



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Universidad Nacional de Rosario

“Determinantes sociales en el acceso a servicios de salud bucal de gestantes que realizan control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza, año 2017. Perspectiva Intercultural”.

Autor: Od. Carlos Lyonel Mendoza

Directora: Mgter. María Natalia Echevoyemberry

AGRADECIMIENTOS

Al director de la Maestría en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud de la Universidad Nacional de Rosario, Dr. Ernesto Báscolo, por aceptarme en esta carrera.

A las autoridades del Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Formosa, por permitirme realizar esta Maestría.

A los docentes de los distintos seminarios que forman parte de esta carrera, por compartir con nosotros sus conocimientos.

A mis compañeros, por los gratos momentos compartidos durante el cursado de la carrera.

A mi tutora y directora de tesis, Mgter. María Natalia Echevoyemberry, por su orientación, ayuda y aliento constante.

A las embarazadas que participaron de este estudio, sin cuya colaboración no hubiese sido posible la realización del mismo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
1. INTRODUCCIÓN	9
2. IDENTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	10
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
5. FUNDAMENTACIÓN	14
6. MARCO CONCEPTUAL	14
6.1 Determinantes sociales de la salud	14
6.2 Modo y estilo de vida.....	19
6.3 Acceso a servicios de salud	21
6.4 Salud bucal.....	25
6.5 Desigualdades socioeconómicas en salud bucal	28
6.6 Embarazo y salud bucal	31
6.7 Control prenatal	34
6.8 Interculturalidad en el campo de la salud	37
7. MARCO NORMATIVO	38
8. OBJETIVOS	42
8.1 Objetivo general:.....	42
8.2 Objetivos específicos:.....	42
9. DISEÑO METODOLÓGICO	42
9.1 Estrategia metodológica y tipo de estudio.....	42
9.2 Recolección de datos	43
9.3 Población.....	43
9.4 Muestra	43
9.5 Unidad de análisis	43
9.6 Variables y categorías de análisis.....	44
9.7 Ámbito de estudio.....	45
9.8 Análisis de datos	46
10. RESULTADOS	47
11. DISCUSIÓN.....	62
12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67

13. BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXOS	76
ANEXO I: Consentimiento informado.....	77
ANEXO II: Historia clínica perinatal.....	78
ANEXO III: Historia clínica odontológica	79
ANEXO IV: Cuestionario	81
ANEXO V: Fotografías.....	82

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

TABLA 1. EMBARAZADAS POR GRUPO ETARIO QUE CONCURRIERON A CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	47
GRÁFICO 1. EMBARAZADAS POR GRUPO ETARIO QUE CONCURRIERON A CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	48
GRÁFICO 2. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN ETNIA. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	48
GRÁFICO 3. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN ALFABETISMO. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	49
TABLA 2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE EMBARAZADAS MENORES DE 20 AÑOS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	50
GRÁFICO 4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE EMBARAZADAS MENORES DE 20 AÑOS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	50
TABLA 3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE EMBARAZADAS MAYORES DE 20 AÑOS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	51
GRÁFICO 5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE EMBARAZADAS MAYORES DE 20 AÑOS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	51
GRÁFICO 6. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	52
TABLA 4. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN FUENTE DE INGRESO ECONÓMICO. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	53
GRAFICO 7. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN FUENTE DE INGRESO ECONÓMICO. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	53
TABLA 5. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL DE EMBARAZO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA HABITADA.	54
GRAFICO 8. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN TIPO DE VIVIENDA HABITADA. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	54
GRAFICO 9. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL Y CUENTAN CON ACCESO A LA RED DE AGUA POTABLE EN SUS HOGARES. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	55
TABLA 6. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.	56

GRÁFICO 10. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.....	56
GRÁFICO 11. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN CONTARAN CON ELEMENTOS PARA REALIZAR TÉCNICA DE HIGIENE ORAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.....	57
GRÁFICO 12. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CEPILLADO DENTAL.....	58
TABLA 7. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL POR NIVELES DE SEVERIDAD DE ÍNDICE CPOD. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.....	58
GRÁFICO 13. EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL POR NIVELES DE SEVERIDAD DE ÍNDICE CPOD. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.....	59
GRÁFICO 14. COMPONENTES DEL ÍNDICE CPOD EN EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.....	59
TABLA 8. ÍNDICE CPOD Y NIVEL DE SEVERIDAD POR GRUPO ETARIO DE EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.....	60
TABLA 9. ÍNDICE CPOD Y NIVEL DE SEVERIDAD POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.....	60
GRÁFICO 15. ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO DE EMBARAZADAS QUE CONCURRIERON PARA CONTROL PRENATAL. CENTRO DE SALUD POZO DE MAZA, AÑO 2017.....	61

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ANAHI: Apoyo de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas.

APS: Atención Primaria de la Salud.

AUH: Asignación Universal por Hijo.

CDSS: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

CPOD: unidades de dientes Cariados, Perdidos y Obturados.

DES: Determinantes Estructurales de la salud.

DIS: Determinantes Intermedios de la Salud.

DSS: Determinantes Sociales de la Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

RESUMEN

Introducción: los problemas de salud bucal representan un problema de salud pública por su elevada prevalencia y por el alto costo que genera su tratamiento. Las personas en situación de pobreza, de bajo nivel educativo y de residencia rural tienen menos acceso a los tratamientos odontológicos. Los cambios que experimentan las mujeres embarazadas durante la gestación hacen que sean más vulnerables a la caries y a la enfermedad periodontal. La detección oportuna de patologías orales en el embarazo contribuye a disminuir las complicaciones del parto y el bajo peso al nacer.

Objetivo general: Identificar y analizar los determinantes sociales que interactúan en el acceso a servicios de salud bucal de gestantes que realizan control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza durante el año 2017.

Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, el tipo de muestra es no probabilístico o intencional, donde participaron 40 embarazadas que realizaron control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza durante el año 2017. Los datos se obtuvieron de la historia clínica perinatal, de la historia clínica odontológica y de un cuestionario.

Resultados: la dimensión perfil sociodemográfico arrojó que la edad promedio es de 20,05 años, el 95% de las participantes son indígenas de la etnia wichí, el 50% son analfabetas, 65% no posee ningún ingreso económico, ninguna de ellas cuenta con obra social y el 60% vive en casas tipo rancho. En cuanto a los hábitos de higiene oral, sólo el 22,5 % de las participantes cuenta con los elementos para realizar la técnica. El CPOD promedio para esta población es de 8,22 indicando un nivel de severidad para caries dental muy alto. El índice de cuidados dentario de 0,3% indica poco acceso a tratamientos restauradores. El 90% de las participantes del estudio no recibió atención odontológica durante el año previo a la realización de este estudio.

Conclusiones: las embarazadas que participaron de este estudio presentan poco acceso a los servicios de odontología. Se identifican barreras culturales, geográficas y económicas en el acceso a los servicios. Se destaca la necesidad de investigar las percepciones y representaciones que tiene esta población acerca de la salud bucal.

Palabras claves: determinantes sociales de la salud, acceso a servicios de salud, salud bucal, control prenatal, salud bucal y embarazo, interculturalidad en salud.

1. INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud bucodental, las caries y las enfermedades periodontales representan un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y la repercusión que tienen sobre los costos sanitarios y sociales.

En salud oral, la atención de la población está influenciada por la oferta de servicios y por la capacidad de la población de percibir la diferencia entre la necesidad de servicios preventivos y la necesidad de servicios curativos. Todos los estudios que abordan dimensiones socioeconómicas muestran la mayor vulnerabilidad de las personas en situación de pobreza, de menor educación y de residencia rural (1).

La salud bucal es un problema social, donde inciden factores como la nutrición, las condiciones de la vivienda, el acceso a agua potable y a los servicios de salud, las condiciones de empleo del grupo familiar y el nivel educativo, lo que da lugar a diferencias sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad y morbilidad de la población (2).

Durante el embarazo se producen una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos (hormonales, dietéticos, microbiológicos e inmunológicos) que hacen que las gestantes sean más vulnerables de padecer caries y enfermedad periodontal, las dos enfermedades orales de mayor prevalencia a nivel mundial (3).

La atención odontológica durante el embarazo es una oportunidad para fortalecer conductas y hábitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La detección oportuna de patologías orales asociadas con compromisos sistémicos en la gestante puede contribuir a disminuir las complicaciones relacionadas con el parto y las consecuencias derivadas del bajo peso al nacer (4).

Diversos estudios reportan que una pobre condición socioeconómica, un bajo nivel educativo, desempleo y bajos ingresos en el hogar son factores importantes asociados a una menor probabilidad de visitar al odontólogo durante el embarazo. Por otra parte, la falta de conocimiento sobre salud bucodental está relacionado con el bajo nivel educativo y bajo nivel socioeconómico (5).

2. IDENTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El centro de salud Pozo de Maza es un centro de atención primaria de la salud, exclusivamente ambulatoria, nivel de complejidad II. Es el efector referente del área programática Pozo de Maza e integra el distrito sanitario número 1 de la provincia de Formosa. Ubicado geográficamente en la región oeste de la provincia, se halla a una distancia de 500 km. de la ciudad de Formosa y tiene una población de responsabilidad de 1550 personas.

La población que atiende este centro de salud pertenece en su mayoría (70%) a la etnia wichí y se encuentra dispersa en 5 comunidades más o menos alejadas del centro de salud. El acceso a los servicios de salud se encuentra dificultado para muchos de los habitantes debido a la ausencia de medios de transporte, la intransitabilidad de los caminos, especialmente los días de lluvia, la ausencia de medios de comunicación, la falta de agentes sanitarios en las comunidades, la existencia de barreras culturales como el idioma, etc.

Desde el punto de vista socioeconómico, se puede decir que esta población pertenece al estrato inferior de la escala social, donde predominan los ingresos bajos que se obtienen principalmente de planes sociales nacionales y provinciales, pensiones, jubilaciones no contributivas, empleo municipal de baja calificación y trabajo temporal informal (changa). Pocos pobladores originarios, que cuentan con educación secundaria completa, lograron acceder a un trabajo en el Ministerio de Educación como maestros especiales de modalidad aborigen (MEMA).

El nivel de instrucción de la población también es bajo y es frecuente encontrar casos de analfabetismo con claro predominio en mujeres. Todas las comunidades cuentan con establecimientos educativos de nivel primario pero el nivel de abandono es elevado por lo que son pocos los niños y jóvenes que completan ese nivel educativo.

Sólo se cuenta con un establecimiento de nivel secundario en toda el área y está ubicado en la localidad de Pozo de Maza, lo cual constituye una barrera de acceso para los jóvenes de las comunidades más alejadas. Otro factor que influye considerablemente en el abandono del sistema educativo entre las adolescentes de la zona es el embarazo adolescente.

Es habitual encontrar viviendas tipo rancho en las comunidades de la zona, construida principalmente con paja y barro, pese a la gran cantidad de viviendas destinadas a la población originaria construidas por el estado provincial. La red de agua potable sólo se encuentra disponible en la localidad de Pozo de Maza, para el resto de los parajes el agua se distribuye en camiones y luego es depositada en cisternas, que en la mayoría de los casos no reúnen las condiciones de salubridad necesarias para su almacenamiento. No se cuenta con red cloacal en ésta región de la provincia.

Epidemiológicamente esta población se caracteriza por el predominio que aún conservan de las enfermedades transmisibles, siendo la tuberculosis y el mal de Chagas endémicos en esta zona, como así también las infecciones respiratorias agudas, las parasitosis y las diarreas. Por otro lado, empiezan a adquirir mayor preponderancia las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes.

Las enfermedades nutricionales como la anemia y el bajo peso también se encuentran de manera frecuente. En los últimos años se ha observado un aumento considerable de lesiones de causa externa principalmente como resultado de accidentes con motocicletas asociado en la mayoría de los casos al consumo de alcohol, siendo en la actualidad la principal causa de mortalidad.

Anualmente se esperan 45 embarazadas en el área programática Pozo de Maza y la tasa de natalidad es cercana a 23 por mil habitantes. El control de embarazo lo realiza personal de enfermería, ya que no se cuenta con personal obstétrico ni médico estable en este centro de salud. Los estudios ecográficos y de laboratorio se llevan a cabo en el hospital distrital ubicado a unos 40 km. de distancia del centro de salud. Se ha registrado un caso de mortalidad materna y un caso de mortalidad infantil durante el año 2017.

Entre los actores sociales relevantes se pueden mencionar a los caciques de las distintas comunidades originarias de la zona, pastores de las diversas iglesias evangélicas, al presidente de la Comisión de Fomento de la localidad, a los concejales, directores de escuela y jefes de las diversas instituciones que se encuentran en la localidad y con los cuales se coordinan varias acciones y estrategias sanitarias.

El centro de salud Pozo de Maza, que pertenece al subsector público provincial, es el único prestador sanitario en el área programática homónima. En la actualidad cuenta con escasos recursos humanos, entre los que se encuentran tres enfermeros y

un odontólogo que se encargan de dar respuesta a la mayoría de las consultas que se registran en este centro asistencial. La atención médica se realiza dos veces por semana mediante la visita programada de un profesional.

Pese a contar el centro de salud con servicio de odontología, de sus registros surge la escasa utilización de este, sobre todo por parte de la población originaria. Sin embargo, son frecuentes las consultas por guardia referidas a dolor dentario o a infección odontogénica.

La caries dental y la enfermedad periodontal han sido consideradas a nivel mundial como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal. Actualmente su distribución y severidad varían de una región a otra y la aparición de las mismas está asociada con factores ambientales, socioculturales, económicos y del comportamiento.

Hay grandes segmentos de la población donde la caries dental sigue siendo un problema relevante. Estas disparidades tienden a concentrarse en una minoría de niños económicamente no privilegiados, en las personas mayores, los enfermos crónicos y las poblaciones institucionalizadas que tienen un menor acceso a la atención odontológica (6).

En Argentina, la situación de la salud bucal no es diferente a la del resto de Latinoamérica, con el agregado de que en las últimas dos décadas se han reportado resultados muy malos en materia de salud bucal a edades tempranas, así como problemas de accesibilidad, tanto en la prevención como en la atención de la misma.

Asimismo, el país se encuentra en desventaja respecto a los demás países de América porque no dispone de datos epidemiológicos oficiales en lo que se refiere al componente bucal de la salud. Los últimos datan de 1987 y muestran al país con una elevada incidencia de caries. Datos del 1996 y de 2005 otorgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) no muestran progreso en la reducción de caries (7).

En lo que respecta a la provincia de Formosa, datos del año 2015 muestran que: tiene una población de 579.250 personas, 12.331 nacidos vivos para el mismo año con una tasa de natalidad de 21,1 por mil habitantes, el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 15 años es de 1,06% y el de nacidos vivos de madres menores de 20 años es de 22,5%, la razón de mortalidad materna es de 5,7 por 10 mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil es de 12,6 por mil nacidos vivos (8). Al igual que el país, la provincia no cuenta con indicadores de salud bucal.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los determinantes sociales que operan como barreras en el acceso a servicios de salud bucal de las gestantes que realizan control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza en el año 2017?

4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en su informe sobre salud bucal afirmó que la caries dental sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas por la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, por los costos relacionados con su tratamiento, la pérdida de dientes y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención (6).

Las enfermedades orales generalmente no son fatales, sin embargo, experiencias como el dolor bucodental, problemas al comer, masticar, sonreír y de relación social debido a problemas en la boca o dientes, tienden a afectar sustancialmente el bienestar de los individuos (3).

Desde tiempos remotos se ha planteado que cada embarazo hace perder un diente. Aunque este planteamiento no tiene base científica alguna se ha comprobado que existen factores biopsicosociales durante el embarazo que, si no se tienen en cuenta precozmente, pueden desencadenar enfermedades bucales o agravar las ya establecidas (9).

El periodo gestacional se relaciona con una mayor incidencia de lesiones cariosas y enfermedad periodontal. Los cambios hormonales, salivales, microbiológicos e inmunológicos constituyen factores que aumentan el riesgo de padecer estas enfermedades (10). Los conocimientos, conductas y el estado de salud bucal de la embarazada pueden trascender a su futuro hijo y se describe asociación entre la enfermedad periodontal, el bajo peso al nacer y los partos prematuros (11).

Los problemas de accesibilidad a las instituciones que prestan la atención en salud se constituyen en factores importantes, pues se convierten en barreras para que las gestantes puedan acceder a un servicio oportuno y de calidad.

La accesibilidad se constituye en un aspecto crucial que promueve mejores condiciones de salud para las embarazadas y para poder garantizarla es necesario eliminar todas las barreras que impiden a las mujeres embarazadas obtener servicios acordes con sus necesidades (12).

Investigaciones previas muestran como el acceso al tratamiento odontológico es restringido y la gran mayoría de las gestantes que pertenecen a poblaciones vulnerables tienen poco acceso a los servicios de salud.

5. FUNDAMENTACIÓN

Esta investigación al incorporar la mirada de los determinantes sociales de la salud permitirá una comprensión más acabada del proceso salud-enfermedad-atención de la población, en particular en lo que se refiere a salud bucal, como así también, posibilitará la generación de políticas sanitarias integrales que brinden respuestas más adecuadas a las necesidades de la comunidad.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 Determinantes sociales de la salud

El nivel de salud de una población no depende sólo de los recursos sanitarios de los que se disponga en el país o en el estado, sino que depende también de factores sociales, económicos y políticos que lo determinan, como a la clase social a la que se pertenece, el tipo de trabajo que realizan, el territorio en el cual viven, el ser hombre o mujer, la condición étnica, la carencia de servicios básicos tales como agua, drenaje, luz, pavimentación y transporte público.

La esperanza de vida de un niño difiere sustancialmente en función de dónde se haya nacido. En Japón o Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Dentro de un mismo país las diferencias en relación con la esperanza de vida son dramáticas y reflejan la situación mundial (13).

Los sectores excluidos de la sociedad padecen elevados niveles de morbilidad y mortalidad prematura. Pero la mala salud no sólo afecta a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad

siguen un gradiente social: cuanto más baja es la posición socioeconómica peor es el estado de salud.

Las altas tasas de enfermedades, particularmente enfermedades infecciosas y malnutrición que afectan a las personas pobres en países de bajos y de medianos ingresos reconocen como causas a la falta de comida, el agua contaminada, los bajos niveles de saneamiento, a la incapacidad para desenvolverse en medios que involucran una exposición elevada a agentes infecciosos y a la falta de atención adecuada (14).

Gran parte del discurso médico actual sobre la salud gira en torno a las “elecciones” individuales del estilo de vida (si uno fuma, bebe o no realiza suficiente actividad física) como así también a la genética. Desde este punto de vista la salud es una cuestión personal, algo que se experimenta a nivel del individuo y de lo que, en última instancia, también se ocupa el individuo. Sin embargo, esta perspectiva resulta ahistórica y apolítica ya que no tiene en cuenta las cuestiones de poder e inequidad (15).

En antagonismo con la visión individualista, la salud también puede ser vista como una cuestión pública, un reflejo del poder social más que como resultado de las elecciones de los individuos. Desde esta perspectiva, los patrones sociales de la enfermedad pasan a ser el centro de interés y se demuestra que las desigualdades sociales trazan las desigualdades en salud, y que las probabilidades de vivir muchos años y de tener vidas sanas depende de la posición que se ocupe en la jerarquía social.

La noción de los determinantes sociales de la salud sostiene que la salud no se logra meramente por tener acceso a la intervención y a tratamientos médicos, sino que también, en mayor medida, por la experiencia acumulativa de las condiciones sociales durante el transcurso de la vida del individuo. Este concepto dirige la atención de los investigadores hacia factores que se encuentran fuera del sistema formal de cuidado de la salud, sobre todo aquellos relacionados con la pobreza absoluta (necesidades básicas insatisfechas, insuficiente provisión de alimentos, condiciones laborales riesgosas).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud (DSS) son “las condiciones socioeconómicas en la que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen”, estas influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto. Asimismo, los DSS establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y

personales para identificar y lograr sus aspiraciones, satisfacer necesidades de alimentación, salud, educación, empleo y adaptarse al medio ambiente (16).

En el año 2005, el director general de la OMS DR. J. W. Lee, estableció la comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de brindar apoyo a los países y a los asociados mundiales en la esfera de la salud para abordar los factores que conducen a la mala salud y desigualdades (17). Esta comisión es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la OMS reunió para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables.

En su informe final en el año 2008, la CDSS expresa que “la mala salud de los pobres, el gradiente social de la salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural” (18).

Con el estudio de los determinantes sociales de la salud lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud realizando un profundo análisis de las inequidades entre grupo sociales.

Por centrar su interés en las diferencias de las condiciones de salud entre los estratos sociales, el campo de conocimiento de los determinantes sociales tiene como fundamento el análisis de las inequidades, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas. De modo que, lo que se busca es esclarecer como las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingresos, riqueza, empleo, alimentación, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación, entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de las personas (19).

El trabajo de la comisión de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud ayudó a definir de manera más cabal las causas subyacentes de las disparidades en materia de salud: a) inequidades en cuanto al poder y la influencia asociados con la desigualdad de los ingresos y de la situación social y económica, b) inequidades en

cuanto a la exposición al estrés, las toxinas ambientales y otras condiciones adversas, c) inequidades en cuanto a las consecuencias de la discriminación y acceso desigual a servicios (17).

El marco conceptual incorpora dos grandes rubros para su análisis, por una parte, están los determinantes estructurales de la salud (DES) compuesto por:

- a) Contexto socioeconómico y político: se refiere a factores que afectan de manera significativa la estructura social, incluyendo al gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia, la corrupción, el poder de los sindicatos, etc.; las políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo, las políticas sociales, el estado de bienestar y la distribución de la tierra y de la vivienda, además de las políticas públicas (educación y atención sanitaria) y los valores (sociales y culturales) como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.
- b) Posición socioeconómica: se analizan los distintos ejes de la desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género, la etnia o la raza; estos ejes determinan las posibilidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de inequidades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres y los de raza blanca.

Otro apartado son los determinantes intermedios de la salud (DIS), donde la estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales a su vez determinan desigualdades en salud; estos factores son:

- a) Circunstancias materiales: como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo, el barrio de residencia.
- b) Circunstancias psicosociales: como las redes de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos).
- c) Factores conductuales y biológicos: como los estilos de vida perjudiciales para la salud.
- d) Sistema de salud: el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de las clases sociales más bajas contribuye a las desigualdades en

salud. Además, el pago de servicios de salud puede llevar a las personas a condiciones de pobreza (20).

La Comisión de Determinantes Sociales tomó la decisión de considerar en su marco conceptual al sistema de salud como un determinante intermediario, sin capacidad de influir sobre la estratificación social o el contexto político o socioeconómico. Los determinantes intermediarios son aquellos a través de los cuales fluye la estratificación social hacia el nivel individual, determinando diferencias de exposición y de vulnerabilidad. Desde el punto de vista del sistema de salud como determinante intermediario, el énfasis se ha puesto en la importancia del acceso a los sistemas, al reconocerse como un aspecto crítico a la hora de definir las inequidades en resultados de salud (21).

El primer eje de la desigualdad, y el más básico, es la clase social (o estrato socioeconómico) que remite a la estructura social, a su vez fuertemente determinada por la matriz económica y productiva y las posiciones de los agentes en esas estructuras a lo largo del tiempo. Los elementos centrales de este eje son la estructura de la propiedad y la distribución del poder, de los recursos y activos productivos, manifestándose en la desigualdad de ingresos, que, a su vez, constituye la causa de otras desigualdades en otros ámbitos como la educación, la salud y el mercado de trabajo.

Las desigualdades que se manifiestan en los diversos ámbitos del desarrollo social de América Latina también están marcadas por los ejes de género, raza y etnia, así como por determinados momentos del ciclo de la vida como la infancia, la juventud, la edad adulta y la vejez. También son muy pronunciadas la heterogeneidad y las desigualdades territoriales en los países y en las zonas rurales y urbanas y entre éstas.

Un ejemplo que ilustra de manera particular el encadenamiento de las desigualdades a lo largo de la vida y a través de las generaciones, es la maternidad adolescente. Las consecuencias de la maternidad durante la adolescencia son profundas y por lo general negativas. Los impactos adversos también se extienden a los niños nacidos de madres adolescentes y a sus familias. En el ámbito social, la maternidad temprana se identifica como un factor clave en la transmisión intergeneracional de la pobreza (22).

La maternidad adolescente muestra una fuerte estratificación social: es más frecuente entre jóvenes indígenas, jóvenes afrodescendientes, jóvenes que habitan en zonas rurales y jóvenes en situación de pobreza. Este fenómeno perpetúa las

desigualdades sociales al afectar el nivel educativo alcanzado y las posibilidades que las mujeres tienen y tendrán en el futuro para acceder al trabajo y a la protección social.

El territorio puede ser considerado uno de los ejes estructurantes de las desigualdades sociales. Se ha planteado que “el lugar de nacimiento o residencia determina oportunidades y condiciones socioeconómicas, incide en la realización de los derechos políticos, económicos y sociales y puede ser una fuente de discriminación en sí, como pueden ser el género, la raza o la religión”. Además, algunos de los grupos poblacionales que sufren de forma más severa las desigualdades (en especial los pueblos indígenas), tienden a concentrarse en lugares rezagados, lo que potencia todavía más las condiciones de exclusión.

Sin bien la pobreza y la indigencia históricamente han mostrado valores elevados en América Latina, al agregar la dimensión étnica/racial al análisis de la pobreza se evidencia que los niveles de pobreza e indigencia son muy superiores para los pueblos indígenas y las poblaciones afrodescendientes. Las cifras también señalan que en cada uno de esos grupos poblacionales también existen importantes brechas de género que se expresan en niveles mucho más acentuados de pobreza e indigencia entre las mujeres indígenas y afrodescendientes.

6. 2 Modo y estilo de vida

El modo y el estilo de vida de la población depende del sistema socioeconómico imperante y determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y modifican el proceso salud-enfermedad (23).

Para caracterizar el modo de vida como determinante de la salud, la epidemiología y las ciencias sociales han hecho grandes aportes, al establecer relaciones entre las condiciones materiales y la forma en la que los grupos sociales se organizan y se realizan productivamente en esas condiciones. Por ejemplo, servicios de salud y su utilización, instituciones educativas y nivel educacional de la población, tipos de vivienda, hacinamiento, abasto de agua, etc.

El modo de vida refleja la médula de la formación económico-social, desde el punto de vista del progreso del sujeto histórico, de la actividad humana, ya sea productiva, de consumo, sociopolítica, cultural y familiar. El modo de vida refleja lo social en lo individual.

El estilo de vida es la forma de vivir de las personas. Se relaciona con la esfera conductual y motivacional del ser humano, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

La Organización Mundial de la Salud establece que el estilo de vida es “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”.

Así, cada persona presenta patrones de comportamiento conscientes o hábitos fomentadores de la salud, conocidos como factores protectores de la salud, o de manera inconsciente se expone a factores de riesgo o condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados a un aumento de la susceptibilidad a enfermedades, salud deficiente o lesiones (24).

El modo de vida ha sido afectado de diferentes formas según la problemática de cada sociedad, pero en casi todas ha repercutido sobre la salud. El modo de vida de una comunidad rural en un país subdesarrollado condiciona un cuadro de morbilidad específico, caracterizado por enfermedades parasitarias e infectocontagiosas, pues las actividades del modo de vida, la pobreza, la malnutrición, exponen a dicha comunidad a los agentes biológicos.

Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de otros. El nivel socioeducativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral harán más atractivas, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida.

El comportamiento se manifiesta producto de la interacción entre componentes genéticos, neurológicos, psicológicos y el medio sociocultural y educativo. Por lo tanto, la proyección operativa de estas preferencias en la forma de percibir, pensar, sentir, actuar, decidir, persistir, interactuar es lo que conforma el estilo de vida.

La salud puede verse afectada por el estilo de vida y condiciones de vida. El estilo de vida comprende actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes áreas de la vida, entre ellas la actividad física, la alimentación, el uso de bebidas alcohólicas, el uso del cigarrillo y el manejo de la sexualidad. Así, como el ambiente físico, social y cultural y aspectos económicos que impactan en la vida de las personas.

En definitiva, el estilo de vida no es un concepto que pueda ser modificado voluntariamente, está relacionado con las condiciones de vida. No es una simple decisión individual, existen límites a las opciones abiertas a los individuos por el medio social, cultural y los medios económicos.

6.3 Acceso a servicios de salud

El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. El sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos. El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud (18).

El marco explicativo de los determinantes sociales de la salud sitúa al sistema sanitario como un “determinante intermediario”, el cual se encuentra influido por el contexto social y político que conforma la estructura social y opera en un nivel en el que se observan diferencias poblacionales en la distribución de la exposición y la vulnerabilidad ante los factores de riesgo para la salud.

Interactuando con las circunstancias materiales, los factores psicosociales y las conductas hacia la salud de la población, el sistema sanitario, adopta un papel de árbitro cuyo papel es amortiguar las inequidades en salud mediante la atención sanitaria integral.

El sistema sanitario es un determinante de salud en sí mismo, interacciona y puede modificar el efecto de otros determinantes sociales, ya que tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones sociales que afectan el nivel de salud a través del acceso equitativo a los servicios de atención.

Para lograr equidad en salud es necesario que exista equidad de acceso a la atención, algo que se logra cuando todas las personas acceden a los servicios de salud y sociales acorde a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago (25).

La investigación en salud pública ha ido incorporando paulatinamente la noción de determinantes sociales de salud para abordar las inequidades en salud. El concepto de equidad / inequidad está inserto en el marco de la Teoría de la Justicia Distributiva, que permite discernir cómo se debe distribuir la salud con el fin de asegurar justicia en

los resultados de salud. Por lo tanto, la inequidad en salud implica que las desigualdades son evitables, innecesarias e injustas.

Existen tres criterios de equidad en salud, a saber: i) igual acceso a la atención sanitaria para aquellos en igual necesidad de dichos cuidados, ii) igual utilización de los bienes y servicios de salud para aquellos que tienen igual necesidad de dichos bienes y servicios, iii) resultados equitativos en salud (26). De los criterios citados, sin duda, a los efectos de formulación y diseño de políticas de salud, la equidad en el acceso a la atención sanitaria parece ser el más factible de alcanzar.

El derecho a la salud comprende los siguientes elementos: i) disponibilidad: implica contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud; ii) accesibilidad: facilidad con la que el usuario puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite; iii) aceptabilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; iv) calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

El acceso a los servicios de salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud que sea independiente de características como el ingreso, lugar de residencia, condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría. Implica la eliminación de barreras u obstáculos, ya sean de tipo físico, económico, social o de información para el uso de los servicios de salud (27).

De acuerdo con la bibliografía consultada, pueden identificarse por lo menos cuatro dimensiones en la accesibilidad a los sistemas sanitarios:

- Administrativa: expresa la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos.
- Económica: considera la capacidad de los individuos o de la comunidad para costear la asistencia. Se refiere a la falta de dinero tanto para el transporte como para adquirir los medicamentos.
- Cultural: hace referencia a las diferencias culturales que existen entre el personal del servicio y los pacientes, lo cual en muchas oportunidades es un obstáculo para la comunicación oral y escrita.
- Física o geográfica: se vincula con la ubicación del puesto de salud, la cual en muchas oportunidades representa una barrera para los usuarios, ya sea por las

grandes distancias que deben recorrer, como así también los medios que emplean para trasladarse y las condiciones de los caminos (28).

El acceso a los servicios de salud es un concepto complejo, que involucra desde la formulación de políticas de atención hasta la satisfacción del usuario con el servicio recibido, pasa por las características de la población y por la organización del servicio para adecuarse a las necesidades de la población (29).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el acceso a los servicios de salud puede medirse a través de la utilización de los servicios de salud por parte de los individuos, la cual, a su vez, es influida por la estructura del sistema de servicios (disponibilidad de servicios, organización y financiamiento) y por la naturaleza de los requerimientos (recursos para los consumidores potenciales).

La literatura internacional ha estudiado los diferentes determinantes que afectan el acceso y la utilización de los servicios de salud, a través de diferentes marcos conceptuales que destacan la interacción de factores sociales, factores individuales y factores estructurales propios del sistema de servicios de salud. Se ha planteado cómo las poblaciones de mayor vulnerabilidad social y con mayores necesidades en salud son aquellas que han recibido menor atención.

La utilización del sistema de salud es el resultado de un proceso que se inicia con la percepción de un problema de salud que se convierte en necesidad y ésta en demanda de algún tipo de atención. Se considera que hay utilización cuando esta demanda es realmente satisfecha por algún sistema de salud, formal o no (30).

La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad y cada grupo familiar resuelve cotidianamente como cuidar la salud y como recuperarla cuando esta se ha perdido.

La representación social que el paciente tenga de su problema determinará qué acciones y procedimientos realizará. Esta representación está construida socioculturalmente y tiene implicancias no solo cognitivas o racionales, sino también valorativas y actitudinales.

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de un modo diferente en cada caso.

Para estudiar el problema de la utilización de servicios de salud se han propuesto varios modelos teóricos. El propuesto por Andersen & Newman integra a las variables independientes en tres grupos, que actúan influyendo en la conducta del individuo en la búsqueda de atención de algún servicio de salud.

Así tenemos:

I) Variables predisponentes, que son características que condicionan una mayor probabilidad de utilizar los servicios, como las variables sociodemográficas, las creencias y actitudes sobre la enfermedad y algunos aspectos relacionados con la familia como son su estructura y número de integrantes.

II) Variables facilitadoras, que pueden impedir o facilitar el uso de los servicios, entre las que se encuentran el ingreso, los seguros médicos, la accesibilidad geográfica y aspectos relacionados con la organización misma de los servicios incluyendo la relación médico-paciente.

III) Variables de necesidad, entendidas como un cambio en el estado de salud. Este cambio puede ser valorado desde el punto de vista del profesional (valoración técnica) o bien según la percepción del individuo enfermo y su familia (valoración subjetiva o sentida) (31).

Tanahashi habla del “modelo de cobertura efectiva”, definiendo cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz. Plantea que en el proceso de acceso existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población, que es influenciada tanto por las características del sistema de salud como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención (25)

El modelo de Tanahashi considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva:

I) Disponibilidad, entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información.

II) Accesibilidad, asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, existencia y tiempo de transporte; organizacional / administrativa, relacionada con

requisitos administrativos para la atención, horarios de atención y financiera relacionado con los costos del transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo.

III) Aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad entre otros.

IV) Contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención.

El acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores y obstáculos identificables en las distintas fases del modelo, donde hay grupos sociales, en general las poblaciones más vulnerables que enfrentan diversas barreras y no tienen contacto con los servicios.

6.4 Salud bucal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general, que impacta significativamente en la calidad de vida. La salud bucal es uno de los aspectos que afectan las percepciones sobre calidad de vida.

La Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal “es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y al disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza”.

Las razones por las que las personas presentan enfermedades bucales son múltiples y complejas, ya que se debe a la interacción de diversos factores de riesgo que se ven influenciados por los determinantes sociales de la salud:

- Riesgos específicos como cambios en el pH de la saliva por acumulación de placa bacteriana, inadecuados hábitos de higiene, uso de elementos y sustancias nocivas.
- Factores de riesgo comunes a varias enfermedades como inadecuados hábitos alimenticios, consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, cambios hormonales, uso de medicamentos.

- Vulnerabilidad individual por presencia de enfermedades generales como enfermedades congénitas, enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, inmunodeficiencias, etc.
- Determinantes sociales como la educación, la vinculación laboral, la pobreza, la distribución del ingreso, disponibilidad de servicios socio-sanitarios, el curso de vida, las condiciones y costumbres relacionados con el modo y estilo de vida que le permita a las personas contar con el conocimiento y la disponibilidad de medios para realizar sus prácticas de consumo de alimentos, de elementos de higiene y acceso a servicios de salud (32).

La salud bucal afecta la salud de las personas de manera física y psicológica, influenciando su crecimiento, el goce de la vida, el mirar, hablar, masticar, saborear la comida y disfrutar de la vida social, así como los propios sentimientos sobre su bienestar social. Es parte del reconocimiento que hacemos de los demás y del auto-reconocimiento, favoreciendo la autoestima y la posibilidad de relacionarse socialmente, lo cual favorece el bienestar psicosocial.

Por lo tanto, la salud bucal va más allá de tener dientes blancos y parejos o de no tener caries o estar libre de enfermedades de las encías, perder dientes, presentar cáncer oral. Contar con salud bucal se relaciona con la capacidad de hacer uso de todas las funciones de las estructuras que hacen parte de la boca (maxilares, labios, lengua, paladar, glándulas, dientes y demás tejidos de cara y cuello) para permitir sin ninguna molestia la masticación, la deglución y la succión y por tanto favorecer los procesos de alimentación, apoyo al proceso de respiración y comunicación al permitir la articulación de palabras y el habla que requieren de la funcionalidad de las estructuras de la boca.

La salud bucal es un fuerte indicador socioeconómico y conductual que puede ser considerado al estudiar desigualdades en cuidados de salud. El problema de mayor prevalencia en salud bucal es la caries dental, una enfermedad crónica, evitable, acumulativa, considerada la principal causa de dolor y de pérdida de piezas dentarias en sus estadios más avanzados y cuyas secuelas tienen impacto en el largo plazo (33).

Tradicionalmente la caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos, y por el desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, lo que da como resultado una pérdida del mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros (34).

En el paradigma actual, la caries dental se entiende como una enfermedad reemergente, compleja y multifactorial, causada por un desequilibrio en el balance fisiológico entre el mineral dental y el fluido de la biopelícula, inducida microbiológicamente por bacterias endógenas y, a su vez, relacionada con procesos sociales de los individuos y las colectividades (35).

En el proceso de caries dental intervienen factores biológicos promotores de su aparición: la proliferación de microorganismos con potencial cariogénico en el ecosistema bucal que requieren patrones dietéticos específicos, los defectos del esmalte, el ph, la viscosidad y el flujo salivar, las características anatómicas del diente, la relación dental, la condición sistémica, la condición nutricional, la edad, el sexo, la raza, entre otros.

Existen también los llamados factores sociales que hacen referencia a los factores supra estructurales de contenido político, económico y cultural, como son la educación del individuo, los hábitos en el cuidado e higiene oral, la capacidad de adquisición de los elementos necesarios para la práctica de dichos cuidados, el acceso a los servicios de salud en cuanto a promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad (36).

La salud bucal es parte integrante y esencial de la salud general y es un determinante de la calidad de vida y del bienestar de los individuos, por lo que, ninguna persona puede ser saludable sin salud bucal. Comprende mucho más que la salud de los dientes, incluye además la salud de los tejidos de sostén y de los tejidos blandos bucales, de la lengua y de la faringe.

El impacto de la enfermedad bucal no sólo se produce sobre el bienestar de las personas, también tiene efectos económicos dado que puede llegar a restringirlas en sus actividades, impide su comunicación, afecta al sueño y pone en peligro la estabilidad psicológica. Los individuos con dolor o enfermedad bucal pierden horas o días de trabajo por la incapacidad que esta produce (37).

La incapacidad funcional causada por la enfermedad bucal no ha sido incorporada dentro de los indicadores de salud general debido a que las condiciones bucales son comúnmente experimentadas por la mayoría de los individuos y como no amenazan la vida en comparación con otras condiciones más serias, los individuos no asumen “el rol de enfermo”. Esto hace que la utilización de servicios de salud bucal se vea disminuida.

Sin embargo, la evidencia sugiere que las condiciones dentales tienen un impacto significativo sobre la funcionalidad. Por ejemplo, datos de la Encuesta Nacional de Salud en Estados Unidos indican que sólo los dolores dentales causan aproximadamente 17.7 millones de días de actividad restringida, lo que representa un serio problema de salud para la sociedad y un gasto importante para los sistemas de salud (38).

Este impacto rebasa el ámbito puramente bucodental: varias investigaciones han demostrado la asociación existente entre las enfermedades bucales y las enfermedades sistémicas como la endocarditis, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, infarto, hipertensión, diabetes, enfermedad respiratoria y osteoporosis, así como bajo peso al nacer y nacimientos prematuros, deficiencias nutricionales en los adultos y cáncer.

Para comprender el proceso salud-enfermedad bucal de manera global y holística, más allá de lo biológico, se tiene que aceptar una configuración específica de espacio y tiempo históricos, la cual es expresión de procesos vividos en el ambiente del individuo, tales como sus creencias y costumbres, la conformación de su núcleo familiar, alimentación, raza, género, nivel de escolaridad, cambios en la situación económica del sujeto y de la familia, barreras geográficas y étnicas entre el enfermo y el servicio sanitario.

6.5 Desigualdades socioeconómicas en salud bucal

Diversos autores y organismos internacionales al analizar las desigualdades e inequidades en salud bucal reconocen diversas manifestaciones tales como: a menor nivel de desarrollo cultural y económico, mayores son los niveles de patologías bucales; que el acceso a la prevención en salud bucal está claramente desequilibrado a favor de los que se encuentran en una posición económica y cultural más favorecida, llegándose a la paradoja de ofrecer prevención a los que más medios tienen y tratamientos generalmente agresivos (exodoncias) a los que menos tienen, que los recursos humanos para la salud bucal se encuentran distribuidos desigualmente con alta concentración en ciudades de mayor desarrollo económico y social (39).

Las enfermedades no se distribuyen de manera fortuita entre la población. Las condiciones sociales como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la insuficiente calificación laboral

constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades en lo que respecta al estado de salud y mortalidad de las personas.

En la distribución de la caries dental se refleja el carácter de clase que tiene el proceso salud-enfermedad, ya que el comportamiento epidemiológico de la salud y enfermedad bucal se presenta de manera desigual para los diferentes países a partir de sus condiciones de desarrollo socioeconómico. Al interior de ellos también se presenta de manera desigual para las diferentes clases sociales.

En los países desarrollados se observa una reducción en la prevalencia de caries dental y modificaciones en los patrones de distribución de la misma, localizándose principalmente en grupos minoritarios y excluidos (40). En Latinoamérica la salud bucal de la población no ha experimentado grandes avances y en la mayoría de los casos es vista como una mejora estética, un bien de lujo de escasa gravedad comparado con los grandes males que aquejan a la población.

El pobre desempeño del sistema de salud en cuanto a enfermedades de la boca no impacta de la misma manera en toda la población. Los grupos sociales más aventajados tienen acceso, mientras que la realidad en los de bajo nivel socioeconómico es distinta. La falta de posibilidades en estos últimos, hacen que en la mayoría de los casos la solución a cualquier enfermedad dental derive en una extracción de piezas dentarias.

La falta de piezas dentarias a edades tempranas (antes de los 20 años) obedece generalmente a traumatismos según lo reflejado en la literatura, pero en la población latinoamericana se observa que, en este rango etario, la causa más frecuente es la extracción por consulta odontológica tardía. Esta extracción terapéutica de piezas dentarias puede ser considerada como una respuesta automática, no reflexiva y por lo tanto inequitativa e injusta que debería ser evitada (41).

El peso de la ausencia de piezas dentarias actúa fuertemente en el desempeño psicosocial de las personas, además de su impacto en términos de morbilidad y en la economía de las familias y del sistema, mediante el elevado costo de los tratamientos de rehabilitación bucal. El deterioro del estado de salud tiene un efecto de retroalimentación nocivo respecto de la posición socioeconómica generando mayor gasto, ausentismo laboral o peores condiciones de acceso al empleo.

La imagen de una sonrisa perfecta, de dentadura blanca y radiante, es la imagen del éxito, la belleza, la amabilidad, entre otras significaciones posibles. Una dentadura perfecta es considerada un valor: tanto de uso porque sirve, por ejemplo, para

encontrar un empleo o dar una buena imagen de sí y un valor de cambio por lo que cuesta.

En esta circunstancia es interesante ver el reverso: todo lo negativo que connota no tener una dentadura perfecta y más aún no tener dientes. Lo que obliga a formular la siguiente pregunta: ¿quiénes no tienen dientes? Y la respuesta es obvia: los sectores más bajos de la sociedad.

Las personas que no tienen dientes, en sociedades donde se ha medicalizado y mercantilizado la salud bucal, son personas cuyos cuerpos, cuyas caras nos hablan de la desigualdad. La desigualdad se hace cuerpo en ellos, en sus caras, en sus gestos y se reproduce.

La cuestión de los gestos no es menor, ya que no tener dientes conlleva posturas corporales, como taparse la boca o no sonreír, que poco a poco desempoderan a los sujetos. La carencia de dientes se vive como una discapacidad y sus consecuencias no son sólo físicas, significan además una caída importante en la autoestima de las personas.

Si bien en la salud bucal, la determinación social genera mayor prevalencia de enfermedades entre poblaciones de bajo nivel socioeconómico, la principal desigualdad se produce por el tipo de respuesta que encuentran a estas enfermedades los diferentes grupos sociales.

Una boca sin dientes es mucho más que un problema estético y hasta un problema vinculado sólo al ámbito de la salud: es un problema que nos habla de las inequidades sociales, reforzadas hasta ahora por las respuestas dadas por el sistema de salud.

Las consultas en servicios de salud públicos generalmente ofrecen servicios considerados básicos y su calidad depende de cada programa, los recursos y las leyes de cada país. Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, con algunas excepciones, no son contemplados por estos servicios. De esta forma, la práctica odontológica reproduce las desigualdades sociales de la población: los ciudadanos tienen acceso a servicios según su capacidad de pago

Hallazgos de estudios señalan que, si en el transcurso de la vida las personas mejoran su situación socioeconómica, adultos que fueron pobres cuando niños continúan presentando mayor prevalencia de enfermedad periodontal y caries comparado con aquellos que nunca fueron pobres, lo cual indica que la relación entre la pobreza, salud oral e infancia determina en gran parte la salud y calidad de vida de los adultos.

La fluoración del agua ha sido reconocida como una de las medidas de salud pública más importantes en la historia, no sólo porque ha logrado disminuir de manera importante la presencia de caries en la población, sino porque asegura que sus efectos se extiendan a toda la población, y por lo tanto, es una medida efectiva para contrarrestar los vínculos entre desigualdades sociales y salud oral. Si bien la fluoración del agua disminuye desigualdades, la región latinoamericana debe tener en cuenta que municipios más pobres y menos desarrollados pueden no recibir agua fluorada por falta de desarrollo (42).

Se reconocen causas ambientales, económicas y sociales en la presencia de enfermedades orales, sin embargo, el flúor y los aspectos conductuales se siguen considerando como los más importantes cuando se habla de prevención y promoción en salud oral, centrando la mayoría de los esfuerzos en actividades educativas sobre higiene y dieta, desconociendo que higiene y dieta son dos procesos profundamente sociales.

La literatura en salud oral sigue comentando sobre los factores de riesgo individual, los hábitos alimenticios y medidas de higiene e insiste en que cambios de mentalidad mediante la educación van a resultar en éxitos preventivos. Tal estrategia se ha demostrada históricamente muy poco efectiva y las nuevas teorías sociales nos permiten entender que educación sin condiciones que garanticen que lo aprendido pueda ser llevado a la práctica no alcanza sus objetivos.

6.6 Embarazo y salud bucal

El embarazo se define como el periodo durante el cual la mujer alberga en su útero el óvulo fecundado por el espermatozoide que se desarrolla hasta alcanzar la madurez del feto y culmina con el parto. A pesar de ser una condición normal, durante esta etapa suceden en la mujer una serie de cambios a nivel personal, físico, mental, social y fenomenológico que condicionan la vida y la salud de la mujer y de su hijo (5).

El sistema estomatognático no es ajeno a estas modificaciones, pues los cambios a nivel general repercuten de forma directa o indirecta sobre la condición bucodental de la mujer embarazada, que se podrían manifestar como un aumento en la frecuencia de las patologías orales como son la caries, la enfermedad periodontal y las alteraciones de la mucosa bucal.

Estas modificaciones tienen serias repercusiones sobre la condición de salud tanto de la gestante como la del feto, pues la evidencia, aunque sin ser concluyente,

relaciona las infecciones bucodentales con eventos como el parto pretérmino, el bajo peso al nacer, la diabetes gestacional y la preeclampsia entre otros.

Durante mucho tiempo se ha planteado que cada embarazo hace perder un diente. Aunque este planteamiento no tiene base científica alguna, se ha comprobado que existen factores biopsicosociales durante el embarazo que, si no se tienen en cuenta precozmente, pueden desencadenar enfermedades bucales o agravar las ya establecidas (11).

El periodo gestacional se relaciona con una mayor incidencia de lesiones cariosas. Entre los factores que experimentan cambio durante el embarazo y contribuye al riesgo de caries dental se puede mencionar el nivel de infección por streptococcus mutans y lactobacilos, los cuales aumentan durante esta etapa.

De la misma manera, la composición de la saliva también cambia, disminuye el ph y se afecta su función reguladora, por lo que el medio bucal se hace favorable para el desarrollo de las bacterias al promover su crecimiento y cambio en las poblaciones.

La higiene bucal deficiente es otro factor reconocido en la aparición de enfermedades bucales, ya que conlleva un aumento en la cantidad y extensión de la placa dentobacteriana y en la gestante pudiera aparecer como resultado de la disminución de la frecuencia del cepillado por malestar general y náuseas.

Los patrones alimentarios con el aumento de la ingesta de alimentos azucarados en intervalos pequeños de tiempo, denominados popularmente como antojos, se constituye en otro factor desfavorable para la salud bucal de la mujer embarazada.

La mayor ocurrencia de vómitos durante el embarazo constituye otro factor de riesgo para la salud bucal de la gestante. Los vómitos tienen en su composición gran cantidad de ácido clorhídrico, proveniente de las secreciones gástricas, lo que incrementa la acidez y si además los mecanismos que equilibran el ph salival están deficitarios se favorece aún más la descalcificación del diente (10).

La gravedad de afectación del esmalte dentario depende de su grado de mineralización, duración de la exposición al ataque ácido, frecuencia y concentración del ácido (a menor ph del ácido, mayor descalcificación) (9).

Entre los factores de riesgo con mayor relación con la aparición de gingivitis y periodontitis en embarazadas se encuentran: los vasculares, pues la progesterona produce dilatación de los capilares y trae consigo la gingivitis del embarazo, que se

caracteriza por edema y eritema, aumento del exudado gingival y de la permeabilidad capilar.

Existen, además, variaciones en la síntesis de prostaglandinas y supresión de la respuesta celular y ocurren cambios celulares debido a que la progesterona estimula a las células endoteliales y disminuye la producción de colágeno.

Por su lado los estrógenos disminuyen la queratinización del epitelio gingival, lo que genera disminución de la barrera epitelial y, por lo tanto, mayor respuesta inflamatoria a los irritantes de la placa.

Ocurren también cambios microbiológicos, ya que existe relación directa entre el aumento de progesterona y estrógenos con el de *Prevotella intermedia*, sobre otras especies, así como cambios inmunológicos, debido a que la respuesta inmune de tipo celular disminuye, al igual que el número de linfocitos.

Varias investigaciones señalan que la salud bucodental y la salud general están interrelacionadas, en particular las infecciones bucodentales y los resultados adversos del embarazo.

Dado el costo social y familiar de estos resultados adversos, como los bebés nacidos con bajo peso, se justifica una acción oportuna encaminada a mejorar la salud bucodental de las gestantes. Estudios realizados en países en vías de desarrollo muestran que solamente entre el 30 y el 55 % de las gestantes recibieron atención odontológica, comparado con un 70 a 90 % en países desarrollados (43).

Diversos estudios muestran desconocimiento en los programas de control prenatal de aspectos relacionados con la salud bucodental y el desconocimiento del personal de odontología de los riesgos sistémicos de las gestantes.

Determinantes sociales y económicos influyen en el acceso a la atención odontológica de las mujeres embarazadas, entre los cuales se encuentran aquellos relacionados con factores estructurales que reflejan inequidades en salud, como la condición socioeconómica o el nivel educativo alcanzado.

Intervienen también en el acceso determinantes intermedios de salud relacionados con los servicios de salud, como el sitio de atención del control prenatal, la remisión a odontología y la orientación en salud oral dada en el control prenatal, junto a factores sociodemográficos como la paridad.

Los aspectos socioculturales condicionan también la salud bucal de las gestantes, ya que la importancia que la embarazada le da a su estado bucal varía según el estrato socioeconómico, el nivel educativo, la cultura y la etnia a la que pertenece.

La influencia ejercida por el entorno sociocultural sobre la mujer embarazada puede hacer que ésta adquiera creencias o adopte conductas que pueden proteger o afectar su salud oral.

El compromiso bucal de las gestantes se puede explicar en parte por los cambios morfofisiológicos y patológicos que ocurren durante esta etapa, pero también puede relacionarse a múltiples aspectos personales, sociales, institucionales, políticos, económicos y culturales que determinan la salud bucal de las gestantes y condicionan las representaciones que tienen estas mujeres sobre su atención, los profesionales que las atienden y las instituciones que las admiten (12).

En el nivel particular es importante analizar la influencia de las representaciones construidas por la gestante durante su vida y que tienen que ver con la importancia, el desinterés que le otorga a su salud bucal o los temores que la mujer embarazada pueda tener alrededor de su asistencia a la consulta odontológica.

En este sentido se perciben ideas erróneas o temores injustificados, pero también se perciben conocimientos que la mujer pudo haber construido, producto de sus embarazos anteriores, experiencia de familiares y amigos o de la educación impartida por los profesionales de la salud.

6.7 Control prenatal

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas por parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.

Los objetivos del control prenatal son: brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza; prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo; vigilar el crecimiento y vitalidad del feto; detectar enfermedades maternas clínicas y subclínicas; aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo; preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento (44).

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- **Precoz:** la primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.
- **Periódico:** la frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.
- **Completo:** los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Amplia cobertura:** en la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto, mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

En general para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados ni un laboratorio sofisticado, pero si requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado.

La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud ha emitido una serie de principios para el cuidado prenatal:

- 1- Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto a partir de la utilización de un conjunto mínimo de intervenciones y aplicando el menor nivel posible de tecnología.
- 2- Estar basado en el uso de tecnología apropiada, esto se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendientes a reducir el uso de tecnología compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
- 3- Estar basados en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.

- 4- Estar regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia desde centros del primer nivel de atención hasta establecimientos del tercer nivel de atención.
- 5- Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstétricas, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, trabajadores sociales, etc.
- 6- Ser integral, es decir que tengan en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias, y no solamente un cuidado biológico.
- 7- Centrado en la familia, dirigido a las necesidades de la mujer, su pareja y su hijo.
- 8- Ser apropiado, es decir que tenga en cuenta las diferentes pautas culturales.
- 9- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- 10- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

En la literatura se habla de cuatro demoras básicas en la atención de las gestantes que podrían desencadenar la muerte: la primera relacionada con el poco conocimiento o reconocimiento de los signos que podrían representar amenaza para su vida o su salud por parte de la mujer.

La segunda, que hace alusión a la inequidad de género que no les permite asumir su derecho a decidir por sí misma en busca de una atención adecuada y oportuna. La tercera demora está relacionada con las limitaciones por falta de vías de comunicación y medios de transporte.

Finalmente, la cuarta demora hace alusión a la atención ineficiente e inoportuna, ya sea por falta de competencia de los proveedores de los servicios de salud o por falta de suministros de insumos médico- quirúrgicos apropiados.

Dentro del programa de control prenatal se recomienda la consulta odontológica, sin embargo, muchas de ellas no acceden a la misma. Los programas prenatales deben incluir mensajes preventivos en salud oral, debido a que la salud oral hace parte del cuidado integral de la mujer embarazada (45).

En el primer trimestre de la gestación es ideal que la embarazada concurra, al menos dos veces, al odontólogo, con el propósito de detectar problemas y planear su tratamiento en el segundo trimestre. La visita inicial debe incluir consejería y

prevención, informarle sobre los problemas más frecuentes que pueden presentarse durante el embarazo.

Los objetivos del cuidado dental preventivo son el mantenimiento y mejoramiento de la salud oral de la gestante y la creación de mejores condiciones para una salud más duradera en los hijos.

Es común la falta de conocimiento y la escasa importancia sobre los cuidados orales prenatales, que en muchas ocasiones podrían deberse a la falta de motivación y programas preventivos por parte de los prestadores de servicios de salud. También hay que analizar factores como lo económico, social y cultural entre otros.

La evaluación odontológica es importante en la mujer embarazada ya que no sólo importa confirmar o descartar la presencia de caries dentales, sino que deben descartarse la enfermedad periodontal y las lesiones de la boca y lengua.

La enfermedad periodontal es un factor de riesgo modificable. Su prevención y tratamiento permitirán mejorar la salud de la mujer y mejorar los resultados perinatales, ya que su presencia se vincula con bajo peso al nacer, parto pretérmino, aborto, muerte fetal.

6.8 Interculturalidad en el campo de la salud

Se define a la interculturalidad como el diálogo activo, en condiciones de igualdad y permanente intercambio entre portadores de diferentes culturas. No es un saber teórico, sino una práctica, una sensibilidad y una forma de vincularse con el otro de intercambio de saberes, modos y formas de vida, sin que esto signifique la prevalencia de una cultura sobre otra.

Desde el punto de vista antropológico, la salud intercultural se define como la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional) que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas de refugio indígena.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y en diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa.

Se puede entender a la interculturalidad en salud como las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos (46).

La concepción de los pueblos indígenas respecto a la salud está ligada a una perspectiva integral del mundo, se entiende entonces como el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad.

La salud de las poblaciones indígenas es una resultante de la integración de elementos fundamentales como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en cuanto a alimentación, vestimenta, vivienda, educación y salud.

El concepto de etnia no se refiere principalmente a las características fenotípicas de los individuos, sino más bien a los aspectos culturales, entendidos como un conjunto de atributos que una comunidad étnica comparte de manera colectiva y transmite de una generación a otra, tales como, lengua, historia y religión (22).

7. MARCO NORMATIVO

Para el estado argentino, la salud es un derecho humano que asiste a todas las personas, indistintamente de su género, religión, color, etnia o idioma. Este derecho se traduce en oportunidades de recibir atención de salud, en lo personal, lo familiar y en la comunidad. Se define como deber y responsabilidad del Estado asegurar efectivamente este derecho a la salud para todos sus habitantes, incluidas las poblaciones indígenas (47).

Concebir a la salud como un derecho humano significa que debe ser garantizado y promovido por acciones positivas del estado. También implica la garantía nacional y supranacional de hacer valer el derecho a la salud en sede judicial para accionar el cumplimiento de un derecho elemental intrínseco a la vida (48).

El derecho a la salud comprende los siguientes elementos:

- Disponibilidad: implica contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

- Accesibilidad: facilidad con la que el usuario puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.
- Aceptabilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; también deben ser sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico (28).

La Ley Nacional N.º 23.302 de política indígena y apoyo a las comunidades indígenas, ordena:

Artículo 18: la autoridad de aplicación coordinará con los gobiernos de provincia la realización de planes intensivos de salud para comunidades indígenas, para la prevención y recuperación de la salud física y psíquica de sus miembros, creando unidades sanitarias móviles para la atención de las comunidades dispersas. Se promoverá la formación de personal especializado para el cumplimiento de la acción sanitaria en la zona de radicación de las comunidades.

Artículo 19: se declara prioritario el diagnóstico y tratamiento mediante el control periódico de las enfermedades infecciosas, endémicas y pandémicas en toda el área de asentamiento de las comunidades indígenas.

Artículo 20: la autoridad de aplicación llevará a cabo planes de saneamiento ambiental, en especial para la provisión de agua potable, eliminación de instalaciones inadecuadas, fumigación y desinfección, campañas de eliminación de roedores e insectos y los demás que sea necesario para asegurar condiciones higiénicas en los lugares de emplazamiento de las comunidades indígenas promoviéndose a ese efecto, la educación sanitaria de sus integrantes y el acceso a una vivienda digna.

Artículo 21: en los planes de salud para comunidades indígenas deberá tenerse especialmente en cuenta:

- a- La atención bucodental.
- b- La realización de exámenes de laboratorio que complementen los exámenes clínicos.
- c- La realización de exámenes cardiovasculares, a fin de prevenir la mortalidad prematura.
- d- El cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la madre y el niño.

- e- La creación de centros de educación alimentaria y demás medidas necesarias para asegurar a los indígenas una nutrición equilibrada y suficiente.
- f- El respeto por las pautas establecidas por las directivas de la Organización Mundial de la Salud respecto de la medicina tradicional indígena, integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas.
- g- Formación de promotores sanitarios aborígenes especializados en higiene preventiva y primeros auxilios.

En el año 2009 se crea el Área de Salud Indígena en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación y que tiene como antecedentes al Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios y al Programa ANAHI (apoyo de acciones humanitarias para las poblaciones indígenas).

El propósito principal del Área de Salud Indígena consiste en diseñar y proponer acciones orientadas a identificar y remover barreras de accesibilidad que condicionan el acceso de la población indígena al sistema público de salud, sean éstas económicas, sociales, culturales, geográficas, lingüísticas u otras.

La Constitución de la Provincia de Formosa en su artículo 80 establece que: el Estado reconoce a la salud como un proceso de equilibrio bio-psico-espiritual y social y no solamente la ausencia de afección o enfermedad; y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando sus diferentes pautas culturales. Asumirá la estrategia de atención primaria de la salud, comprensiva e integral como núcleo fundamental del sistema de salud conforme con el espíritu de la justicia social (49).

En el artículo 81 dice que el Estado asegura los medios necesarios para que, en forma permanente, se lleven a la práctica los postulados de la atención primaria de la salud, comprensiva, para lograr el más alto nivel posible en lo físico, mental y social de las personas y comunidades mediante:

- 1- La constante promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud de todos los habitantes de la provincia, priorizando los grupos de alto riesgo social, asegurando una atención igualitaria y equitativa.
- 2- La capacitación permanente de los efectores de salud, en todos los niveles de atención, como así mismo de la comunidad, para que ésta sea protagonista de su proceso de salud.

- 3- La planificación y evaluación participativa de las acciones de salud, orientadas fundamentalmente a las enfermedades y males sociales, socio-ambientales, endemo-epidémicas y ecológicos regionales.
- 4- La investigación social, biomédica y sobre los servicios de salud, orientada hacia los principales problemas de enfermedad de la población, el uso de tecnología apropiada científicamente válida y socialmente aceptada; y el suministro de medicamentos esenciales.
- 5- El contralor de las acciones y prestaciones médico-sanitarias, teniendo como referencia los principios éticos del ejercicio profesional.
- 6- Toda otra acción del sistema de salud e intersectorial, que convenga a los fines del bienestar de los individuos y tendiente a mejorar la calidad de vida de la población.
- 7- La confección y utilización obligatoria por los organismos efectores de un vademécum básico social adecuado a las patologías regionales.

La Atención Primaria de la Salud (APS) es definida como el conjunto de cuidados de salud básicos construidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación (28).

La atención primaria forma una parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central, y del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja.

La APS no es solamente el agente sanitario y las acciones en terreno, sino que es también, ofrecer la mejor calidad prestacional con tecnología apropiada y facilitar a las personas una red de complejidades crecientes que le permita acceder al máximo nivel que la provincia o el país puedan ofrecer.

Es una filosofía basada en principios como la universalidad e igualdad social, la equidad y justicia social, la integralidad, la autorresponsabilidad, la participación y desarrollo comunitario; una estrategia para adecuación del recurso humano,

participación social, intersectorialidad, programación por necesidades, nuevas modalidades de organización y reorientación del financiamiento (48).

En lo estrictamente relacionado con el control prenatal, la provincia de Formosa adhiere a las recomendaciones de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del año 2013 (44). En tal documento se recomienda el examen odontológico durante la primera consulta de control prenatal o antes de la semana 20 de gestación y que tiene por objetivo detectar posibles focos sépticos bucodentales.

8. OBJETIVOS

8.1 Objetivo general:

Identificar y analizar los determinantes sociales que interactúan en el acceso a servicios de salud bucal de gestantes que realizan control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza durante el año 2017.

8.2 Objetivos específicos:

1 – Analizar el perfil sociodemográfico de las embarazadas que realizan control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza durante el año 2017.

2 – Analizar elementos del estilo de vida relacionados con la salud oral desde la perspectiva de las gestantes.

3 – Analizar el estado de salud bucal, como indicador de acceso al sistema de atención, de las embarazadas que acuden al centro de salud Pozo de Maza para realizar control prenatal.

4 - Identificar barreras de acceso a la atención odontológica que presentan las gestantes que realizan control prenatal en Pozo de Maza.

9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 Estrategia metodológica y tipo de estudio

Se utiliza un abordaje metodológico cuantitativo ya que el estudio está orientado a detectar hechos medibles, observables a través de fenómenos tangibles, de carácter transversal debido a que las variables estudiadas son las presentadas por las

participantes durante el año 2017, de tipo descriptivo, observacional, no experimental (50).

9.2 Recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

. Historia Clínica Perinatal (fuente secundaria, anexo 2): utilizada durante el control prenatal, contiene datos referidos a edad, lugar de residencia, alfabetización, estado civil, raza, etnia.

. Historia Clínica Odontológica (fuente primaria, anexo 3): contiene datos sobre el estado de salud bucal, índice CPOD, cobertura de salud.

. Formulario de cuestionario (fuente primaria, anexo 4): destinado a la recolección de datos referentes a nivel de instrucción alcanzado, tipo de vivienda habitada, existencia de elementos de higiene oral, hábitos de higiene oral, atención odontológica en el último año.

Las técnicas empleadas para recabar datos son la observación y el cuestionario.

9.3 Población

La población de esta investigación estuvo constituida por las embarazadas que acudieron a realizarse control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza durante los meses de marzo a diciembre del año 2017.

9.4 Muestra

Participaron del estudio 40 embarazadas, las cuales fueron seleccionadas por técnica de muestreo no probabilístico o intencional, ya que el investigador eligió la muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio, que concurrieron a realizarse control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza durante los meses de marzo a diciembre del año 2017.

La presente, constituye una muestra representativa ya que durante el año 2017 concurrieron 49 embarazadas nuevas a realizar control de embarazo en el centro de salud Pozo de Maza, por lo que la muestra representa el 81,6 % del total para ese periodo de tiempo.

9.5 Unidad de análisis

Cada una de las embarazadas que concurrió al control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza durante el periodo de marzo a diciembre del año 2017, seleccionadas

por muestra intencional. Todas las participantes fueron voluntarias y prestaron su consentimiento informado.

Se utilizó como criterio de exclusión de esta investigación el diagnóstico de patología psiquiátrica realizado por profesional competente.

9.6 Variables y categorías de análisis

Variables sociodemográficas:

- Edad: edad cronológica según número de años cumplidos al momento del estudio. Escala numérica continua.
- Etnia: autorreconocimiento de pertenencia a alguno de los pueblos originarios o indígenas que habitan en la provincia de Formosa. Escala nominal.
- Alfabetismo: saber leer y escribir en cualquier idioma. Escala nominal.
- Nivel de escolaridad: nivel más alto transcurrido dentro del sistema de educación formal (primario, secundario, terciario, universitario). Escala ordinal.
- Estado civil: condición de la persona ante el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Puede ser soltera, viuda, casada, divorciada o en unión de hecho. Escala nominal.
- Ingreso económico: ingreso monetario periódico como retribución al trabajo formal, informal o ayuda económica estatal. Escala nominal.
- Cobertura de salud: contar con cobertura estatal, de obra social o de seguro privado de salud. Escala nominal.
- Vivienda: de acuerdo con la categorización realizada por el Instituto Provincial de la Vivienda. Pueden ser: tipo A): construidas con materiales resistentes, cuentan con cocina y baño instalados, son viviendas no deficitarias. Tipo B): recuperables, no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda y/o sin baño instalado y/o piso de cerámica, cemento alisado. Tipo C): irrecuperables, construidas con materiales de baja calidad o desechos, paredes de adobe, pisos de tierra, y techo de chapa, cartón o paja (51).
- Acceso a agua de red: contar en el domicilio con provisión de agua de potable por sistema de cañerías. Escala nominal.

Variables relacionadas con el estilo de vida y hábitos de higiene oral

- Elementos de higiene oral: contar con elementos de uso personal para realizar técnica de higiene oral en el hogar (cepillo dental y crema dental). Escala nominal.

- Frecuencia de cepillado dental: en caso de contar con los elementos necesarios, número de veces por día que realiza técnica de cepillado dental. Escala numérica discreta.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL

- Índice CPOD: señala la experiencia de caries tanto presente como pasada en 28 dientes (se excluyen los terceros molares). Toma en cuenta los dientes con caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes con caries (C), perdidos por caries o con indicación de extracción (P) y obturados (O). El componente D indica que la unidad de observación es el diente. Cuando se aplica sobre una población resulta del promedio de la sumatoria de los CPOD individuales sobre el total de individuos examinados (7) (52). Escala ordinal.
- Índice de cuidados dentarios: identifica el porcentaje del componente obturado sobre el total del CPOD. Este indicador toma al diente como unidad de análisis y permite reconocer el cumplimiento de tratamientos curativos en relación con la historia de caries (52). Escala numérica
- Acceso a la atención odontológica: utilización de servicios de odontología para la realización de tratamientos preventivos o curativos durante el año previo a la realización de este estudio. Escala nominal.

BARRERAS DE ACCESO SERVICIOS DE SALUD BUCAL

- Barrera cultural: utilización para la comunicación oral de una lengua originaria como componente principal. Escala nominal.
- Barrera geográfica: centro de salud ubicado a una distancia superior a los 2 kilómetros del lugar de residencia. Escala nominal.
- Barrera económica: ausencia de ingresos monetarios que permitan solventar un medio de transporte particular. Escala nominal.

9.7 ÁMBITO DE ESTUDIO

El centro de salud Pozo de Maza es un centro de primer nivel de atención, exclusivamente ambulatoria, que pertenece sistema público provincial y forma parte de la red de prestadores de complejidad creciente que posee la provincia de Formosa. Funciona de lunes a viernes 8 horas diarias, de 8 a 12 por la mañana y de 16 a 20 por

la tarde. Cuenta con servicio de guardia para urgencias las 24 horas todos los días del año. La atención es por demanda espontánea, sin necesidad de turnos previos y totalmente gratuita. Entre el personal estable del centro de salud figuran 3 enfermeros, 1 odontólogo, personal auxiliar (encargado de farmacia, chofer). La atención médica en el centro de salud se realiza una vez por semana mediante la visita de un profesional.

El control de embarazo lo realiza el personal de enfermería y los estudios complementarios (ecografía y análisis de laboratorio), como así también los partos, son realizados en un hospital de segundo nivel que se encuentra a 40 kilómetros de distancia de Pozo de Maza, en la localidad de Ingeniero Juárez.

9.8 Análisis de datos

Los datos recogidos por este estudio fueron analizados mediante técnicas de estadística descriptiva utilizando para ello cifras absolutas y relativas, distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

10. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación.

10.1 Perfil sociodemográfico de las gestantes que concurrieron al centro de salud Pozo de Maza para realizar control prenatal en el año 2017.

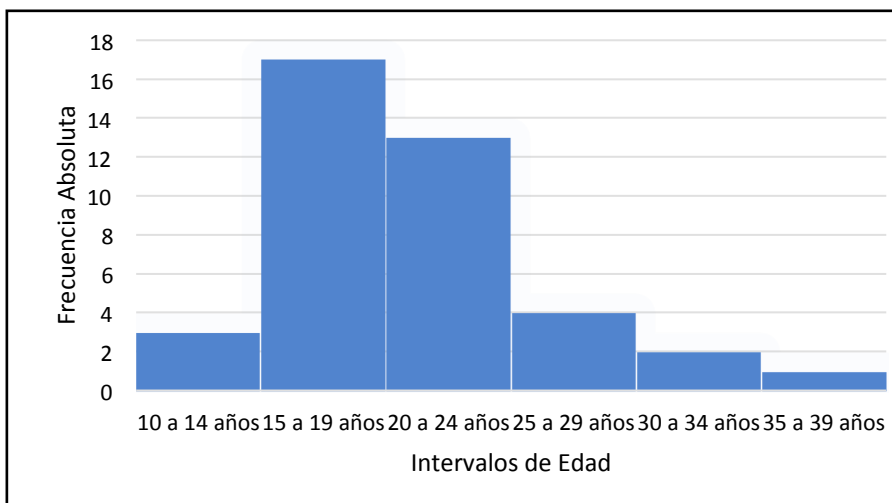
Edad: el promedio de edad es de 20,05 años; la Varianza de 33,76 y el Desvío Standard de 5,81.

Tabla 1. Embarazadas por grupo etario que concurrieron a control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

<i>Grupos etarios</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
10 a 14 años	3	7,5	7,5
15 a 19 años	17	42,5	50
20 a 24 años	13	32,5	82,5
25 a 29 años	4	10	92,5
30 a 34 años	2	5	97,5
35 a 39 años	1	2,5	100
Total	40	100	100

Fuente: elaboración propia.

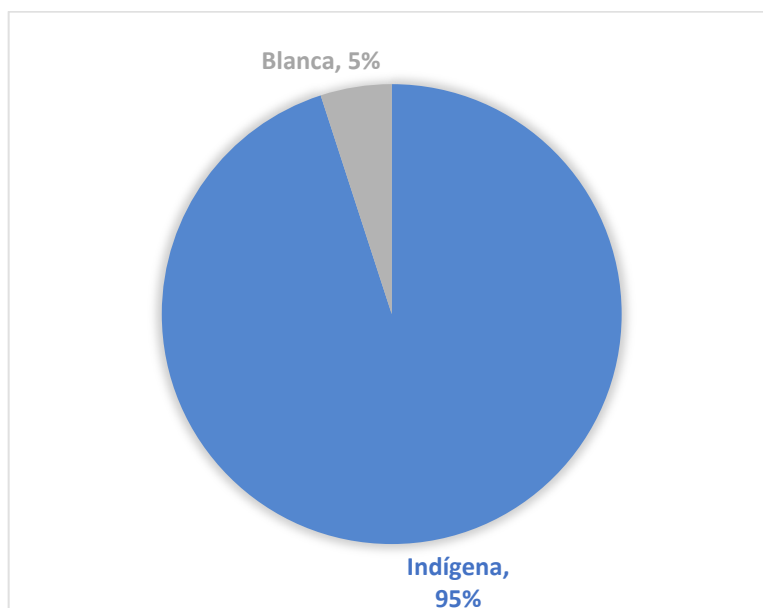
Gráfico 1. Embarazadas por grupo etario que concurren a control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

Etnia: 38 (95 %) participantes del estudio se autorreconocieron como indígenas de la etnia Wichí, y 2 (5%) como no indígenas o blancas.

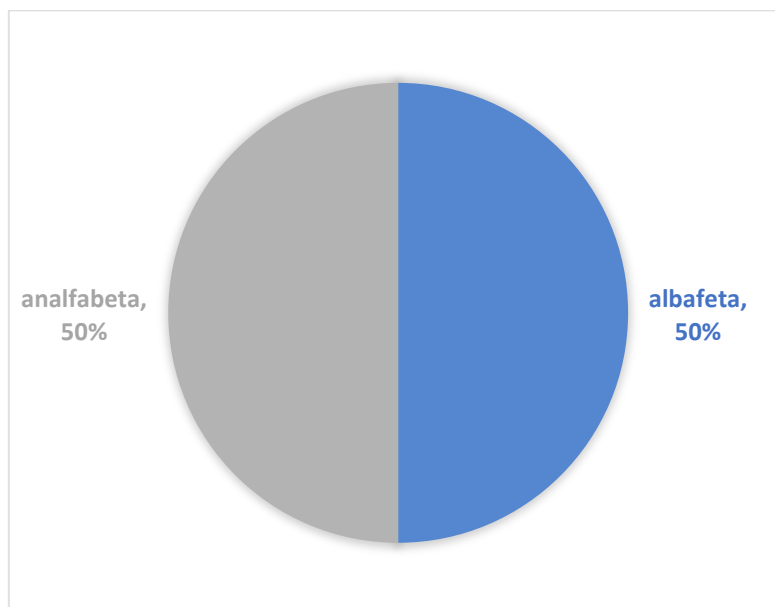
Gráfico 2. Embarazadas que concurren para control prenatal según etnia. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

Alfabetismo: 20 participantes del estudio (50%) declararon ser alfabetas y 20 se reconocieron analfabetas.

Gráfico 3. Embarazadas que concurren para control prenatal según alfabetismo. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

Nivel de instrucción: 6 participantes del estudio (15 %) declararon no haber iniciado el sistema de educación formal, 21 participantes (52,5%) no terminaron el nivel primario, 7 (17,5%) presentaron primaria completa, 6 participantes (15%) presentaron nivel secundario incompleto. Ninguna de las participantes del estudio completó la educación secundaria ni alcanzó el nivel terciario o universitario.

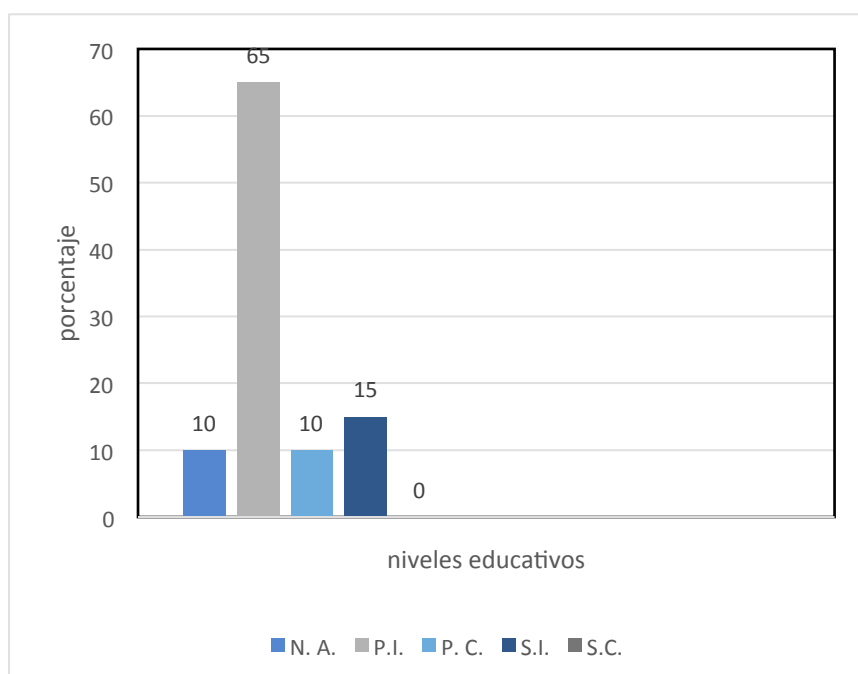
Desagregado por edad se observa que, entre las menores de 20 años, 2 nunca asistieron, 13 presentan primaria incompleta, 2 primaria completa y 3 secundaria incompleta. Entre las mayores de 20 años (n=20), los resultados arrojaron que, 4 nunca asistieron, 8 presentan educación primaria incompleta, 5 primaria completa y 3 educación secundaria incompleta.

Tabla 2. Nivel de instrucción de embarazadas menores de 20 años que concurren para control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

<i>Nivel de instrucción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>No asistió</i>	2	10
<i>Primaria incompleta</i>	13	65
<i>Primaria completa</i>	2	10
<i>Secundaria incompleta</i>	3	15
Total	20	100

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 4. Nivel de instrucción de embarazadas menores de 20 años que concurren para control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



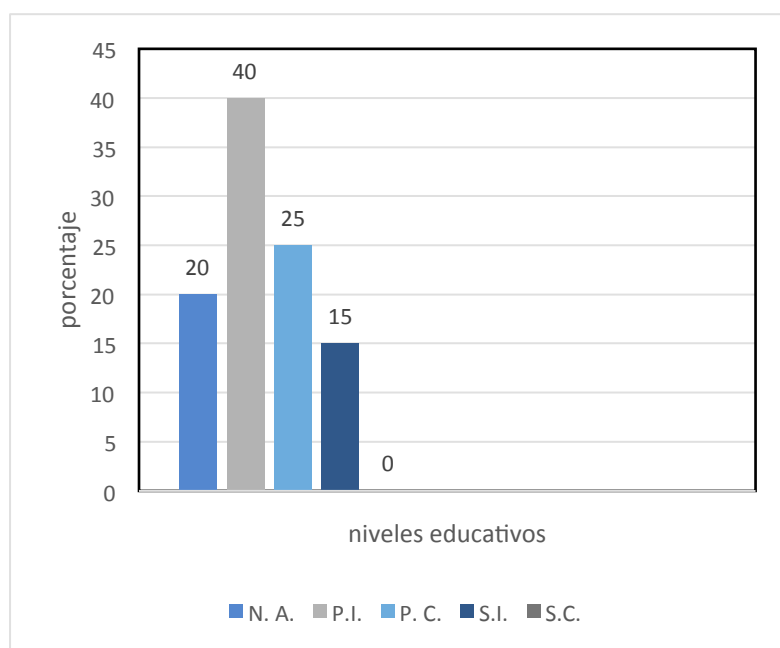
Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Nivel de instrucción de embarazadas mayores de 20 años que concurren para control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

<i>Nivel de instrucción</i>	<i>frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No asistió	4	20
Primaria incompleta	8	40
Primaria completa	5	25
Secundaria incompleta	3	15
Secundaria completa	0	0
Total	20	100

Fuente: elaboración propia.

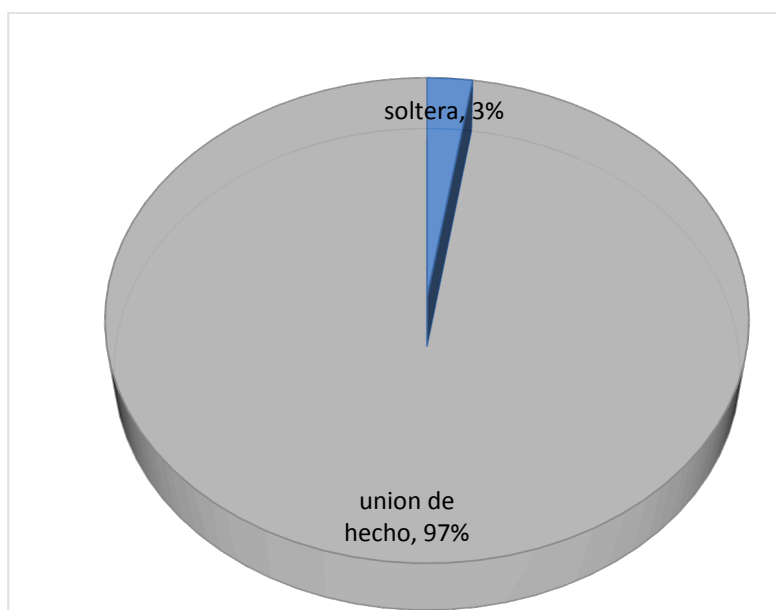
Gráfico 5. Nivel de instrucción de embarazadas mayores de 20 años que concurren para control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

Estado civil: en relación al estado civil, 1 participante (2,5%) refirió ser soltera, mientras que 39 (97,5%) refirieron estar en unión de hecho.

Gráfico 6. Embarazadas que concurren para control prenatal según estado civil. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

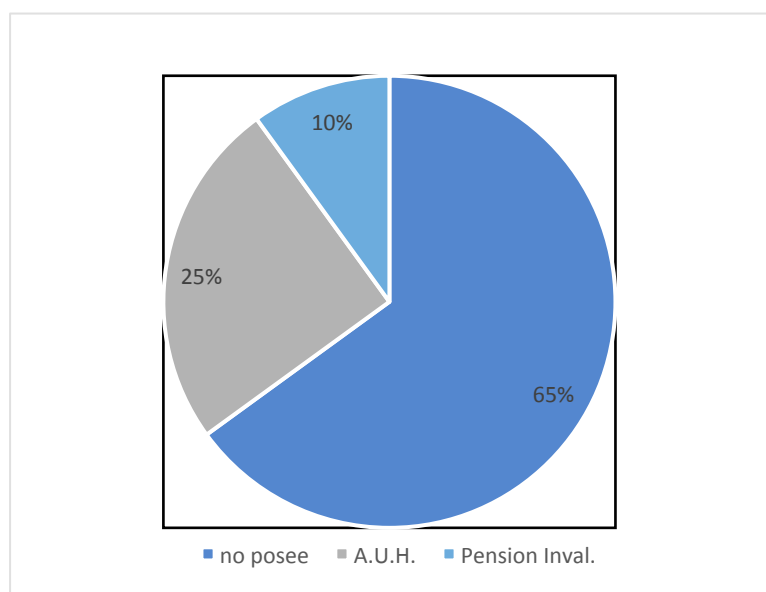
Ingreso económico: del total de las participantes del estudio, 26 de ellas (65%) declararon no poseer ningún ingreso económico. De las que, si poseen, reconocen como fuente de ingreso a la Asignación Universal por Hijo (A.U.H) y a las pensiones por invalidez. Ninguna de ellas registró empleo formal o informal.

Tabla 4. Embarazadas que concurren para control prenatal según fuente de ingreso económico. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

<i>Fuente de ingresos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>No posee</i>	26	65
<i>Asignación Universal por Hijo</i>	10	25
<i>Pensión por invalidez</i>	4	10
Total	40	100

Fuente: elaboración propia.

Grafico 7. Embarazadas que concurren para control prenatal según fuente de ingreso económico. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



fuentes: elaboración propia.

Cobertura de salud: todas las participantes del estudio contaron con la cobertura brindada por el sector estatal. Ninguna de las embarazadas reconoció poseer obra social o seguro privado de salud.

Vivienda: el 25 % de las participantes del estudio habitaba en casas construidas por el estado provincial dentro del plan de viviendas para comunidades aborígenes (casas tipo A), el 15 % en casas recuperables (tipo B) y el 60% en casas ranchos (tipo C).

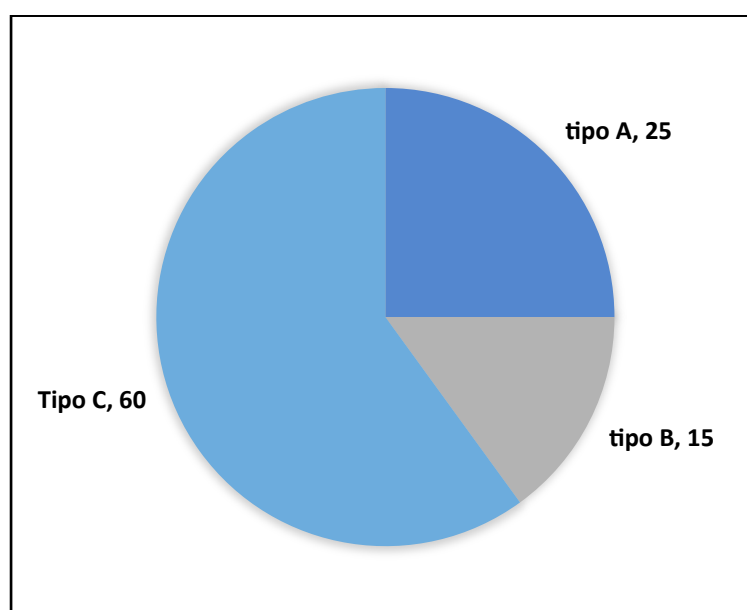
Tabla 5. Embarazadas que concurrieron para control de embarazo según tipo de vivienda habitada.

Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

<i>Tipo de vivienda</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tipo A	10	25
Tipo B	6	15
Tipo C	24	60
Total	40	100

Fuente: elaboración propia.

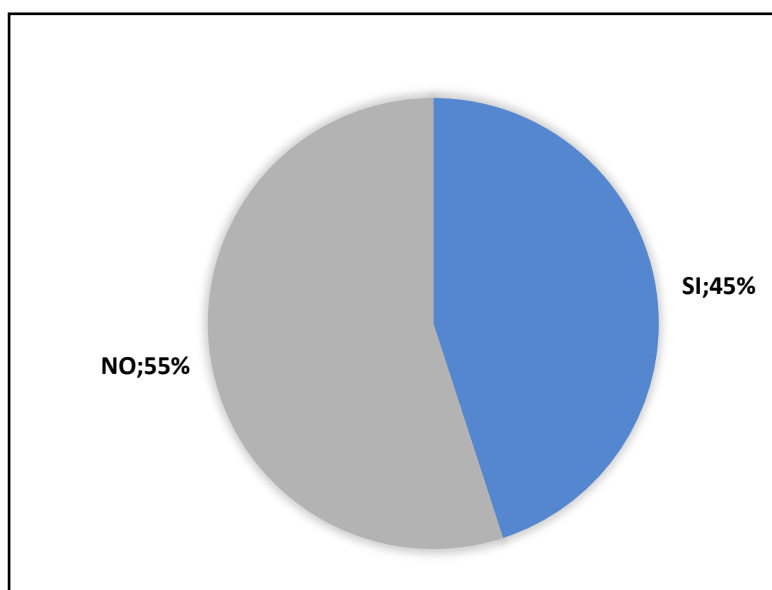
Grafico 8. Embarazadas que concurrieron para control prenatal según tipo de vivienda habitada. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

Acceso a la red de agua potable: sólo el 45% de las embarazadas que participaron de la investigación contaban con red de agua potable en sus hogares, el 55 % obtiene el agua a través de otros medios.

Grafico 9. Embarazadas que concurrieron para control prenatal y cuentan con acceso a la red de agua potable en sus hogares. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

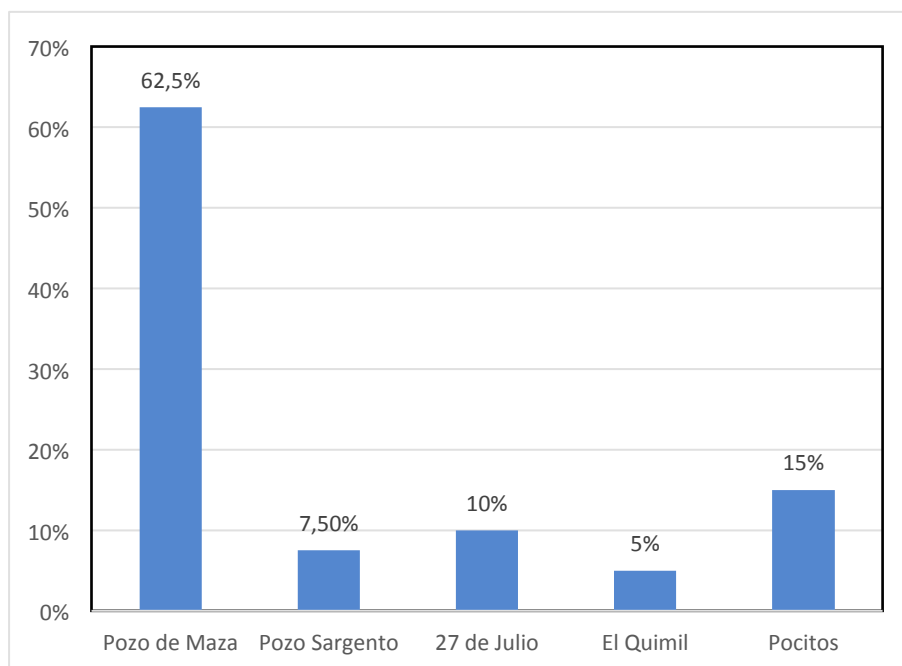
Lugar de residencia: en cuanto a esta variable, los datos arrojaron que, el 62, 5% de las embarazadas que participaron del estudio residía en la localidad de Pozo de Maza, el 37,5 % restante, se divide en cuatro comunidades aborígenes que forman parte del Área Programática Pozo de Maza.

Tabla 6. Embarazadas que concurren para control prenatal según lugar de residencia. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

<i>Lugar de residencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Pozo de Maza</i>	25	62,5
<i>Pozo Sargento</i>	3	7,5
<i>27 de julio</i>	4	10
<i>El Quimil</i>	2	5
<i>Los Pocitos</i>	6	15
<i>Total</i>	40	100

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 10. Embarazadas que concurren para control prenatal según lugar de residencia. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

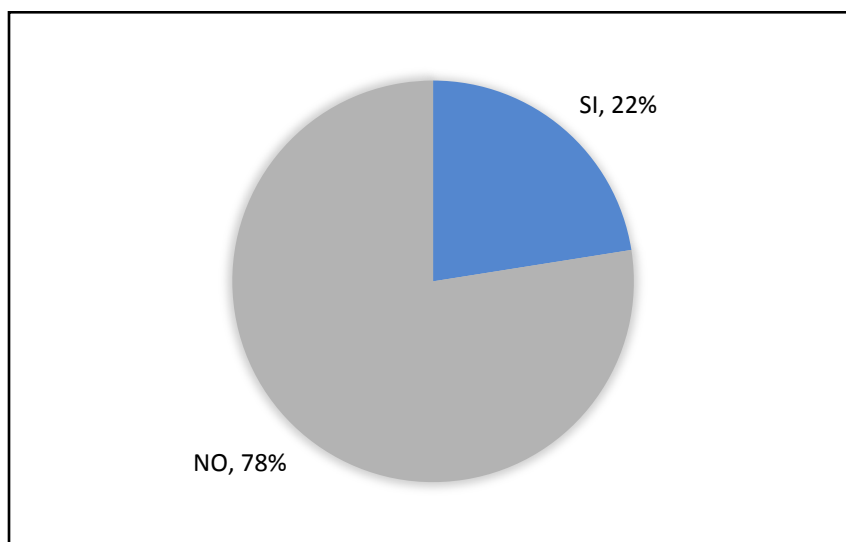


Fuente: elaboración propia.

10.2 Estilo de vida y hábitos de higiene oral

Elementos de higiene oral: sólo 9 participantes (22;5%) declararon poseer elementos de higiene oral (cepillo y crema dental) para uso personal en el hogar, mientras que 31 participantes (77;5%) no contaba con los elementos necesarios para realizar la técnica de higiene oral.

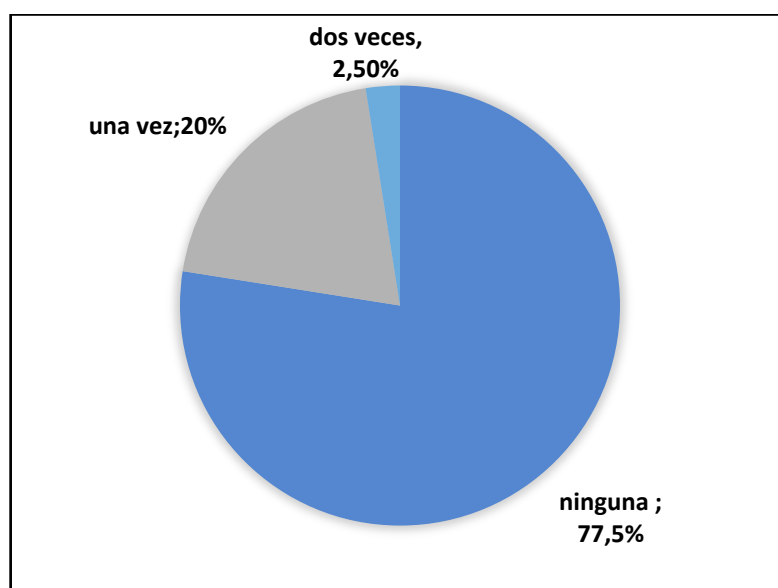
Gráfico 11. Embarazadas que concurrieron para control prenatal según contaran con elementos para realizar técnica de higiene oral. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

Frecuencia de cepillado dental: 31 embarazadas que participaron del estudio (77,5%) relataron que no realizan técnica de cepillado, 8 participantes (20%) dijeron cepillarse los dientes una vez por día, 1 participante (2,5%) dijo cepillarse dos veces por día.

Gráfico 12. Embarazadas que concurren para control prenatal según frecuencia diaria de cepillado dental.



Fuente: elaboración propia.

10.3 Estado de la salud bucal de las embarazadas que concurren para control prenatal al Centro de Salud Pozo de Maza en el año 2017.

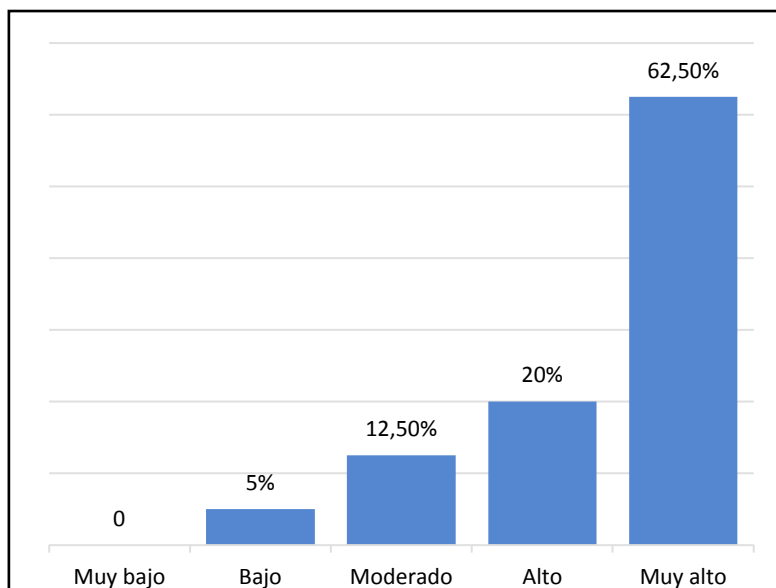
Índice CPOD: las embarazadas que participaron de la presente investigación presentaron un valor promedio de CPOD de 8,22; la Varianza fue de 15,01 y el Desvío Standard de 3,87.

Tabla 7. Embarazadas que concurren para control prenatal por niveles de severidad de índice CPOD. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

<i>Índice CPOD</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Muy bajo (0-1,1)</i>	0	0
<i>Bajo (1,2- 2,6)</i>	2	5
<i>Moderado (2,7- 4,4)</i>	5	12,5
<i>Alto (4,5- 6,5)</i>	8	20
<i>Muy alto (6,6 y +)</i>	25	62,5

Fuente: elaboración propia.

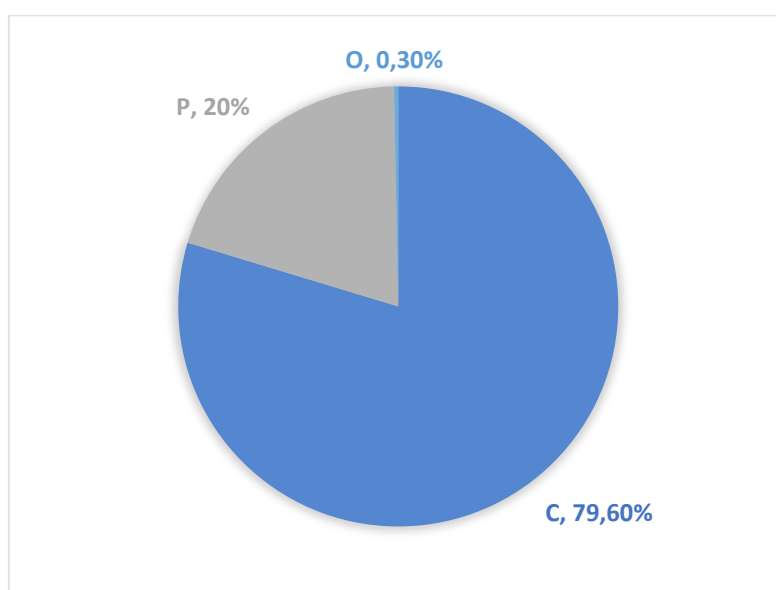
Gráfico 13. Embarazadas que concurren para control prenatal por niveles de severidad de índice CPOD. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

Al descomponer el índice CPOD, se observa que el componente C (cariado) contribuye con el 79,6% en la construcción del índice, el componente P (perdido) con el 20,06% y el componente O (obturado) con el 0,3%.

Gráfico 14. Componentes del índice CPOD en embarazadas que concurren para control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

Al cruzar datos de edad e índice CPOD se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 8. Índice CPOD y nivel de severidad por grupo etario de embarazadas que concurren para control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

<i>Grupo etario</i>	<i>CPOD</i>	<i>Nivel de severidad</i>
<i>Menores 20 años</i>	6,15	Alto
<i>Mayores 20 años</i>	10,4	Muy alto

Fuente: elaboración propia

Al relacionar las variables nivel de instrucción e índice CPOD los resultados obtenidos son los siguientes:

Tabla 9. Índice CPOD y nivel de severidad por nivel de instrucción de embarazadas que concurren para control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.

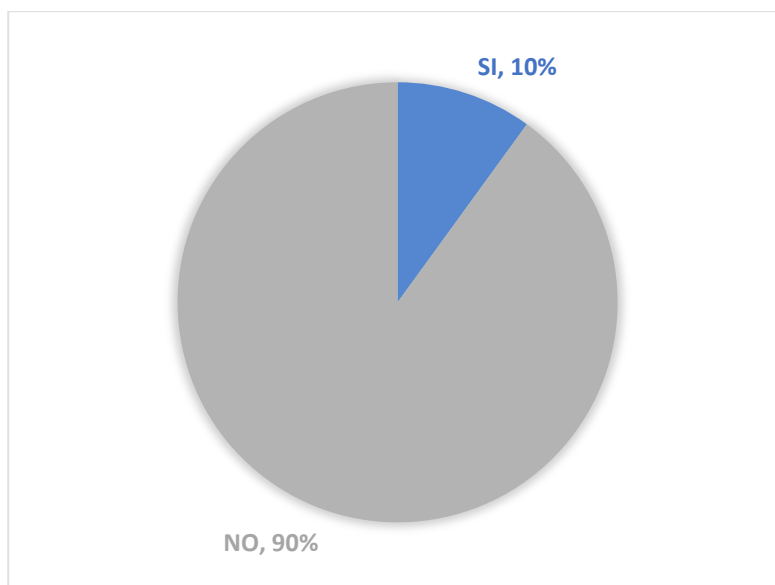
<i>Nivel de instrucción</i>	<i>CPOD</i>	<i>Nivel de severidad</i>
<i>No asistió</i>	9,16	Muy alto
<i>Primaria incompleta</i>	7,66	Muy alto
<i>Primaria completa</i>	7,0	Muy alto
<i>Secundaria incompleta</i>	10	Muy alto

Fuente: elaboración propia.

Índice de cuidados dentarios: el resultado obtenido para este índice en la muestra que conformó este estudio fue de 0,3%.

Acceso a la atención odontológica en los 12 meses previos a la realización de este estudio: 36 participantes del estudio (90%) refirieron no haber recibido atención odontológica durante el año anterior a la realización de esta investigación, mientras que 4 participantes (10%) dijeron si haber recibido dicha atención.

Gráfico 15. Acceso a la atención odontológica durante el último año de embarazadas que concurren para control prenatal. Centro de Salud Pozo de Maza, año 2017.



Fuente: elaboración propia.

10.4 Barreras de acceso a la atención odontológica de embarazadas que concurren para control prenatal al Centro de Salud Pozo de Maza en el año 2017.

Barrera cultural: 38 embarazadas que participaron de esta investigación (95%) tienen como lengua materna el idioma wichí, el cual utilizan para la comunicación oral en mayor proporción que el idioma castellano. El 5 % restante se comunica en idioma castellano.

Barrera geográfica: 25 participantes del estudio (62,5%) residían en una distancia inferior a 2 kilómetros respecto de la ubicación del centro de salud Pozo de Maza, mientras que 15 (37,5%) lo hacían a una distancia que superaba los 2 kilómetros.

Barrera económica: 14 embarazadas que participaron del estudio (35%) no contaban con ningún tipo de ingreso económico, mientras que 26 (65%) sólo contaban con algún plan asistencial estatal.

11. DISCUSIÓN

Al observar los resultados obtenidos en la presente investigación se concluye que el 50% de las embarazadas que participaron del estudio tiene menos de 20 años y el 7,5 % tiene menos de 15 años. Estos números reflejan que la problemática del embarazo adolescente en esta región de la provincia de Formosa adquiere mayor importancia que en el resto de la misma, ya que, según datos del año 2015, a nivel provincial, el 22,5 % de los nacimientos que se produjeron en ese periodo fueron de madres menores de 20 años y el 1,06% de los nacimientos, de madres menores de 15 años (8). Según la literatura este fenómeno es más prevalente entre jóvenes pertenecientes a pueblos indígenas, jóvenes que habitan en zonas rurales y jóvenes en situación de pobreza y contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza (22).

Al analizar la pertenencia a un pueblo originario, resulta que el 95% de las participantes se reconocen pertenecientes a la etnia wichí y que usan principalmente la lengua originaria (wichí) para la comunicación oral, el 5 % restante se reconocen como no indígenas o blancas y tienen el idioma castellano como lengua materna. De esta manera, el idioma se comporta como una barrera cultural que dificulta la comunicación oral entre la mayoría de las participantes del estudio y el equipo de salud, que se expresa en lengua castellana (28).

En lo que respecta a la alfabetización que presentan las embarazadas que participaron del estudio nos encontramos con que sólo el 50% de ellas sabe leer y escribir, pese a que únicamente el 20% de las participantes declara nunca haber asistido a un establecimiento educativo, marcando una diferencia entre escolarización y alfabetización y pone de manifiesto cuestiones referidas a la calidad de la educación recibida. En cuanto al nivel de instrucción alcanzado, el grupo más numeroso está representado por el que tiene educación primaria incompleta con un 40% del total, seguido por el grupo con primaria completa con un 25% y secundaria incompleta con 15%, siendo éste el nivel más alto observado en esta muestra, ya que, ninguna participante presenta educación secundaria completa.

La conclusión de la educación secundaria es considerada actualmente el nivel mínimo de educación para romper el ciclo intergeneracional de la pobreza y para ampliar las posibilidades de acceso al trabajo decente. De acuerdo con lo reflejado en la literatura, se puede decir que los pueblos indígenas y afrodescendientes presentan más dificultades de acceso, progresión, rezago y permanencia en el sistema educativo en comparación con el resto de la población, además de frecuentar escuelas de peor calidad, por lo que se señala a la educación como uno de los principales factores que

influyen en las situaciones de desigualdad y pobreza vividos por esos sectores de la población en América Latina (22).

La falta de empleo formal se ve reflejada en los resultados del presente estudio, ya que, la principal fuente de ingresos económicos que poseen las participantes del estudio lo representa la Asignación Universal por Hijo para un 25% de las mismas, seguido por la Pensión por Invalidez con un 10%. El 65% de las encuestadas declara no poseer ningún tipo de ingreso. Al mismo tiempo, que ninguna integrante del estudio posea Obra Social o prepaga constituye otro indicador de falta de empleo formal y que descansa en la salud pública una gran responsabilidad en lo concerniente a la atención, prevención y promoción de la salud en esta población.

La literatura especializada habla de una división sexual del trabajo que asigna a las mujeres la responsabilidad primaria por el mantenimiento del hogar y el cuidado de los hijos, trabajo que desde el punto de vista económico queda invisibilizado, limitando su tiempo y sus oportunidades para participar del trabajo remunerado, acceder a los beneficios de la protección social relacionados al empleo y alcanzar la autonomía económica (22).

Las mujeres dedicadas principalmente a los quehaceres domésticos son muy vulnerables a la pobreza, ya que tienen menos experiencia laboral acreditable y carecen de seguridad social. Las mujeres sin autonomía económica son más propensas a sufrir violencia de género y tienen mayores dificultades para salir del círculo de pobreza y violencia.

En Argentina, como en el resto de los países de América Latina, los planes sociales proveen en su mayoría transferencias de ingresos no contributivas a grupos sociales pobres, que se caracterizan por presentar dificultades de inserción en el mercado laboral, y que, por tanto, se constituyen en sectores vulnerables y/o excluidos de los sistemas de protección derivados de los empleos protegidos (33).

La mayoría de las encuestadas (60%) declara vivir en casas tipo rancho, que en esta zona se construyen con paja entremezclada con barro en paredes y techos y utilizan horcones de madera como tirantes, el piso es de tierra y carecen de instalaciones sanitarias. Un 15 % vive en casas que cuentan con paredes de ladrillos y techos de chapa de zinc, el 25 % restante habita en casas construidas por el estado provincial dentro del plan de viviendas para comunidades aborígenes las cuales cuentan con instalaciones sanitarias y pisos de cerámica.

La pobreza es un concepto multidimensional. Hace foco sobre varios aspectos de la deprivación. Refleja la falta de poder, inseguridad frente a imprevistos, falta de oportunidades, falta de ingresos, déficit de consumo e inadecuado aporte nutricional, escaso acceso a la educación, bajos activos físicos, mal estado de salud y escaso acceso al sistema de atención de salud (53).

Uno de los aspectos más evidentes de las restricciones materiales que padece la población pobre está relacionado con la vivienda y el acceso a la provisión de agua potable. En el presente estudio sólo el 45 % de las participantes cuentan con agua de red en sus hogares, el 55 % restante deben obtener el agua de otras fuentes (casas de vecinos, escuelas, represas). El acceso al agua potable es clave en la medida que previene enfermedades gastrointestinales. Los hogares sin acceso al agua potable están sujetos a costos adicionales, como obtener agua desde camiones cisterna, con potenciales efectos negativos sobre la salud e importantes costos de oportunidad, como el tiempo de acarreo del agua, que afecta particularmente a los niños y a las mujeres (22).

Contar con agua en el hogar facilita las prácticas higiénicas, y mediante la fluoración del agua de consumo se pueden prevenir las caries dentales. Esta medida ha sido y continúa siendo, la forma más eficaz, eficiente y de mayor equidad frente a esta enfermedad. Se considera que el uso de los fluoruros a gran escala ha sido el principal factor que ha influido en la reducción de la prevalencia y gravedad de la caries dental en los países desarrollados. La fluoración del agua de bebida se define como el ajuste controlado del contenido natural de flúor en aquellas comunidades con una concentración deficiente del mismo, al nivel recomendado para una salud dental óptima (0,5-1 mg/l). Es un esfuerzo organizado de la comunidad para controlar la caries dental (54).

El 62,5 % de las encuestadas vive en la localidad de Pozo de Maza, a una distancia inferior a los 2 kilómetros del centro de salud, trayecto que realizado a pie no insume más de 30 minutos. El 37,5% restante vive en comunidades alejadas del centro de salud de referencia por distancias que van desde los 5 hasta los 16 kms. Sumado a esto, en esta región no se cuenta con servicio público de transporte y la única manera de trasladarse es si se cuenta con medio de movilidad propio o pagando algún transporte particular. Las distancias que deben recorrer las personas hasta el puesto de salud y el tiempo que ocupan en ello, representan las principales barreras de accesibilidad. Esta situación, no sólo genera riesgos en la salud de las personas

cuando se trata de una urgencia, sino que pone en condición de desventaja a aquellas que viven a mayor distancia del centro de salud (28).

Para el cuidado de la salud oral, el método más común y universal de práctica de higiene oral es el cepillado dental con un dentífrico fluorado. Aunque no hay consenso en cuanto a la frecuencia de cepillado, se recomienda cepillar los dientes dos veces por día, una justo antes de ir a dormir y otra después de una de las comidas principales (4). En el presente estudio el 77,5% declara que no realiza la técnica de higiene oral ya que no posee los elementos necesarios para tal fin (cepillo y pasta dental), situación que podría deberse a falta de información sobre formas de cuidado de la salud oral, a la escasez de medios económicos para la adquisición de estos o a la falta de motivación para el cuidado de la salud bucal. Del 22,5% restante, que, si cuenta con los elementos necesarios, el 20% se cepilla los dientes una vez por día y el 2,5% lo hace dos veces por día.

La educación para la salud adquiere especial relevancia en embarazadas, no sólo porque ellas constituyen una población de riesgo, sino porque, además, son la principal fuente de transmisión de bacterias cariogénicas para sus hijos. Las mujeres con hábitos deficientes de cuidado dental repetirán estos patrones en sus hijos y se crearán las condiciones para el desarrollo de caries (3).

Corchuelo y cols. en un estudio realizado en la ciudad de Cali, Colombia, encontró que las buenas prácticas en salud oral presentan diferencias significativas en relación al nivel de escolaridad, donde en el grupo con secundaria completa o superior demuestra mejores prácticas que el grupo con menos educación y que las gestantes que cuentan con escasos recursos asistieron en menor proporción a la consulta odontológica que las que presentaban mejores condiciones (4).

En lo que respecta al estado de salud bucal, el examen clínico realizado a este grupo de embarazadas reveló la elevada presencia de caries dental y de afección de las piezas dentarias como consecuencia de la misma, el Índice CPOD promedio para este grupo fue de 8,22 con un DS=3,87, por lo que, de acuerdo con los niveles de severidad para prevalencia de caries establecidos por la OMS, este grupo presenta un nivel muy alto de prevalencia de caries (55). El valor individual más bajo obtenido fue de 2 y el más alto de 20. Al analizar la participación de cada uno de los componentes en la construcción del índice grupal se observa que el componente C (cariado) contribuye con el 79,6 %, el componente P(perdido) con el 20 % y el componente O (obturado) con el 0,3%.

En un estudio similar, de Misrachi y cols, donde compara la condición de salud bucal con la calidad de vida relacionada con la salud oral de embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas, se obtuvieron valores muy altos para el CPOD grupal (10,22). Al comparar ambos grupos surge que las peruanas presentaron mayor cantidad de piezas perdidas y menor número de obturadas que las chilenas, reflejando diferencias en el tratamiento recibido por los dos grupos estudiados (3).

Al comparar el índice CPOD de las embarazadas menores de 20 años con el de las mayores de 20, se observa que las menores tuvieron un índice grupal de 6,15; valor inferior al CPOD obtenido por las mayores de 20 que resultó ser de 10,4. Esto se explica por el hecho de que la caries dental es el resultado de la interacción de tres factores fundamentales, microbiota cariogénica, hospedador susceptible y sustrato (dieta) que necesitan ejercer su influencia a lo largo del tiempo para que se desarrolle la enfermedad (56).

Tras analizar el índice CPOD por nivel de instrucción alcanzado, se observa que: todos los grupos tienen niveles de severidad muy altos (superiores a 6,6), correspondiéndole al segmento con educación secundaria completa el valor más alto (CPOD=10) y al grupo con educación primaria completa el menor valor (CPOD=7,0).

Fuentes Fica, obtuvo evidencia de una correlación entre el índice CPOD y el nivel educacional de los individuos, indicando que el índice CPOD disminuye a medida que aumenta el nivel educacional. Es decir que los individuos que tienen mayor educación no sólo tuvieron menos caries, sino que también tuvieron una menor historia de caries lo que se relaciona con la presencia de obturaciones y un menor número de piezas perdidas por caries (57).

En cuanto al índice de cuidados dentarios (ICD), éste mostró un nivel muy bajo de intervención odontológica para atender la enfermedad bucal, al mismo tiempo que indica elevadas necesidades de atención. El mayor valor del componenteariado coincide con los resultados de investigaciones sobre el estado de salud bucal en países latinoamericanos y contrasta con los hallazgos en países desarrollados, donde el componente de mayor peso del índice corresponde a los dientes obturados (58).

La utilización de servicios de salud bucal está asociada positivamente a indicadores de necesidades de salud bucal (ya sean medidas por examinadores o reportadas por los propios sujetos), tales como caries, defectos estructurales del esmalte, la autopercepción de la salud bucal o de problemas de salud bucal y hasta algunas barreras atribuidas a los servicios de salud como los costos, la distancia y la organización de los mismos (59).

Componentes culturales son asociados frecuentemente con las percepciones de salud en un modelo conceptual que determina que características influyen en la manera que el paciente ve a la enfermedad y la capacidad de enfrentarse a ella o evitarla. Una baja percepción del componente oral de la salud es frecuentemente reportada entre los miembros de minorías étnicas y raciales (60).

En lo relacionado a la utilización de servicios odontológicos durante el año previo a la realización de este estudio, los resultados revelaron que ninguna participante de este estudio accedió a la consulta odontológica en dicho periodo, pese a las elevadas necesidades de atención evidenciadas por el estado de salud bucal. Esta situación podría deberse a que la población estudiada presenta diversas barreras de acceso al servicio como las culturales, geográficas y económicas, también puede estar influenciada por la capacidad de percepción de necesidades de atención o la escasa valoración de la salud bucal a nivel individual y comunitario.

La bibliografía dice que es común la falta de conocimiento y la escasa importancia sobre los cuidados orales prenatales, que en muchas ocasiones podrían deberse a la falta de motivación y programas preventivos por parte de los prestadores de servicios de salud. Además, deben analizarse otros factores como los económicos, sociales y culturales, entre otros (45).

Al tratarse esta investigación de un estudio de tipo transversal, queda claro que sólo se puede mencionar la relación encontrada entre el estado de salud bucal y las demás variables analizadas, dejando en el terreno de las hipótesis la atribución de características de determinación o de causalidad de las mismas, para lo cual sería necesario la realización de otro tipo de estudios.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La salud se ha conceptualizado como la resultante de la interacción de los genes, del modelo social, del estilo de vida y de las percepciones que muestran la manera como el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados es analizado por los sujetos y la sociedad (61).

El abordaje de una problemática de salud, como la caries dental, debe interpretarse como una complejidad en la cual interactúan variables de naturaleza biológica, social y psicológica, y que requiere no solamente el manejo de la mejor evidencia científica disponible, sino que debe estar ligada al contexto social con rigurosidad (62).

La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento, lo que condicionará el tipo de ayuda a buscar. En este contexto es importante tener en cuenta el conjunto de creencias, valores, conocimientos y comportamientos ligados al cuidado de la salud que interactúan permanentemente con el sistema oficial de atención que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que las personas tienen con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre y con el conjunto de los servicios sanitarios.

Del presente trabajo surge la necesidad de realizar investigaciones que den cuenta de las concepciones que tiene la población acerca de la salud en general y de la salud bucal en particular, de la valoración que les otorgan a los elementos dentarios, del nivel de conocimientos sobre temas de salud bucal, de las prácticas de autocuidado y de las representaciones que posean sobre el sistema de salud. Todo eso contribuirá al desarrollo de estrategias adecuadas para esta población que contribuyan a mejorar su estado de salud.

También queda demostrada la necesidad de incorporar al equipo de salud agentes sanitarios originarios que puedan oficiar de nexo entre el sistema formal de atención y la comunidad, que contribuya con la transmisión de la información de manera bidireccional, al mismo tiempo que ayudará a superar la barrera de acceso representada por el idioma y demás aspectos culturales. Asimismo, se recomienda la incorporación de temas relacionados con la interculturalidad en el campo de la salud en la currícula de las carreras de grado y la ampliación de la oferta de posgrado para aquellos profesionales interesados en temas de salud intercultural.

En cuanto a la salud oral es necesario que se lleven a cabo acciones de promoción y educación para la salud bucal de manera intersectorial, articulando con los demás sectores del estado, sobre todo con el sector educativo, ya que tiene presencia en todas las comunidades de la zona, teniendo en cuenta que desde la escuela se pueden crear, desde temprana edad, hábitos saludables como lo es la higiene bucal.

En este aspecto sería importante que el sector salud pueda proveer los elementos necesarios para tal fin (cepillo y crema dental) de manera gratuita, ya que, como quedó demostrado en el presente trabajo se trata de personas en situación de pobreza

estructural que destinan la mayor parte de sus ingresos a la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación y la vestimenta.

Otra recomendación que puede contribuir significativamente en las actividades de prevención y de promoción de la salud bucal en esta población, sería la utilización de material audiovisual producido en lengua originaria de manera que se pueda superar la barrera constituida por el lenguaje y el analfabetismo.

Los datos del presente estudio pueden ser utilizados para gestionar ante los distintos niveles de gobierno la fluoración del agua de consumo, previo análisis del contenido natural de flúor de la misma, para su ajuste a niveles adecuados, de acuerdo a las recomendaciones de los organismos internacionales y teniendo en cuenta las características climáticas de la región. Está ampliamente demostrado que la fluoración del agua de consumo es una medida eficaz para prevenir la caries dental, que resulta costo-efectiva, y que es equitativa ya que llega a todos los sectores de la sociedad.

Se verifica un cumplimiento parcial de la ley N°23.302 de política indígena, en cuanto a la dificultad para conformar las unidades sanitarias móviles que permitan llegar a las comunidades dispersas, ya sea por falta de recursos humanos, insumos, o medios de movilidad. Otro aspecto con escaso cumplimiento es el relacionado con el acceso al agua potable, el saneamiento ambiental y a la vivienda digna.

Se destaca la necesidad de consolidar la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con el fortalecimiento del equipo de salud mediante la incorporación de más profesionales, equipamiento e insumos que permitan aumentar la capacidad de resolución del primer nivel de atención, como así también una mejor inserción en las comunidades, sobre todo en las más alejadas, el tratamiento integral de las personas y las familias. En cuanto a la atención odontológica, un factor que puede favorecer la utilización del servicio es si desde el sector público se ofrecen tratamientos rehabilitadores (prótesis) y conservadores (endodoncia) y no solamente terapias básicas como las restauraciones simples y las exodoncias.

Por último, creemos que esta investigación promueve una visión integral del proceso salud-enfermedad-atención bucal de la mujer embarazada al incorporar el análisis de los determinantes sociales de salud y de esta manera superar la visión individualista, reduccionista y biologicista, tan común en el ámbito profesional de la odontología.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado I, Cornejo-Ovalle M, Jadue L, Huberman J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Cient Dent*. 2013;10(2):101-109.
2. Molina Frechero N, Irigoyen M, Castañeda Castaneyra E y cols. Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico. *Rev Mex Ped*. 2002;69(2):53-56.
3. Misrachi C, Ríos M, Morales I y cols. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(4):455-461.
4. Corchuelo J. Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2013;31(1):170-180.
5. Concha S. La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y aspectos que influyen en su atención. *Rev Ustasalud*. 2011;10(2):110-126.
6. Piovano S, Bordoni N, Doño R, et al. Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Rev Fac Odonto(UBA)*. 2008;23(54/55):34-42.
7. República Argentina. Ministerio de Salud. Indicadores epidemiológicos para caries dental. 2013.
8. República Argentina. Ministerio de salud. Dirección de estadísticas e información en salud. Estadísticas vitales 2015.
9. Rodríguez Lezcano A, León Valle M, Arada Otero Ar, Martínez Ramos M. Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. *Rev Ciencias Médicas [Internet]*. 2013 oct [citado 2016 Dic 09]; 17(5): 51-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500006&lng=es
10. Pérez Oviedo A, Betancourt Valladares M, Espeso Nápoles N, Miranda Naranjo M, González Barreras B. Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. *Rev Cubana Estomatol [Internet]*. 2011 jun [citado 2016 Dic 09]; 48(2): 104-112. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200002&lng=es
11. Bastarrechea Milián M, Gispert Abreu E, García Triana B, Ventura Hernández M, Nasco Hidalgo N. Considerations for integral and systematic stomatologic care during

pregnancy according to risk. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 dic [citado 2016 Dic 09];47(4):428-438.Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400005&lng=es

12. Concha Sánchez S. El proceso salud-enfermedad-atención bucal de la gestante: Una visión de las mujeres con base en la determinación social de la salud. Rev. Fac. Med. 2013; 61 (3), 275-291.

13. OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Informe final. 2008.

14. Bordoni N, Squassi A. Las migraciones y la salud bucal en el marco de la salud global: reflexiones desde la perspectiva universitaria. Rev Salud Pública.2016;3(20),18-31.

15. De Maio F. Desigualdad en el ingreso como determinante social de la salud. Salud Colectiva .2010;6(2):195-209.

16. Uicab – Pool G. Determinantes sociales en salud: un gran reto en las políticas públicas. Ciencia Humanismo Salud. 2015;2(1):1-3.

17. OPS. Documento de orientación regional sobre los determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. 2012.

18. OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 2008.

19. Álvarez Castaño L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2009;8(17):69-79.

20. Cruz Palma G. Análisis de los determinantes sociales y necesidades de salud bucal: definición de prioridades en población marginada [tesis de maestría]. Nuevo León. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2012.

21. Cuadrado C. The challenge for healthcare systems in the XXI century: how to incorporate the focus of social determinants in healthcare? *Medwave* 2015 Oct;15(9): e6289 doi: 10.5867/medwave.2015.09.6289.

22. ONU. CEPAL. La matriz de la desigualdad social en América Latina.2016.

23. Espinosa González L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2004 Dic [citado 2016 Dic 15]; 41(3): Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009&Ing=es

24. Guerrero Montoya L., León Salazar A. Estilo de vida y salud. *Educere*. 2009;14(48):13-19.
25. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–9.
26. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2013;12:96-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54529181008>. Fecha de consulta: 30 de mayo de 2017.
27. Peranovich A C. Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina. *Salud colectiva*. 2017; 13 (1):73-90
28. Ponce B. Análisis de la accesibilidad geográfica en la atención primaria de la salud: estudio aplicado en los centros regionales de referencias del gran Resistencia (Chaco, Argentina). *Rev Salud Pública*. 2015; 3(19):32-44.
29. Franco-Cortés A, Ramirez-Puerta S, Escobar-Paucar G, et al. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. *Rev Ces Odont*. 2010; 23 (2):41-48.
30. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*. 2007; 3(3):271-283.
31. Medina Solís C., Villalobos Rodelo j., Marquez Corona M., et al. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(12):2621-2631.
32. República de Colombia. Ministerio de salud. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Abecé sobre IV estudio nacional de salud bucal: para saber cómo estamos y saber qué hacemos. 2014.
33. Fort A, Fuks A, Napoli A, et al. Distribución de caries dental y asociación con variables de protección social en niños de 12 años del partido de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*. 2017; 13(1):91-104.

34. Durán R, Duran E, Ojeda G, Castellanos W. Distribución geográfica de fluoruros en el agua de red de abastecimiento público en la provincia de Tucumán, Argentina. *Salud colectiva*.2017; 13 (1): 105-122.
35. Martignon Biermann, S, Naranjo Sierra, MC, Yepes Ochoa, JF. Dossier temático Caries Dental. *Universitas Odontológica* [Internet]. 2013;32(68):19-23. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231240433002>.
36. Sanabria Castellanos C, Suárez Robles M, Estrada Montoya J. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2015; 14(28),161-189.
37. Franco A, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Rev Fac Odont Univ Ant*. 2004;15(2):78-90.
38. Medina-Solis C, Maupomé G, Avila-Burgos L, et al. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades, una descripción. *Rev Biomed*. 2006; 17:269-286.
39. García Zavaleta C. Equidad y salud oral. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2015; 25 (2):85-86.
40. Romero Y. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. *Acta Odontol. Venez*.2006; 44 (2):210-215.
41. Silverman M, Marín G, Pozzio M, et al. El rostro sin dientes del sistema de salud: salud bucal y el sistema de salud como determinante social, una experiencia en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Archivos de Medicina General y Familiar*.2013; 10 (1): 22-29.
42. Abadía Barrero C. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica*. 2006; 12 (1): 9-22.
43. Corchuelo Ojeda J, Pérez González J. Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (10): 2209-2218.
44. República Argentina. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. 2013.

45. Saldarriaga O, Sanchez M, Avendaño L. Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal: Medellín 2003. Rev CES Odont. 2004;17(2):9-23.
46. República Argentina. Ministerio de Salud. Plan Federal de Salud. Guía metodológica de capacitación en interculturalidad.2007
47. República Argentina. Ministerio de Salud. Área de salud indígena. Interculturalidad y salud.2016
48. Echegoyemberry M, Castiglia G, Yavich N, Báscolo E. Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de derechos humanos. Espacio I + D. 2017;1(15):10-32.
49. República Argentina. Provincia de Formosa. Constitución de la Provincia de Formosa. 2003.
50. Pineda E, de Alvarado E, de Canales F. Metodología de la Investigación: manual para el desarrollo del personal de salud. 2da ed. Washington D.C. Paltex. 1994.
51. República Argentina. Provincia de Formosa. Ministerio de planificación, inversión, obras y servicios públicos. Subsecretaría de planificación de la inversión pública. Plan estratégico de desarrollo local: Pozo de Maza. 2011.
52. Piovano S, Squassi A, Bordoni N. Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental. Rev Fac Odontol(UBA). 2010; 25(58): 29-43.
53. Ravera E, Sanchez G, Squassi A, Bordoni N. Relationship between dental status and family, school and socioeconomic level. Acta odontol. Latinoamericana. 2012;25(1):138-147.
54. Baca García P, Junco Lafuente MP. Control de biopelículas orales. En: Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 4.º edición. Barcelona: Elsevier Masson. 2013. P.77-89.
55. Dhó MS, Vila VG, Palladino AC. Situación de salud bucal de pacientes mayores de 18 años. Cátedra práctica Clínica Preventiva I, Facultad de Odontología UNNE, Argentina, 2010. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2013; 24(2): 214-231.
56. Baca García P, Martínez Lizán I. Caries dental: etiopatogenia y diagnóstico. En: Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 4º edición. Barcelona: Elsevier Masson. 2013. P. 93-105.

57. Fuentes Fica C, López Espinosa M. Índice Copd asociado a determinantes sociales en usuarios mayores de 20 años inscriptos en la lista de espera odontológica del Cesfam Huequén de la comuna de Angol 2011. Rev dental Chile. 2011; 102(2): 4-10.
58. Pérez Dominguez J, González García A, Niebla Fuentes M, Ascencio Montiel I. Encuesta de prevalencia de caries dental en niños y adolescentes. Rev Med Inst Mexicano Seg Social. 2010; 48(1): 25-29.
59. Pontigo Loyola A, Medina Solís C, Márquez Corona M, y cols. Influencia de variables predisponentes, facilitadoras y de necesidades sobre la utilización de servicios de salud bucal en adolescentes mexicanos en un medio semirrural. Gaceta Médica de México. 2012; 148:218-26.
60. Mathias SD, Warren EH, Colwell HH, Sung JC. A new treatment satisfaction measure for asmathics: a validation study. Qual Life Res. 2009; 9: 873-82.
61. Contandriopoulos AP. Hacia una topografía del concepto de salud. Ruptures, Rev Interdiscipl Salud. 2006; 11(1): 86-99.
62. Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L, Law S. Conceptualizing and combining evidence for health system guidance [internet]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2005. Disponible en: http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf.

ANEXOS

ANEXO I: Consentimiento informado

Nombre del estudio: **Determinantes sociales en el acceso a servicios de salud bucal de gestantes que realizan control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza, año 2017. Perspectiva intercultural.**

Se me ha invitado a participar del siguiente estudio, explicándome que consiste en el análisis de los datos contenidos en la Historia Clínica Perinatal, examen del estado de salud bucal, realización de un cuestionario, que servirá de base para la presentación de la tesis de grado de maestría sobre el tema arriba enunciado, que será presentado por el od. Carlos Lyonel Mendoza, estudiante de la carrera de Maestría en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario.

El presente estudio tiene como propósito describir los factores sociodemográficos y componentes relacionados con el estilo de vida que influyen en la utilización de servicios de odontología por parte de las embarazadas que realizan control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza.

Al firmar este consentimiento acepto participar voluntariamente de este estudio. Se me ha informado que:

- 1- El estudio no provocará ningún efecto adverso sobre mi persona, ni me generará gasto económico alguno.
- 2- En cualquier momento puedo decidir retirarme de la investigación.
- 3- Se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos.
- 4- Se me ha brindado información detallada sobre los procedimientos y propósitos de la presente investigación.
- 5- Podré acceder, si lo solicitara, a los resultados que se obtengan de la presente investigación
- 6- Podré contactarme con el investigador en cualquier momento personalmente en su lugar de trabajo o telefónicamente al nº 3704 500 956 o al correo electrónico clmendoza_od@hotmail.com

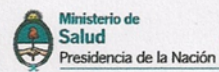
Firma (en caso de ser menor, padre o tutor legal):.....

Aclaración:.....

Lugar y fecha:.....

ANEXO III: Historia clínica odontológica

Programa Nacional
de **Salud Bucodental**



HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

APELLIDOS											
NOMBRES											
NÚMERO DE DOCUMENTO						EDAD			SI ES EXTRANJERO, PAIS		
SEXO: MASCULINO		FEMENINO		FECHA DE NACIMIENTO: DÍA		MES		AÑO			
MAIL						CELULAR					

DATOS DE DOMICILIO

CALLE										NÚMERO	
PISO		DEPTO.		LOCALIDAD							
ESTABLECIMIENTO											
OBRA SOCIAL											

DERECHA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	IZQUIERDA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75							

REFERENCIAS

- Azul** Prestaciones a realizar
- Rojo** Prestaciones realizadas
- X (azul)** Pieza no erupcionada
- X (rojo)** Pieza ausente
- = (azul)** Extracción
- Prótesis Fija
- Prótesis Removible
- Corona

ÍNDICE

C	P	O	CPOD
c	e	o	ceod

TEJIDOS BLANDOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos, como así también tomar fotografías e imágenes. Entiendo y he sido informado sobre los propósitos del tratamiento y posibles complicaciones y/o riesgos, aceptando asimismo su realización. Autorizo la utilización de datos epidemiológicos (índice).

..... FIRMA ACLARACIÓN DNI

ANEXO IV: Cuestionario

Título de la investigación: Determinantes sociales y del estilo de vida en el acceso a servicios de salud bucal de gestantes que realizan control prenatal en el centro de salud Pozo de Maza, año 2017. Perspectiva intercultural.

- 1- ¿sabe leer y escribir? Si No
- 2- ¿Qué nivel educativo posee? (marque con una cruz)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Terciario incompleto |
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Terciario completo |
| <input type="checkbox"/> Primaria completa | <input type="checkbox"/> Universitario incompleto |
| <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Universitario completo |
| <input type="checkbox"/> Secundaria completa | |
- 3- ¿Tiene trabajo? Si No ¿Cuál?.....
- 4- ¿Es beneficiaria de algún plan o programa del estado que brinde ayuda económica? (marque con una cruz)
- No si ¿cuál?.....
- 5- La casa en la cual vive es.....(marque con una cruz)
- Casa de un plan de vivienda del Estado
- Casa con paredes de ladrillos, techo de chapa de zinc, aberturas de madera
- Tipo rancho, con paredes de barro y techo de paja mezclado con barro
- 6- ¿Tiene elementos para realizar la técnica de higiene oral en su hogar?
- | | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Cepillo dental | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Crema dental | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Agua de red | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
- 7- ¿cuántas veces por día se cepilla los dientes? (marque con una cruz)
- Ninguna una vez dos veces tres veces
- 8- ¿Recibió atención odontológica preventiva o curativa durante los últimos 12 meses?
- Si No

ANEXO V: Fotografías



Centro de Salud Pozo de Maza



Casa tipo rancho en Pozo de Maza



Examen del estado de salud bucal de una gestante en el centro de salud



Embarazada durante control prenatal en el centro de salud