

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD EN INTERNOS DE ODONTOLOGÍA DE LA CIUDAD
DE ABANCAY, 2016**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: EPISTEMOLOGÍA EDUCATIVA

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
EDUCACIÓN, MENCIÓN: INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
SUPERIOR**

TESISTA: MARUJA MARGARITA ROQUE PEÑA

ASESOR: DR. PEDRO GETULIO VILLAVICENCIO GUARDIA

HUÁNUCO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, supremo creador del universo, quien me ha dado la fortaleza necesaria, a mi hija razón de mi vida, a mis padres que incondicionalmente apoyaron a mi formación profesional y a mi hermana que desde el cielo me cuida para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento muy especial a los profesores encargados de brindar sus sabios consejos y colaboración para la culminación del presente trabajo y a todos a quienes de una u otra forma han colocado un granito de arena para afianzar los conocimientos vertidos en esta investigación.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es determinar el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología de la ciudad de Abancay, 2016. Es una investigación no experimental, básica, observacional, Transversal ya que los datos serán recogidos a propósito de la investigación. El diseño de la investigación será de campo, y se realizará en el internado rural de odontología de la provincia de Abancay. La población lo constituye el total de estudiantes universitarios de Odontología que vienen realizando el internado rural en los establecimientos de salud de la provincia de Abancay que es de 60 para ambas universidades, y la muestra es intencional o por juicio en base al conocimiento de la población y al propósito del estudio teniendo en cuenta la predisposición de 30 alumnos por cada universidad. La técnica a utilizar es la encuesta. De la muestra de 60 alumnos de Odontología; el 33% Opinó que la atención primaria de salud tiene como principios que “La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud”; [50%(15) son de la universidad UTEA, y el 17%(5) de la universidad UAP]; el 25% Opinó como principio que “Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados” de los cuales [10%(3) son de la universidad UTEA, y el 40%(12) de la universidad UAP]. El 42% Opinó que “La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud”; [47%(14) son de la universidad UTEA, y el 37%(11) de la universidad UAP.

Palabras clave: Características sociodemográficas, Conocimientos APS, atributos APS, Accesibilidad APS, longitudinalidad APS, Integralidad APS

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the level of knowledge about primary health care in university students attending the rural boarding school of dentistry of the city of Abancay, 2016. It is a non-experimental, basic, observational, cross-sectional investigation since the data They will be collected on the basis of the investigation. The design of the research will be field, and will be held in the rural dentistry boarding school in the province of Abancay. The population is the total number of university students of dentistry who are conducting the rural boarding school in the health facilities of the province of Abancay which is 60 for both universities, and the sample is intentional or by trial based on knowledge of the population and the purpose of the study taking into account the predisposition of 30 students for each university. The technique to be used is the survey. Of the sample of 60 students of Dentistry; 33% said that primary health care has the following principles: "The community should be an active part of the programming, planning and execution of specific projects in the area of action of the health centers"; [50% (15) are from the UTEA university, and 17% (5) from the UAP university]; 25% opined as a principle that "Primary health care must be based on affordable, ethically and culturally acceptable methods for individuals and the community, and be appropriate for the conditions in which they are to be applied" of which [10% (3) are from the UTEA university, and 40% (12) from the UAP university]. 42% said that "primary care is the gateway and the place where most health problems must be resolved"; [47% (14) are from the UTEA university, and 37% (11) from the UAP university.

Keywords: Sociodemographic characteristics, APS knowledge, APS attributes, APS accessibility, APS longitunality, APS Integrality

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 Fundamentación del problema	11
1.2 Justificación e importancia de la investigación.....	13
1.2.1 Justificación	13
1.2.2 Importancia.....	14
1.3 Viabilidad de la investigación.....	15
1.4 Formulación del problema	16
1.4.1 Problema General	16
1.4.2 Problemas Específicos	16
1.5 Formulación de objetivos.....	17
1.5.1 Objetivo General.....	17
1.5.2 Objetivos Específicos	17
CAPÍTULO II. SISTEMA DE HIPÓTESIS	18
2.1 Formulación de las hipótesis.....	18
2.2 Operacionalización de variables	18
2.3 Definición operacional de las variables	18
2.3.1 Variables de Caracterización	18
2.3.2 Variables de Interés	18

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	21
3.1 Antecedentes de investigación	21
3.1.1 Antecedentes internacionales.....	21
3.1.2 Antecedentes nacionales.....	23
3.2 Bases teóricas	27
3.3 Bases conceptuales	47
CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO.....	53
4.1 Ámbito.....	53
4.2 Tipo y nivel de investigación	53
4.2.1 Tipo de Investigación	53
4.2.2 Nivel de Investigación	53
4.3 Población y muestra	54
4.3.1 Descripción de la población.....	54
4.3.2 Muestra y método de muestreo.....	54
4.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	54
4.4 Diseño de la investigación	55
4.5 Técnicas e instrumentos	55
4.5.1 Técnicas	55
4.5.2 Instrumentos	55
4.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de datos	57
4.7 Aspectos éticos.....	57
CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	58
5.1 Análisis descriptivo.....	58
5.1.1 Aspectos generales.....	58
5.1.2 Conceptos de atención primaria en salud	59
5.1.3 Principios de la atención primaria de salud	60

5.2	Análisis inferencial y/o contrastación de hipótesis	61
5.2.1	Atributos de la atención primaria de salud	61
5.2.1.1	Accesibilidad y primer contacto	61
5.2.1.2	Cupo y longitudinalidad	62
5.2.1.3	Integralidad	63
5.2.1.4	Coordinación	64
5.3	Discusión de resultados.....	65
5.3.1	Características sociodemográficas.....	65
5.3.2	Atención primaria de salud.....	65
5.4	Aporte Científico de la Investigación.....	68
	CONCLUSIONES	69
	SUGERENCIAS	70
	REFERENCIAS	71
	ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Salud para Todos, surgió como un nuevo concepto para la promoción de una buena salud, definido como cualquier combinación de educación para la salud con intervenciones organizacionales, políticas y económicas, diseñadas para facilitar cambios conductuales y ambientales que mejoren o protejan la salud.

Desde esta perspectiva, la promoción de la salud es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social y que depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, y su componente operativo esencial que es la educación.

Abordar el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en internos de odontología requiere aplicar enfoques de Salud Pública, con estrategias preventivas claras que permitan asumir este problema, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial mediante actividades que vinculan la acción individual, comunitaria y profesional.

Desde 2015, el Sistema Nacional de Servicios de Salud ha priorizado las actividades odontológicas promocionales y preventivas por sobre las curativas. El enfoque preventivo, está orientado hacia los grupos más vulnerables, a través de acciones masivas e individuales, muy eficaces en función del costo, y buscamos en esta oportunidad trabajar con nuevo enfoque sobre la atención primaria de salud, y empezar a priorizar también a los 3,5 millones de niños que asisten diariamente a la escuela, lo que sumado a profesores, padres, apoderados y administrativos constituye una institución de gran cobertura, y lo que se pretende con esta investigación es determinar el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología de la ciudad de Abancay y el diseño de la investigación será de campo, y se realizará en el internado rural de odontología de la provincia de Abancay, cuyo desarrollo consta de:

En el Capítulo I, el lector encontrará en la fundamentación del problema una descripción de la realidad problemática que se desea abordar, ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología de la ciudad de Abancay, 2016?

En el Capítulo II, en el Marco Teórico se presenta los antecedentes, las Bases Teóricas que fundamentan y permitan determinar el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud teniendo como premisa la declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, ante un grupo de trabajadores de la salud.

En el Capítulo III, Marco Metodológico, se precisa el tipo, nivel y diseño de la investigación teniendo en cuenta el control de las variables. Se precisa la población y los instrumentos.

En el Capítulo IV, Resultados, orientados por los objetivos e Hipótesis del estudio, se utilizan tablas y gráficos para mostrar los hallazgos del estudio, y se contrastan las hipótesis y la prueba estadística pertinente.

En el Capítulo V, Discusión, se contrastan los resultados obtenidos con los referentes bibliográficos del estudio, con las hipótesis.

CAPÍTULO I. ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

Existen tendencias que están en discrepancia con la satisfacción de las necesidades reales de salud. Diversos estudios muestran que una atención primaria de la salud fuerte tiene buenos resultados en el control de la atención de la salud y el gasto en salud de las personas. Los avances tecnológicos han reducido la importancia de la medicina general y han aumentado la importancia de los especialistas y técnicos. La atención especializada continúa siendo un recurso agotador, y el impacto visual de la tecnología abruma a los pacientes y profesionales de la salud de todos los ámbitos de la vida.

Es así como el Ministerio de Salud señala: “Los sistemas sanitarios de muchos países aplican un enfoque dirigido a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocando una fragmentación de la prestación de los servicios, permitiendo la próspera atención de carácter comercial no regulada” (2014, pág. 12).

Así mismo, Starfield menciona que: “En la actualidad, la demanda mundial de servicios de atención primaria de la salud está creciendo. Esta necesidad refleja un interés creciente por lograr sistemas de atención de la salud más justos, inclusivos y equitativos” (2002, pág. 16).

Por otro lado, aquellos países que invierten grandes cantidades en atención primaria tienen menores gastos y mayores niveles respecto a salud poblacional de manera que: “El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia que hasta el momento ha demostrado mejores resultados a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo” (Harzheim, Starfield, Rajmil, & Alvarez-Dardet, 2006).

En la región andina de América Latina, el Convenio del Organismo Andino de Salud - Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), del cual Perú también es miembro

activo, tiene como objetivo reducir la desigualdad, la desigualdad y la exclusión común en los países de la subregión y mejorar el colectivismo. salud a través de políticas y programas para fortalecer el desarrollo de los recursos humanos en los países de la subregión.

Tal como señala la Organización Mundial de la Salud: “La urgencia de avanzar en este propósito radica, entre otros aspectos, en que importantes proporciones de la población carecen de acceso permanente a servicios básicos de salud y también en la necesidad de modificar el contenido de acciones de salud” (Chen, y otros, 2006). Donde se hace hincapié en las estrategias de promoción y prevención para hacer frente a los cambios epidemiológicos y demográficos que presentan los países de la región.

Así mismo, existe un acuerdo generalizado respecto a que: “Se deberá fortalecer los sistemas de salud basados en Atención Primaria, donde la disponibilidad de personal sanitario es un factor crítico, para realizar acciones de salud requeridas y liderar procesos de cambio de instalación del modelo de atención” (Bustos, y otros, 2015).

En el sistema universitario peruano, los procesos educativos y los programas de incentivos sustentan una visión que se enfoca en el aspecto biomédico, incrementando la elección de especialidades médico-quirúrgicas entre especialistas en lugar de médicos, policlínicos y registros de salud familiar.

Se entiende por formación profesional el proceso mediante el cual las universidades e instituciones sanitarias proporcionan a los estudiantes de licenciatura y maestría en ciencias de la salud la preparación necesaria para el trabajo profesional, donde los individuos tienen los conocimientos y habilidades necesarios para las actividades científicas y técnicas, espíritu humanista y valores éticos, y de alta calidad. Puede tener éxito en muchas profesiones diferentes y responder a la sociedad a través de su actividad profesional.

En este contexto los profesionales de la Odontología forman parte del equipo básico de atención primaria de salud, los mismos que desde su formación en el pregrado evidencian brechas de conocimientos respecto del modelo de atención. Acrecentado aún más por las mallas curriculares a nivel universitario donde predominan

asignaturas tendientes a la recuperación y rehabilitación de la salud, quedando relegados la prevención y promoción de la salud como última opción.

En la actualidad hay la existencia de un fenómeno denominado síndrome todo menos trabajar en actividades preventivo promocionales(TMTAPP), entendido como el conjunto de trastornos, impedimentos u obstáculos, sentimientos y conductas que presenta un estudiante o profesional cuando aborda la tarea de desarrollar actividades preventivas promocionales en salud.

Basándonos en estos datos, el propósito del estudio es evaluar el nivel de conocimiento sobre la atención primaria de salud que tienen los estudiantes universitarios que están cursando el internado rural de odontología en los establecimientos de salud de la ciudad de Abancay, a fin de tener una línea de base sobre esta estrategia y poder formular la abogacía a nivel de las entidades formadoras de recursos para cambiar de paradigma recuperador al preventivo promocional.

1.2 Justificación e importancia de la investigación

1.2.1 Justificación

No importa cuántos estudiantes estén involucrados en los esfuerzos de prevención, muy pocos estudiantes eligen la atención primaria de salud como lugar de trabajo durante su educación universitaria. Los líderes de los sectores público y privado están al tanto de las tendencias de la fuerza laboral que muestran una caída preocupante en el número de hombres y mujeres que eligen la atención de la salud bucal como campo profesional. Los resultados de esta investigación generan indudables beneficios para los futuros profesionales en odontología. Ya que al tener claro los beneficios que tiene la atención primaria en los pacientes, los futuros profesionales mejoran su formación, estimulan el espíritu crítico de su actividad clínica, consolida la actividad profesional, aumenta la motivación, contribuye con incrementar los conocimientos de las intervenciones que se hacen en la práctica preventiva promocional, todo esto genera satisfacción profesional. En cuanto a los pacientes la calidad

de la atención y la equidad mejoran. Y para el sistema sanitario, mejora la eficiencia y eficacia de la administración pública.

Esta investigación puede servir de punto de partida para continuar con la línea de investigación de las barreras de la atención primaria de salud por parte de los profesionales de la salud y dar mayores luces sobre aspectos poco conocidos en el aspecto cognitivo por parte de los estudiantes de pregrado.

La utilidad de los resultados de esta investigación puede generar el impulso para reestructurar la currícula universitaria, dando mayor énfasis a la formación de recursos humanos con un paradigma preventivo y promocional y de esta manera motivar a los profesionales de salud para incorporarse con vocación a esta actividad y no por mera necesidad como sucede en la actualidad.

Perú está emprendiendo reformas y cambios en el sistema de salud, especialmente en términos de cobertura universal y descentralización de las funciones de salud de central a regional. Este nuevo escenario crea un nuevo diseño de intervenciones, las hace más eficaces y efectivas, y evalúa los cambios en la salud y el bienestar, por lo que los resultados de esta investigación van a contribuir a resolver el problema de la insatisfacción que manifiestan los profesionales de la salud oral cuando se desempeñan en el I nivel de atención de salud.

1.2.2 Importancia

En general en las universidades peruanas La carga de trabajo académico se centra principalmente en la atención de la salud en hospitales y clínicas, con menos actividades de promoción y prevención de la salud. Es por eso que los estudiantes de odontología prosperan al estudiar personas en diferentes condiciones de salud: pacientes con condiciones específicas y problemas de salud específicos. Sin embargo, su campo de acción inmediato como odontólogo durante el periodo del Servicio Rural Urbano Marginal en Salud será en su mayoría hacia individuos con factores de riesgo e individuos sanos, en los cuales se deberá asignar conocimientos

científicos de atención primaria de salud. Es por esa razón, que el desenvolvimiento de una actitud positiva sobre conocimientos y habilidades básicas en atención primaria de salud, es de suma importancia pues mientras que en los niveles asistenciales de mayor complejidad la actividad guarda concentración en los casos de enfermedad y mortalidad, en la atención primaria de salud se trabaja sobre la salud y sus determinantes sociales, es decir se valora al individuo en su contexto personal, familiar y comunitario con un enfoque integral biopsicosocial, lo que nos ayuda a alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y la comunidad. En ese contexto es importante conocer el nivel que tienen estos estudiantes referentes a la atención primaria de salud, lo que nos indicará indirectamente su futura actitud cuando se desarrollen en el periodo inmediato del SERUMS.

1.3 Viabilidad de la investigación

La investigación es viable en diversos ámbitos que paso a detallar:

Geográficas. La accesibilidad es adecuada, en algunas oportunidades el trasladarnos a los distritos de la provincia de Abancay genera tiempo y más aún cuando no se encuentra a las unidades de estudio.

Económicas. Los gastos para el proyecto de investigación se asumieron de forma total para garantizar el normal desarrollo de la investigación. No se contará con apoyo externo lo que podría ampliarse el universo de unidades de estudio que generaría datos más sensibles.

Temporales. Para cumplir con la adecuada planificación del tiempo, se presentó oportunamente a la autoridad institucional para que brinde las facilidades para poder proveer datos e información requeridas para el estudio de investigación así también los permisos para poder realizar las encuestas en horarios que no pueda perjudicar el normal desarrollo de las actividades propias de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Teóricas. Hechas las averiguaciones del caso a tratar, se cuentan con bibliografía y trabajos de investigación que permitió analizar la variable de interés.

Delimitación Espacial. La presente investigación tiene como ámbito espacial la provincia de Abancay, ubicada en la región Apurímac, lugares donde se encuentran ubicados los establecimientos de salud del I nivel de atención, y que es de amplio conocimiento de la tesista

Delimitación Social, Las unidades de observación del presente estudio son estudiantes de Odontología que vienen realizando el internado rural, con quienes hice contacto teniendo su aceptación.

Delimitación Temporal. El tiempo en que se desarrolló la presente investigación fue el IV trimestre del 2016.

Delimitación Conceptual. Se han tomado como base y sustento los atributos y propiedades de la atención primaria de salud. Entender la atención primaria como la atención basada en enfoques pragmáticos, científicamente válidos y socialmente aceptados y el desarrollo económico y social de las personas y familias de la comunidad a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el estado puedan sostener universalmente a un costo.

1.4 Formulación del problema

1.4.1 Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología de la ciudad de Abancay, 2016?

1.4.2 Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la definición de atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los principios de la atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los atributos de la atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología?

¿Cómo es el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud según características sociodemográficas e institucionales de los estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología?

1.5 Formulación de objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología de la ciudad de Abancay, 2016.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Medir el nivel de conocimiento sobre la definición de atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología.
- Medir el nivel de conocimiento sobre los principios de la atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología.
- Medir el nivel de conocimiento sobre los atributos de la atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología.
- Describir el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud según características sociodemográficas e institucionales de los estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología.

CAPÍTULO II. SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.1 Formulación de las hipótesis

La investigación no tendrá hipótesis debido a que se trata de un nivel descriptivo; por cuanto no se puede presuponer sobre algo que recién se está comenzando a conocer y es precisamente formular hipótesis para el siguiente nivel de investigación.

2.2 Operacionalización de variables

Ver Tabla 01

2.3 Definición operacional de las variables

2.3.1 Variables de Caracterización

- Características sociodemográficas (Edad, Sexo)
- Características institucionales (Universidad de procedencia)

2.3.2 Variables de Interés

- Conocimiento sobre Atención primaria de salud (Definición, Principios de la APS, Atributos de la APS)

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEM	INSTRUMENTOS VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
VI = V1 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN INTERNOS DE ODONTOLOGIA DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2016	"Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (OMS)	La APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población; principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud.	atención primaria de salud	Conceptos de atención primaria en salud	1. Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud, de poder alcanzar la meta social y política de salud para todos.	CUESTIONARIO Institución universitaria donde está cursando la educación superior INDICADOR <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta a pregunta sobre definición de la APS • Equidad • Envolvimiento de la comunidad • Colaboración intersectorial • Tecnología apropiada y costos accesibles • Promoción de la salud • Accesibilidad y primer contacto • Cupo y longitudinalidad • Integralidad • Coordinación 	Cualitativa Politómica	Nominal
					2. Es una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta todos sus niveles.			
					3. Es un proceso social eminentemente participativo.			
					4. Es un proceso social y político, con el apoyo de la información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones.			
					5. Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano.			
				Principios de la atención primaria de salud:	6. Todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud.			Nominal
					7. La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud.			
					8. Se debe colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda.			
					9. Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados.			
					10. Incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales			
					11. La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud.			
atributos de la atención primaria de salud:	Accesibilidad y primer contacto	Nominal						

					<p>12. Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes.</p> <p>13. La accesibilidad se asocia a una mejor continuidad asistencial con el personal del equipo básico de salud.</p>			
				Cupo y longitunalidad	<p>14. La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes.</p> <p>15. La longitudinalidad facilita el cumplimiento del tratamiento de enfermedades crónicas.</p> <p>16. La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas, por lo tanto tienden a padecer menos enfermedades prevenibles</p>			Nominal
				Integralidad	<p>17. La integralidad de la atención es la identificación de las necesidades de los pacientes y de respuesta del sistema de salud a éstas.</p> <p>18. Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención centrados en la población y los separa de aquellos que son centrados a grupos poblacionales específicos.</p> <p>19. La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población.</p>			
				Coordinación	<p>20. La coordinación en la atención primaria es disponer de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados por el paciente.</p> <p>21. La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas del paciente y el buen seguimiento de éstos.</p> <p>22. La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático único en salud, lo cual permite una actualización constante de la información del paciente, que demuestra un mejor tratamiento de la persona.</p>			

Tabla 01. Operacionalizacion de variables

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de investigación

3.1.1 Antecedentes internacionales

Haciendo una revisión sobre investigaciones destinadas al estudio de los conocimientos sobre la atención primaria de salud por parte de estudiantes y profesionales de la salud, somos conscientes de que, aunque ha pasado algún tiempo desde que se implantó el modelo sanitario integrado actual, todavía no hay mucha investigación en este campo en nuestro país. Presentamos algunos estudios que tienen que ver con conocimientos de estudiantes en temas de salud.

Llor Esteban B, y colaboradores, en su investigación realizada en Centros de salud del Área II de la Región de Murcia-España, en el año 2015, tienen el objetivo de:

Determinar cómo es la actitud de los médicos hacia el actual modelo de atención primaria de salud y estimar su relación con variables de tipo sociodemográfico y/o laboral utilizando un Estudio multicéntrico, transversal participando médicos generales, de familia y pediatras

Los resultados mostraron que la actitud del médico fue buena (promedio de 4,1 sobre 5). En cuanto a otras variables importantes, los expertos que trabajan en centros periféricos y en particular muestran una actitud más positiva hacia el modelo actual. En resumen, el conocimiento de las actitudes de los especialistas y variables asociadas está documentado y puede ser la base para diseñar posibles estrategias de intervención para mejorar la calidad de atención en el establecimiento de atención primaria de salud y lograr el desarrollo activo de sus especialistas. (2001, pág. 596).

Dumitrescu A. y cols realizaron su estudio con el fin de:

Determinar un estudio comparativo de actitudes y comportamientos de salud bucal entre estudiantes de medicina y odontología utilizando la Encuesta de salud bucal de la Universidad de Hiroshima para identificar las diferencias de comportamiento de salud bucal entre estudiantes de odontología de primer año

y estudiantes de medicina general”. Se utilizó una muestra del estudio de 118 estudiantes de primer año de odontología (68) y de medicina (50).

Donde señala que: “Los resultados muestran que sólo el 6% de los estudiantes de odontología no se preocupa mucho de la visita al dentista, mientras que el 32% del grupo médico lo hicieron. Además, el 56% de los estudiantes de medicina buscan atención dental sólo cuando surgen los síntomas, en comparación con el 31% de los estudiantes de odontología” (2005, pág. 2).

No hubo diferencias significativas entre los estudiantes de medicina y odontología en la frecuencia de cepillado y uso de hilo dental según el género. Llegaron a la conclusión de que había diferencias significativas en las actitudes y comportamientos con respecto a la salud bucal entre los estudiantes de primer año de medicina y odontología.

Tirelli realizó su estudio con el objetivo de:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos, obstetras y ginecólogos en el campo del cuidado de la salud bucal y el tratamiento bucal de la mujer embarazada. Dentro del método de investigación se encuentra la utilización de un estudio observacional transversal descriptivo. El cuestionario fue utilizado para entrevistar a 204 obstetras y ginecólogos afiliados a la Sociedad Federal de Obstetricia y Ginecología de São Paulo, que ejercen en el área metropolitana de São Paulo. Los resultados mostraron que el 94,12% de las encuestadas conocía la causa de la caries dental y el 82,36% de las encuestadas conocía la causa de la gingivitis y periodontitis durante el embarazo. El 96,97% de las que tenían información sobre la etiología de la caries y/o gingivitis y periodontitis durante el embarazo proporcionaron esta información a su paciente embarazada. Concluyeron que el conocimiento de la etiología de la caries fue mayor y el conocimiento de la etiología de las lesiones gingivales fue el más bajo. (2004, pág. 2)

Padilla-Cuadra, Juan I y colaboradores, en su trabajo “Actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos, trasplante y muerte cerebral en estudiantes de ciencias

de la salud”, realizado en la Universidad de Iberoamérica de Costa Rica, en el año 2015, tiene el objetivo de:

Determinar la actitud y el nivel de comprensión de los estudiantes de ciencias de la salud sobre la donación de órganos, el trasplante de órganos, la muerte encefálica. Los materiales y métodos que se utilizaron fue un estudio transversal en estudiantes de ciencias de la salud de las carreras de medicina, enfermería, psicología y farmacia de la Universidad Iberoamericana, mediante encuesta de datos sociológicos y escalas tipo Likert para evaluar actitudes y conocimientos sobre los programas de trasplante disponibles a nivel nacional. Resultados obtenidos: se evaluaron 326 estudiantes de las siguientes profesiones: medicina (n = 116), enfermería (n = 15), farmacia (n = 89) y psicología (n = 106). La distribución por género fue 73% mujeres, con una edad media de 23,25 años. El 90,8% está dispuesto a donar órganos, pero solo el 35,3% tiene documentos que acreditan ser donante de órganos. El 26,3% cree erróneamente que la muerte encefálica es una enfermedad reversible, y el 44,8% de los encuestados no sabía distinguir entre muerte encefálica y autonomía persistente. En conclusión, la investigación señala que la donación de órganos es muy aceptable, pero a menudo sin una declaración escrita. Hay conceptos erróneos sobre los conceptos de muerte cerebral y donación de órganos. Incluir un tema en el plan de estudios de ciencias de la salud e implementar programas de capacitación puede aumentar el conocimiento y, en última instancia, influir en la escasez de órganos trasplantados. (2015, pág. 2)

3.1.2 Antecedentes nacionales

Horna Iparraguirre realizó un estudio con el objetivo de:

Determinar las percepciones de salud bucal de los aprendices de ciencias de la salud que laboran en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. Este trabajo de investigación es cualitativo, observacional y descriptivo; se realizó una encuesta estructurada; se seleccionó una muestra voluntaria de 22 reclusos. El nivel de alfabetización en salud bucal se divide en: conocimientos de prevención, conocimientos de enfermedades bucales,

conocimientos de odontología, salud de la gestante y conocimientos de salud bucal sobre el desarrollo bucal de la gestante. Los resultados se dividen en tres niveles: bueno, malo y normal. En cuanto a los resultados, al conocimiento de las medidas preventivas, el promedio fue de 54,5%, bueno 40,9% y malo 4,5%. En cuanto al conocimiento de las enfermedades bucodentales, el promedio fue de 77,3%, bueno 4,5% y malo 18,2%. En cuanto al conocimiento de salud bucal, el promedio fue de 36,4%, bueno 31,8% y malo 31,8%. En cuanto a los conocimientos en el campo de la odontología, el desarrollo medio es de 36,4%, malo 36,4% y bueno 27,2%. En general, del total de los pasantes consultados sobre su salud bucal, el 68,2% eran regulares, el 18,2% buenos y el 13,6% malos. (2020, pág. 2)

Parco en su estudio tuvo como objetivo principal:

Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de los profesionales médicos que laboran en el Hospital Pampas-Tayacaja-Huncavelica, Provincia de Pampas, febrero 2014. La corriente de estudio es la observación, tipo descripción. Para ello, se realizó una encuesta estructurada a 30 enfermeras voluntarias de este centro médico. El nivel de conocimientos sobre salud bucal se dividió en conocimientos sobre prevención, conocimientos sobre enfermedades bucales, conocimientos sobre salud bucal en gestantes y conocimientos sobre salud bucal y desarrollo dental, de igual forma el nivel de conocimientos se relaciona con el grupo etario. Los resultados se clasifican en tres categorías: buenos, regulares y malos. Resultados: Para conocimiento preventivo el nivel bueno es 73.3%, el nivel general es 26.7%, el nivel malo es 0%, el conocimiento de patología bucal es bastante 70%, el nivel general es. 26,7%. En el nivel malo y 3,3% en el nivel malo, en gestantes En cuanto al conocimiento oral, el 60,0% logró bueno, el 36,7% logró regular, el 3,3% malo y en desarrollo el 43,3% bueno, el 36,7% moderado y el 20,0% malo. Conclusión En general, el 56,7% tenía buenos conocimientos de salud bucal, el 43,3% tenía conocimientos generales y el 0% tenía conocimientos deficientes. (2014, pág. 2)

Santillán J. utilizó la siguiente metodología:

Observacional, descriptivo y transversal, incluye una encuesta de salud bucal de 158 estudiantes, constaba de 10 preguntas sobre información de comportamiento personal y 10 preguntas sobre conocimientos de salud bucal. Resultados: El nivel de conocimiento de los privados de libertad alcanzó el 80,4%, en general normal, la mayoría de las escuelas están al mismo nivel; el nivel general de conducta alcanzó el 75,9%; los niveles de comportamiento se correlacionan positivamente al realizar la correlación de Spearman entre los niveles de conocimiento; concluyeron que los comportamientos adquiridos en la universidad eran similares independientemente de la escuela; Las respuestas se basaron en el conocimiento previo de la asistencia, por lo que se necesitaba una función más importante de salud bucal en el plan.(2009, pág. 1)

Contreras N. realizó su estudio con el siguiente objetivo:

Evaluar los conocimientos y actitudes hacia la salud bucal infantil en 24 pediatras de la ciudad de Huancayo. Las personas realizaron una encuesta utilizando un cuestionario y obtuvieron los siguientes resultados: buen conocimiento 33,3%, conocimiento medio 29,7%, conocimiento deficiente 37,5%. En cuanto a la postura, el 45,8% de las personas piensa que la postura es correcta y el 54,2% de las personas piensa que la postura no es suficiente. Dentro de las conclusiones menos conocidas de los pediatras se encuentran: contagio, lactancia materna nocturna como factor de riesgo de caries dental y efectos adversos del uso inadecuado de flúor. Entre las actitudes inapropiadas mencionaron: consejos sobre cómo iniciar la higiene y eventualmente dejar de amamantar y dar biberón. Hubo diferencias significativas en los niveles de conocimiento con diferentes tiempos de práctica, y no hubo correlación entre conocimientos y actitudes. Los resultados muestran que los pediatras de la ciudad de Huancayo tienen una conciencia y actitudes. (2008, pág. 29)

Mendoza J. en junio de 2014 realizó un estudio al personal de apoyo del Centro Médico ESSALUD del distrito de Carhuaz, provincia de Ancash, cuyo objetivo principal fue:

Determinar su nivel de conocimiento sobre salud bucal, en el cual se aplicó una encuesta estructurada voluntaria a 21 participantes. Base de aprendizaje El nivel de conocimiento sobre salud bucal se divide en nivel de conocimiento sobre prevención, enfermedades bucales, nivel de conocimiento sobre cuidado bucal en mujeres embarazadas y conocimiento sobre desarrollo dental, similar al conocimiento por grupos de edad. En cuanto al conocimiento oral, el 14,3% se desempeñó bien; normal 85,7%, pobre 0%, buen nivel de conocimiento de prevención 52,4%, normal 47,6%, pobre 0%, conocimiento de enfermedades bucales 52,4% nivel medio usualmente 42,9% pobre 4,8% Buen conocimiento dental en mujeres embarazadas 52,4% Normal 28,6% Bueno 19% Pobre conocimiento del desarrollo dental 47,6% normal, 42,9% pobre, 9,5% bueno. (2014, pág. 429)

Díaz M. realizó su estudio con el objetivo de:

Determinar el nivel de conocimiento en medidas preventivas de salud bucal de los docentes de educación inicial en la ciudad de Puno, mayo julio 2005. La metodología fue un estudio de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 136 docentes de educación inicial, para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 16 preguntas donde se evaluó el conocimiento sobre control de dieta cariogénica, higiene bucal, flúor y sellantes; se utilizó un cuestionario como instrumento de respuestas múltiples. Dentro de los resultados se destaca que el nivel de conocimiento en cuanto a dieta cariogénica es de 90.44% adecuado y un 9.55% no adecuado, higiene bucal de 77.2% adecuado y 22.7% no adecuado, flúor un 81% es adecuado y un 18.3 es no adecuado de los docentes de educación. Se concluyó que el nivel de conocimiento en medidas preventivas de salud bucal es adecuado, el nivel de conocimiento con respecto al control de dieta cariogénica es adecuado con un porcentaje de 90.4% y con respecto al control de placa bacteriana el nivel de conocimiento es deficiente. (2006, pág. 1)

Franco J. El objetivo de su estudio fue el siguiente:

Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de la salud bucodental de las gestantes inscritas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Abanca Guillermo Díaz de la Vega en el año 2005. Sus observaciones fueron observacionales, descriptivas y transversales-seccional sobre una muestra de 67 gestantes. La entrevista se utiliza como técnica y la forma de entrevista se utiliza como herramienta. Para determinar el nivel de conocimiento, se construyó un conjunto de cuestionarios de 9 preguntas para evaluar el conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, etapa del embarazo y nutrición, los resultados se dividen en los siguientes niveles: Bajo (0-6 puntos) Medio (7-13 puntos) y Alto (14-20 puntos), además de brindar metas específicas como edad, embarazo, progreso del nivel educativo. Como resultado del estudio se tuvo que el sentido común fue más bajo y hasta un 45%, siendo el promedio más bajo la parte relacionada con el movimiento dentario, que el 78% desconocía. No hubo diferencias significativas entre la alfabetización y la edad, el embarazo o la educación y los niveles de alfabetización. (2015, pág. 11)

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Atención primaria de salud definición

La Declaración de Alma Ata definió la Atención primaria de salud como: “La asistencia sanitaria basada en métodos prácticos, científicamente y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que se pueda soportar en cada etapa de desarrollo”(PAHO/WHO., 1978).

De acuerdo con estos postulados, la atención primaria de salud tiene como objetivo llegar a todos, principalmente a los más pobres, con énfasis en las familias y los hogares, no es solo una cuestión de servicios de salud. Como operación, no puede interpretarse como atención médica, mucho menos atención primaria, o peor aún, atención brindada por personal incompetente.

Dar el primer paso en el sistema no es suficiente, ni es compatible con un abordaje efectivo de la atención primaria, la reducción que se hace de ella en la idea de “servicios de salud para todos”; atención primaria de salud no es sólo servicios de salud.

De hecho, la política de “Salud para Todos en el año 2000” se debió apoyar en cinco estrategias que aún funcionan, pero que responden a cambios conceptuales que han provocado su resurgimiento:

- 1) Cobertura global y según necesidades
- 2) Integración de servicios de promoción, tratamiento y rehabilitación
- 3) Servicios efectivos culturalmente aceptables y factibles
- 4) Las comunidades necesitan participar para el desarrollo responsable de los servicios
- 5) Actividades de salud relacionadas con otras áreas de desarrollo

Sus bases se pueden ampliar en: “1) la Conferencia Internacional de Atención Primaria y en la Declaración de Alma Ata; 2) en la evaluación que se hace de la atención primaria de salud (25 años de formulación), por la (OPS) y en el Doc. CD 44/9 julio” (OPS, 2003).

De ahí se derivan otras definiciones de la OMS y la OPS. Los valores básicos de la APS son la justicia, la solidaridad y la salud universal., que son derechos humanos básicos. En 2005, debido al fracaso en el logro de los objetivos de salud establecidos por la Conferencia de Alma Ata y la necesidad de revisar la estrategia para reposicionar el sistema nacional de salud como atención primaria de salud, se lanzó un nuevo concepto de Atención primaria de salud. El concepto es transformar los sistemas de salud para que puedan depender de la atención primaria, para lo cual los servicios de salud deben adaptarse para facilitar y prevenir; Desarrollo orientado a la familia y la comunidad para lograr la adaptación; establecer un marco institucional que fomente la mejora de la calidad de los servicios, con especial atención al papel de los recursos humanos, desarrollar una

estrategia de gestión del cambio y alinear la cooperación internacional con el enfoque de salud inicial.

La atención de la salud en sí misma es un enfoque orgánico e integrado conceptual y operativamente que está orientado fundamentalmente a abordar los factores causales y los problemas de salud para que se puedan lograr los objetivos sociales y políticos de salud para todos. Es una nueva forma de atención inclusiva en salud que afecta e impacta a todo el sistema social nacional. Es un proceso social participativo dominante. Es un proceso social y político, ayudado por información objetiva que expertos y asistentes en varios campos pueden proporcionarle sin compromiso. Es así como el MINSA la señala como: “Una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano, pues sus principios no son exclusivos para el campo de la salud, por ejemplo la efectiva descentralización, y a la vez con un sentido profundo de equidad y justicia social” (2014, pág. 15).

Según el Instituto de Medicina de Norteamérica: “Es la provisión de servicios de salud integrados, por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud, que desarrollan una relación continuada dentro del contexto de la familia y la comunidad”. (2009, pág. 18)

Según el documento APS Renovada: “La Atención Primaria es una de las vías más eficientes y equitativas de organizar un sistema. Su implementación exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso y justicia económica” (OPS/OMS, 2007).

3.2.2 Principios de la APS

A. Equidad.

La igualdad en la atención de la salud y la educación en atención primaria aún no ha recibido la misma atención que las escuelas de salud pública. La educación infantil para profesionales de la salud ha comenzado a incorporar al currículo materias

comunes que enfatizan la resolución de problemas en equipos multidisciplinarios, pero la preparación de habilidades y actitudes adicionales. La titulación requerida por los profesionales de la salud es fundamental. Esto significa crear oportunidades para el aprendizaje práctico en diferentes departamentos a través de tutorías, enseñanza personalizada y aprendizaje permanente.

Estos y otros cambios en los amplios planes de estudios y la formación práctica requieren un esfuerzo consciente para movilizar a las instituciones responsables dentro y entre los países.

B. Envolvimiento de la comunidad.

En la atención primaria de salud, las personas deben ser alentadas y capaces de participar activamente en las decisiones sobre su propia salud y los servicios de salud pública.

La comunidad debe participar activamente en la planificación, planificación y ejecución de proyectos específicos en el ámbito de actuación del centro de salud: “La participación debe establecer una comunicación en dos sentidos, de los servicios de salud, con las bases y viceversa. La consecuencia evidente de este compartir de conocimiento, es la desmitificación de un gran número de técnicas, de tratamientos y servicios” (Grodos & Bethune, 1988).

C. Colaboración intersectorial.

Coordinar con otras áreas de políticas y salud, como agricultura, educación y vivienda, y seguir una estrategia común.

El sector salud debe realizar la búsqueda de vínculos con otros sectores que ayuden al desarrollo global, como la agricultura, la ganadería, la producción de alimentos, industrias, calidad educativa, vivienda, los medios de comunicación, etc. Buscar acciones coordinadas para esos sectores.

D. Tecnología apropiada y costos accesibles.

La atención primaria de la salud debe basarse en enfoques que sean razonables, éticos y culturalmente aceptables para las personas y las comunidades, y que cumplan las condiciones aplicables.

E. Promoción de la salud.

Integrar la promoción y la educación sanitaria acerca del proceso de control y prevención de los problemas de salud más habituales.

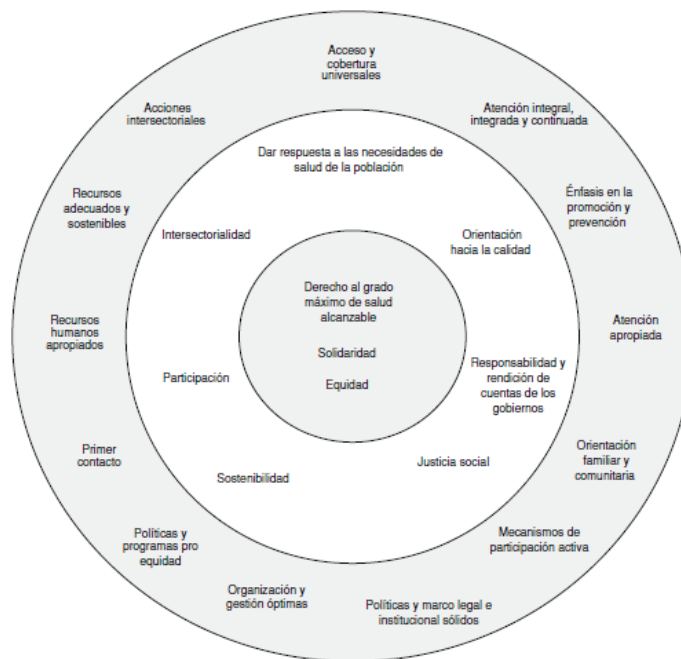


Figura N° 1: Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la atención primaria de salud

3.2.3 Atributos de la APS

El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia a nivel mundial con mejores resultados según estudios de Bárbara Starfield: “Queda demostrado que en los países que invierten más en una Atención Primaria sólida, son más costo efectivo y tiene mejores niveles de salud poblacional” (2004, pág. 15). Es por eso, que la Atención Primaria va dirigida hacia la persona y no a la enfermedad, siendo una característica de suma relevancia para el éxito de los sistemas sanitario.

Existen diferentes propuestas, siendo la más utilizada la propuesta de Bárbara Starfield: “accesibilidad o primer contacto, cupo y longitudinalidad, integralidad y coordinación” (2004, pág. 15).

A. Accesibilidad y Primer Contacto

Todo sistema sanitario dispone de un portal donde facilita a los pacientes la solución de sus problemas de salud, por lo que debe ser muy accesible en todos los sentidos, tanto geográfico, económico y actualizado. La puerta principal debe ser el centro de atención primaria, donde se deben manejar la mayoría de los problemas de salud, y el médico decidirá si el problema es lo suficientemente grave como para requerir la atención de otro especialista.

Se puede señalar algunas de las ventajas de primer contacto y accesibilidad:

- El fácil acceso a los servicios de salud reduce la morbilidad y la mortalidad.
- Al mejorar el acceso a la atención primaria, será mejor identificar y abordar los problemas de los pacientes.
- Implica una mejor atención médica continua.
- Gracias a un “filtro” bien elaborado, se reduce el uso de otros especialistas y emergencias.
- Menor porcentaje de los costos totales de salud ganados.
- Limitar el uso de pruebas diagnósticas porque se ha demostrado que su uso en pacientes de bajo riesgo puede producir resultados no concluyentes, mientras que en otros casos puede dar lugar a pruebas diagnósticas o terapéuticas adicionales innecesarias.

B. El Cupo y la Longitudinalidad

La longitudinalidad es una relación personal establecida durante un largo periodo entre un médico y un paciente. Este tipo de atención significa que la población reconoce el centro de atención como “suyo” y el equipo de salud brinda atención que está concentrada en la persona en función de sus valores y preferencias.

El sistema de salud basado en Atención Primaria, asigna a la población a los proveedores de atención médica y el médico tiene un número específico de pacientes de los que es responsable. Los resultados de salud óptimos son difíciles de lograr sin responsabilidad y sin una relación con el paciente.

Las siguientes son consideradas ventajas de la longitudinalidad:

- Promover la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas.
- Implica un mayor reconocimiento de los problemas de salud cuando se establece el nivel de comprensión del paciente.
- Establecer un diagnóstico más certero y un tratamiento adecuado ya que el nivel de conocimiento de los médicos a los pacientes es mayor.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes, en especial de aquellos que conocen al médico desde hace mucho tiempo.
- Incrementar el acceso a la atención sanitaria preventiva, especialmente de los adscritos a centros específicos.
- Menos ingresos hospitalarios y menor estancia hospitalaria.
- A medida que aumenta el número de servicios de consejería preventiva, tienden a tener menos enfermedades prevenibles.
- Los costos de atención médica se han reducido en aproximadamente un 25%.

C. Integralidad

Se trata de la identificación de las necesidades del paciente y de la respuesta del sistema sanitario a las mismas. En nuestro país, la implementación es complicada y obstaculizada por muchos factores, como la capacitación insuficiente de los médicos de atención primaria, los recursos humanos y financieros insuficientes, los pacientes sobrecargados. Es por esa razón, que cada establecimiento de atención primaria debe brindar una gama de servicios para abordar los problemas más comunes en la comunidad, que no son necesariamente los mismos para todas las comunidades.

Entre las ventajas de la integralidad tenemos:

- Garantiza que los servicios se adapten a las necesidades de salud de la población. Cabe señalar que cuanto mayor sea la cantidad de servicios, mejor será el soporte, lo cual no es cierto que puede resultar contraproducente.
- Identificar y distinguir entre métodos de prevención específicos de la población y específicos de la población.

D. Coordinación

Esto es importante para lograr las otras tres características o atributos. La sustancia de este atributo es tener información sobre los problemas y servicios pasados que fueron prestados al paciente. Por lo tanto, si las necesidades de salud pueden satisfacerse mejor más allá de la atención primaria y al mismo tiempo ser responsable ante el paciente, el médico de atención primaria debe comprender y coordinarse con otros niveles. Este sistema de salud debe contribuir a mejorar la atención integral entre los profesionales de atención primaria y otros profesionales. Parte del logro de esta característica necesita buenos sistemas de comunicación e información.

Las ventajas de la coordinación incluyen:

- En comparación con otros, los pacientes que recibieron atención conjunta tuvieron menos derivaciones y tuvieron menos síntomas durante el período de seguimiento de un año.
- Ayuda a identificar completamente el problema del paciente y monitorearlo de manera correcta.
- Fomenta la creación de un único sistema de información sanitaria que permita la actualización continua de la información del paciente para una mejor atención al paciente.

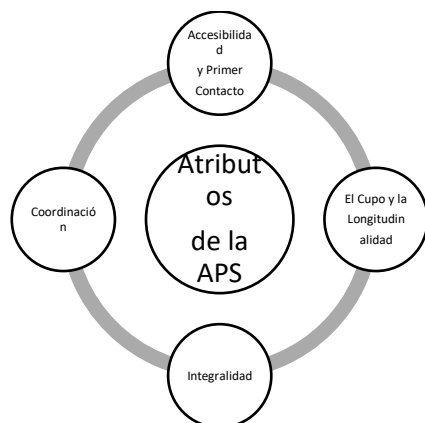


Figura N° 2: Atributos de la atención primaria de salud

3.2.4 Antecedentes de la educación médica con enfoque de atención primaria de salud

A. Enfoques educativos

Se propusieron muchas estrategias globales y combinaciones de enfoques educativos. Si bien en un primer momento, la tendencia ha sido aumentar la cantidad de cursos para brindar conocimientos que ayuden a desarrollar la atención primaria, la manera de realizar estas acciones no es aumentar la cantidad de cursos y clases sino trasladarlos a direcciones de educación y desarrollo comunitario y se basa en la atención primaria de salud y competencias en salud requeridas por el sistema.

El modelo de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad, tal como fuera definido por Sidney Kark y Joseph Abramson en 1982: “A los postulados de la APS del Institute of Medicine (atención accesible, detallada, coordinada, continua y responsable) se agrega el foco comunitario y la aplicación de métodos epidemiológicos al cuidado clínico de pacientes individuales” (Institute of Medicine, 1983).

Este enfoque, que tiene más de 30 años de práctica no es una propuesta revolucionaria. Sin embargo, proporciona un marco teórico para la implementación de distintos contextos. Con esto se refiere a la atención de la salud proporcionada por el cuidado de una población definida. Tiene una constitución basada en el proceso que empieza con el diagnóstico de la situación, para después identificar las prioridades brindando de esta manera, soluciones. La integración de habilidades

epidemiológicas y de ciencias del comportamiento es fundamental para este enfoque. En este sentido, hay muchas experiencias en los modelos educacionales centrados en la comunidad tal como fueran categorizado por Magzoub y col definiendo el programa de educación basado en la comunidad como: “Aquel que se lleva a cabo en el contexto comunitario durante todo el currículo, y los clasifican en los primariamente orientados a la asistencia de grupos poblacionales específicos, los orientados a la investigación comunitaria o sólo al entrenamiento de estudiantes” (2000, pág. 56)

Colaborar con la Asociación de Medicina Familiar para promover la provisión de medicina familiar como una estrategia de atención primaria de salud en varias facultades de medicina. Sin embargo, no fue sino hasta el año 2000 que la investigación señaló algunos inconvenientes en llevar la medicina familiar a las facultades de medicina.

En noviembre de 1994 se realizó la conferencia conjunta de la OMS en London, Ontario Canadá, que realizó un documento de trabajo titulado “Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia” con 21 recomendaciones que involucran grandes variaciones en los sistemas de salud. Comprenden desde la financiación y remuneración de los recursos a las actividades de formación de los médicos. En la Conferencia Regional de Líderes y Expertos de las Américas realizado en Buenos Aires “La Medicina familiar en la reforma de los Servicios de Salud” se propuso la Declaración de Buenos Aires donde señala que “la enseñanza de medicina familiar debe adecuarse a necesidades de servicio, las universidades deben tener una participación más activa y responsable en la formación de los recursos relacionados con la medicina familiar tanto en pregrado como en postgrado”.

En 2002, se realizó la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, dicha cumbre indica que para poder hacer correcciones respecto al atraso en que se encuentran las escuelas de medicina de los países iberoamericanos respecto a la introducción de la medicina familiar en el currículo de grado será de gran importancia que haya una

adopción de estrategias correctas de acuerdo con la situación de cada país pero que deberían tener como denominadores comunes los siguientes enunciados:

- Será importante poder manifestar alianzas estratégicas con la intención de acelerar la incorporación de la medicina de familia y la atención primaria a las enseñanzas teóricas y prácticas de los currículos de pregrado en los países iberoamericanos.
- Se debe dinamizar voluntades y garantizar recursos, con la finalidad de que se ponga en marcha experiencias curriculares innovadoras en la enseñanza de la medicina de familia y la atención primaria en el pregrado con clara y temprana articulación con los servicios de salud.
- La instrucción de profesores y líderes docentes en medicina familiar es esencial para avanzar en los objetivos propuestos. El establecimiento de programas de colaboración e intercambio internacionales en este campo es una estrategia primordial.
- Será importante llegar a tener un correcto desarrollo de la medicina de familia y la atención primaria dentro de las estructuras académicas de facultades y escuelas de medicina iberoamericanas. En cada país, se deberán diseñar estrategias nacionales que permitan la introducción de la disciplina de medicina de familia en el currículo de pregrado.
- Resulta preciso señalar que será de gran relevancia que este grupo de trabajo se haga cargo de operativizar las sugerencias del documento elaborado en esta Cumbre, y también de indagar en la información y análisis evolutivo de la situación real de la medicina familiar en las universidades iberoamericanas.

Finalmente, es de señalar una propuesta reciente de la Commonwealth Fund, la cual fomenta la Iniciativa de Atención Primaria Centrada en el Paciente, en la que está alineada con las recomendaciones del Insitute of Medicine para la reformulación de la calidad en educación médica. Esta iniciativa tiene como objetivo promover la atención médica que los pacientes necesitan, cuando la necesitan y de la manera en que la requiere. Se enfoca en el cuidado de la salud teniendo como base en la

evidencia guiada por los valores del paciente. Este modelo pretende preservar la evolución de la educación médica tradicional centrada en el médico, la cual está basada en principios hereditarios con grandes expectativas para los pacientes.

No se han desenvuelto las investigaciones que permitan concluir cual es el abordaje que produce mejores resultados, pero que requiere un análisis reflexivo para lograr las metas planteadas necesitando un médico con más habilidades que en el primer nivel de atención primaria como un concepto global y que engloba la acción comunitaria asumiendo enfoques interdisciplinarios.

3.2.5 Conocimiento

De acuerdo a su comprensión hoy en día, el conocimiento viene a ser un proceso gradual y progresivo que nace a partir de experiencias del hombre para aprehender su mundo y realizarse como especie. Su definición formal es “Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias”.

A. Tipos de conocimiento

Conocimiento empírico o conocimiento vulgar. En las primeras etapas el hombre comienza a posicionarse en la realidad a través de la observación de la naturaleza, ayudado por el conocimiento, que le proporciona experiencias sensoriales y se guía únicamente por la curiosidad.

Conocimiento filosófico. A medida que el hombre progresa, está en la búsqueda de tener información acerca de su naturaleza y obtener una mejor comprensión de su entorno, y para sí mismo, todo hecho captado en la etapa anterior queda fuera de discusión, Este cambio impulsó un nuevo enfoque del conocimiento, al que llamo filosofía, un tipo diferente de conocimiento caracterizado por:

- Crítico: no aceptar métodos o reglas establecidas, incluso si han sido confirmadas. Toma todo para el análisis, sin ningún principio propio.
- Metafísico: tiene un campo mayor a lo que se puede observar y comprender, afirmando que el ámbito de la ciencia y la física es finito y por lo tanto la filosofía comienza donde termina la ciencia.

- Cuestionador: refuta el hecho y cuestiona la vida
- Incondicionado: no acepta límites ni restricciones y, es más, incorpora el concepto de libre albedrío, para el acto de pensar para conocer.
- Universal: su meta es la comprensión total e integral del mundo, para encontrar una sola verdad, la verdad universal.

Conocimiento científico. El hombre sigue su progreso y descubre una nueva forma de conocer mejor su situación. A este punto de vista lo llama investigación, su finalidad: esclarecer cada acontecimiento o realidad que sucede a su alrededor, determinar las reglas o leyes que rigen el mundo y su comportamiento.

Bunge construye sobre la interdependencia de los siguientes factores para la expresión del conocimiento científico:

- Teoría, significa tener las características del conocimiento adquirido y verificado sobre la base de explicaciones hipotéticas de situaciones aisladas, explicadas total o parcialmente, pero que se puede construir estructura. Estructuras hipotéticas para resolver nuevos problemas.
- Método, instrucciones e inferencia imperativa Procedimientos sistemáticos para llegar a conclusiones por deducción o inducción con el fin de probar o descartar hipótesis o teoremas.
- Investigación, proceso propio del conocimiento científico creado para resolver problemas probando una teoría en la realidad sustantiva, dejando a salvo ir en sentido inverso, de la realidad a la teoría. (2009, pág. 24)

B. Teorías del Conocimiento

Teoría del Aprendizaje Significativo

La teoría del aprendizaje significativo de Ausubel (TASA) es una de las teorías cognitivas que fueron trabajadas desde una posición de organización. La propuesta de esta teoría se centra en el aprendizaje que se produce en un contexto educativo, esto significa que se desarrolla dentro del marco de una situación a través de la instrucción.

Rodríguez menciona que: “El aprendizaje significativo es el proceso según el cual se relaciona un nuevo conocimiento con la estructura cognitiva. Esa interacción se produce considerándola con aspectos relevantes presentes en la misma, recibiendo el nombre de ideas de anclaje” (2010, pág. 44)

Aprendizaje memorístico y significativo

Ausubel cree que cualquier situación de aprendizaje tiene dos dimensiones, posiblemente en un eje vertical y otro horizontal. La dimensión representada por el eje vertical se relaciona con el tipo de aprendizaje que realiza el aprendiz, es decir, el proceso mediante el cual codifica, transforma y almacena información, desde la simple memorización o repetición hasta el aprendizaje significativo completo. Las dimensiones que se muestran en el eje horizontal se relacionan con las estrategias de instrucción planeadas para promover este aprendizaje, que van desde instrucciones puramente receptoras en las que el maestro o instructor revela claramente lo que los estudiantes necesitan aprender hasta tutoriales basados en descubrimientos espontáneos de los estudiantes. Ausubel demostró que, aunque el aprendizaje y la enseñanza interactúan, son relativamente independientes, por lo que algunas formas de enseñanza no necesariamente conducen a un tipo particular de aprendizaje. Esto significa que el aprendizaje significativo y la memorización son posibles tanto en la enseñanza, el aprendizaje receptor o revelador, como en la enseñanza por descubrimiento o investigación. Ausubel nos sitúa en el eje vertical, distinguiendo entre memorización y aprendizaje significativo. El aprendizaje es importante cuando puede incorporarse a la estructura de conocimiento del sujeto, es decir, cuando el nuevo material cobra sentido para el sujeto a partir de su relación con el conocimiento previo. Para ello, el documento objeto de estudio tiene sentido por sí mismo, es decir, existen vínculos no arbitrarios o simples entre sus partes. Pero también requiere que los estudiantes tengan los requisitos cognitivos necesarios para asimilar este significado.

Fiszer señala que: “En cuanto al aprendizaje memorístico o por repetición es aquel en el que los contenidos están relacionados entre sí de un modo arbitrario, es decir careciendo de significado para la persona que aprende” (2010, pág. 75).

Las condiciones del aprendizaje significativo:

Ausubel cree que para que ocurra un aprendizaje significativo, tanto el material que se aprende como el tema que se aprende deben cumplir ciertas condiciones. Para un material, tiene que ser significativo en sí mismo, es decir, sus elementos están organizados en una estructura. Pero el material de las estructuras lógicas no siempre se aprende de manera significativa, y para ello quienes tienen que aprenderlas también necesitan cumplir otras condiciones. Primero, debe haber una estructura de aprendizaje significativa, por lo que una persona debe tener alguna razón para aprender. Además del tema crítico y el sesgo del material, la estructura cognitiva del estudiante también debe contener ideas inclusivas, es decir, ideas relevantes para el material nuevo. Este proceso, a su vez, es similar a la adaptación de Piaget, en la que la nueva información cambia la estructura cognitiva del individuo.

Formas de aprendizaje significativo**Aprendizaje subordinado:**

- Inclusión derivativa: La nueva información es vinculada a la idea supra ordenada y representa otro caso o extensión. No se cambian los atributos de criterio del concepto que se tenía, pero se reconocen nuevos ejemplos como relevantes
- Inclusión correlativa: La nueva información es vinculada a la idea que se tiene, pero es una extensión, modificación o limitación de esta. Los atributos de criterio del concepto concebido pueden ser modificados con la nueva inclusión correlativa
- Aprendizaje supra ordenado: Las ideas establecidas se reconocen como ejemplos más específicos de la idea nueva y se vinculan a ésta. La idea supra ordenada se define mediante un conjunto nuevo de atributos de criterio que abarcan las ideas subordinadas.
- Aprendizaje combinatorio: La idea nueva es vista en relación con las ideas existentes, pero no es más inclusiva ni más específica que éstas. En este caso

se considera que la idea nueva tiene algunos atributos de criterio en común con las ideas preexistentes. (Díaz & Hernández, 2008).

Teoría del Conocimiento Andragógico

Este término es utilizado con la finalidad de diferenciar entre la teoría del aprendizaje de adultos y la pedagogía. El término lo hizo popular Malcom Knowles en su trabajo clásico “La Práctica Moderna de la Educación a Adultos”.

Es de gran importancia que se busquen otras maneras de que sea posible la activación la meta cognición en la edad adulta y de ello se encarga la Andragogía (disciplina que se ocupa de la educación del adulto).

El niño sigue el sistema, el adulto busca saberes para aplicar inmediatamente, que le permitan cosechar los frutos en el menor tiempo posible, con clara conciencia de esforzarse por ser capaz de mayor competitividad en las actividades dirigidas individualmente, sobre todo si el aprendizaje es auspiciado por una organización, la organización quiere mejorar su posición competitiva y potenciar sus habilidades profesionales, se entiende que es la acumulación de conocimientos, competencias, habilidades y actitudes para lograr altos resultados en su entorno de trabajo, incluyendo las tareas, actividades y responsabilidades que contribuyen a la logro de los objetivos principales de la meta establecida por la teoría de la andragogía

Conductista: Filosóficamente, se trata del objetivismo, una realidad objetiva separada de la conciencia que los individuos aprenden a conocer a través de sus sentidos. El aprendizaje está estrechamente definido por el comportamiento observable y medible. Están determinados por las condiciones ambientales, y el estudiante responde pasivamente a los estímulos. Las condiciones ambientales son un elemento clave del aprendizaje, y la modificación y mejora del comportamiento son las actividades y objetivos más importantes del aprendizaje.

Cognoscitivista o cognitiva: El proceso de organización cognitiva y reorganización de los dominios de percepción, en el que el individuo juega un papel activo. La ciencia es incompleta si la nueva estructura del conocimiento no se integra con la anterior. Tres elementos subyacen en el proceso de aprendizaje: el conocimiento

previo, la información que contiene y las representaciones mentales que representa. El aprendizaje es un proceso activo, personal y de construcción de conocimiento mediante el cual los aprendices seleccionan, organizan e integran la información presentada en sus sistemas cognitivos y por lo tanto en base a lo que se puede establecer entre los conocimientos previos y las relaciones de nuevos contenidos. enseñado. El concepto de evaluación se basa en observar tanto el conocimiento como las estrategias cognitivas y metacognitivas que se forman comúnmente, la retroalimentación se enfoca en las estrategias utilizadas y la construcción del conocimiento, y el papel del alumno es positivo y constructivo. Los enfoques cognitivos surgieron a principios de la década de 1960 y se propusieron como teorías para reemplazar los puntos de vista de los conductistas. Ofrece una nueva visión del hombre como organismo cuyas actividades son esencialmente procesos de información y difieren significativamente de las visiones de reactividad y simplificación que hasta ahora ha defendido y preconizado el conductismo. Darse cuenta de la importancia de cómo las personas clasifican, filtran, codifican, categorizan y clasifican la información y cómo usar estas herramientas, estructuras o formas de pensar para abordar e interpretar la realidad. Los profesores prestan especial atención a la preparación y organización de una sesión experiencial para conseguir estos objetivos.

Constructivista: El estudiante construye su realidad a partir de las percepciones que obtiene de su propia experiencia, por lo que su conocimiento está en función de las experiencias previas, las estructuras mentales y las creencias que posee para explicar su entorno. Asume los principios de la teoría cognitiva, pero también muestra que las actividades deben desarrollarse en un contexto realista y personalmente significativo, y que el rol del docente, además de ser un mediador, también debe inspirar a los estudiantes a reflexionar sobre los conocimientos que tienen. construido y sus creencias sobre el aprendizaje. procesos y múltiples expresiones del conocimiento. Promover el desarrollo de habilidades y la elección proactiva de estrategias de aprendizaje. La evaluación es formal, con énfasis en la autoevaluación y la coevaluación, los errores deben habilitarse para alentar la investigación estratégica de defectos y la retroalimentación debe proporcionarse de manera consistente y

oportuna. El constructivismo cree que el aprendizaje es inherentemente iniciado por el estudiante. Una persona que aprende algo nuevo lo incorporará a sus experiencias previas ya su propia estructura mental. El alumno recoge, amplía, recupera, interpreta, "construye" conocimientos a partir de su experiencia y los combina con la información recibida. En este proceso de aprendizaje constructivo, los profesores asignan sus roles a los alumnos, quienes juegan un papel clave en su propia formación, asumen la responsabilidad de su propio aprendizaje a través de su participación y cooperación con usted.

No es el individuo quien piensa y construye a partir de él, sino los pensamientos, comunica sus pensamientos, confronta sus pensamientos con los de los demás, y construye a partir de ahí. Desde el desarrollo de la primera infancia, las personas utilizan el entorno en contra de su estructura mental.

3.2.6 Conceptualización de la metacognición

La metacognición se define sintéticamente como cognición sobre la cognición, es decir, conocimiento del propio conocimiento.

Se refiere, especialmente, según Soto a la “toma de conciencia, el control del proceso y la autorregulación que dan lugar a la organización para enfrentar las necesidades y adaptarse al medio”. (Soto, 2003)

Vinculado a este concepto, cabe destacar que la mayoría de las definiciones coinciden específicamente en el conocimiento de una persona sobre la naturaleza del aprendizaje, la efectividad de las estrategias que aplica, el conocimiento sobre sus fortalezas, debilidades, y supervisión de la naturaleza de sus progresos al realizar una tarea y por último, el control sobre el aprendizaje a través de la información y la toma de decisiones.

En efecto, la meta cognición está asociada, de acuerdo con Soto, con dos componentes: “el primero, está relacionado con el conocimiento que tiene una persona sobre los propios procesos cognitivos. El segundo componente se refiere a la regulación de los procesos cognitivos, asociado a las actividades de planificación, control y evaluación” (Soto, 2003). Tiene que

ver también respecto a los procedimientos del conocimiento para su relación efectiva con acciones importantes para la realización de una meta.

De manera similar, se dice que el conocimiento metacognitivo se refiere al potencial cognitivo y al conocimiento y las limitaciones de diferentes dominios, así como a las diferentes estrategias o recursos que pueden ser necesarios para diferentes tareas de aprendizaje. Así, este tipo de conocimiento permite a los estudiantes comprender, seguir y evaluar mejor el contenido conceptual y procedimental del campo de estudio.

A. Factores que inciden en los procesos metacognitivos

Existen diversos factores que inciden en los procesos metacognitivos, pero los más comunes suelen ser los siguientes:

- a) Motivación: Santrock señala a este factor como: “Un conjunto de razones por las cuales las personas se comportan de la forma en que lo hacen. Es el gran impulso para lograr objetivos, optimismo, incluso ante el fracaso, y compromiso con su aprendizaje” (2006, pág. 87)
- b) Ambiente de aprendizaje: Según Santrock: “Es el escenario donde se desarrolla el proceso de aprendizaje, cuyas condiciones físico espaciales son importantes considerarlas, por lo que es una de las condicionantes influyentes en el logro del hecho educativo” (2006, pág. 88). Es decir, es el conjunto de personas y todos los espacios que escoge el docente para hacer el proceso de su práctica educativa.

De acuerdo con mencionado autor: “Un aula bien manejada también ayuda a prevenir el desarrollo de problemas académicos y emocionales. Se tendrán estilos en la organización del espacio físico, tales como Estilo auditorio, Cara a cara, De ubicación cruzada y De agrupación por equipos” (2006, pág. 89)

- c) Estrés: Fonseca lo define como: “El grupo de manifestaciones patológicas que tienen su origen en el esfuerzo que realiza el organismo para adaptarse a los estímulos. El estrés es la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda, ya sea causada por condiciones agradables o desagradables”. (2010, pág. 4)

De acuerdo con dicho autor: “De trastornos psicofisiológicos que surgen en un individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias las cuales objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él” (2010, pág. 4)

El término “estrés” es empleado equivalentemente a cualquier cosa o situación en la que hay motivo de preocupación de parte del individuo. En relación con lo expresado, el estrés, viene a ser una respuesta que tiene el organismo ante distintos contextos en el que los individuos pueden tener respuestas y que en circunstancias particulares podría ocasionar un bloqueo mental para ejecutar soluciones a un determinado problema.

d) Estrategias de lectura y comprensión:

De acuerdo a Klingler: “Es la habilidad que se tiene en comprender y descifrar lo que se lee. Es una experiencia personal, una reflexión y un refinamiento de la comprensión individual de la vida, tal como se percibe y se vive” (2004, pág. 66). Dicha definición se interpreta como un proceso exacto que contiene la percepción de palabras y patrones de ortografía.

e) Responsabilidad: Chiavenato la define como: “Las obligaciones de una organización para la sociedad que sirve. Es la capacidad de toda persona para aceptar las consecuencias de un acto suyo y la relación de causalidad entre al autor y el acto que realice” (2007, pág. 74).

f) Interrelación docente-alumno: Según Valdez: “El concepto de interrelación docente-alumno evoca situaciones en las que los protagonistas actúan simultánea y recíprocamente en un contexto determinado, en torno a una tarea o a un contenido de aprendizaje, logrando unos objetivos más o menos definidos” (2004, pág. 21).

En este sentido, en las actividades de enseñanza y aprendizaje de la escuela, esencialmente, la parte del conocimiento que crean los estudiantes se refiere a los contenidos culturales socialmente creados y constituidos, en los que los estudiantes construyen efectivamente significado, sobre todo, a través de las interacciones.

La mediación docente existe el acompañamiento institucional y la del tutor, por lo que se definirán a continuación:

- Acompañamiento institucional: Según Sánchez: “El acompañamiento institucional pudiera analizarse en dos direcciones, asociada al tiempo estimado para el desarrollo del plan de estudio y la otra, vinculada al tiempo desde el inicio del proyecto de investigación hasta la culminación del trabajo de grado” (2006, pág. 14)
 - Acompañamiento del tutor: Es la persona que dará las orientaciones al estudiante hasta culminar el internado en atención primaria de salud. Sanchez señala que: “Para ello debe reunir los siguientes criterios: crítico, presentador de opciones, promotor de la creatividad y originalidad, retroalimentación con tacto y específica, suministrador de información, orientador, disponibilidad de tiempo y flexibilidad (2006, pág. 17).
- g) Políticas institucionales: Consiste en una decisión escrita que sirve de guía para que los miembros de la organización definan los límites por los cuales pueden actuar en diversos asuntos.

3.3 Bases conceptuales

- **Atención primaria de salud:** Es la atención primaria de salud que se basa en métodos prácticos, científicamente válidos, socialmente aceptables y universalmente accesibles a las personas y familias de la comunidad mediante la plena participación, su suficiencia y a un costo que la comunidad y el Estado puedan sostener, y el desarrollo económico y social. de tecnología disponible para la comunidad.
- **Atributos de la atención primaria de salud:** Son las cualidades que debe tener una atención de salud, estas están basadas en la accesibilidad, cupo y longitudinalidad, integralidad y coordinación.
- **Conocimiento:** Es el acumulo de información, ideas, prejuicios que tienen los estudiantes de Odontología referente a la atención primaria de salud.
- **Edad:** Se refiere al tiempo que existe una persona, ser animado o inanimadoLa edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser

animado o inanimado, el cual transcurre desde el momento de su creación o nacimiento, hasta la actualidad. En este caso será respecto a los estudiantes de Odontología.

- **Primer nivel de atención:** Definido como la primera institución del sistema de salud con la que entra en contacto la persona.
- **Principios:** Es la atención a la salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente probadas y socialmente aceptables.
- **Sexo:** Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.
- **Universidad de procedencia:** Institución educativa de nivel superior en la que estudian los internos de Odontología.
- **Prevalencia:** Número de casos dividido por el número total de sujetos examinados, es, por tanto, una proporción y también la medida de una
- **Nivel de conocimiento:** aprendizaje adquirido estimado en una escala puede ser cualitativo (Ej. bueno, regular, malo) o cuantitativo.
- **Salud bucal:** Se refiere al estado de salud del sistema estomatognático.
- **Higiene bucal:** Se refiere al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.
- Principado de Asturias. La atención se basa en las **Unidades de Salud Bucodental (USB)**, que atienden la población de dos o más Zonas Básicas (en función de la población infantil susceptible de ser atendida). Estas Unidades realizan actividades de Salud Bucodental (específicamente el programa de promoción, prevención y control para la edad escolar y embarazadas) y asistencia de patología oral. Existen 40 Unidades de Salud Bucodental, con un total de 37 profesionales de Odontoestomatología y 18 Higienistas dentales. La dependencia orgánica de las USBs es de las Gerencias de Atención Primaria.
- Islas Baleares. Con respecto a la Atención Bucodental, desde octubre de 2005 está en funcionamiento el nuevo Programa de Atención Dental Infantil. Supone una mejora de la atención dental infantil, reorganizando el funcionamiento de este servicio, colaborando el sector privado con la sanidad pública y desarrollando las

prestaciones incluidas en la cartera de servicios del SNS. La oferta del servicio se realiza, tanto por parte de las **Unidades de Salud Bucodental** públicas (6 en Mallorca, 1 en Menorca y 1 en Ibiza), como de los odontólogos privados habilitados para desarrollar dicho programa.

- **Canarias.** Los servicios de Salud Bucodental, a nivel de la red de Atención Primaria, se prestan a través de las **Unidades de Salud Bucodental (USBD)** ubicadas físicamente en centros de salud y conformadas por un equipo de dos personas: un/a odontoestomatólogo/a y un/a higienista dental o un/a auxiliar de enfermería y en menor medida un/a DUE. Funcionalmente prestan cobertura a varias zonas de salud. Existen USBD en todas las islas o Áreas de Salud. Las USBD se distribuyen según el Área de Salud de la siguiente manera:

ÁREA DE SALUD	Nº USBD 2004	POBL. TOTAL *
GRAN CANARIA	21	789.908
TENERIFE	14	799.889
LANZAROTE	3	114.715
LA PALMA	2	85.631
FUERTEVENTURA	2	74.983
LA GOMERA	1	19.580
EL HIERRO	1	10.162
TOTAL	44	1.894.868

Fuente: Instituto de Estadística de Canarias (ISTAC): Padrón Municipal a 1 de enero de 2013.

Tabla 2. Número de Profesionales de las USBD por Área de Salud. CAC. 2004

AREA DE SALUD	ODONTOEST.	HIGIENISTA	DUE	AUX. ENF.
GRAN CANARIA	21	11	2	8
TENERIFE	14	5	5	4
LA PALMA	2	-	-	2
LANZAROTE	3	1	-	3
FUERTEVENTURA	2	-	-	2
LA GOMERA	1	-	1	-
EL HIERRO	1	-	-	1
TOTAL	44	17	8	20

Estas unidades están subordinadas a la unidad de gestión de atención primaria, y en el resto de comarcas sanitarias al administrador del servicio de salud. Mientras están en el centro médico, forman parte del equipo de atención primaria y reportan al director de área.

Las funciones de las USBD son comunes con las funciones del centro médico para la planificación, administración, documentación y más.

Las USBD operan principalmente a nivel de consulta dental, pero en algunos casos lo combina con diversas actividades en la escuela, desde la agilización de la contratación hasta actividades informativas (conferencias, videos, juegos...).

La población infantil recibe consultas odontológicas principalmente a través de consultas pediátricas y derivaciones de los colegios, a través de llamadas a los padres. En la población adulta, la ruta principal de ingreso es a través de una derivación del médico de cabecera, y las parteras son la ruta de derivación más común para las mujeres embarazadas.

El **Programa de Salud Bucodental** de ámbito autonómico es una referencia para las actividades realizadas por los especialistas de la unidad. Sus objetivos generales son:

- Mejorar la salud bucodental de las personas a través de actividades de prevención, atención y educación para la salud.

- Ayuda a reducir la incidencia de enfermedades bucodentales en los niños: el índice de caries, problemas de encías, caries.
- Ayuda a reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer oral en adultos de alto riesgo.

Las USBD cuentan con dos registros de salud para la atención y seguimiento de la población: un registro de salud bucal pediátrica y un registro odontológico de adultos. Por otro lado, mantienen un registro diario de las actividades de consultoría, las cuales se incluyen en el resumen de desempeño mensual.

- **Cantabria.** La prevención de la caries dental en los niños es parte del paquete de atención primaria. Además, se asigna un ortodoncista a cada sala médica, quien brinda los siguientes servicios:

En niños: modificación, fluoración y sellado de fisuras.

En adultos: corrección, extracción y radiología.

En embarazadas: limpieza y corrección

RECURSOS ASISTENCIALES: BUCODENTAL		
AREA	ODONTOEST.	HIG. DENTAL
I-SANTANDER	7	1
II-LAREDO	3	-
III-REINOSA	1	-
IV-TORRELAVEGA	3	1
TOTAL	14	2

La Salud Bucodental en los niños en edad escolar está apoyada por una prestación dependiente de Consejería que realiza revisiones en los colegios (**Unidad móvil**) y en el Hospital de media / larga estancia de Liencres.

- Castilla y León. La atención bucodental a la población de Castilla y León, está regulada por el Decreto 142/2003 de 18 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial de Castilla y León, en el cual se desarrollan las siguientes prestaciones:

Asistencia dental infantil. La población infantil tiene la posibilidad de dos tipos de asistencia:

Asistencia dental básica: Revisión anual de:

- Disposición de piezas dentales
- Índice de caries
- Maloclusiones
- Enfermedad periodontal
- Educación sanitaria y valoración de la higiene dental.

Cuando el Equipo de Salud Bucodental lo considere necesario se realizarán:

- Aplicación de colutorios y/o gel de flúor.
- Aplicación de flúor tópico profesional.
- Sellado de fisuras permanentes, en molares definitivos
- Obturaciones en el primer molar definitivo.

Tratamientos especiales:

Se implantarán progresivamente:

- Para el año 2004 a los niños nacidos entre 1.994 y 1.998, cuando cumplan los 6 años.
- Para el año 2005 los niños de 6 a 12 años.
- Para el año 2006 todos los niños entre 6 y 14 años.

Podrán recibir, si lo precisan, los siguientes tratamientos:

- Apicoformación y Endodoncias
- Ferulización del grupo anterior
- Mantenedor de espacio y Reimplante dentario
- Perno preformado y Reconstrucción
- Gran reconstrucción por traumatismo o malformación
- Corona acrílica
- Corona completa de metal-porcelana

CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Ámbito

El ámbito está constituido por el espacio geográfico del estudio de investigación, conformado por 60 estudiantes del internado rural de 2 universidades de la carrera profesional de Odontología que realizaron el internado rural en los establecimientos de salud de la provincia de Abancay.

4.2 Tipo y nivel de investigación

4.2.1 Tipo de Investigación

La forma de investigación es básica por que aportará nuevos conocimientos a la comunidad científica.

Según la intervención del investigador es observacional, debido a que los datos consignados durante de la investigación reflejan la evolución natural del evento.

Según la planificación de toma de datos es Transversal ya que los datos serán recogidos a propósito de la investigación.

Según el número de datos que se mide la variable de estudio es transversal debido a que la variable de estudio se mide en una sola ocasión para lo cual nos enfocamos en la variable nivel de conocimiento sobre la atención primaria de salud.

Según el número de variable de interés es descriptivo la variable de interés y de estudio donde el análisis estadístico es univariado se describe y estima el parámetro. (Supo, 2012)

4.2.2 Nivel de Investigación

El presente estudio está enmarcado en el nivel descriptivo: “Porque esta consiste en describir los fenómenos, hechos o situaciones analizadas, con el fin de establecer la estructura o comportamiento de los fenómenos” (Arias, 2006).

Asimismo, Chavez lo define como: “La descripción de todos aquellos fenómenos, población o situación determinada. En el caso particular del presente estudio, se orienta a medir el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud que tienen los estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología” (2007, pág. 23).

4.3 Población y muestra

4.3.1 Descripción de la población

La población para el presente estudio lo constituye el total de estudiantes universitarios de Odontología que vienen realizando el internado rural en los establecimientos de salud de la provincia de Abancay, que es un total de 60 para ambas universidades.

4.3.2 Muestra y método de muestreo

Se tomó una muestra intencional o por juicio en base al conocimiento de la población y al propósito del estudio teniendo en cuenta la predisposición de los jóvenes estudiantes de colaborar, determinándose un tamaño de la muestra de 30 alumnos de cada universidad que vienen realizando el internado rural en los establecimientos de salud de la provincia de Abancay, por lo que no se utilizará ningún tipo de muestreo aleatorio, ya que se tiene un marco muestral conocido, además de que la población es accesible y por la magnitud de la muestra es alcanzable.

4.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de Inclusión

- Estudiantes comprometidos con la investigación
- Estudiantes con conocimientos de atención primaria

b. Criterios de exclusión

- Estudiantes que no desean aportar en la investigación
- Estudiantes que se les impida participar por no contar con los conocimientos básicos.

4.4 Diseño de la investigación

La investigación se desarrolló siguiendo los postulados del paradigma cualitativo y cuantitativo (prevaliente, clásico y racionalista); el cual se define como “Método que evalúa, cuantifica, busca los hechos o causa de los fenómenos, el conocimiento es objetivo y se fundamenta en la verificación de las teorías pretendiendo explicar fenómenos, mediante el uso de información” (Sandin, 2003).

El diseño de la investigación será de campo, pues se realizará en las sedes docentes de internado rural de odontología de la provincia de Abancay, será de carácter no experimental, ya que no se manipulará la variable y es transeccional, porque los datos se recogerán en un momento específico.

Se esquematiza de la siguiente manera



Dónde:

M: Estudiantes de odontología de ambas universidades

O: Conocimiento acerca de la atención primaria de la salud

4.5 Técnicas e instrumentos

4.5.1 Técnicas

Las técnicas de recolección de la información se aplicaron los procedimientos o forma particular de obtener datos o información. La técnica utilizada para recoger la información en esta investigación, fue la encuesta; esta técnica consistió en recolectar información para acceder al conocimiento de las motivaciones.(Arias, 2006).

4.5.2 Instrumentos

Se utilizó como instrumento, el cuestionario.

El cuestionario sobre conocimientos de la atención primaria ha tenido la siguiente estructura:

- Características sociodemográficas e institucionales
- Conocimientos de la atención primaria de salud
- Respecto a los principios de la atención primaria de salud:
- Respecto a los atributos de la atención primaria de salud:
- Accesibilidad y primer contacto
- Cupo y longitudinalidad
- Integralidad
- Coordinación

4.5.2.1 Validación de los instrumentos para la recolección de Datos

La validez de un cuestionario es definida por (Chávez, 2007), “la validez es la eficacia con que un instrumento mide lo que se pretende y la confiabilidad es el grado con que se obtienen resultados similares en distintas aplicaciones”. Se ha realizado la respectiva validación de acuerdo al juicio de experto, donde se tuvo en cuenta la relevancia de los ítems propuestos.

4.5.2.2 Confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos

Para calcular la confiabilidad del instrumento, se utilizó el programa SPSS Statistical Package for the Social Sciences (Versión 22.0 para Windows), la misma que se aplicó una prueba piloto a 10 estudiantes, el mismo que tiene un valor de acuerdo al índice de la prueba de 0,771, la cual presenta garantías de fiabilidad para su aplicación.

Alfa de Cronbach	N de elementos
.771	10

Por ser un estudio de nivel descriptivo no se ha realizado el contraste de hipótesis.

4.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de datos se han utilizado técnicas de estadística descriptiva e inferencial por medio del programa estadístico IBM SPSS versión 24.

4.7 Aspectos éticos

Para que la investigación se sustente en los principios de la ética, los estudiantes a quienes se les invito a participar desde el proyecto piloto a los estudiantes que tienen el conocimiento previo, cabe mencionar que la información proporcionada solo ha sido usada para fines de la investigación.

Se ha respetado en todo momento el principio de ética por ello a cada estudiante se le solicito firmar su consentimiento informado y participar activamente en el tiempo que dure la investigación, en todo momento se ha mantenido el código de ética de la confidencialidad. Se ha evitado los plagios de la investigación citando correctamente cada enunciado provisto del autor y haciendo uso de la herramienta del turnitin se analizó la originalidad de la investigación.

CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo

5.1.1 Aspectos generales

Tabla N° 1: Muestra por Universidad, edad y sexo

Edad	Sexo	Universidad		SubTotal Edad	Total Edad	%
		UTEA	UAP			
21 o menos	varón	6	2	8	18	30
	mujer	9	1	10		
22	varón	3	2	5	12	20
	mujer	1	6	7		
23	varón	5	5	10	19	32
	mujer	2	7	9		
24 o más	varón	1	3	4	11	18
	mujer	3	4	7		
Total Universidad		30	30	60	60	100
%		50	50			
Sexo	Varón	27	45.0 %			
	Mujer	33	55.0 %			

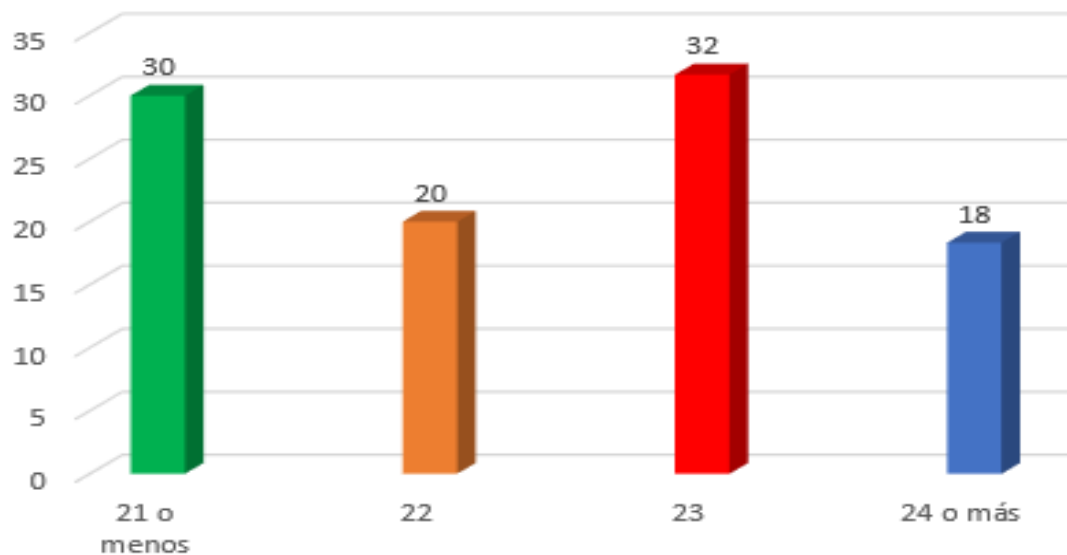


Gráfico N° 1: Muestra por Universidad, edad y sexo

Análisis e interpretación: de la muestra de 60; 30 personas son de la universidad UTEA, y 30 de la Universidad UAP, el 32% de la muestra tienen 23 años, el 30% tienen 21 o menos años, el 20% tienen 22 años, y 18% 24 o más años. El 45% son de sexo masculino y 55% de sexo femenino.

5.1.2 Conceptos de atención primaria en salud

Tabla N° 2: Universidades y concepto de la atención primaria de salud

Concepto AP	Universidades				UTEA+	%
	UTEA	%UTEA	UAP	%UAP	UAP	UTEA+UAP
Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva	14	47	7	23	21	35
Es una nueva forma de cuidado integral de la salud	2	7	16	53	18	30
Es un proceso social eminentemente participativo.	3	10	4	13	7	12
Es un proceso social y político	3	10	3	10	6	10
Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano.	8	27	0	0	8	13
	30	100	30	100	60	100

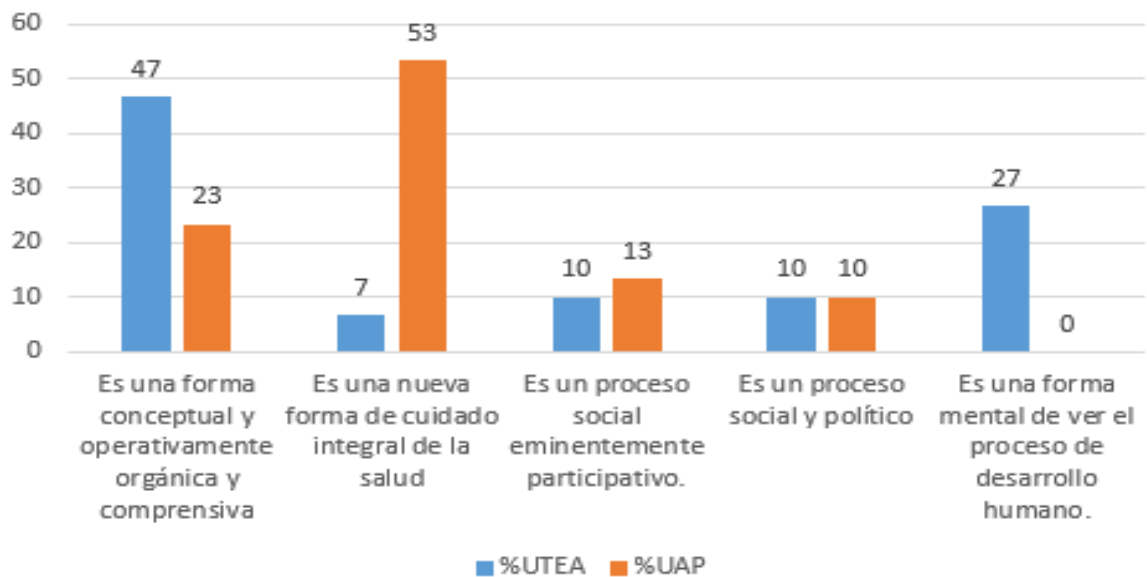


Gráfico N° 2: Universidades y concepto de la atención primaria de salud

Análisis e interpretación: de la muestra de 60 alumnos de Odontología; el 35% Opino que la atención primaria de salud “es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva” [47%(14) son de la universidad UTEA, y el 23%(7) de la universidad UAP]; el 30% Opino que la atención primaria de salud “Es una nueva forma de cuidado integral de la salud” de los cuales [7%(2) son de la universidad UTEA, y el 53%(16) de la universidad UAP];

5.1.3 Principios de la atención primaria de salud

Tabla N° 3: Universidades y Principios en la atención primaria de salud

Principios	Universidades				UTEA+UAP	%
	UTEA	%UTEA	UAP	%UAP		
Todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud	2	7	5	17	7	12
La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejec	15	50	5	17	20	33
Se debe colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores	4	13	5	17	9	15
Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética	3	10	12	40	15	25
Incorporar la promoción y la educación sanitaria	6	20	3	10	9	15
Total Universidades	30	100	30	100	60	100

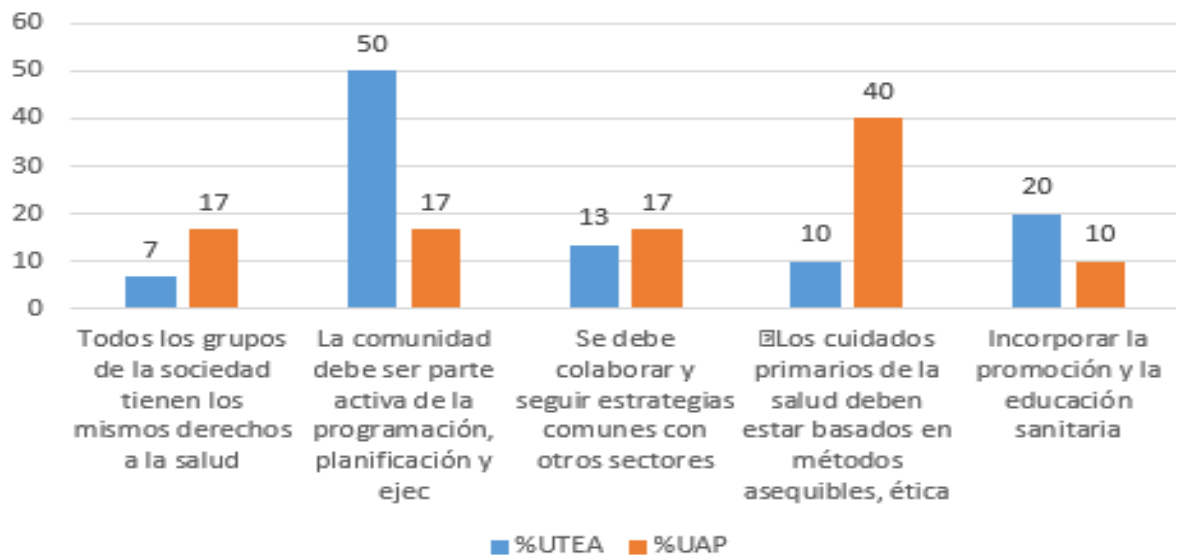


Gráfico N° 3: Universidades y Principios en la atención primaria de salud

Análisis e interpretación: de la muestra de 60 alumnos de Odontología; el 33% Opino que la atención primaria de salud tiene como principios que “La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud”; [50%(15) son de la universidad UTEA, y el 17%(5) de la universidad UAP]; el 25% Opino como principio que “Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados” de los cuales [10%(3) son de la universidad UTEA, y el 40%(12) de la universidad UAP].

5.2 Análisis inferencial y/o contrastación de hipótesis

5.2.1 Atributos de la atención primaria de salud

5.2.1.1 Accesibilidad y primer contacto

Tabla N° 4: Universidades y Accesibilidad en la atención primaria de salud

3.1 Accesibilidad	Universidades				UTEA+	%
	UTEA	% UTEA	UAP	% UAP	UAP	UTEA+UAP
La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver	14	47	11	37	25	42
Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver	11	37	14	47	25	42
La accesibilidad se asocia a una mejor continuidad asistencial	5	17	5	17	10	17
	30	100	30	100	60	100

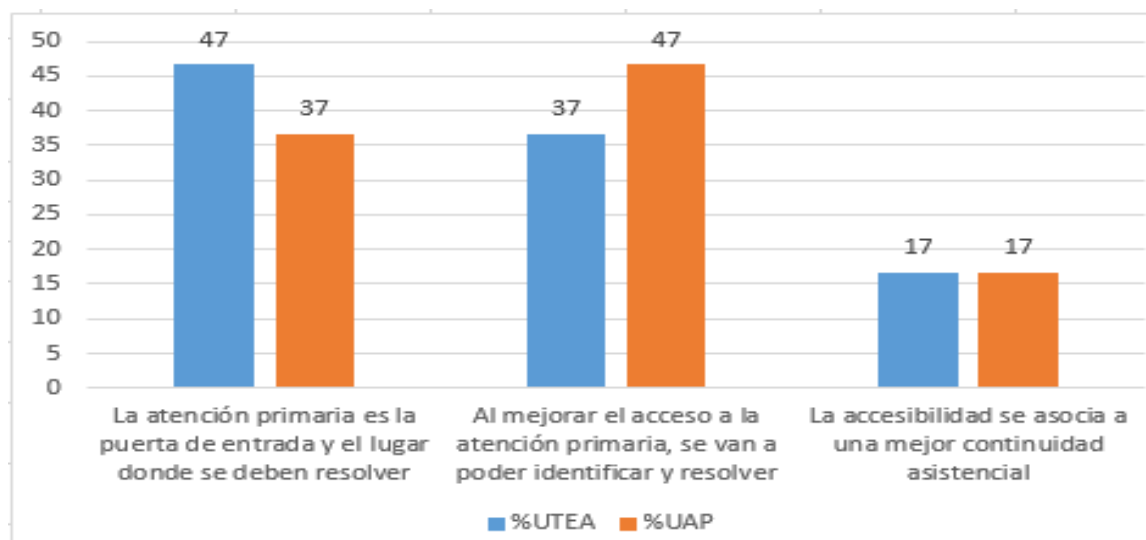


Gráfico N° 4: Universidades y Accesibilidad en la atención primaria de salud

Análisis e interpretación: de la muestra de 60 alumnos de odontología; el 42% Opinó que “La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud”; [47%(14) son de la universidad UTEA, y el 37%(11) de la universidad UAP]; el 42% Opinó que “Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes.” de los cuales [37%(11) son de la universidad UTEA, y el 47%(14) de la universidad UAP].

5.2.1.2 Cupo y longitunalidad

Tabla N° 5: Universidades y Longitudinalidad en la atención primaria de salud

3.2 Longitudinalidad	Universidades				UTEA+UAP	%
	UTEA	% UTEA	UAP	%UAP		UTEA+UAP
La longitudinalidad es la relación personal	19	63	4	13	23	38
La longitudinalidad facilita el cumplimiento del tratamiento	9	30	9	30	18	30
La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas	2	7	17	57	19	32
	30	100	30	100	60	100

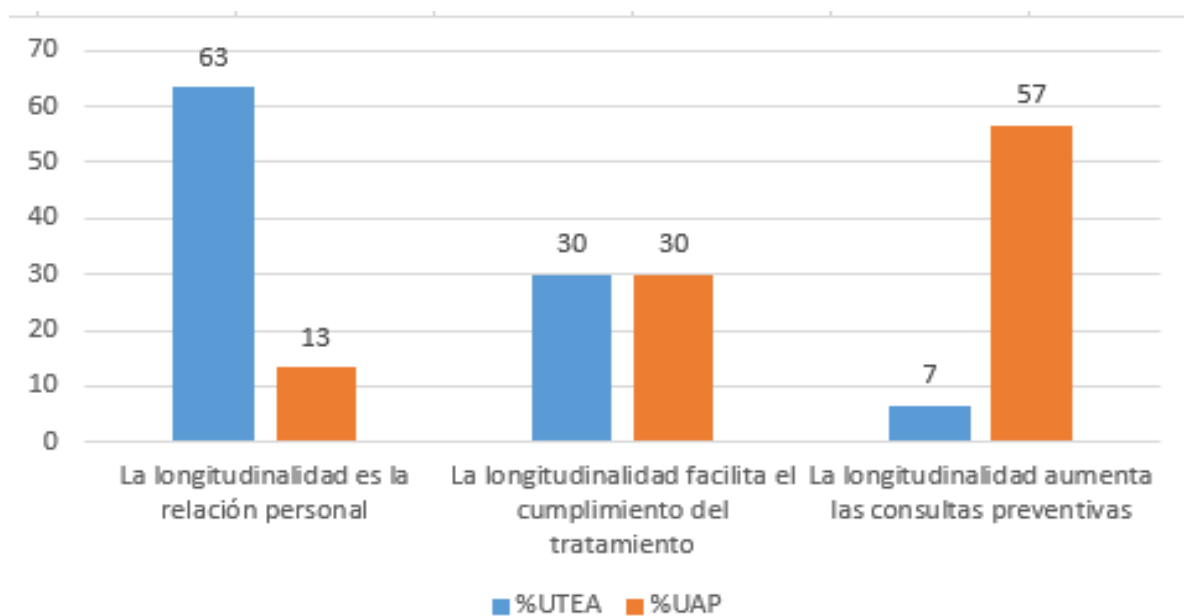


Gráfico N° 5: Universidades y Longitudinalidad en la atención primaria de salud

Análisis e interpretación: de la muestra de 60 alumnos de odontología; el 38% Opinó que “La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes”; [63%(19) son de la universidad UTEA, y el 13%(4) de la universidad UAP]; el 22% Opinó que “La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas” de los cuales [7%(2) son de la universidad UTEA, y el 57%(17) de la universidad UAP].

5.2.1.3 Integralidad

Tabla N° 6: Universidades e Integralidad en la atención primaria de salud

3.3 Integralidad	Universidades				UTEA+ UAP	%
	UTEA	% UTEA	UAP	% UAP		
La integralidad de la atención es la identificación de las necesidades	4	13	2	7	6	10
Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención	23	77	8	27	31	52
La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población.	3	10	20	67	23	38
	30	100	30	100	60	100

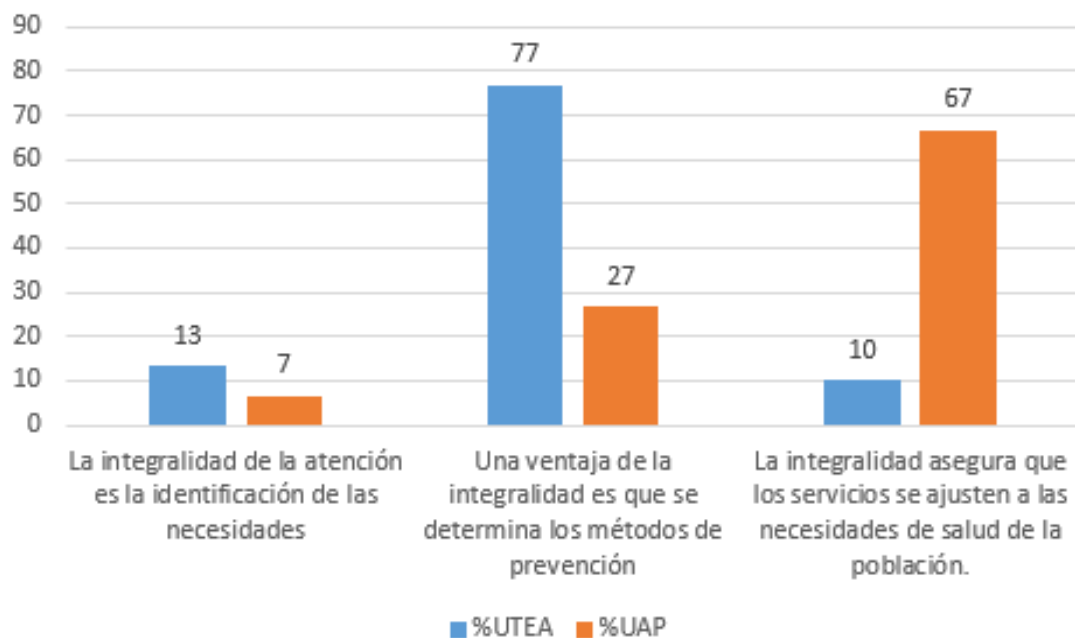


Gráfico N° 6: Universidades e Integralidad en la atención primaria de salud

Análisis e interpretación: de la muestra de 60 alumnos de odontología; el 52% Opinó que “Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención”; [77%(23) son de la universidad UTEA, y el 27%(8) de la universidad UAP]; el 38% Opinó que “La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población” de los cuales [10%(3) son de la universidad UTEA, y el 67%(20) de la universidad UAP].

5.2.1.4 Coordinación

Tabla N° 7: Universidades y Coordinación en la atención primaria de salud

3.4 Coordinación	Universidades				UTEA+ UAP	%
	UTEA	%UTEA	UAP	%UAP		
La coordinación en la atención primaria es disponer de información	8	27	5	17	13	22
La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas	5	17	17	57	22	37
La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático	17	57	8	27	25	42
	30	100	30	100	60	100

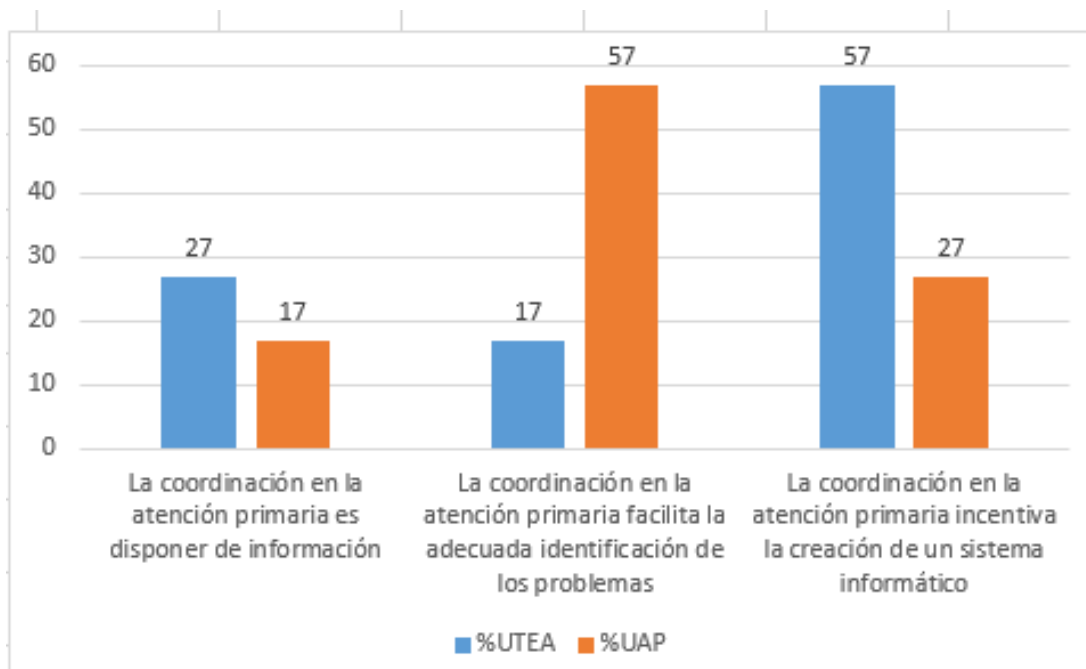


Gráfico N° 7: Universidades y Coordinación en la atención primaria de salud

Análisis e interpretación: de la muestra de 60 alumnos de odontología; el 42% Opino que “La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático”; [57%(17) son de la universidad UTEA, y el 27%(8) de la universidad UAP]; el 37% Opino que “La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas” de los cuales [17%(5) son de la universidad UTEA, y el 57%(17) de la universidad UAP].

5.3 Discusión de resultados

5.3.1 Características sociodemográficas

La muestra considerada fue de 60 personas; 30 personas son de la universidad UTEA, y 30 de la Universidad UAP, el 32% de la muestra tienen 23 años, el 30% tienen 21 o menos años, el 20% tienen 22 años, y 18% 24 o más años. El 45% son de sexo masculino y 55% de sexo femenino.

5.3.2 Atención primaria de salud

5.3.2.1 Conceptos de atención primaria en salud

De la muestra de 60 alumnos de Odontología; el 35% Opinió que la atención primaria de salud “es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva” [47%(14) son de la universidad UTEA, y el 23%(7) de la universidad UAP]; el 30% Opinió que la atención primaria de salud “Es una nueva forma de cuidado integral de la salud” de los cuales [7%(2) son de la universidad UTEA, y el 53%(16) de la universidad UAP]; y concuerda con Padilla-Cuadra, Juan I y colaboradores cuando concluye que el conocimiento de las actitudes de los profesionales, así como de las variables relacionadas, puede servir de base para diseñar posibles estrategias de intervención dirigidas a la mejora de la calidad asistencial en atención primaria y para una evolución positiva de los profesionales que prestan sus servicios.

5.3.2.2 Principios de la atención primaria de salud:

De la muestra de 60 alumnos de Odontología; el 33% Opinió que la atención primaria de salud tiene como principios que “La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud”; [50%(15) son de la universidad UTEA, y el 17%(5) de la universidad UAP]; el 25% Opinió como principio que “Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser

aplicados” de los cuales [10%(3) son de la universidad UTEA, y el 40%(12) de la universidad UAP] y concuerda con la posición de Dumitrescu A. y cols (2005, Moldova, Rumania) que concluye que hubo diferencias significativas en la actitud de salud dental y el comportamiento entre los estudiantes de medicina y odontología de primer año, y que para nuestro caso inclusive está ligado con la visión y misión institucional de cada universidad.

5.3.2.3 Atributos de la atención primaria de salud

a) Accesibilidad y primer contacto

De la muestra de 60 alumnos de odontología; el 42% Opinó que “La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud”; [47%(14) son de la universidad UTEA, y el 37%(11) de la universidad UAP]; el 42% Opinó que “Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes.” de los cuales [37%(11) son de la universidad UTEA, y el 47%(14) de la universidad UAP], ya que están inmersos estos resultados con los conocimientos que han adquirido nuestros jóvenes estudiantes de ambas universidades, por lo que compartimos los resultados obtenidos por **Tirelli M, (2004, Sao Paulo, Brasil)** que concluyeron que el nivel de conocimiento más alto es en cuanto a factores etiológicos de caries dental y el más bajo es de factores etiológicos de alteraciones gingivales.

b) Cupo y longitudinalidad

De la muestra de 60 alumnos de odontología; el 38% Opinó que “La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes”; [63%(19) son de la universidad UTEA, y el 13%(4) de la universidad UAP]; el 22% Opinó que “La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas” de los cuales [7%(2) son de la universidad UTEA, y el 57%(17) de la universidad UAP]. Parco D. (2014, Huancavelica, Perú), y esta longitudinalidad permita que el nivel de conocimiento sobre salud bucal trate sobre medidas preventivas,

enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etario

c) Integralidad

De la muestra de 60 alumnos de odontología; el 52% Opino que “Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención”; [77%(23) son de la universidad UTEA, y el 27%(8) de la universidad UAP]; el 38% Opino que “La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población” de los cuales [10%(3) son de la universidad UTEA, y el 67%(20) de la universidad UAP], lo cual nos permite señalar a Santillán J. (2009, Lima, Perú) quien concluye que las conductas adquiridas durante su formación universitaria fueron similares independientemente de la escuela académica; las respuestas estuvieron basadas en conocimientos previos a la participación del mismo, por ello se le debe dar un mayor protagonismo en el programa al área de salud bucal para tener una mayor ventaja de la integralidad en función a los métodos de prevención

d) Coordinación

Análisis e interpretación: de la muestra de 60 alumnos de odontología; el 42% Opino que “La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático”; [57%(17) son de la universidad UTEA, y el 27%(8) de la universidad UAP]; el 37% Opino que “La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas” de los cuales [17%(5) son de la universidad UTEA, y el 57%(17) de la universidad UAP], por lo que se concuerda. **Contreras N. (2009, Huancayo, Perú)**. Se concluye que existen conocimientos deficientes y actitudes inadecuadas de los pediatras de la ciudad de Huancayo en relación de la salud bucal del infante.

5.4 Aporte Científico de la Investigación

Determinar el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud para proponer la articulación de la atención primaria de salud desde los jóvenes estudiantes de odontología con el fin de proponer un modelo de atención más integral que contribuya a la buena salud bucal ya que permitirá que desde la consulta permitan detectarse factores de riesgos en los estilos de vida y se fomenten estas fortalezas para lograr un aumento en factores protectores para su salud, logrando transformar una atención reduccionista en una atención sistémica y holística y formar un odontólogo integral con cualidades humanísticas.

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios y formas aceptables, con la participación de los jóvenes estudiantes universitarios en todas las carreras alineadas al campo de la salud y a un costo asequible para la comunidad y el país que permitirá el desarrollo socioeconómico general de la comunidad, con un buen planeamiento y tratamiento odontológico con una mejor autoestima, y factores de riesgos controlados o eliminados.

El nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud orienta sus estructuras y los dinamiza hacia valores de equidad y solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar de buena salud sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios básicos que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad de respuesta de forma equitativa a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; y es responsabilidad de todas las instituciones y en forma prioritaria las universidades para hacer propuestas responsables con equidad, sostenibilidad, orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad, y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales para mejorar nuestra calidad de vida de forma sistémica; de ahí que nuestra investigación responde a generar conocimientos sobre la temática y responsabilidades del profesional odontólogo.

CONCLUSIONES

- De la muestra de 60 alumnos de Odontología; el 35% Opinó que la atención primaria de salud “es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva” [47%(14) son de la universidad UTEA, y el 23%(7) de la universidad UAP]; el 30% Opinó que la atención primaria de salud “Es una nueva forma de cuidado integral de la salud” de los cuales [7%(2) son de la universidad UTEA, y el 53%(16) de la universidad UAP];
- De la muestra de 60 alumnos de Odontología; el 33% Opinó que la atención primaria de salud tiene como principios que “La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud”; [50%(15) son de la universidad UTEA, y el 17%(5) de la universidad UAP]; el 25% Opinó como principio que “Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados” de los cuales [10%(3) son de la universidad UTEA, y el 40%(12) de la universidad UAP]
- De la muestra de 60 alumnos de odontología; el 42% Opinó que “La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud”; [47%(14) son de la universidad UTEA, y el 37%(11) de la universidad UAP]
- De la muestra de 60 alumnos de odontología; el 38% Opinó que “La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes”; [63%(19) son de la universidad UTEA, y el 13%(4) de la universidad UAP]
- De la muestra de 60 alumnos de odontología; el 52% Opinó que “Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención”; [77%(23) son de la universidad UTEA, y el 27%(8) de la universidad UAP]

SUGERENCIAS

- Contar con mayor apoyo de organismos institucionales, como el MINSA, MINEDU, corporaciones municipales, la colaboración de las Universidades, para ampliar más estudios de investigación y mejorar la atención primaria de salud.
- Hacer que la Práctica odontológica y la Educación odontológica que se imparte en las Universidades sean más adecuadas a las necesidades de la gente y de la comunidad en general.
- Mejorar el instrumento de recolección de información de los estudiantes encuestados y nuevas preguntas en algunos temas.
- En cuanto a la malla curricular de ambas Universidades cuyos alumnos fueron objeto de estudio no es necesario incrementar el número de cursos, pero si reorientar las sesiones académicas, dando importancia a la atención primaria de salud.

REFERENCIAS

- Arias, F. (2006). El proyecto de investigación. (Quinta ed.). Caracas Venezuela: Editorial Episteme.
- Bunge, M. (2009). La investigación científica. Barcelona: RELI. Recuperado el 16 de diciembre de 2016, de http://books.google.com.pe/books?id=iDjRhR82JHYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Bustos, V., Villarroel, G., Ariza, F., Guillou, M., Palacios, I., Cortez, L., . . . Huamán, L. (2015). Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural de los países andinos. *An Fac Med*, 49-55.
- Contreras N.). Realizó su estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos y actitudes de 24 médicos pediatras de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Huancayo: Perú, 2009.
- Chávez, N. (2007). Introducción a la Investigación Educativa (Primera ed.). Maracaibo. Venezuela: Ediciones Gráfica González.
- Chen, L., Evans, D., Evans, T., Sadana, R., Stilwell, B., Travis, P., & al, e. (2006). Working together for health: The World Health Report. Geneva: WHO.
- Chiavenato, I. (2007). Administración de recursos humanos (Octava ed.). Bogotá. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
- Commonwealth Fund. (2012). Patient-Centered Primary Care Initiative. Obtenido de <http://www.commonwealthfund.org>.
- Dumitrescu A. y cols (2005, Moldova, Rumania).
- Díaz, F., & Hernández, G. (2008). Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Una interpretación constructivista. Recuperado el 17 de Diciembre de 2016, de http://www.antropologia.uady.mx/avisos/frida_gerardo.pdf

- Díaz M. : Realizó su estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento en medidas preventivas de salud bucal de los docentes de educación inicial en la ciudad de Puno, 2005.
- Franco J. . Realizó su investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay , 2005.
- Fischer, J. (2010). Aprendizaje Significativo o Aprendizaje Memorístico (diapositiva). Argentina. Obtenido de http://www.mental-gym.com/Docs/ARTICULO_101.
- Fonseca, M. (2010). El estrés psicológico y sus principales formas de expresión en el ámbito laboral. Recuperado el 14 de diciembre de 2016, de www.eumed.net/libros/2010a/643/.
- Grodos, D., & Bethune, X. (1988). Les interventions sanitaires selectives: Un piège pour les politiques de sante du tiers monde. *Soc. Sci. Med*, 26(9), 879-889.
- Harzheim, E., Starfield, B., Rajmil, L., & Alvarez-Dardet, C. S. (2006). Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Pública*, 22(8), 1649-1659.
- Institute of Medicine. (1983). *Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery*. Washington DC.
- IOM. (2009). Institute of medicine of the national academies, President's Address Advising the nation/Improving health Institute of Medicine Annual Meeting Harvey V. Fineberg, M.D., Ph.D. 12.
- Javier, V. (2008). Conocimiento con todo y para todos. Recuperado el 18 de diciembre de 2016, de ECURED: <http://www.ecured.cu/index.php/Andragog%C3%ADa>
- Klingler, C. (2004). *Didáctica*. (Primera ed.). México: Mc Graw Hill.
- Llor Esteban B, y colaboradores, en su trabajo “¿Cuál es la actitud de los médicos hacia el actual modelo de atención primaria?”, Murcia-España: Centros de salud del Área II, 2015.

- Magzoub, M., & Schmidt, A. (2000). Taxonomy of Community-based Medical Education. *Acad. Med*, 699-707.
- MINSA. (2014). Organización y gestión de los servicios de salud para el trabajo intramural y extramural. en d. g. humanos, diplomado de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria. escuela nacional de salud pública (págs. 11-16). Lima.
- Mendoza J. Realizó su estudio con el objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en el personal asistencial Carhuaz, Ancash: centro médico de ESSALUD, 2014.
- OPS. (2003). Atención Primaria de Salud en las Américas. Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington DC:: OPS.
- OPS/OMS. (2007). Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la APS. En OPS/OMS, La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS (pág. 25). Washington DC.
- Padilla-Cuadra, Juan I y colaboradores, en su trabajo “Actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos, trasplante y muerte cerebral en estudiantes de ciencias de la salud”, Costa Rica: Universidad de Iberoamérica, 2015.
- Parco D. Realizó su estudio con el objetivo principal de determinar el nivel de conocimiento de salud bucal del personal asistencial. Huancavelica, Provincia Pampas: hospital de Pampas, 2014.
- PAHO/WHO. (6-12 de septiembre de 1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Recuperado el 15 de diciembre de 2016, de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
- Rodríguez, M. (2010). La Teoría del Aprendizaje Significativo. Centro de Educación a Distancia. España.: RELI. Recuperado el 16 de diciembre de 2016, de <http://cmc.ihmc.us/papers/cmc2004-290.pdf>.
- Sánchez, J. (2006). Investigación Educativa: Un compromiso para Investigar y Aprender con Otros. Compilación. Venezuela: Diseño Editorial.

- Santillán J. Realizó su estudio con el fin de evaluar el conocimiento adquirido y conductas desarrolladas en salud bucal de estudiantes de ciencias de la salud del último año de su carrera universitaria. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009.
- Sandin, M. (2003). Investigación cualitativa en educación (Primera ed.). Barcelona, España: Mc Graw Hill Interamericana de España.
- Santrock, J. (2006). Psicología de la Educación (Segunda ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Starfield, B. (2004). Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. Madrid: Masson.
- Starfield, B. (2002). Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología (Segunda ed.). Madrid: Masson.
- Supo, J. (2012). Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud (Primera ed.). Lima: Bioestadístico EIRL.
- Tirelli M, (2004, Sao Paulo, Brasil). Realizó su estudio con el objetivo de determinar conocimientos, actitudes y prácticas; de médicos, ginecólogos y obstetras en relación con la salud bucal y el tratamiento estomatológico de pacientes embarazadas.
- Torres C. (2014, Chimbote, Perú). Realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en internos de ciencias de la salud que laboran en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote
- Valdez, D. (2004). Relaciones interpersonales y práctica comunicativa en el aula. Recuperado el 15 de Diciembre de 2016, de Postgrado en Constructivismo y Educación Buenos Aires, FLACSO Argentina y UAM.: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo18/files/valdez_relaciones.pdf.

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN INTERNOS DE ODONTOLOGÍA DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTOS VALOR FINAL	METODOLOGIA
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología de la ciudad de Abancay, 2016?	Determinar el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología de la ciudad de Abancay, 2016.	VI = VI NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN INTERNOS DE ODONTOLOGÍA DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2016	atención primaria de salud	Conceptos de atención primaria en salud	CUESTIONARIO Institución universitaria donde está cursando la educación superior	* Población: 323 para ambas universidades * Muestra: 30 alumnos de cada universidad * Esquema del proyecto * Tipo de investigación: observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo * Diseño No experimental, transeccional Cuyo Diagrama es:
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la definición de atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología? ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los principios de la atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología? ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los atributos de la atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología? ¿Cómo es el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud según características sociodemográficas e institucionales de los estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología?	<ul style="list-style-type: none"> Medir el nivel de conocimiento sobre la definición de atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología. Medir el nivel de conocimiento sobre los principios de la atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología. Medir el nivel de conocimiento sobre los atributos de la atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología. Describir el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud según características sociodemográficas e institucionales de los estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología. 		atributos de la atención primaria de salud:	Principios de la atención primaria de salud:	DIMENSIONES Características sociodemográficas: <ul style="list-style-type: none"> Edad Sexo Características institucionales: <ul style="list-style-type: none"> Univ de procedencia Conoc sobre APS INDICADOR <ul style="list-style-type: none"> Definición Principios de la APS Atributos de la APS Respuesta a pregunta sobre definición de la APS Equidad Envolvimiento de la comunidad Colaboración intersectorial Tecnología apropiada y costos accesibles Promoción de la salud Accesibilidad y primer contacto Cupo y longitunalidad Integralidad Coordinación 	M-----O Dónde: M: Estudiantes de odontología de ambas universidades O: Conocimiento acerca de la atención primaria de la salud TÉCNICAS A UTILIZAR 1. Para acopio de datos: Observación y fichas 2. Instrumento de recolección de datos: Cuestionario estructurado 3. Para el procesamiento de datos Codificación y tabulación de datos 4.- Técnicas para el análisis e interpretación de datos: Estadística descriptiva e inferencial para cada variable. 5. Para la presentación de datos: Cuadros, tablas estadísticas y gráficos. 6. Para el informe final: Esquema propuesto por la EPG UNHEVAL
				3.1 Accesibilidad y primer contacto		
				3.2 Cupo y longitunalidad		
				3.3 Integralidad		
				3.4 Coordinación		



ANEXO 02
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ID: _____

FECHA: _____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en internos de odontología de la ciudad de abancay, 2016”

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre atención primaria de salud en estudiantes universitarios que cursan el internado rural de odontología de la ciudad de Abancay, 2016.

INVESTIGADOR: Maruja Margarita Roque Peña

Consentimiento / Participación voluntaria

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la intervención (tratamiento) sin que me afecte de ninguna manera.

Firmas del participante o responsable legal

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del participante: _____

Firma del investigador responsable: _____

Abancay, 2016.

ANEXO 03

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

INTRODUCCIÓN: Mi nombre es Margarita Roque, Cirujana Dentista y estoy realizando una encuesta a los estudiantes universitarios que estén realizando el internado rural en odontología para determinar sus conocimientos sobre atención primaria de salud. Tu participación en este estudio y las encuestas serán anónimas, puesto que serán utilizadas solo para fines académicos.

INTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas que se presentan a continuación y conteste con la mayor sinceridad.

Características sociodemográficas e institucionales
¿Cuál es su edad actual? 21 o menos [] 22 [] 23 [] 24 o más []
¿Cuál es su sexo? Varón [] Mujer []
¿En qué universidad está estudiando? UTEA [] UAP []
Cuestionario sobre conocimientos de la atención primaria de salud
I. La atención primaria de salud es:
<ol style="list-style-type: none">1. Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud, de poder alcanzar la meta social y política de salud para todos.2. Es una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta todos sus niveles.3. Es un proceso social eminentemente participativo.4. Es un proceso social y político, con el apoyo de la información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones.5. Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano.
II. Respecto a los principios de la atención primaria de salud:
<ol style="list-style-type: none">6. Todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud.7. La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud.8. Se debe colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda.

9. Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados.
10. Incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales

III. Respeto a los atributos de la atención primaria de salud:

3.1 Accesibilidad y primer contacto

11. La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud.
12. Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes.
13. La accesibilidad se asocia a una mejor continuidad asistencial con el personal del equipo básico de salud.

3.2 Cupo y longitudinalidad

14. La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes.
15. La longitudinalidad facilita el cumplimiento del tratamiento de enfermedades crónicas.
16. La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas, por lo tanto tienden a padecer menos enfermedades prevenibles.

3.3 Integralidad

17. La integralidad de la atención es la identificación de las necesidades de los pacientes y de respuesta del sistema de salud a éstas.
18. Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención centrados en la población y los separa de aquellos que son centrados a grupos poblacionales específicos.
19. La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población.

3.4 Coordinación

20. La coordinación en la atención primaria es disponer de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados por el paciente.
21. La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas del paciente y el buen seguimiento de éstos.
22. La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático único en salud, lo cual permite una actualización constante de la información del paciente, que demuestra un mejor tratamiento de la persona.



ANEXO 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUECES



Nombre del experto: **Kelly Malpartida Valderrama**

Especialidad: **Ciencias estomatológicas**

Cuestionario sobre conocimientos de la atención primaria de salud

Ítem		RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	TOTAL
I. La atención primaria de salud es:	Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud, de poder alcanzar la meta social y política de salud para todos.	4	4	4	4	16
	Es una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta todos sus niveles.	4	4	4	4	16
	Es un proceso social eminentemente participativo	4	4	4	4	16
	Es un proceso social y político, con el apoyo de la información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones	4	4	4	4	16
	Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano	4	4	4	4	16
II. Respecto a los principios de la atención primaria de salud	Todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud	4	4	4	4	16
	La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud	4	4	4	4	16
	Se debe colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda	4	4	4	4	16
	Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados	4	4	4	4	16
	Incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales	4	4	4	4	16
III. Resp	1 Accesibilidad y primer contacto					
	La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud	4	4	4	4	16

Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes	4	4	4	4	16
Amerita empoderar a colaboradores a fin de alcanzar las metas	4	4	4	4	16
2 Cupo y longitunalidad					
La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes	4	4	4	4	16
La longitudinalidad facilita el cumplimiento del tratamiento de enfermedades crónicas	4	4	4	4	16
La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas, por lo tanto tienden a padecer menos enfermedades prevenibles	4	4	4	4	16
3 Integralidad					
La integralidad de la atención es la identificación de las necesidades de los pacientes y de respuesta del sistema de salud a éstas	4	4	4	4	16
Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención centrados en la población y los separa de aquellos que son centrados a grupos poblacionales específicos	4	4	4	4	16
La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población	4	4	4	4	16
4 Coordinación					
La coordinación en la atención primaria es disponer de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados por el paciente	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas del paciente y el buen seguimiento de éstos	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático único en salud, lo cual permite una actualización constante de la información del paciente, que demuestra un mejor tratamiento de la persona	4	4	4	4	16

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()

Firma y Sello del juez



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



Nombre del experto: Franshesca Holgado Flores

Especialidad: Gestión pública

Cuestionario sobre conocimientos de la atención primaria de salud

Ítem		RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	TOTAL
I. La atención primaria de	Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud, de poder alcanzar la meta social y política de salud para todos.	4	4	4	4	16
	Es una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta todos sus niveles.	4	4	4	4	16
	Es un proceso social eminentemente participativo	4	4	4	4	16
	Es un proceso social y político, con el apoyo de la información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones	4	4	4	4	16
	Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano	4	4	4	4	16
II. Respeto a los principios de la	Todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud	4	4	4	4	16
	La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud	4	4	4	4	16
	Se debe colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda	4	4	4	4	16
	Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados	4	4	4	4	16
	Incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales	4	4	4	4	16
III.	1 Accesibilidad y primer contacto					
	La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud	4	4	4	4	16

Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes	4	4	4	4	16
Amerita empoderar a colaboradores a fin de alcanzar las metas	4	4	4	4	16
2 Cupo y longitudinalidad					
La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes	4	4	4	4	16
La longitudinalidad facilita el cumplimiento del tratamiento de enfermedades crónicas	4	4	4	4	16
La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas, por lo tanto tienden a padecer menos enfermedades prevenibles	4	4	4	4	16
3 Integralidad					
La integralidad de la atención es la identificación de las necesidades de los pacientes y de respuesta del sistema de salud a éstas	4	4	4	4	16
Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención centrados en la población y los separa de aquellos que son centrados a grupos poblacionales específicos	4	4	4	4	16
La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población	4	4	4	4	16
4 Coordinación					
La coordinación en la atención primaria es disponer de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados por el paciente	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas del paciente y el buen seguimiento de éstos	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático único en salud, lo cual permite una actualización constante de la información del paciente, que demuestra un mejor tratamiento de la persona	4	4	4	4	16

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()

Handwritten signature in blue ink and an official stamp with the text "C.O. Fernando Rojas" and "C.O.P 20868".

Firma y Sello del juez



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



Nombre del experto: Sonia Margot Soria Serrano

Especialidad: Gestión en servicios de la salud

Cuestionario sobre conocimientos de la atención primaria de salud

Ítem		RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	TOTAL
I. La atención primaria de salud	Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud, de poder alcanzar la meta social y política de salud para todos.	4	4	4	4	16
	Es una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta todos sus niveles.	4	4	4	4	16
	Es un proceso social eminentemente participativo	4	4	4	4	16
	Es un proceso social y político, con el apoyo de la información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones	4	4	4	4	16
	Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano	4	4	4	4	16
II. Respeto a los principios de la	Todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud	4	4	4	4	16
	La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud	4	4	4	4	16
	Se debe colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda	4	4	4	4	16
	Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados	4	4	4	4	16
	Incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales	4	4	4	4	16
III.	1 Accesibilidad y primer contacto					
	La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud	4	4	4	4	16

Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes	4	4	4	4	16
Amerita empoderar a colaboradores a fin de alcanzar las metas	4	4	4	4	16
2 Cupo y longitudinalidad					
La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes	4	4	4	4	16
La longitudinalidad facilita el cumplimiento del tratamiento de enfermedades crónicas	4	4	4	4	16
La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas, por lo tanto tienden a padecer menos enfermedades prevenibles	4	4	4	4	16
3 Integralidad					
La integralidad de la atención es la identificación de las necesidades de los pacientes y de respuesta del sistema de salud a éstas	4	4	4	4	16
Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención centrados en la población y los separa de aquellos que son centrados a grupos poblacionales específicos	4	4	4	4	16
La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población	4	4	4	4	16
4 Coordinación					
La coordinación en la atención primaria es disponer de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados por el paciente	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas del paciente y el buen seguimiento de éstos	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático único en salud, lo cual permite una actualización constante de la información del paciente, que demuestra un mejor tratamiento de la persona	4	4	4	4	16

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()

Handwritten signature in blue ink over a stamp. The stamp contains the text: 'DANIEL MARGOT BOREA FERRAZO', 'CATEDRÁTICO EN NEUMATOLOGÍA', and 'UNIVERSIDAD DE CHILE'.

Firma y Sello del juez



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



Nombre del experto: Mirella Pamela Tineo Tueros

Especialidad: Mg. Estomatología

Cuestionario sobre conocimientos de la atención primaria de salud

Ítem		RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	TOTAL
I. La atención primaria de salud es:	Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud, de poder alcanzar la meta social y política de salud para todos.	4	4	4	4	16
	Es una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta todos sus niveles.	4	4	4	4	16
	Es un proceso social eminentemente participativo	4	4	4	4	16
	Es un proceso social y político, con el apoyo de la información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones	4	4	4	4	16
	Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano	4	4	4	4	16
II. Respecto a los principios de la atención primaria de salud	Todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud	4	4	4	4	16
	La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud	4	4	4	4	16
	Se debe colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda	4	4	4	4	16
	Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados	4	4	4	4	16
	Incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales	4	4	4	4	16
III. Resp ecto	1 Accesibilidad y primer contacto					
	La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud	4	4	4	4	16

Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes	4	4	4	4	16
Amerita empoderar a colaboradores a fin de alcanzar las metas	4	4	4	4	16
2 Cupo y longitudinalidad					
La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes	4	4	4	4	16
La longitudinalidad facilita el cumplimiento del tratamiento de enfermedades crónicas	4	4	4	4	16
La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas, por lo tanto tienden a padecer menos enfermedades prevenibles	4	4	4	4	16
3 Integralidad					
La integralidad de la atención es la identificación de las necesidades de los pacientes y de respuesta del sistema de salud a éstas	4	4	4	4	16
Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención centrados en la población y los separa de aquellos que son centrados a grupos poblacionales específicos	4	4	4	4	16
La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población	4	4	4	4	16
4 Coordinación					
La coordinación en la atención primaria es disponer de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados por el paciente	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas del paciente y el buen seguimiento de éstos	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático único en salud, lo cual permite una actualización constante de la información del paciente, que demuestra un mejor tratamiento de la persona	4	4	4	4	16

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()


Firma y Sello de juez



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



Nombre del experto: Yarico Yino Vera Hurtado

Especialidad: Mg. estomatología

Cuestionario sobre conocimientos de la atención primaria de salud

Ítem		RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	TOTAL
I. La atención primaria de	Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud, de poder alcanzar la meta social y política de salud para todos.	4	4	4	4	16
	Es una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta todos sus niveles.	4	4	4	4	16
	Es un proceso social eminentemente participativo	4	4	4	4	16
	Es un proceso social y político, con el apoyo de la información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones	4	4	4	4	16
	Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano	4	4	4	4	16
II. Respecto a los principios de la	Todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud	4	4	4	4	16
	La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud	4	4	4	4	16
	Se debe colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda	4	4	4	4	16
	Los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados	4	4	4	4	16
	Incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales	4	4	4	4	16
III.	1 Accesibilidad y primer contacto					
	La atención primaria es la puerta de entrada y el lugar donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud	4	4	4	4	16

Al mejorar el acceso a la atención primaria, se van a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes	4	4	4	4	16
Amerita empoderar a colaboradores a fin de alcanzar las metas	4	4	4	4	16
2 Cupo y longitudinalidad					
La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el personal de salud de atención primaria y sus pacientes	4	4	4	4	16
La longitudinalidad facilita el cumplimiento del tratamiento de enfermedades crónicas	4	4	4	4	16
La longitudinalidad aumenta las consultas preventivas, por lo tanto tienden a padecer menos enfermedades prevenibles	4	4	4	4	16
3 Integralidad					
La integralidad de la atención es la identificación de las necesidades de los pacientes y de respuesta del sistema de salud a éstas	4	4	4	4	16
Una ventaja de la integralidad es que se determina los métodos de prevención centrados en la población y los separa de aquellos que son centrados a grupos poblacionales específicos	4	4	4	4	16
La integralidad asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población	4	4	4	4	16
4 Coordinación					
La coordinación en la atención primaria es disponer de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados por el paciente	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria facilita la adecuada identificación de los problemas del paciente y el buen seguimiento de éstos	4	4	4	4	16
La coordinación en la atención primaria incentiva la creación de un sistema informático único en salud, lo cual permite una actualización constante de la información del paciente, que demuestra un mejor tratamiento de la persona	4	4	4	4	16

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()

M.G. CD. Ysmael Vera Hurtado
C O P. 26471

Firma y Sello del juez

NOTA BIOGRÁFICA

Maruja Margarita ROQUE PEÑA, nace el 11 de marzo de 1980 en la ciudad de Abancay, sus padres Don Andres Grimaldo Roque Costas y Doña Maruja Peña Molina quienes se preocuparon por su educación y estudió el nivel primaria y secundaria en el Colegio Nacional Secundario de Menores Santa Rosa – Abancay, los estudios superiores lo realizó en la Universidad Particular Andina del Cusco, para luego laborar como Cirujano Dentista en el Ministerio de Salud en los Puestos de Salud de Casinchihua, San Luis, Pueblo Joven Centenario y actualmente el Puesto de Salud de Ocobamba como personal nombrado , así mismo se desempeña como docente universitario desde el año 2009 a la actualidad en la Universidad Tecnológica de los Andes. En el 2010 inicia sus estudios de Maestría en Docencia Universitaria y Gestión Educativa en la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay y en el año 2018 inicia sus estudios del Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

En la actualidad labora docente universitario; cirujano dentista y como Gerente de la Comunidad Local de Administración de Salud CLAS CIRCA en el distrito de Circa, provincia de Abancay y departamento de Apurímac.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
Teléfono 514760 -Pág. Web. www.posgrado.unheval.edu.pe



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En la Av. Arenales N° 956 - Lima, siendo las **16:00 hrs.**, del día viernes **09.MARZO.2018**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Reynaldo OSTOS MIRAVAL	Presidente
Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Secretario
Mg. Zemmer Fausto QUIROZ LAGUNA	Vocal

Asesor de Tesis, Dr. Pedro VILLAVICENCIO GUARDIA; (Resolución N° 02261-2017-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Educación, mención: Investigación y Docencia Superior, Doña, Maruja Margarita ROQUE PEÑA.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN INTERNOS DE ODONTOLOGÍA DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2016”**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....
.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría el Nota de Quince (15)

Equivalente a Aprobado, por lo que se recomienda
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 16:50 horas del 09 de marzo de 2018.

.....
PRESIDENTE
DNI N° 22920141

SECRETARIO
DNI N° 22412906

VOCAL
DNI N° 06122229



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN



ESCUELA DE POSGRADO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe:

Dr. Amancio Ricardo Rojas Cotrina

HACE CONSTAR:

Que, la tesis titulada: **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN INTERNOS DE ODONTOLOGÍA DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2016**; realizado por la Maestría en Educación, mención: Investigación y Docencia Superior **Maruja Margarita ROQUE PEÑA**, cuenta con un **índice de similitud de 20%** verificable en el Reporte de Originalidad del software **Turnitin**. Luego del análisis se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio; por lo expuesto, la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias, además de presentar un índice de similitud máximo de 20% establecido en el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Cayhuayna, 24 de agosto de 2022.



Dr. Amancio Ricardo Rojas Cotrina
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Apellidos y Nombres: ROQUE PEÑA, Maruja Margarita

DNI: 40504842

Correo electrónico: maggirp1@hotmail.com

Teléfono de casa:

Celular: 976300679

Oficina:

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

POSGRADO	
Maestría:	Educación
Mención:	Investigación y Docencia Superior

Grado obtenido:

MAESTRO EN EDUCACIÓN, MENCIÓN: INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA SUPERIOR

Título de la tesis:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN INTERNOS DE ODONTOLOGIA DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2016

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de acceso	Descripción de acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 13/08/2022


Firma del autor