bucal a nivel mundial y equiparlos con intervenciones como la BPOC para que puedan brindar una mejor atención a las poblaciones... dentales marginadas” (Karim et al., 2008), como lo son en las zonas rurales del Ecuador.

Se realiza un análisis de los resultados del presente estudio, frente a la evidencia científica de la OMS/OPS y el MSP, en vista que los hallazgos más sobresalientes, concuerdan con lo indicado en el 2013, respecto de la formación de Recursos Humanos en Salud (RHS), la cual, “está orientada a la medicina curativa con foco en... la especialidad” (OPS, 2013), produciendo la incidencia de acciones de curación de “enfermedades en los individuos, familias y comunidades a través de acciones de recuperación en personas enfermas...”(MSP, 2010, p. 16), lo que continúa siendo lo predominante en la práctica odontológica del país, en lugar de enfocar en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, parte fundamental de la Atención Primaria de Salud (APS), que por mandato constitucional es el eje del SNS. Por el contrario, este enfoque de formación de odontólogos, predominantemente curativo, basado en el paradigma hegemónico, poco preventivo y escasamente enfocado en acciones de promoción de la salud, “no evita la posibilidad de recurrencia de problemas bucales” (MSP, 2010, p. 16), sobre todo al tener un conocimiento regular o incompleto de acciones de APS en salud oral, como se observa en el presente estudio, produciendo un círculo vicioso.

El enfoque primordial del plan de estudio ha sido siempre la enseñanza de procedimientos destinados a aliviar el dolor, la infección y a ofrecer un tratamiento con fines de restauración y rehabilitación. Los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos con los que se cuentan actualmente, exigen la expansión de la base científica en la formación del profesional odontológico para integrar más estrechamente a otras disciplinas de la ciencia de la salud. (MSP, 2010)

Al constituirse la orientación a la APS solamente el 17% - 25% del total de cada malla, esta integración de las diferentes disciplinas continúa siendo tan solo un propósito, que continúa sin una ejecución real. Se determinó que las mallas curriculares se orientan mayoritariamente hacia la curación de la enfermedad y que temas relacionados a la APS se tratan en pocas asignaturas, por lo que surge la necesidad, que en todas las materias se difunda algún componente de la APS, convirtiéndola en un eje transversal de las mallas curriculares de las Facultades de Odontología, generando situaciones conflictivas frente al modelo hegemónico, como se observó ya en El Salvador en 1990.

Para ello es imperativo cambiar los modelos de enseñanza y de prestación de servicios odontológicos y desarrollar una nueva estrategia de atención donde la promoción y la prevención de las enfermedades bucodentales sea lo primordial, integrando la práctica de salud sobre la base de las necesidades de la población (MSP, 2010).

Con respecto a la influencia de la carga horaria indicada sobre los CAP de los estudiantes encuestados en las facultades de Odontología de Quito, se la compara con un promedio del 46% de conocimientos, 80% de actitudes y 67% de prácticas, observando que las actitudes son favorables, a pesar del porcentaje regular de conocimientos, y las prácticas son altas, esto se debe a que, según las entrevistas, los estudiantes realizan actividades de práctica profesional fuera del establecimiento de formación, en otros establecimientos, y

con otros profesionales que les guían para complementar su formación, sin embargo, no todos los estudiantes tienen las mismas oportunidades en este ámbito.

De acuerdo al Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años en el Ecuador, realizado por el MSP en el 2009 – 2010, las actividades deben basarse en las necesidades de la población, no solo tomando en cuenta al individuo, sino además a la familia y la comunidad como “unidades bio – psico – sociales, de magnitud creciente, hacia las cuales se proyectará la atención integral de salud, incluyendo la bucal, como un derecho...” (MSP, 2010), fortaleciendo el trabajo interinstitucional, por lo tanto, actualmente la formación universitaria de Odontólogos, continúa sin ajustarse “a los requisitos de la práctica de APS” (Ramírez, 2010), a pesar que desde el 2008 existe el indicado mandato constitucional, por lo tanto, continúa formándose “con una carga de nuevas tecnologías, cada vez más costosa y que los prepara para un libre ejercicio más no para una práctica en salud pública” (MSP, 2010), además que entre la academia y el ente rector del SNS existe una limitada interrelación, que impide desarrollar un “Programa de Capacitación para los profesionales odontólogos interinstitucionalmente” (Ayala et al., 2009). Sin embargo, se ha observado el interés de las facultades de Odontología del país, quienes han conformado una Red Nacional, para definir sus mallas curriculares en base al requerimiento actual de perfiles profesionales odontólogos que tienen el Ecuador, en base al mandato constitucional y Modelo de Atención del MSP, observándose frutos, como el aumento de carga horaria hacia la prevención y promoción en la nueva malla curricular de una facultad de Odontología de Quito, y los intentos de realizar mallas curriculares similares para Odontología en las facultades del país, con el objetivo de alinear los contenidos de las mallas con la realidad del Ecuador.

Se observó que las personas entrevistadas de las universidades participantes, definieron a la promoción de la salud como una estrategia de marketing dental, centrado en charlas y pancartas sobre el cepillado y la consulta odontológica, por lo cual, es necesario que los docentes de las facultades, tengan formación académica en APS, sobre todo, orientados hacia actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, rompiendo el modelo hegemónico predominante, que actualmente se observa en la formación de odontólogos, complementando el aumento de créditos de las mallas curriculares orientados hacia estas actividades, sobre todo, enfocadas hacia el trabajo sobre los Determinantes Sociales de la Salud, por lo cual se vuelve imperante la necesidad de realizar un trabajo más estrecho entre el ente rector del SNS y la academia.

...la docencia, el servicio y el gremio odontológico, conjuntamente con los organismos privados y públicos, deberán encontrar alternativas innovadoras que benefician a toda la población, con prácticas cada vez menos costosas y programas preventivos masivos que sirvan a toda la población ecuatoriana para mejorar su salud bucodental. (MSP, 2010, p. 17)

Los datos obtenidos pueden ser extrapolados a toda la comunidad académica Odontológica del Ecuador, en vista que se obtuvo una muestra mayor a la esperada, constituyendo el 60% de la población total de estudiantes del último semestre de las facultades de Odontología de las Universidades de Quito, además se contó con el 90% de seguridad y para corroborar los datos obtenidos, se realizó las entrevistas a profundidad a estudiantes y profesores de las facultades voluntarios.

La limitación más importante en el presente estudio fue la participación de 3 de las 5 universidades de Quito, y que una de ellas, no proporcionó información de los syllabus de sus materias, para analizar el contenido en APS.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. De acuerdo a la investigación, la atención primaria de salud no es el eje transversal en las mallas curriculares de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito en el año 2014, porque solamente se incluye en ciertas materias, siendo el eje profesional, así como las clínicas odontológicas, correspondientes a la curación en mayor porcentaje, los ejes transversales principales, orientando la formación de Odontólogos mayormente hacia la curación de la enfermedad y rehabilitación, observándose que se mantiene el paradigma hegemónico en las mallas en mención.
2. Los contenidos sobre Atención Primaria de Salud que hay actualmente en las mallas curriculares en las facultades de Odontología de las Universidades de Quito, en el año 2014, es de aproximadamente 17 a 25% del total evaluado (21% en promedio), en aproximadamente 12 – 40 materias en cada malla curricular, presentes en materias específicas como Odontopediatría, Servicio a la Comunidad o Salud Pública.
3. El nivel de conocimiento promedio sobre APS de los estudiantes del último semestre de las facultades de Odontología de las Universidades de Quito es del

45%, tienen un 79% promedio de actitud favorable hacia este tema y un 67% de prácticas en Atención Primaria de Salud en el año 2014. El Plan Operativo de Actividades, fue el conocimiento que menos demostraron tener.

4. La influencia de la carga horaria de la malla curricular en los conocimientos actitudes y prácticas sobre Atención Primaria de Salud de los estudiantes del último semestre de las facultades de odontología de las Universidades de Quito, en el año 2014, es significativa, en vista que frente al 21% en promedio de las mallas curriculares de las 3 facultades de Odontología, orientado a la enseñanza de Atención Primaria, los estudiantes encuestados de las mismas, en promedio presentaron un 45% de conocimientos, 79% de actitudes y 67% de prácticas en APS.
5. Una propuesta adecuada de malla curricular para las facultades de Odontología de las Universidades de Quito para enseñar sobre la Atención Primaria de Salud, debe abarcar los tres componentes básicos: Prevención, Promoción y Curación, en porcentajes iguales, dentro del contenido de las mallas curriculares de estas instituciones educativas, rompiendo el predominio del modelo médico hegemónico como único eje transversal.

5.2. Recomendaciones

1. Reforzar la relación entre la red de Facultades de Odontología con el Ministerio de Salud Pública y el SENESCYT, para establecer a la Atención Primaria de Salud

como eje transversal en las mallas curriculares de las Facultades de Odontología, en base al mandato constitucional, alineado con la investigación científica.

2. Incluir en todas las materias a lo largo de la carrera, contenidos sobre prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y no solamente en determinadas asignaturas, como actualmente sucede, de esta forma, incrementar contenidos relacionados con la Atención Primaria de Salud en las mallas curriculares de las Facultades de Odontología de la ciudad de Quito, además, reforzar en las materias que actualmente se imparten, como por ejemplo Odontopediatría, y orientando en las demás materias, como por ejemplo, psicología, química, materiales dentales, etc., logrando un 40% a 50% de contenido dentro de cada malla curricular, generando un conocimiento integral, y no solamente en lo curativo, buscando desarrollar habilidades en los futuros profesionales hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3. Realizar Estudios posteriores, enfocándose en uno de los aspectos de la APS, para que el instrumento sea más corto, y tenga mayor exactitud de lo que se desea medir, de esta forma, monitorear si las facultades de odontología, tienen mayor contenido de atención primaria en sus mallas curriculares, sobre todo del Plan Operativo de Actividades, que actualmente es algo que no consta en los mismos, por lo que se debería enseñar y reforzar su aplicación en las diferentes materias que reciben a lo largo de su carrera, como la vinculación con la comunidad (prácticas comunitarias), Salud Pública, y no solo atender pacientes, sino trabajar con ellos y sus familias de

forma integral, volviéndose parte de las comunidades y generando un cambio más profundo.

4. Capacitar ampliamente en la Universidad sobre la aplicación odontológica de la APS en comunidades, aumentando la carga horaria para esas actividades, reforzando los conocimientos, para generar actitudes favorables y que se aplique en la profesión dental. Además, reforzar la importancia de la promoción de la salud como una herramienta que permite a los profesionales odontólogos, trabajar conjuntamente con la comunidad, buscando soluciones a sus determinantes sociales, y generando su propio conocimiento en materia de influir en ellos para prevenir las diferentes enfermedades.

5. Establecer materias exclusivas relacionadas con la Atención Primaria a lo largo de la carrera y en diferentes módulos de una manera transversal, y no solamente una vez como actualmente se observa, materias como Prevención, Promoción de la Salud, Salud Pública y “Salud Oral Global” (Karim et al., 2008), que se articulen con las demás, y complementen los conocimientos en APS adquiridos en otras materias, de una forma lógica que se integre con los otros aspectos de la formación profesional, reforzando la aplicación práctica de la Atención Primaria de Salud en diferentes ámbitos, como en las clínicas odontológicas, o en la vinculación con la comunidad, para dar una atención de salud integral, previniendo las enfermedades y trabajando con los determinantes de la salud para forjar un trabajo favorable a la salud pública bucal, como estrategia efectiva para establecer a la APS como eje transversal en las mallas curriculares de las facultades de odontología de las

Universidades de Quito, además, se requiere mayor porcentaje de docentes con formación en APS, y que orienten sus enseñanzas hacia la Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, en igual porcentaje que los conocimientos de curación y rehabilitación que imparten a sus estudiantes.

REFERENCIAS

- Aguilar, S. (2005). *Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud*. Salud en Tabasco, 11 (1-2), 333 – 338. Recuperado de <http://drtesis.pe/wp-content/uploads/2014/10/teoria-del-calculodemuestra.pdf>
- Aguirre, A., Vargas, A., (2012). *Variación del pH salival por consumo de chocolate y su relación con el ihos en adolescentes*. Oral, 41, 857-861.
- Altbach, P., Berdal, R., Gumport, P. (Ed.) (2005). *American higher education in the twenty –first century: social, political, and economic challenges*. The Johns Hopkins University Press, 2 (Ed.), Versión Electrónica, United States of America. Recuperada de http://books.google.com.ec/books?id=MAd0s4o80SwCyprintsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&qyf=false.
- Aranda, J., Salgado, E. (2005). *El diseño curricular y la planeación estratégica*. Innovación Educativa, 5 (26), 25–35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179421475003>
- Ardila, C., (2009). *La profesionalización en la formación de odontólogos: una visión desde la didáctica*. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 8 (3), 0-0. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-19X2009000300015
- Ayala, E., Pinto, G., Raza, X., Herdoíza, M. (2009). *Plan nacional de salud bucal*. Ecuador: MSP.

- Barroso, J., Guinot, F., Barbero, V., Bellet, L. (2011). La importancia de la dieta en la prevención de la caries. *Gaceta Dental*. Recuperado de: <http://www.gacetadental.com/2011/09/la-importancia-de-la-dieta-en-la-prevencion-de-la-caries-25430/>
- Bellack, A. (1969). *History of curriculum thought and practice*. *Review of Educational Research* 39 (3) 283-292, Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/1169467>
- Celman, S. (1998). *¿Es posible mejorar la evaluación y transformarla en herramienta de conocimiento?*. Recuperado de <http://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2013/CelmanParte02/CELMAN%202.pdf>
- Chaves, C. (2014). *Dieta cariogénica y no cariogénica: educación nutricional recibida en el hogar a pacientes pediátricos de 5 a 8 años de edad de la Clínica U dental de ULACIT*.
- Consejo Nacional de Salud (Conasa), Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (Conarhus), Observatorio de Recursos Humanos en Salud (Orhus), Organización Panamericana de la Salud Representación Ecuador (Ecu-Ops) (2008). *El talento humano en los umbrales del nuevo milenio*. 2 (ed), (versión on line). Quito - Ecuador: Imprenta Activa.
- Constitución del Ecuador* § (2008)
- Costa, M., Alves, W., Hubbe, M. (2004). *Influencia de tiwanaku en la calidad de vida biológica de la población prehistórica de San Pedro de Atacama*. *Estudios Atacameños*, 27, 103-116.
- De Castro, J., Matheson, P., Panagakos, F., Stewart, D., Feldman, C. (2003). *Alumni perspectives on community - based and traditional curricula*. *Journal of dental Education*, 67 (4), Recuperado de <http://www.jdentaled.org/content/67/4/418.full.pdf+html>

- Del Río, F. (2013). *Correspondencia entre los estudios de odontología y la práctica profesional privada en España*. (Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/19952/1/T34279.pdf>
- Encalada, S. (2012). *Mejoramiento de la calidad de atención con énfasis en la satisfacción de usuarios del servicio de odontología del centro de salud n° 8 Cotacollao MSP en los grupos cubiertos por la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia en el marco del plan nacional de salud bucal*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador).
- Escudero, C. (2012). *Índice de caries dental en relación con ingesta de carbohidratos y estado nutricional en los niños/as de la escuela fiscal José Ignacio Guzmán de la parroquia de Simiatug, provincia de Bolívar 2011*. (Tesis de Nutrición y Dietética, Escuela Politécnica de Chimborazo).
- Facultad de Educación, Pontificia Universidad Javeriana (FE - PUJ) (2014). *Estructura curricular y plan de estudios*. Recuperado de http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/Facultad%20de%20Educacion/ptl_mae/Estructura%20curricular%20y%20plan%20de%20estudios
- Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (2013). *Programa de estudio de la asignatura de odontología preventiva y salud pública I*. Periodo escolar 2013 – 2014. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Desktop/documentos%20DL/documentos%20clave/odontologia_preventiva_2013.pdf
- Flores, M. G., y Castillo, A. (2012). *Una mirada desde la sociedad civil a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud*. Esfera Pública, 23.

García L., B. (2007) *Elementos para un análisis de las mallas curriculares de los programas académicos de la universidad pontificia Bolivariana - Medellín.*
 Recuperado de http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M065_PLANEACION/PGV2_M065030_AUTOEVALUACION/PGV2_M065040_AUTOEVALUACION/PGV2_M065040001_MACROPROCESO1/PGV2_M065040001-1_MACROPROCESO1FACTOR1/PGV2_M065040001-1_MACROPROCESO1FACTOR1CARACT1/M065040001-1_MACROPROCESO1FACTOR1CARAC1ASPECTO3/M065040001-1_MACROPROCESO1FACTOR1CARAC1ASPECTO3IND10/32.%20MALLAS%20CURRICULARES%20DE%20LOS%20PROGRAMAS%20ACADEMICAS.pdf

García - Pelayo, R. (1964). *Pequeño larousse ilustrado*. París: Larousse.

Gómez, N., Morales, M. (2012). *Determinación de los índices cpo-d y ihos en estudiantes de la universidad Veracruzana, México.* Revista Chilena de Salud Pública, 16 (1), 26-31.

Grijalva, A., Farias, V. (2012). *Propuesta de un sistema de registro administrativo permanente de graduados y egresados del período 2006-2009 de la carrera de odontología de la facultad de odontología.* (Tesis de Ingeniería en Finanzas, Universidad Central del Ecuador). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1770/1/T-UCE-0005-238.pdf>

Gutiérrez, C. (2014). *Actitudes hacia el trabajo, condiciones de trabajo y calidad en el servicio de las cajeras (os) de una tienda de autoservicio de la ciudad de*

- Querétaro 2006-2007*. (Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Querétaro).
Recuperado de <http://ri.uaq.mx/handle/123456789/1502>
- Guzmán, C. (2007). *Caries de infancia temprana en niños menores de 3 años del instituto especializado de salud del niño marzo 2007*. (Tesis de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).
- Karim, A., Mascarenhas, A., Dharamsi, S. (2008) *A global oral health course: isn't it time?* Journal of Dental Education, 72 (11). Recuperado de <http://www.jdentaled.org/content/72/11/1238.full.pdf+html>
- Kassebaum, D., Hendricson, W., Taft, T., Haden, K. (2004). *The dental curriculum at north american dental institutions in 2002-03: a survey of current structure, recent innovations, and planned changes*. Journal of Dental Education, 68 (9). Recuperado de <http://www.jdentaled.org/content/68/9/914.full.pdf+html>
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians, a working document* Ottawa - Canadá: Minister of Supply and Services. Recuperado de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Ley orgánica de educación superior*. § 298 (2010)
- Ley orgánica de salud del 2006*, Ley 67, § 423 (2012)
- Loscos, F., Aguilar M., Cañamás, M., Ibáñez, P. (2005). *Sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual*. Periodoncia y Osteointegración, 15 (1).
Recuperado de http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/pdf-art/15-1_03.pdf
- López, J. (1990). Formación de recursos humanos en odontología en El Salvador.
Biblioteca virtual de salud, Lilacs, fuente: Universidad de Panamá, Facultad de Odontología, p. 61 - 67. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xisysrc=googleybase=LILACSylang
=pynextAction=lnkyexprSearch=123090yindexSearch=ID#top

- López, M. (2006). *Dieta y salud bucodental*. Spin Cero, 10, 8-15. Recuperado de
<http://milan2.es/dasfeuerwerkbuch/DFWBSPINCERO10.pdf#page=8>
- Macías, M. (2006). *Educación en ciencia - tecnología - sociedad en la formación general integral del profesional de la salud*. Revista de Humanidades Médicas, 6 (3).
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1727-81202006000300009
- Martínez, J. (2005). *Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ecoe)*. Educación Médica, 8 (2).
Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1575-18132005000600007yscript=sci_arttext
- Melgar, R., Delgado, E., Castro, C., Díaz, L., López, V., Morón, M., Quesada, M. (2004).
Composición del refrigerio escolar en niños de 3 a 13 años de edad en centros educativos estatales del distrito de San Borja. Recuperado de: http://www.geocities.ws/c_idina/refrigerio_escolar.pdf
- Merino, E. (2003). *Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales, revisión de la literatura*. Acta Odontológica Venezolana, 41 (2). Recuperado de
http://www.Scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0001-63652003000200010ylng=esynrm=isoytlng=es
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], Consejo Nacional de Salud [CONASA].
(2007). *Guía metodológica para la elaboración de los planes cantonales y provinciales de salud*. Quito - Ecuador

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (2008). *La salud en la constitución 2008*.

Quito - Ecuador: MSP. Recuperado de http://www.paho.org/ecu/index2.php?option=com_docmanytask=doc_download&id=80&Itemid=

Ministerio de salud Pública [MSP] (2010). *Estudio epidemiológico nacional de salud*

bucal en escolares menores de 15 años en el Ecuador. Quito – Ecuador 2009/2010.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2011). *Protocolo de atención en salud*

bucal primer nivel. Quito - Ecuador: MSP. Recuperado de [https://aplicaciones.msp.gob.](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS%20DE%20ATENCION%20PRIMER%20NIVEL.pdf)

[ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS%20DE%20ATENCION%20PRIMER%20NIVEL.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS%20DE%20ATENCION%20PRIMER%20NIVEL.pdf)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2012). *Modelo de atención integral de*

salud. Quito - Ecuador: MSP. Recuperado de [http://www.consultorsalud.](http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2012/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf)

[com/biblioteca/documentos/2012/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf](http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2012/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf)

Nebot, C., Rosales, C., Borrell, R. (2009). *Desarrollo de competencias en atención*

primaria de salud. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención

primaria de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 26 (2).

Olaya, E., Garcés, F., Muñoz, V., Lugo, L., Gómez Ramírez, J. F., Gómez Correa, J. A.,

Toro, J., Patiño, P. (1999). *El Microcurrículo, Aspectos conceptuales y*

metodológicos. Medellín: Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Recuperado de [http://www.udea.edu.](http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/ServiciosProductos/microcurriculo.pdf)

[co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadM](http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/ServiciosProductos/microcurriculo.pdf)

[edicina/BibliotecaDiseno/Archivos/ServiciosProuctos/microcurriculo.pdf](http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/ServiciosProductos/microcurriculo.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención primaria de salud*. 1, 93. Alma - Ata, URSS: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*.

Organización Mundial de la Salud (2005). *¿Qué es un sistema de salud?*. Preguntas y respuestas en línea. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Mundial de la Salud (2008). *La atención primaria de salud más necesaria que nunca*. Informe sobre la salud en el Mundo.

Organización Panamericana de la Salud (2013). *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México: OPS.

Ospina, E., Bellamy, C. (2011). *Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacóna de los andes del sur de Colombia*. Acta Odontológica Colombiana 1(2), 85 - 102.

Recuperado de:

<http://search.proquest.com/openview/cf507a77b4efafc9e3fbdadf8f72c647/1?pq-origsite=gscholar>

Palma, A., Sánchez, F. (2007). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. Madrid, España: Paraninfo S. A.

Pavez, A. (2000). *Modelo de implantación de gestión del conocimiento y tecnologías de información para la generación de ventajas competitivas*. (Tesis de Ingeniería Civil, Universidad Técnica Federico Santa María). Recuperado de <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/modelo%20de%20implantaci%C3%B3n%20de%20gc%20y%20ti%20para%20la%20generaci%C3%B3n%20de%20ventajas%20competitivas.pdf>

- Pizarro, S., Valenzuela, C. (2013). *Establecimiento de un modelo educativo institucional para la orientación del proceso de innovación curricular de las carreras de la universidad de Playa Ancha*. Palabra Clave (La Plata), 2 (2), 40 - 48.
- Ramírez, P. (2010). *Caracterización de la formación en promoción de la salud: relación entre los factores curriculares y las actitudes hacia la promoción de la salud en estudiantes de medicina de las universidades de Quito durante el período académico 2009 - 2010*. (Tesis de Maestría, Universidad San Francisco de Quito) Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1040/1/97447.pdf>
- Real Academia Española (2014). *Definición de crédito*. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=credito>
- Riveros, C. (2008). *Caries de la infancia temprana*. Utasalud Odontología, 7, 49-54.
- Rodríguez, A. (1997). *Enfoque de riesgo en la atención estomatológica*. Revista cubana de Estomatología, 34 (1), 40 - 49. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol34_1_97/est07197.htm
- RTM S. A. (1902). *Historia de la odontología I*. Martínez - Buenos Aires – Argentina. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/documentos%20DL/documentos%20clave/historia%20odontologia%20parte1.pdf>
- Sánchez, H., Drumond, M., Lacerda, E. (2008). *Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia*. Ciencia y Saúde Coletiva 13(2), 523 – 531. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n2/a28v13n2.pdf>

- Solana, L., Reyes, V. Rivero, M., Licea, Y. (2010). *La caries dental en pacientes venezolanos menores de 19 años*. Revista de Ciencias Médicas La Habana, 16 (2).
Recuperado de http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol16_2_10/hab18210.html
- Torres, M., Paz, K., Salazar, F. (2006). *Tamaño de una muestra para una investigación de mercado*. Boletín de la Facultad de Ingeniería, Univ. Rafael Landívar, 2.
Recuperado de http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Maestria/MTE/seminario_de_tesis/Unidad%203/Lect_Muestra_Invest.pdf
- Universidad Central del Ecuador (UCE) (2012). *Revista Cifras 2011.7*. Quito – Ecuador: Universitaria. Recuperado de <http://www.uce.edu.ec/documents/10179/852155/Cifras%202011.pdf>
- Universidad de Los Andes (ULA) (2012). *Manual de procedimientos curriculares*. Mérida: Vicerrectorado Académico. Recuperado de <http://www.viceacademico.ula.ve/scomunitario/manualccc.pdf>
- Walsh, L. (2008). *Aspectos clínicos de biología salival para el clínico dental*. Journal of Minimum Intervention in Dentistry, 1 (1).

ANEXOS

ANEXO A: Operacionalización de Variables

Categorías	Variable conceptual	Variable real	Indicadores (unidades de medida)	Escala
Conocimientos sobre APS	Aquella información o saber sobre Atención Primaria de Salud que un estudiante del último semestre de la carrera de Odontología posee y que es necesaria para llevar a cabo su actividad como Profesional de la Salud pública o privada.	Enseñanza de prevención en la Universidad	Percepción de aprendizaje	Si No
		Enseñanza de promoción de la salud en la Universidad	Percepción de aprendizaje	Si No
		Conocimiento del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC)	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Conocimiento de quien creó el Paquete Básico de Atención Oral (BPOC)	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Conocimiento de los tres componentes del Paquete Básico de Atención Oral (BPOC)	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Definición de APS	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Conocimiento del MAIS-FCI	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Conocimiento del plan nacional de salud bucal	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Definición de Cepillado Dental	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No

Categorías	Variable conceptual	Variable real	Indicadores (unidades de medida)	Escala
		Duración aproximada del Cepillado Dental	Percepción de aprendizaje	No
				Si
Conocimientos sobre APS	Aquella información o saber sobre Atención Primaria de Salud que un estudiante del último semestre de la carrera de Odontología posee y que es necesaria para llevar a cabo su actividad como Profesional de la Salud pública o privada.	Técnica de cepillado dental.	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Indicaciones del Hilo Dental	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Técnica de uso del hilo dental	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Definición de la técnica ART	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Técnica ART	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Objetivo de aplicación de flúor barniz	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Objetivo de aplicación de flúor gel	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Indicaciones para aplicar flúor barniz	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Indicaciones para aplicar flúor gel acidulado	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Indicaciones para aplicar sellantes	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Definición de POA	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No
		Elaboración de un POA	Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No

Categorías	Variable conceptual	Variable real	Indicadores (unidades de medida)	Escala	
Conocimientos sobre APS	Aquella información o saber sobre Atención Primaria de Salud que un estudiante del último semestre de la carrera de Odontología posee y que es necesaria para llevar a cabo su actividad como Profesional de la Salud pública o privada.	Beneficios de la lactancia materna Conocimientos sobre nutrición y micronutrientes Conocimientos sobre dieta no cariogénica. Método de detección de placa bacteriana	Percepción y Descripción de aprendizaje Percepción y Descripción de aprendizaje Percepción y Descripción de aprendizaje Percepción y Descripción de aprendizaje	Si No Si No Si No Si	
		Criterios para diagnosticar hábitos y comportamientos saludables en salud bucal dentro de la familia	Percepción y Descripción de aprendizaje	No	
		Preferencia al trabajo como voluntario en entorno intercultural y en una comunidad Rural del Ecuador	Actitud (escala de Likert)	1 2 3 4 5	
	Actitudes hacia la APS	Gesto exterior manifiesto de los estudiantes del último semestre de las facultades de odontología de las universidades de Quito que indica sus preferencias y entrega a actividades observables sobre Atención Primaria de Salud	Preferencia al diagnóstico de hábitos y comportamientos saludables en salud bucal dentro de la familia	Actitud (escala de Likert)	1 2 3 4 5
			Preferencia para enseñanza de la técnica de cepillado	Actitud (escala de Likert)	1 2 3 4 5
			Preferencia para Comunicar, educar y aconsejar a las madres en lactancia materna	Actitud (escala de Likert)	1 2 3 4 5

Categorías	Variable conceptual	Variable real	Indicadores (unidades de medida)	Escala
				1
		Preferencia para Comunicar, educar y aconsejar a las madres sobre nutrición, micronutrientes.	Actitud (escala de Likert)	2 3 4 5
				1
		Preferencia para Comunicar, educar y aconsejar a las madres sobre dieta no cariogénica	Actitud (escala de Likert)	2 3 4 5
				1
		Preferencia para Detectar placa bacteriana	Actitud (escala de Likert)	2 3 4 5
				1
Actitudes hacia la APS	Gesto exterior manifiesto de los estudiantes del último semestre de las facultades de odontología de las universidades de Quito que indica sus preferencias y entrega a actividades observables sobre Atención Primaria de Salud	Preferencia para Aplicar Sellantes (si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad)	Actitud (escala de Likert)	2 3 4 5
				1
		Preferencia para Aplicar flúor gel acidulado al 2%	Actitud (escala de Likert)	2 3 4 5
				1
		Preferencia para Aplicar flúor laca o barniz	Actitud (escala de Likert)	2 3 4 5
				1
		Preferencia para Aplicar la técnica ART (Técnica de Restauración Atraumática) si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad.	Actitud (escala de Likert)	2 3 4 5
				1
		Preferencia para Elaborar un POA	Actitud (escala de Likert)	2 3 4 5

Categorías	Variable conceptual	Variable real	Indicadores (unidades de medida)	Escala
Prácticas en APS	Acciones que los estudiantes del último semestre de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito desarrollan con la aplicación de ciertos conocimientos sobre Atención Primaria de Salud	Diagnostica hábitos y comportamientos saludables en salud bucal dentro de la familia.	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Trabaja en un entorno intercultural y en comunidades rurales del Ecuador.	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Comunica, educa y aconseja a las madres en lactancia materna	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Comunica, educa y aconseja a las madres sobre nutrición, micronutrientes.	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Comunica, educa y aconseja a las madres sobre dieta no cariogénica.	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Detecta placa bacteriana.	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Enseña técnica de cepillado.	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Aplica Sellantes (si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad)	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Aplica flúor gel acidulado al 2%.	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Aplica flúor laca o barniz.	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Aplica la técnica ART (Técnica de Restauración Atraumática) si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad.	Percepción de prácticas en APS	Si No
		Elaboración de POA.	Percepción de prácticas en APS	Si No

Categorías	Variable conceptual	Variable real	Indicadores (unidades de medida)	Escala
Comparación entre mallas curriculares de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito	Análisis de los Syllabus de cada materia, para determinar la orientación hacia la APS de las representaciones gráficas de las distribuciones de los ciclos de formación y de los cursos contemplados en el plan de estudios; como un esquema de red el cual tiene en la cuenta los ciclos, campos, disciplinas y áreas de las Facultades de Odontología de las Universidades de Quito.	Créditos totales por cada malla curricular	Número entero	del 1 al 700
		Distribución porcentual de los créditos en los ciclos orientados hacia la APS	Porcentaje	del 0% al 100%
		Créditos obligatorios orientados hacia la APS	Número entero	del 1 al 700
		Créditos optativos orientados hacia la APS	Número entero	del 1 al 700
		Créditos electivos orientados hacia la APS	Número entero	del 1 al 700
		Créditos orientados a la formación en APS	Número entero	del 1 al 700
	Eje Transversal	Porcentaje de créditos pertenecientes al eje transversal	del 0% al 100%	

Fuente: Investigación, Elaborado por: Autor